



Fall-Nr.: IV 2019/139
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 06.05.2022
Entscheiddatum: 16.03.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 16.03.2021

**Neuanmeldung nach wiedererwägungsweiser Aufhebung einer Rente.
Würdigung eines Verlaufsgutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts
des Kantons St. Gallen vom 16. März 2021, IV 2019/139).**

Entscheid vom 16. März 2021

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrler-Hug und
Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2019/139

Parteien

A.____

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Eugen Koller, LL.M., Anwaltskanzlei St. 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.

A.a. A.____ meldete sich am 21./25. Juni 2001 (IV-act. 2) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte eine Umschulung auf eine neue Tätigkeit. Er habe einen beruflichen Fähigkeitsausweis als ____ erworben und sei zurzeit als ____ zu einem monatlichen Bruttoeinkommen von Fr. 3'400.-- angestellt. Seit ungefähr März 2000 bestehe eine Hemidysästhesie links mit funktioneller Überlagerung. Der Versicherte war 19__ in die Schweiz gekommen (vgl. IV-act. 5). Am 26. Juni 2001 (IV-act. 7-5) wurde ihm das Arbeitsverhältnis gekündigt. - In der Arbeitgeberbescheinigung vom 28. November 2001 (IV-act. 7) wurde erklärt, der Versicherte sei vom 3. März 1997 bis 31. August 2001 angestellt gewesen (ab dem 20. August 2001 sei er zu 50 % beurlaubt gewesen). Seit Mai 1999 verdiene er monatlich Fr. 3'200.-- und würde das auch ohne Gesundheitsschaden zurzeit verdienen. Im Jahr 1999 habe er Fr. 43'804.05 und im Jahr 2000 Fr. 39'775.15 verdient. - Eine weitere Arbeitgeberin, die B.____, gab am 7. November 2001 (IV-act. 8) an, der Versicherte sei seit dem 18. Juni 2001 an sechs bis zehn Stunden pro Woche zu einem Stundenlohn von Fr. 18.-- (zuzüglich 10.64 % Ferienentschädigung) ohne Absenzen angestellt (vgl. IV-act. 19: Fr. 18.40 zuzüglich Feiertagsentschädigung 2.67 %). - Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, gab in seinem IV-Arztbericht vom 13. August 2001 (IV-act. 9) an, es lägen beim Versicherten eine undifferenzierte Somatisierungsstörung mit Hemidysästhesien links bei Status nach Nephrektomie rechts wegen Hydronephrose (1992) und eine Hypercholesterinämie vor. Seit der Nephrektomie beschreibe der Versicherte immer wieder Hemidysästhesien (und Befindlichkeitsstörungen insbesondere links), wobei diverse somatische Abklärungen keine Diagnose erbracht hätten. Es bestünden Ängstlichkeit und Unsicherheitsgefühle. Der Versicherte fühle sich durch den Schichtbetrieb unter starkem Druck, was die gesundheitlichen Störungen wieder verstärke. Die Einschränkung betrage 50 %. In Tätigkeiten ohne Schichtbetrieb und ohne repetitive, in der Geschwindigkeit vorgegebene Bewegungen



dürfte er voll arbeitsfähig sein. - In einem beigelegten Bericht vom 6. März 2001 (IV-act. 9-3 bis 5) hatte die Klinik D.____ u.a. von einem Verdacht auf eine undifferenzierte Somatisierungsstörung und von einer Kreatininerhöhung berichtet und ab 5. März 2001 einen Arbeitsversuch mit 50 % Tätigkeit und nach Möglichkeit Steigerung, aber ohne Schichtarbeit, angeraten. - Der Versicherte suchte in der Folge mit Unterstützung des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV) eine Stelle zu 50 % (vgl. IV-act. 12). - Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen wies am 29. April 2002 (IV-act. 16) sein Gesuch um berufliche Massnahmen ab, weil er in adaptierten Tätigkeiten voll arbeitsfähig und bei der Stellensuche nicht eingeschränkt sei. - Dr. C.____ wandte am 6. Mai 2002 (IV-act. 17) ein, vor einem abschliessenden ablehnenden Entscheid sei eine medizinische Beurteilung durch die Invalidenversicherung angezeigt, da nach einem somatischen Auslöser eine hauptsächlich psychosomatische Problematik bestehe.

A.b. Am 16./18. September 2002 (IV-act. 20) meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung an und beantragte eine Rente. - Dr. C.____ erklärte am 1. Oktober 2002 (IV-act. 24), es bestünden eine undifferenzierte Somatisierungsstörung und der Verdacht auf eine Borderline-Symptomatik. Der Versicherte habe die Nephrektomie psychisch nie vollständig verkraftet und es lägen massivste Verarbeitungsstörungen vor, sogar eine echte Borderline-Symptomatik im Sinn einer beginnenden Psychose. Es bestehe nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vorwiegend aus psychiatrischen Gründen. Eine MEDAS-Abklärung sei dringend zu befürworten. - Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung erachtete die Arbeitsunfähigkeit von 50 % in adaptierter Tätigkeit am 14. März 2003 als ausgewiesen (IV-act. 28). Es wurde festgehalten, der Versicherte sei aufgrund der psychischen Erkrankung bei der Stellensuche beeinträchtigt. Der IV-Eingliederungsberater berichtete am 25. August 2003 (IV-act. 37), invalidisierende Faktoren wie die reduzierte Arbeitszeit sowie invaliditätsfremde Faktoren wie Vorbildung und Nationalität würden eine erfolgreiche Arbeitsvermittlung bei der aktuellen Wirtschaftslage nicht zulassen und eine Vermittlung in eine Anstellung mit grösserem Pensum sei aussichtslos. - Mit Verfügung vom 14. Juli 2004 (IV-act. 49) sprach die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten ab 1. September 2001 eine halbe Rente zu.



B.

B.a. In einem Fragebogen für die Rentenrevision gab der Versicherte am 17. März 2006 (IV-act. 50) an, sein Gesundheitszustand sei gleich geblieben. Er habe zwei Arbeitgeber (nämlich nebst der B.____ noch E.____). - In der Arbeitgeberbescheinigung vom 4. April 2006 (IV-act. 53) gab E.____ an, der Versicherte sei seit dem 27. November 2004 an zwischen null und 17 Stunden pro Woche als Teilzeit-Produktionsmitarbeiter - zu einem Stundenlohn von seit Januar 2006 Fr. 17.48 - tätig. - Die B.____ gab am 25. April 2006 (IV-act. 56) bekannt, der Versicherte sei an zehn Stunden pro Woche tätig und verdiene seit Januar 2006 einen Lohn von Fr. 10'855.-- pro Jahr bzw. Fr. 835.-- pro Monat. - Dr. C.____ hatte in einem IV-Verlaufsbericht vom 21. April 2006 (IV-act. 54) erklärt, der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär. Dieser sei aufgrund der gesundheitlichen Störung physisch und psychisch nur sehr beschränkt belastbar. Leichte Arbeiten ohne psychischen Druck könne er an ca. vier Stunden täglich erledigen. Die Leistungsfähigkeit sei zu ca. 50 % vermindert. - Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen teilte dem Versicherten daraufhin am 9. Juni 2006 (IV-act. 59) mit, es bleibe unverändert beim bisherigen Rentenanspruch.

B.b. In einem IV-Arztbericht vom 4. September 2006 (IV-act. 62) gab das Kantonale Spital O.____ (Dr. med. F.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH) im Hinblick auf eine orthopädische Schuhversorgung bekannt, es bestehe beim Versicherten eine (im MRI bestätigte) Osteochondrosis dissecans medial an der Taluskante links bei Instabilität des OSG. Es sei zu rezidivierenden Distorsionen gekommen. - Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle leistete Kostengutsprache für das Hilfsmittel (IV-act. 65).

B.c. In einem Fragebogen für eine weitere Revision der Rente gab Dr. med. H.____, Allgemeinmedizin FMH, am 30. Mai 2011 (IV-act. 69) für den Versicherten an, der Gesundheitszustand sei gleich geblieben. Es wurde eine weitere Arbeitgeberin, die G.____, bezeichnet. - Diese gab in der Bescheinigung vom 29. Juni 2011 (IV-act. 74) an, der Versicherte sei seit dem 1. Mai 2011 angestellt und habe im Juni 2011 Fr. 1'946.70 verdient. - Dr. H.____ erklärte in einem IV-Verlaufsbericht vom 28. Juni 2011 (IV-act. 75), nach Angaben des Versicherten seien die Beschwerden an der linken Körperhälfte



unverändert, die Beschwerden am Fuss links seien erträglich bzw. sicherlich seit der erfolgten Operation weniger. Vorübergehend habe eine psychiatrische Behandlung stattgefunden. Der Versicherte sei insgesamt nicht voll belastbar, rasch müde und erschöpft. Es seien ihm Tätigkeiten im ähnlichen Rahmen (sc. wie bisher) zumutbar, zurzeit schon eher (sc. nur) leichte Arbeit. - Die B.____ bestätigte am 4. Juli 2011 (IV-act. 76), der Versicherte sei an zehn Stunden pro Woche angestellt und verdiene seit 2011 Fr. 920.-- pro Monat. - Am 17. August 2011 (IV-act. 79) gingen auf Anforderung der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle hin (vgl. IV-act. 77) Lohnabrechnungen der G.____ der Monate Mai bis Juli 2011 ein, am 7. November 2011 jene für die Monate August bis Oktober 2011 (IV-act. 81).

B.d. Nach der Ankündigung einer Einstellung des Rentenanspruchs mit Vorbescheid vom 15. Februar 2012 (IV-act. 84), weil das anrechenbare Einkommen im Durchschnitt über sechs Monate hinweg im Jahr 2011 Fr. 32'664.-- und der Invaliditätsgrad (bei Anrechnung von Fr. 31'764.-- Invalideneinkommen) 30 % ausmache, erhob der Versicherte am 5. März 2012 (Eingangsdatum, IV-act. 86) unter Hinweis auf Schreiben seines Hausarztes und der Arbeitgeberin Einwand. Dr. H.____ hatte am 1. März 2012 (IV-act. 86-3) bescheinigt, der Versicherte habe in den letzten Monaten psychisch und physisch wieder vermehrt Beschwerden (an der linken Körperhälfte; er sei weinerlich, etwas verzweifelt). Es sei nicht ganz klar, weshalb die Verschlechterung eingetreten sei, vermutlich sei es durch die vermehrte Belastung am Arbeitsplatz gewesen. Das bestätige der Bericht der Arbeitgeberin. Da der Versicherte nicht in der Lage sei, die zuletzt geleistete Arbeit weiterhin zu verrichten, sei auf den vorgesehenen Entscheid zu verzichten. Die G.____ hatte dem Versicherten am 28. Februar 2012 (IV-act. 86-2) geschrieben, da es in letzter Zeit vermehrt zu gesundheitlichen Problemen gekommen sei und er an CNC-gesteuerten Maschinen arbeite, müsse das Arbeitspensum von ca. 20 Stunden auf 10 Stunden pro Woche bzw. ca. 40 Stunden pro Monat gesenkt werden. - Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle forderte Dr. H.____ am 16. März 2012 (IV-act. 87) im Rahmen des Einwandverfahrens und der IV-Gesetzesrevision 6a zum Ausfüllen eines Fragebogens zur Überprüfung des medizinischen Sachverhalts auf. - Der Arzt erklärte am 20. März 2012 (IV-act. 88), der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich seit dem 1. Oktober 2002 insgesamt nicht verändert. Zusätzlich sei die Diagnose eines St. n. Op. Osteochondrose Talus zu stellen. Seit 2009 finde



keine psychiatrische Behandlung mehr statt, zurzeit auch keine medikamentöse Therapie, nur bei Bedarf bei somatischen Erkrankungen. Der Versicherte sei verlangsamt und in der Konzentration eingeschränkt und könne das normale Arbeitstempo nicht einhalten. Bei Eingliederungsmassnahmen müsste berücksichtigt werden, dass der Umgang schwierig und der Versicherte teils etwas kindlich sei, dass er gleich weine, sofort an seine Leistungsgrenzen stosse und nicht belastbar sei. Eine medizinische Abklärung sei eigentlich nicht angezeigt, ausser sie sei aus psychiatrischer Sicht für die Beurteilung der Rentenfrage erforderlich. - Nach telefonischen Angaben des Psychiatricentrum vom 6. September 2012 (IV-act. 92) hatte sich der Versicherte dort von Dezember 2007 bis März 2008 in Behandlung befunden. - Am 29. Oktober 2012 (IV-act. 95) wurden die Lohnabrechnungen der B.____ der Monate Juli und August 2012 (etwa: hauptsächlich brutto Grundlohn Fr. 925.--, Kinderzulagen Fr. 600.--; insgesamt netto Fr. 1'443.60) und September 2011 eingereicht. Gemäss Bescheinigung der G.____ vom 26. Oktober 2012 (IV-act. 96) hatte der Versicherte von November 2011 bis September 2012 einen Bruttolohn von Fr. 14'167.60 gehabt. In der Arbeitgeberbescheinigung vom 9. November 2012 (IV-act. 97) gab jene Arbeitgeberin weiter an, er habe von Mai bis Dezember 2011 601.25 und von Januar bis Oktober 2012 ca. 440 Arbeitsstunden geleistet. - Nachdem der Rechtsdienst der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle eine Wiedererwägung (der Verfügung der Rentenzusprache) für möglich gehalten hatte (IV-act. 98), wurde am 18. Januar 2013 (IV-act. 99) eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung für erforderlich erklärt. - Am 17. April 2013 (IV-act. 106) teilte das RAV mit, der Versicherte habe die Stelle bei der G.____ verloren und sich als zu 25 % vermittelbar (zusätzlich zum Pensum bei der B.____) gemeldet.

B.e. Das Ärztliche Begutachtungsinstitut ABI gab im Gutachten vom 2. Mai 2013 (IV-act. 108) bekannt, als (Haupt-) Diagnosen bestünden beim Versicherten (erstens) chronisch-rezidivierende Schmerzzustände im Bereich der linken Körperhälfte mit Betonung des Armes und des Beines unklarer Ätiologie (klinisch keine Hinweise auf eine Pathologie des Bewegungsapparates oder eine neurologische Ursache) und (zweitens) leichte Restbeschwerden bei St. n. OSG-Arthroskopie mit Resektion eines Meniskoids und retrograder Anbohrung des Herdes einer Osteochondrosis dissecans der medialen Talusschulter linkes OSG 09/2008. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien erstens



St.Galler Gerichte

eine Somatisierungsstörung und zweitens eine chronische leichte Niereninsuffizienz Stadium 2 nach KDOQI (bei St. n. retroperitonealer Nephroureterektomie rechts 08/1992 bei vesiko-renalem Reflux rechts Grad IV mit hypoplastischer Niere rechts und renalem Restharn). Körperlich schwere Tätigkeiten und Tätigkeiten, die ausschliesslich stehend und gehend durchgeführt würden, seien dem Versicherten bleibend nicht mehr zumutbar. Für jede andere, körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende, adaptierte Tätigkeit sei er voll arbeits- und leistungsfähig. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung gelte seit Jahren, mit Sicherheit aber ab der aktuellen Untersuchung (sc. vom 10. April 2013). Die Berentung sei retrospektiv nicht nachvollziehbar; sie habe auf psychiatrischen Diagnosen des Hausarztes (relativiert durch dessen Vorschlag einer MEDAS-Begutachtung) beruht, die sich nicht hätten bestätigen lassen.

B.f. Mit Vorbescheid vom 30. Mai 2013 (IV-act. 111 f.) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 14. Juli 2004 (Rentenzahlung bereits eingestellt) in Aussicht. Nach einem Einwand seines Rechtsvertreters vom 14. August 2013 (IV-act. 120) verfügte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen am 23. August 2013 (IV-act. 121) im Sinn des Vorbescheids.

C.

C.a. Am 31. August 2017 (IV-act. 129) meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung an. Er sei 19__ in die Schweiz gekommen. Die Ausbildung als Metallarbeiter habe er in der Heimat gemacht. Von August 2015 bis Juli 2017 habe er zu 100 % als Betriebsmitarbeiter bei der I.___ zu einem Einkommen von Fr. 3'700.-- pro Monat gearbeitet. Er habe eine schwere Nierenkrankheit. 1992 sei ihm die rechte Niere entnommen worden. Er leide auch an Gelbfieber. - Auf Aufforderung der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle (IV-act. 133) hin gingen verschiedene Arztberichte (IV-act. 136 bis 142) ein. Einem Radiologie-Bericht vom 15. April 2016 (IV-act. 137) über ein Arthro-MR Schulter links war u.a. zu entnehmen, dass eine leichte AC-Gelenkarthrose, eine mässige Ansatzentzündung der Subscapularissehne, ein leichtgradig degenerativ alteriertes Labrum superior und anterior, ein auffallend nach dorsal dezentrierter Humeruskopf und eine chronische basisseitige Labrumablösung



posterior mit deutlicher Reizsynovialitis und paralabralen Zysten sowie eine einsetzende leichte Omarthrose links bestünden. In einem Bericht vom 2. Mai 2016 (IV-act. 138) hatte das Departement Orthopädie am Spital O.____ erklärt, es bestünden Beschwerden Schulter links mit minimaler Subluxation nach dorsal und Riss des posterioren Labrums und ausserdem unklare HWS-Beschwerden mit Hypästhesien im Bereich der Arme beidseits. Bei den persistierenden HWS-Beschwerden werde eine MRI-Abklärung und allenfalls Vorstellung bei einem Wirbelsäulenspezialisten am KSSG empfohlen. Bei zurzeit eher wenigen Beschwerden (sc. an der Schulter) sei Physiotherapie, bei Nichterreichen kompletter Beschwerdefreiheit eine Infiltration zu empfehlen. Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hatte am 6. September 2016 (IV-act. 139) erklärt, da klinisch keine Instabilität der linken Schulter bestehe, sei fraglich, ob mit einer Schulterarthroskopie eine relevante Verbesserung der seit ca. drei Jahren bestehenden Symptomatik erzielt werden könne. Physiotherapie wäre sinnvoll. - Dr. C.____ gab in einem Bericht vom 2. Oktober 2017 (IV-act. 136) als vorhandene Diagnosen an ein Borderline-psychotisches Zustandsbild (mit depressiver Entwicklung), eine arterielle Hypertonie (mit Visusverlust links, Augenüberdruck), eine beginnende Omarthrose mit Subluxation des Humeruskopfes nach dorsal (mit - verkürzt wiedergegeben - Ablösung des Labrum glenoidale posterior, deutlicher Reizsynovialitis, posteriorer Schulterinstabilität und beginnender Frozen shoulder links) sowie ein panvertebrales Syndrom. Die eingeschränkte Beweglichkeit (sc. der Schulter) habe auch Auswirkungen auf die Wirbelsäulenproblematik, die ebenfalls persistiere. Im Vordergrund stehe die gewisse psychotische Komponente mit dem ihrerseits im Vordergrund stehenden Symptom der Depression. In einem Überweisungsschreiben an ein Psychiatrie-Zentrum vom 4. Oktober 2017 (IV-act. 142) erklärte der Arzt, nebst einer relevanten depressiven Komponente bestehe ein nicht ganz realitätsbezogenes Körpergefühl mit zwar realen Schmerzen, aber Ausstrahlungen vor allem linksseitig, immer auf dem Hintergrund des Status nach Nephrektomie auf dieser Seite.

C.b. Der RAD hielt am 6. Oktober 2017 (IV-act. 143) dafür, im Zuweisungsschreiben von Dr. C.____ sei keine Änderung mit relevantem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu sehen, habe das ABI eine entsprechende psychiatrische Erkrankung doch explizit widerlegt. Schulter- und HWS-Leiden hätten keinen relevanten Einfluss auf die



St.Galler Gerichte

Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Sollte sich bei Abklärungen bestätigen, dass ein Visusverlust links vorliege, müssten die Adaptationskriterien angepasst werden.

C.c. Am 7. November 2017 (IV-act. 146) berichtete der Versicherte der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle, nach zweijähriger Behandlungszeit ab 1990 sei ihm 1992 die rechte Niere entfernt worden, worauf sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe. Bis 1994 hätten Lähmung und Taubheit der linken Seite angehalten. In dieser Zeit habe er die diversen Arbeitsgelegenheiten nie länger als während der Probezeit wahrnehmen können. Nach 1994 habe sich sein Zustand etwas verbessert, aber nicht so sehr, dass er eine Arbeit hätte annehmen können. 1997 habe er eine vollzeitliche Stelle angenommen. Aufgrund einer Verschlechterung habe er von 2000 bis 2001 nur noch zu 50 % arbeiten können und auf Sommer 2001 die Kündigung erhalten. In jenem Jahr habe er bei der B.____ eine Stelle mit einem Pensum von etwa 30 % im Stundenlohn angenommen. Den 2004 folgenden Arbeitsvertrag mit einem festen Pensum von 24 % habe er 2015 gekündigt, weil von ihm am Schluss acht Stunden Arbeit pro Tag erwartet worden seien, wozu er nicht in der Lage gewesen sei. Er habe für die restlichen 26 % eine Stelle gesucht und bei der G.____ gefunden. Er habe dort mehr Stunden leisten müssen. Zuletzt sei er von 2015 bis August 2017 bei der I.____ als Betriebsmitarbeiter tätig gewesen. Die Arbeit sei mittelschwer, für ihn aber sehr anstrengend gewesen. Jeden Tag habe er Schmerzmittel eingenommen, um von morgens bis abends arbeiten zu können. Der Versicherte reichte diverse Arztberichte ein.

C.d. Das Psychiatrie-Zentrum (Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) gab in einem IV-Arztbericht vom 17. Januar 2018 (IV-act. 159) an, es lägen beim Versicherten eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, vor. Die bisherige Tätigkeit sei noch an vier Stunden pro Tag zumutbar, die Leistungsfähigkeit sei um ca. 20 % reduziert. Schmerzen habe der Versicherte vor allem im unteren Rücken, im linken Gesäss und im linken Bein angegeben. - Der RAD erklärte am 26. Januar 2018 (IV-act. 161), für adaptierte Tätigkeiten bestehe jedenfalls Eingliederungspotenzial, zurzeit mit mindestens 50 % Arbeitsfähigkeit; letztere sei steigerungsfähig. Sollte das nicht eintreten, sei eine vertiefte medizinische Abklärung in



Erwägung zu ziehen. - Die Arbeitslosenkasse gab am 8. Februar 2018 (IV-act. 167) bekannt, der Versicherte sei seit dem 1. August 2017 als zu 100 % arbeitslos gemeldet. Arztzeugnisse über eine Arbeitsunfähigkeit seien nicht vorhanden. Am 16. April 2018 (IV-act. 176) wurde eine Vereinbarung über einen Eingliederungsplan Arbeitsvermittlung geschlossen (schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 50 % Richtung 100 %) und dem Versicherten am 23. April 2018 (IV-act. 177) Mitteilung über die gewährte Arbeitsvermittlung gemacht. - Dr. C.____ hatte dem Versicherten am 17. April 2018 (IV-act. 172) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für die Zeit vom 16. bis 30. April 2018 attestiert.

C.e. Die I.____ gab in ihrer Arbeitgeberbescheinigung vom 8. Mai 2018 (IV-act. 181) an, der Versicherte sei vom 1. August 2015 bis 31. Juli 2017 (letzter effektiver Arbeitstag 14. Juli 2017) vollzeitlich angestellt gewesen (Tätigkeiten: Abwaschen, allgemeine Reinigungsarbeiten). Er sei wegen mangelnder Leistung und des Verhaltens entlassen worden. Er habe überall dort arbeiten können, wo er nicht zu schwer heben müssen, und zwar zu 50 %. Eine Leistung von 100 % schaffe er nicht.

C.f. Dr. C.____ berichtete im IV-Arztbericht vom 8. Mai 2018 (IV-act. 182), es lägen ein antero-laterales Impingement linkes OSG bei 2 x 1.1 cm Nekrosezone am medialen Talus mit Läsionen des darüber liegenden Gelenkknorpels und mehreren zystischen ganglionartigen Einschlüssen, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (rezidivierende depressive Episoden), ein Status nach Nephrektomie links (recte: rechts), eine mässiggradige "Retropartialarthrose" links und eine mittelgradige Chondropathie, ausserdem Chondrosen/Osteochondrosen akzentuiert C5/C6 (MRT 2015 mit kleiner, medio rechts lateraler Diskushernie C5/6) vor. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Subluxation der linken Schulter mit Riss des posterioren Labrums. Die eingeschränkte Belastbarkeit wegen der chronischen Schmerzstörung und die rezidivierenden Depressionen beständen schon seit Jahren. Bei der medikamentösen Behandlung, insbesondere auch des OSG, sei man wegen des Nierenleidens limitiert. Als Gastro-Mitarbeiter sei der Versicherte seit Oktober 2017 zu 50 bis 60 % arbeitsunfähig. Er sei den körperlichen Anforderungen und psychisch gesehen langen Einsätzen in der Arbeitswelt nicht gewachsen. - In einem beigelegten Bericht vom 21. November 2017 (IV-act. 182-4 f.) hatten die Psychiatrie-Dienste Süd angegeben, es lägen eine rezidivierende depressive Störung,



St.Galler Gerichte

gegenwärtig leichte Episode, und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor. Der Versicherte beziehe eine halbe Rente. Die verbleibende Arbeitsfähigkeit von 50 % schein aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt zu sein. - In einem Radiologie-Bericht vom 7. Mai 2018 (IV-act. 182-13) über ein MR OSG links waren u.a. ein Ödem mit zentralem Nekroseareal im medialen Talus, eine nach lateral hin unregelmässige Gelenkfläche mit Knorpelrissen, ein vom OSG ausgehendes Ganglion von 1.5 x 1.2 x 0.6 cm antero-lateral und ein kleines intraossäres Ganglion im Kalkaneus gefunden worden.

C.g. Am 11. Januar 2019 (IV-act. 201) ging ein Bericht des RAVs über einen Arbeitseinsatz des Versicherten (Küchenarbeit) vom 20. Dezember 2018 (IV-act. 202) ein, wonach dieser den Anforderungen in verschiedener Hinsicht (z.B. Zuverlässigkeit, Sorgfalt, Durchhaltevermögen, Einsatzbereitschaft, Initiative, Erkennen/Lösen von Problemen, handwerkliches Geschick, Gepflegtheit, Qualität der Arbeit, Teamfähigkeit, Hilfsbereitschaft, Kritikfähigkeit, Dienstleistungsorientierung) vollumfänglich entsprochen habe, in verschiedener Hinsicht aber nur knapp (z.B. Deutsch schriftlich - auch mündlich habe er nicht alles voll verstanden - , Vorstellungs- und Abstraktionsvermögen), bezüglich Pünktlichkeit, Auffassungsgabe (Konzentration), Fitness und Belastbarkeit (letztere klar unter den Anforderungen) wurden hierfür gesundheitliche Gründe (bzw. Medikamenteneinfluss) genannt. Das Arbeitstempo (Quantität) und die Leistungsfähigkeit entsprächen nicht den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes. - Der IV-Eingliederungsverantwortliche gab am 4. Februar 2019 (IV-act. 203) an, das für die Zeit von August bis Dezember 2018 vorgesehene Einsatzprogramm sei wegen länger andauernder krankheitsbedingter Absenzen und einer maximal 50 % betragenden Arbeitsfähigkeit vorzeitig beendet worden. Der Versicherte habe sich gegenüber den IIZ-Beratern stets freundlich, aber bei der aktiven Stellensuche nur begrenzt motiviert gezeigt. Er habe sich subjektiv maximal ein halbes Pensum in einer leichten Tätigkeit zugetraut. Eine Stelle im ersten Arbeitsmarkt habe sich aufgrund der starken Selbstlimitierung und der vorgetragenen Beschwerden nicht finden lassen. Eine gewisse Rentenbegehrlichkeit könne nicht ganz ausgeschlossen werden.

C.h. Am 6. Februar 2019 (IV-act. 207) erstattete das ABI das in Auftrag gegebene Gutachten. Die allgemeininternistische, die nephrologische, die rheumatologische und



die psychiatrische Untersuchung seien am 7. November 2018, die neurologische sei am 9. Januar 2019 erfolgt. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden benannt:

1. Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont
 - Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur
 - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik
 - radiologisch ventrale Spondylose C3 bis C7 (Rx 11/2018)

2. Chronisches thorako-lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links-betont
 - myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen
 - Beckentiefstand links von 1 cm mit konsekutiver linkskonvexer lumbaler und rechtskonvexer thorakaler Seitenausbiegung
 - radiologisch ventrale und laterale Spondylose Th9-12, ventrale Spondylose LWK 2/3 und LWK 4/5 (Rx 11/2018)

3. Hypermobilität

4. Belastungsdefizit linkes Sprunggelenk
 - St. n. OSG-Arthroskopie mit Resektion eines Meniskoids und retrograde Anbohrung des Herdes einer Osteochondrosis dissecans der medialen Talusschulter 09/2008
 - klinisch regelrechter postoperativer Befund
 - kernspintomographisch anterolaterales Ganglion und kleines intraossäres



Ganglion im Kalkaneus, im Übrigen regelrechter postoperativer Befund

(MRI 05/2018)

5. Belastungsdefizit linke Schulter

- klinisch unauffälliger Befund ohne Hinweise für Rotatorenmanschettenläsion
oder Instabilität

- Impingement-Test negativ

- radiologisch bis auf minime dorsale Subluxation unauffälliger Befund

(Rx 05/2016)

- dorsal dezentrierter Humeruskopf sowie chronisch basisseitige Labrumablösung
posterior mit deutlicher Reizsynovialitis (MRI 04/2016)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien (erstens) ein chronischer Schmerzzustand sowie eine sensible Hemisymptomatik der linken Körperhälfte, whs. nicht-organischer Ursache, mit diffusen Druckdolenzen an Armen und Beinen, klinisch ohne Hinweise auf eine Pathologie des Bewegungsapparates, (zweitens) eine stabile leichte Niereninsuffizienz Stadium G2A1 nach KDIGO, mit St. n. retroperitonealer Nephroureterektomie rechts 08/1992, (drittens) eine arterielle Hypertonie (ED 05/2018, usw.), (viertens) eine Somatisierungsstörung und (fünftens) anamnestisch ein chronisches Offenwinkelglaukom bds. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Küchengehilfe gehe (in Teilbereichen) über das zumutbare Belastungsprofil hinaus und sei noch zu drei bis vier Stunden pro Tag zumutbar. Es bestünden während dieser Arbeitszeit ausserdem leichte Leistungseinbussen bei erhöhtem Pausenbedarf, so dass eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 30 % vorliege. Diese bestehe mit Sicherheit ab der Untersuchung und könne möglicherweise schon ab der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von 50 % im August 2017 angenommen werden. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne regelmässige



Überkopfarbeiten und ohne ausschliessliche Steh- und Gehbelastung sei dem Versicherten zumutbar, und zwar voll und auch retrospektiv. Der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich seit dem Erlass der Verfügung vom 23. August 2013 insofern verändert, als bei der aktuellen Untersuchung erstmals degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule hätten festgestellt werden können, die zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit um 70 % führten. - Das ABI hatte diverse Arztberichte eingeholt. Gemäss dem Bericht vom 25. Mai 2018 der Klinik für Innere Medizin am Spital O.____ (IV-act. 207-73 f.) über eine Notfallkonsultation hatte eine hypertensive Entgleisung stattgefunden, daneben war u.a. eine Interkostalneuralgie links diagnostiziert worden. - Dr. med. L.____, Facharzt für Urologie, hatte in einem Bericht vom 27. Mai 2018 (IV-act. 207-71 f.) einen St. p. Nephroureterektomie rechts 1992, eine Niereninsuffizienz Grad 3 (CKD-EPI; auf 58 erniedrigte GFR, bezüglich derer eine weitere Abklärung empfohlen werde) und eine unklare Abgeschlagenheit/Müdigkeit erwähnt. Der chemische Harnbefund sei unauffällig gewesen (Protein negativ). Urologisch würden sich die Beschwerden des Versicherten derzeit nicht erklären lassen. - Dr. med. M.____, Facharzt für Kardiologie, hatte am 19. Juni 2018 (IV-act. 207-68 ff.) von einer arteriellen Hypertonie (ED 2018), kardiovaskulären Risikofaktoren, einem St. n. Nephrektomie rechts 1992 und einer rezidivierenden depressiven Störung und Angstsymptomatik berichtet. Die Hypertonie sei gut eingestellt. - Dr. med. N.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hatte gemäss Bericht vom 4. September 2018 (IV-act. 207-67) eine osteochondrale Läsion medial am OSG links diagnostiziert. Nach einer OSG-Infiltration hätten die Beschwerden initial deutlich zugenommen mit kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeit. Inzwischen habe sich aber eine deutliche Beschwerdereduktion ergeben. - Der RAD schloss sich dem Gutachten an (IV-act. 208).

C.i. Am 11. Februar 2019 (IV-act. 206) wurde dem Rechtsvertreter des Versicherten mitgeteilt, weitere berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt.

C.j. Mit Vorbescheid vom 26. Februar 2019 (IV-act. 211) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Rechtsvertreter des Versicherten eine Abweisung dessen Rentengesuchs in Aussicht. Ein Invaliditätsgrad liege nicht vor (Vergleichseinkommen je Fr. 47'939.--). - Der Versicherte wandte am



4. April 2019 ein, es sei ihm wegen seiner Beschwerden leider höchstens eine Tätigkeit zu 50 % möglich. Er benötige wegen der Schmerzen vermehrt Erholungszeit. Er suche - mit dem RAV - eine Teilzeitanstellung, doch es gebe nicht viele leichte Hilfstätigkeiten, so dass es schwierig sei, eine geeignete Stelle zu finden. - Mit Verfügung vom 25. April 2019 (IV-act. 221) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle den Rentenanspruch ab.

D.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Eugen Koller für den Betroffenen am 28. Mai 2019 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter beantragt, die angefochtene Verfügung aufzuheben und dem Beschwerdeführer spätestens ab August 2018 mindestens eine halbe Rente auszurichten, eventualiter die Sache zur erneuten Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Dem Beschwerdeführer sei ausserdem die unentgeltliche Prozessführung und Prozessvertretung zu gewähren. Er habe Anspruch auf eine medizinische Beurteilung durch eine unabhängige und unvoreingenommene Institution. Das ABI aber habe den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers schon im Jahr 2013 zugunsten der Beschwerdegegnerin beurteilt und sei offenkundig befangen. Sein Gutachten sei aus dem Recht zu weisen und die Beschwerdegegnerin habe ein neues Gutachten einzuholen. Für den Fall, dass das Gericht wider Erwarten anders entscheide, sei darauf hinzuweisen, dass im Gutachten nicht erwähnt werde, dass die Gefühllosigkeit in der linken Körperhälfte, die Schmerzen und die Konzentrationsstörungen des Beschwerdeführers in den letzten Jahren massiv zugenommen hätten. Aus diesem Grund versuche er, mit täglichem Yoga die Schmerzen zu lindern und seine körperliche und geistige Verfassung zu verbessern. Obwohl die Konzentrationsschwierigkeiten bekannt gewesen seien, sei auf eine neuropsychologische Begutachtung verzichtet worden. Die Behauptung des Gutachters der Neurologie, es hätten keine relevanten Einschränkungen von Fähigkeiten vorgelegen, sei zu relativieren, da sie nicht aufgrund einer solchen Begutachtung erfolgt sei. Die Schmerzen des Beschwerdeführers am linken Sprunggelenk hätten nach der Operation zunächst nachgelassen, dann aber wieder zugenommen; sie würden immer noch regelmässig mit Spritzen behandelt. Der Beschwerdeführer könne deswegen nur kurze Zeit gehen. Die Gutachterin der



Rheumatologie sei zum Schluss gekommen, in der bisherigen Tätigkeit könne der Beschwerdeführer für nicht mehr als drei bis vier Stunden eingesetzt werden, attestiere ihm aber eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %, während das mögliche Pensum aber einer Arbeitsunfähigkeit von 50 bis 60 % entspreche. Dass in einer adaptierten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit bestehen solle, sei nicht nachvollziehbar, bestünden doch schon ohne Belastung - der Beschwerdeführer arbeite seit Monaten nicht mehr - erhebliche Schmerzen in der linken Körperhälfte und müsse das Sprunggelenk regelmässig mit Schmerzspritzen versorgt werden. Ausserdem sei nicht erklärbar, weshalb die erforderlichen Ruhepausen nicht auch für eine adaptierte Tätigkeit attestiert worden seien. Auch die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule sollten nach dem Gutachten keine Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit haben. Der Beschwerdeführer leide ausserdem an einer erhöhten Ermüdbarkeit. Eine Tätigkeit von mehr als 50 % sei ihm nicht zumutbar, da die Schmerzen, die Ermüdung und die Konzentrationsprobleme nach der entsprechenden Zeit stark zunehmen. Das sei in einer erneuten (Ober-) Begutachtung (neurologisch, rheumatologisch und neuropsychologisch) festzustellen. Der Beschwerdeführer sei mittlerweile mehr als 57 Jahre alt. Seine Sprachkenntnisse seien eher bescheiden. Er habe keine Berufsausbildung und habe bisher als Küchengehilfe gearbeitet. Er sei nur für leichte, wechselbelastende Arbeiten einsetzbar. Tätigkeiten im Stehen kämen nicht in Frage. Aufgrund der erheblichen Beeinträchtigungen wie der Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten und der erhöhten Ermüdbarkeit sowie der noch zu klärenden Einschränkungen der funktionellen Niveaus wäre der Beschwerdeführer, sofern überhaupt von einer verwertbaren Restarbeitsfähigkeit auszugehen sei, auf viel Entgegenkommen eines Arbeitgebers angewiesen. Gegenüber gesunden Personen sei er auf dem Arbeitsmarkt jedenfalls massiv benachteiligt. Es müsse ein Leidensabzug von 25 % gewährt werden.

E.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 10. Juli 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Bei der erneuten Begutachtung durch das ABI habe es sich um eine Verlaufsbegutachtung gehandelt, so dass die Institution nicht ihre eigene frühere Einschätzung habe nochmals beurteilen müssen. Auch ein Gutachter der Psychiatrie könne abschätzen, ob relevante kognitive Einschränkungen bestünden, die



der ergänzenden Abklärung bedürften. Die Gutachter hätten im Rahmen ihres Ermessens zulässigerweise auf eine zusätzliche neuropsychologische Begutachtung verzichtet. Das Gutachten erfülle die massgeblichen Voraussetzungen; es komme ihm volle Beweiskraft zu. Die Gutachterin der Rheumatologie habe dem Beschwerdeführer für die bisherige Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 30 % attestiert. Die geltend gemachten gesundheitlichen Einschränkungen seien pflichtgemäss beurteilt worden. Sie seien auch nicht so stark, dass sie einen Leidensabzug rechtfertigen würden. Der Beschwerdeführer habe den Einwand vom 4. April 2019 in sehr gutem Deutsch verfassen können. Ein Leidensabzug würde zudem bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen wieder wegfallen. Selbst der Maximalabzug führte nicht zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 %.

F.

Am 12. Juli 2019 wurde dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) entsprochen.

G.

Mit Replik vom 13. November 2019 hält der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers daran fest, dass eine abweichende Beurteilung des Gesundheitszustands durch das gleiche Institut von vornherein ausgeschlossen sei. Bei den vorhandenen Störungen liege es nicht im Ermessen der Gutachter, auf eine sich aufdrängende neuropsychologische Untersuchung zu verzichten. Der Sachverhalt sei von Amtes wegen abzuklären. Das Gutachten sei auch unvollständig, weil die Gutachter trotz somatoformer Schmerzstörung keine Beurteilung anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters vorgenommen hätten. Es habe ausserdem zumindest eine weitere neurologische Abklärung durch einen unabhängigen Gutachter zu erfolgen, da die Abklärungspflicht es gebiete, der Frage nach einem organischen Korrelat der linksbetonten Schmerzsymptomatik nachzugehen. Denn auch wenn dieses gemäss dem Gutachter nicht sicher vorhanden sei, so bestehe dafür doch eine gewisse Wahrscheinlichkeit.



H.

Die Beschwerdegegnerin hat am 21. November 2019 auf die Erstattung einer Duplik verzichtet.

Erwägungen

1.

1.1. Im Streit liegt die Verfügung vom 25. April 2019, mit welcher die Beschwerdegegnerin den im August 2017 geltend gemachten Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgelehnt hat. Es handelte sich dabei um eine Neuanschuldung, nachdem zunächst am 29. April 2002 ein Gesuch um berufliche Massnahmen abgewiesen und nachdem später ein (infolge Rentengesuchs vom September 2002) am 14. Juli 2004 ab September 2001 zugesprochener Anspruch auf eine halbe Rente am 23. August 2013 wiedererwägungsweise wieder aufgehoben worden war. Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung eingetreten, was angesichts der in den beigebrachten Arztberichten erwähnten Schädigungen nicht zu beanstanden ist.

1.2. Der Beschwerdeführer ersucht in der Beschwerde (materiell) einzig um Rentenleistungen. Ergäbe sich, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein solcher Anspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

2.

2.1. Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG, vgl. auch BGE 102 V 165). - Sämtliche psychischen Erkrankungen sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.)



grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung sind danach qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz.

3.

3.1. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wurden im Rahmen der Neuanschuldung vom August 2017 polydisziplinär begutachtet, und zwar durch das ABI, welches den Beschwerdeführer bereits im Verfahren, das schliesslich 2013 zur Rentenaufhebung geführt hat, begutachtet hatte. Dieser Umstand rechtfertigt allerdings nicht etwa als solcher vorweg einen Vorbehalt gegenüber dem Ergebnis des Gutachtens, handelt es sich doch um eine Verlaufsbeurteilung, welche die Möglichkeit eines Vergleichs des medizinischen Sachverhalts im Zeitablauf bietet, und nicht darum, dass eine Begutachtungsstelle ihr eigenes früheres Gutachten zu bewerten gehabt hätte. Ein Hinweis darauf, dass die Begutachtung nicht ergebnisoffen stattgefunden hätte, liegt zudem nicht vor. Des Weiteren kann allgemein festgehalten werden, dass die Teilbegutachtungen jeweils auf einer Kenntnis von den Vorakten, auf Befragungen des Beschwerdeführers zu seinen Leiden und zur Anamnese sowie auf den fachspezifischen Untersuchungen (einschliesslich Labor) basieren und insofern vollständig erscheinen. Ein förmlicher Ausstandsgrund wäre zudem ohnehin verspätet geltend gemacht worden (vgl. BGE 143 V 66 E. 4.3).

3.1.1. Bei der Begutachtung ergab sich im Einzelnen gemäss der Gutachterin der Allgemeinen Inneren Medizin, dass der Beschwerdeführer rein diesbezüglich für alle körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten uneingeschränkt ganztags arbeitsfähig sei. Die arterielle Hypertonie und das Offenwinkelglaukom bewirkten keine Beeinträchtigung; der korrigierte Visus liege beidseits bei 1.0 (vgl. IV-act. 207-27 f., -29). Der Beschwerdeführer scheine im Alltag nicht wesentlich eingeschränkt zu sein (täglich zweimal eine Stunde Arbeitsweg, Arbeit von 09.00 bis 14.00 Uhr als Küchengehilfe, zuhause Fähigkeit, sich gut um die Kinder zu kümmern etc., vgl. IV-act. 207-28).

3.1.2. Als Gutachterin der Nephrologie erklärte dieselbe Expertin, eine urologische Untersuchung vom 24. April 2018 (durch Dr. L.____) habe sonographisch eine unauffällige linke Niere des Beschwerdeführers ergeben mit restharnfreier



Blasenentleerung. Die Nierenfunktion sei jedoch eingeschränkt gewesen. Der untersuchende Urologe habe die geklagten Beschwerden damals nicht auf eine urologische Problematik zurückzuführen vermocht (vgl. IV-act. 207-32). Die Gutachterin hielt weiter fest, am 7. September 2018 sei ein Kreatinin von 108 $\mu\text{mol/l}$ bestimmt worden (vgl. IV-act. 207-31), bei der Begutachtung seien es 106 $\mu\text{mol/l}$ gewesen, und ausserdem 5.15 mmol/l Harnstoff (vgl. IV-act. 207-33 und -66). Es hätten sich im Verlauf der letzten fünf Jahre stabile Nierenfunktionsparameter, entsprechend einer Kreatininclearance nach CKD-EPI von 67 ml/min/1.73 m², gezeigt (bei Dr. L. ___ allerdings 58). Der Urinstatus sei (auch) bei der Begutachtung unauffällig gewesen (weder Albuminurie noch Proteinurie). Die Gutachterin schloss, es habe eine sehr gute Nierenfunktion bestanden, die einer leichten Niereninsuffizienz Stadium G2A1 nach KDIGO entspreche. Es kann davon ausgegangen werden, dass die genannte Qualifikation der Funktion (sehr gut) mit Rücksicht auf den Zustand nach der einseitigen Nephroureterektomie so bezeichnet wurde. Die Gutachterin wies ferner darauf hin, dass angesichts dieser leichten Niereninsuffizienz keine renalen Folgeerkrankungen hätten objektiviert werden können, nämlich weder eine renale Anämie noch eine relevante Dyselektrolytämie oder ein sekundärer Hyperparathyreoidismus (vgl. IV-act. 207-33). Die arterielle Hypertonie sei eher nicht renaler Genese, sondern möglicherweise im Kontext eines beginnenden metabolischen Syndroms zu interpretieren. Diesbezüglich habe sich bei an jenem Morgen nicht eingenommener Medikation eine ungenügende (Bluckdruck-) Einstellung gezeigt. Die angegebene erhöhte Ermüdbarkeit könne in Anbetracht der sehr guten Nierenfunktion nicht erklärt werden. Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (auch in bisheriger Tätigkeit) ergebe sich nicht (vgl. IV-act. 207-32 ff.).

3.1.3. Bei der rheumatologischen Begutachtung beklagte der Beschwerdeführer nebst den Schmerzen und dem Taubheitsgefühl in der ganzen linken Körperhälfte Schmerzen und muskuläre Verspannungen der Schulter-/Nackenmuskulatur, linksbetont, und belastungsabhängige Schmerzen in der linken Schulter, ausserdem Schmerzen im Lumbalbereich mit gelegentlicher Ausstrahlung ins linke Bein (nach länger als zehn Minuten Gehen) sowie intermittierend auftretende belastungsabhängige Schmerzen im linken Sprunggelenk. Er nehme nur selten Schmerzmedikamente ein, denn sie würden nur wenig helfen und er bekomme danach Magenbeschwerden und Fieber. Bis vor vier Wochen habe er zweimal wöchentlich Physiotherapie erhalten, die immer nur kurzfristig helfe. Wegen der Schmerzen im Sprunggelenk bekomme er alle drei Monate eine Spritze ins Gelenk. Mehr als das derzeitige Pensum von drei Stunden pro Tag (in einem RAV-Einsatzprogramm) traue er sich nicht zu (vgl. IV-act. 207-37 ff.). Die Gutachterin



der Rheumatologie liess Röntgenbilder von LWS und von HWS (je in zwei Ebenen) anfertigen und konnte ausserdem ältere Röntgen- oder MRI-Bilder von der linken Schulter (April und Mai 2016) sowie des OSG links (vom Mai 2018) mitbeurteilen (vgl. IV-act. 207-40). Im linken Sprunggelenk bestehe ein Belastungsdefizit (vgl. IV-act. 207-43). Ausserdem liege ein chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom mit Zervicobrachialgien links bei unter anderem ventraler Spondylose im Bereich C3 bis C7 vor. Seit etlichen Jahren bestehe auch ein chronisches thorako-lumbospodylogenes Schmerzsyndrom mit gelegentlicher ischialgiformer Ausstrahlung links bei u.a. Beckentiefstand links von 1 cm und ventraler und lateraler Spondylose Th9 bis Th12 und ventraler Spondylose L2/3 und L4/5. Durch die Hypermobilität könne es bei einer ungenügenden muskulären Stabilisierung immer wieder zu Überlastungserscheinungen im Bereich der peripheren Gelenke und zu Blockierungen im Wirbelsäulenbereich mit der entsprechenden Beschwerdesymptomatik kommen. Die Schulterschmerzen links würden sich am ehesten hierauf zurückführen lassen. Es habe sich ein nach dorsal dezentrierter Humeruskopf mit einer chronischen basisseitigen Labrumablösung posterior gezeigt. Die Gutachterin hielt nach der Untersuchung fest, die Belastbarkeit des Beschwerdeführers sei aufgrund einer allgemeinen Hypermobilität mit Überstreckbarkeit der Gelenke, der degenerativen Veränderungen im Wirbelsäulenbereich und der Beeinträchtigung am linken Sprunggelenk vermindert. Daneben stünden ihm aber aus rein rheumatologischer Sicht sämtliche Fähigkeiten und Ressourcen für die Ausübung einer adaptierten Tätigkeit zur Verfügung (vgl. IV-act. 207-41 ff.). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Küchengehilfen gehe in Teilbereichen über das zumutbare Leistungsprofil hinaus. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne regelmässige Arbeiten über Kopf und ohne ausschliessliche Steh- und Gehbelastung sei der Beschwerdeführer vollschichtig arbeitsfähig.

3.1.4. Die psychiatrische Begutachtung ergab, dass einzig eine die Arbeitsfähigkeit nicht tangierende Somatisierungsstörung vorliege. Der Beschwerdeführer hatte berichtet, sich seit November 2017 wegen Stresses infolge finanzieller Probleme in psychiatrische Behandlung (alle zwei bis drei Wochen) begeben zu haben. Psychopharmaka würden nicht eingesetzt. Eine Tätigkeit ohne Stress könne er sich während vier bis 4.5 Stunden auszuüben gut vorstellen. Der Gutachter der Psychiatrie hielt fest, die Klagen somatischer und psychischer Symptome des Beschwerdeführers hätten inkonsistent gewirkt. Seine Aktivitäten passten nicht zu einer erheblichen psychischen Störung. Es bestehe eine hohe subjektive Krankheitsüberzeugung. Die Diagnose einer depressiven Störung könne nicht bestätigt werden. Es bestehe eine



uneingeschränkte Leistungsfähigkeit für eine eher leichte, körperliche Arbeit, die nicht an hoher Effizienz orientiert sei (vgl. IV-act. 207-51 f.).

3.1.5. Dem Gutachter der Neurologie hatte der Beschwerdeführer erklärt, seit 20 Jahren Sensibilitätsstörungen (ein "eingeschlafenes Gefühl" über der linken Körperseite, am meisten am linken Bein und linken Fuss) zu verspüren. Ausserdem habe er zeitweise Konzentrationsschwierigkeiten, ferner Schulterschmerzen und eine mangelnde Beweglichkeit im linken Arm, bei Belastung seien die Schmerzen erheblich. Seit der Operation am linken Fuss habe er Mühe beim Gehen und Schmerzen, bei stärkeren Schmerzen zeitweise auch weniger Kraft im linken Bein, so dass er kaum noch gehen könne. Dazu kämen Kreuzschmerzen, die nach ca. einem Kilometer Gehen zunehmen. Insgesamt habe er dauernd Schmerzen. Physiotherapie und Schmerzmittel würden nicht (wesentlich) helfen, spezielle Yogaübungen allerdings schon. Bei starken Schmerzen seien ihm Letztere aber nicht möglich. Der Gutachter erklärte, bei einem MRI der LWS vom Dezember 2018 hätten sich keine Hinweise auf eine Neurokompression oder eine relevante Spinalkanalstenose ergeben. Beim leichten Sensibilitätsdefizit an der Aussenseite des linken Unterschenkels könnte es sich um eine L5-Symptomatik handeln. Unter Berücksichtigung der übrigen klinischen Befunde und des MRI-Befundes ergäben sich jedoch keine objektivierbaren Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik. Zu den Einschränkungen bei Belastungen und Alltagsfunktionen habe der Beschwerdeführer unterschiedliche Angaben gemacht. Zunächst habe er über erhebliche Einschränkungen aufgrund der Fusschmerzen, dann wieder über limitierende Kreuzschmerzen berichtet. Es würden keine relevanten Einschränkungen im alltäglichen Leben beschrieben. Hinweise auf eine organische Ursache der sensiblen Hemisymptomatik hätten sich nicht ergeben. Die Schmerzausstrahlung ins linke Bein könne nicht sicher einem organischen Korrelat zugeordnet werden. Bei längerem Sitzen während der Anamneseerhebung sei kein vermehrter Positionswechsel erkennbar gewesen. Es habe sich (beim Aus- und Ankleiden) nur ein gering ausgeprägtes rüchenschonendes Verhalten gezeigt. Es liege keine neurologische Hauptdiagnose vor, die Arbeitsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt.

3.1.6. In der interdisziplinären Konsensbeurteilung wurde angegeben, spezifische Belastungsfaktoren könnten weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht erhoben werden. Insbesondere aus rheumatologischer Sicht finde sich für die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden aber von Seiten des Bewegungsapparates zum überwiegenden Teil ein entsprechendes morphologisches Korrelat (mit Ausnahme der geklagten diffusen Schmerzproblematik der ganzen linken Körperhälfte). Die medizinischen Diagnosen seien allerdings nicht gravierend. Der



Versicherte fahre ausserdem täglich eine Stunde zum Arbeitsort, arbeite von 9 bis 14 Uhr als Küchengehilfe in einem Restaurant und könne sich auch zuhause gut um seine Kinder kümmern (sie zur Schule und zum Fussballspielen bringen, vom Spielplatz abholen). In seinen täglichen Aktivitäten scheine er also nicht wesentlich eingeschränkt. Mit einer vollständigen Invalidisierung könne das nicht vereinbart werden (vgl. IV-act. 207-11 f.).

3.2. Die letztgenannte Feststellung erscheint nach dem Dargelegten gut nachvollziehbar. Sie gibt allerdings Anlass zur Bemerkung, dass das Begutachtungsinstitut sich mit seinem Attest einer vollen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten von der Annahme einer vollen Invalidität maximal entfernt. Die Feststellung scheint sich eher auf die Beurteilung betreffend die bisherige Tätigkeit beziehen zu lassen, für welche das ABI lediglich eine Teilarbeitsfähigkeit annimmt, indem es erklärt, diese sei nur noch an drei bis vier Stunden pro Tag und unter Berücksichtigung einer leichten Leistungseinbusse zumutbar. Diese Tätigkeit als Küchengehilfe gehe in Teilbereichen über das zumutbare Belastungsprofil hinaus. Dort sei der Beschwerdeführer zu 70 % arbeitsunfähig (vgl. IV-act. 207-11 ff.). Eine solche Tätigkeit ist daher als ungeeignet zu betrachten.

3.3. Insgesamt ist insoweit von einem vollständigen Begutachtungsergebnis auszugehen, als es sich auf die erforderlichen Untersuchungen stützt und mit den Befunden begründet ist.

3.4.

3.4.1. Der Beschwerdeführer lässt indessen dagegen einwenden, angesichts der massiven Konzentrationsstörungen und der erhöhten Ermüdbarkeit des Beschwerdeführers sei zu Unrecht auf eine neuropsychologische Begutachtung verzichtet worden. - Die Gutachterin der Allgemeinen Inneren Medizin erklärte jedoch, die angegebenen Konzentrationsstörungen hätten vom Anamnesegespräch deutlich divergiert; der Beschwerdeführer habe sich sehr gut konzentrieren und Lebensdaten einwandfrei wiedergeben können (vgl. IV-act. 207-28). Auch der Gutachter der Psychiatrie gab an, die kognitiven Funktionen wie Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis hätten in der grobklinischen Prüfung als nicht beeinträchtigt imponiert. Konzentration und Aufmerksamkeit habe der Beschwerdeführer während der gesamten Untersuchungsdauer aufrechterhalten können (vgl. IV-act. 207-49). Der Gutachter der Neurologie hielt ebenfalls fest, Konzentration und Vigilanz seien während der ganzen Untersuchung gut erhalten geblieben (vgl. IV-act. 207-55). Der Verzicht auf den Beizug eines Neuropsychologen ist daher nicht zu beanstanden, zumal es im Übrigen



grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes ist, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 12. April 2019, 9C_752/2018 E. 5.3).

3.4.2. Des Weiteren lässt der Beschwerdeführer auf seine Schmerzen am linken oberen Sprunggelenk hinweisen, welche immer noch mit Schmerzspritzen behandelt werden müssten und derentwegen er nur kurze Zeit gehen könne. Dass nicht auch in einer adaptierten Tätigkeit ein Bedarf an Ruhepausen anerkannt worden sei, sei nicht nachvollziehbar. - Diesbezüglich ist zunächst zu erwähnen, dass gemäss einem MR-Bericht vom 7. Mai 2018 mit dem Ödem mit zentralem Nekroseareal, den Knorpelrissen sowie den Ganglien mit der Folge eines antero-lateralen Impingements erhebliche Schädigungen am OSG (und Kalkaneus) abgebildet worden sind. Bei der Begutachtung konnte die Gutachterin der Rheumatologie jedoch klinisch reizlose und frei bewegliche OSG verzeichnen (vgl. IV-act. 207-40). Sie hielt aber fest, der Beschwerdeführer habe bei der Überprüfung des Gelenks links leichte Schmerzen angegeben (a.a.O.), und berücksichtigte die dortigen Schmerzen und das Belastungsdefizit (vgl. IV-act. 207-41 f.). Sie räumte weiter auch ein, dass dem Beschwerdeführer Tätigkeiten mit ausschliesslicher Steh- und Gehbelastung nicht zumutbar seien (vgl. IV-act. 207-44). In angepassten Tätigkeiten nahm sie indessen eine Arbeitsfähigkeit für acht Stunden pro Tag an (vgl. IV-act. 207-44). Die Beschwerden wurden demnach zureichend berücksichtigt. Selbst die Annahme einer leichten Reduktion der Arbeitsfähigkeit wegen vermehrten Pausenbedarfs (von nicht mehr als 10 %) wäre indessen nicht rentenrelevant (vgl. auch unten E. 4.5).

3.4.3. Dass die medizinische Abklärung hinsichtlich der Schmerzsymptomatik vor allem der linken Körperhälfte zu ergänzen gewesen wäre, lässt sich des Weiteren nicht bestätigen. Die diesbezüglichen gutachterlichen Erläuterungen (gemäss dem Gutachter der Neurologie wahrscheinlich unspezifische Begleitsymptomatik im Rahmen der chronischen Schmerzen, vgl. IV-act. 207-57) erscheinen ausreichend; von weiteren Untersuchungen ist keine verbesserte Erkenntnis zu erwarten, hatte doch bereits die Begutachtung vom 10. April 2013 hierfür rheumatologisch kein klinisches Korrelat gezeigt und ergaben sowohl die Untersuchung des Bewegungsapparates wie die neurologische Prüfung keine relevanten pathologischen Befunde (vgl. IV-act. 108-15).

3.4.4. Die Gutachter befassten sich zudem auch mit den vorhandenen Belastungsfaktoren und Ressourcen, mit der Konsistenz in der Untersuchungssituation und mit dem Vergleich der geklagten Beschwerden mit den Alltagsaktivitäten. Der Gutachter der Psychiatrie hielt fest, der Beschwerdeführer habe im Affekt einen



besorgten, im Übrigen aber ausgeglichenen Eindruck gemacht. Eine erhebliche depressive Verstimmung habe sich nicht beobachten lassen (vgl. IV-act. 207-49). Eine Komorbidität zur Somatisierungsstörung (in Form einer affektiven Störung) bestehe nicht (vgl. IV-act. 207-50). Eine darüber hinaus gehende Berücksichtigung des Prüfungsrasters zu erwarten, erscheint vorliegend nicht sachgerecht.

3.4.5. Der Beschwerdeführer lässt schliesslich rügen, im Gutachten sei nicht erwähnt worden, dass die Gefühllosigkeit, die Schmerzen und die Konzentrationsstörungen massiv zugenommen hätten. Über das hierzu bereits Dargelegte hinaus ist zu erwähnen, dass im ABI-Gutachten vom 6. Februar 2019 eine seit der letzten Begutachtung eingetretene Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers festgestellt wurde. Erstmals seien degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule festzustellen gewesen, die zur Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit geführt hätten, während aber die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit nicht eingeschränkt sei (vgl. IV-act. 2017-13). - Auch retrospektiv erachteten die Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Arbeit als nicht gegeben (a.a.O.).

3.5. Insgesamt ist demnach festzuhalten, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers zwei Etagen der Wirbelsäule (C und Th/L), das linke OSG und die linke Schulter betreffen. Das ist als Erschweris zu betrachten. Die Belastungsdefizite und Schmerzen des Beschwerdeführers wurden allerdings interdisziplinär vollständig gutachterlich abgeklärt und medizinisch gewürdigt. Das Ergebnis wurde wie erwähnt nachvollziehbar begründet und erweist sich demnach als stichhaltig.

3.6. Soweit sich weitere ärztliche Einschätzungen überhaupt zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit und diesbezüglich abweichend äusserten, vermögen sie gegen das begründete polydisziplinäre Begutachtungsergebnis nicht anzukommen. Dasselbe gilt für die Einschätzung aufgrund des RAV-Arbeitseinsatzes, wonach Arbeitstempo und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes nicht entsprächen.

3.7. Damit ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit medizinisch als voll arbeits- und leistungsfähig zu betrachten ist.

4.

4.1. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG Art. 16 ATSG anwendbar. Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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).

4.2. Da der Beschwerdeführer (nebst diversen Phasen des Bezugs von Arbeitslosenentschädigung) in verschiedenen Anstellungen tätig gewesen war, lässt sich keine Tätigkeit erkennen, welche die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hätte, als Basis zur Bestimmung des Valideneinkommens dienen zu können. Das Valideneinkommen ist daher auf der Grundlage der Tabellenlöhne festzulegen. Der Beschwerdeführer hatte jeweils im Vergleich zu diesen statistischen Lohnerhebungen des Kompetenzniveaus 1 (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2019, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 228, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik) auch nicht überdurchschnittlich verdient (vgl. IK-Auszug, IV-act. 169).

4.3. Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie keine Erwerbstätigkeit mehr aus, sind hierfür statistische Werte beizuziehen (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1, vgl. etwa auch Bundesgerichtsentscheid vom 26. Januar 2016, 9C_762/2015). Der Beschwerdeführer hat kein für ein zumutbares Invalideneinkommen repräsentatives Einkommen mehr erzielt, so dass auch in dieser Hinsicht auf die Tabellenlöhne zu greifen ist.

4.4. Für das Valideneinkommen und als Ausgangswert für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist somit derselbe Einkommensbetrag zu wählen. Der Invaliditätsgrad entspricht unter solchen Verhältnissen dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs (zur Ermittlung des Invalideneinkommens) gemäss BGE 126 V 75 (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 9. Mai 2016, 8C_934/2015 E. 2.1, und vom 20. April 2010, 9C_215/2010 E. 5.2).

4.5. Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug (von den Tabellenlöhnen) zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu



schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). - Medizinisch gesehen sind dem Beschwerdeführer gemäss dem ABI-Gutachten körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne regelmässige Arbeiten über Kopf und ohne ausschliessliche Steh- und Gehbelastung zumutbar. Nach Angaben des Gutachters der Psychiatrie sollte es sich um eine leichte körperliche Arbeit handeln, um der Tendenz zur Somatisierung entgegenzuwirken (vgl. IV-act. 207-51). Die Tätigkeit sollte nicht an hoher Effizienz orientiert sein (vgl. IV-act. 207-52). Die medizinischen Einschränkungen sind bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt worden. Die eingeschränkten Sprachkenntnisse des Beschwerdeführers (vgl. RAV-Bericht vom 20. Dezember 2018: der Beschwerdeführer habe nicht alles voll verstanden; ABI-Gutachten: gute Deutschkenntnisse, problemlose Kommunikation, vgl. IV-act. 207-24, allerdings Begutachtung mit Dolmetscher, vgl. IV-act. 207-26, nur - sc. aber immerhin - Bedarf an Dolmetscher für schwierigere Sachverhalte, vgl. IV-act. 207-39) vermögen keinen Abzug vom Tabellenlohn bezüglich der Einsatzmöglichkeiten für einfache und repetitive Tätigkeiten zu rechtfertigen (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 29. Mai 2018, 9C_266/2017 E. 3.4.4, und vom 18. August 2014, 9C_426/2014 E. 4.2). Gleiches gilt für eine fehlende berufliche Ausbildung, da in solchen Tätigkeiten auch keine Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt sind (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 18. August 2014, 9C_426/2014 E. 4.2). Zudem sind diese (invaliditätsfremden, schon vor der gesundheitlichen Beeinträchtigung vorhanden gewesenen) Faktoren angesichts der Parallelisierung der Vergleichseinkommen bereits berücksichtigt worden; eine doppelte Berücksichtigung hat ausser Betracht zu fallen (vgl. dazu BGE 134 V 322 E. 5.2 und 6.2). Der Beschwerdeführer ist gemäss dem Gutachten auch in der Lage, ganztätig zu arbeiten, weshalb kein Teilzeitabzug anzubringen ist (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 12. November 2019, 9C_542/2019 E. 3.1, und vom 16. Mai 2019, 8C_705/2018 E. 4.3). Dass der Beschwerdeführer wegen seines Alters eine relevante Einbusse hinzunehmen hätte, ist ebenfalls nicht anzunehmen (vgl. 9C_266/2017 E. 3.4.4). Selbst bei einem ermessensweise allenfalls insgesamt anzunehmenden Abzug von maximalen 10 % ergäbe sich im Übrigen kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. - Die verfügte Ablehnung des Rentenanspruchs erweist sich demnach als rechtmässig.

5.

5.1. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2. Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand



und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Der Beschwerdeführer ist im Verfahren unterlegen, weshalb ihm die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen sind. Zufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) am 12. Juli 2019 ist er jedoch von deren Bezahlung zu befreien.

5.3. Der Staat ist aufgrund der unentgeltlichen Rechtsverteidigung zu verpflichten, für die Kosten seiner Rechtsvertretung aufzukommen. Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese ist in Anwendung von Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes (sGS 963.70) um einen Fünftel auf Fr. 2'800.-- zu reduzieren.

5.4. Wenn seine wirtschaftlichen Verhältnisse es ihm gestatten, kann der Beschwerdeführer zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden (vgl. Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit.

3.

Der Staat entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).