



Fall-Nr.: IV 2009/214
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 29.06.2020
Entscheiddatum: 10.05.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 10.05.2011

Art. 28 IVG; Art. 72bis IVV: Rente. Beweistauglichkeit eines Gutachtens. Formelle und materielle Anforderungen. Die als Komorbidität neben der somatoformen Schmerzstörung bestehende leichte depressive Episode begründet eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Abweisung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Mai 2011, IV 2009/214).

Entscheid Versicherungsgericht, 10.05.2011

Abteilungspräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug, Versicherungsrichter Martin Rutishauser; a.o. Gerichtsschreiberin Rahel Pfäffli

Entscheid vom 10. Mai 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Thomas Bürgi, Haus zur alten Dorfbank,
9313 Muolen,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,



St.Galler Gerichte

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a Der Versicherte A.____ meldete sich am 25. September 2007 erneut zum Bezug von Rentenleistungen an (IV-act. 77). Es läge eine massive Verschlechterung körperlich und psychisch vor, sodass er weiterhin zu 100% arbeitsunfähig sei.

A.b Nach einem Sturz und der dadurch verursachten Steissbeinkontusion am 23. Februar 2003 war der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig. Ein Gesuch des Versicherten um Rentenleistungen und berufliche Massnahmen wurde mit Einspracheentscheid vom 7. November 2005 von der IV-Stelle St. Gallen abgelehnt (IV-act. 71). Die IV-Stelle stützte ihren Entscheid auf ein Gutachten des Ärztlichen Begutachtungsinstituts (ABI), worin dem Versicherten für körperlich leichte Tätigkeiten mit intermittierend auch mittelschweren Anteilen ohne Leistungseinschränkung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (IV-act. 59).

A.c Nach dem erneuten Gesuch um Rentenleistungen vom September 2007 holte die IV-Stelle bei der behandelnden Ärztin des Versicherten, Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, einen Arztbericht ein. Diese stellte am 19. Dezember 2007 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende depressive Störung mittelschwerer bis periodisch schwerer Ausprägung ohne psychotische Symptome mit im Vordergrund stehenden intensiven und permanenten Rücken- und Kopfschmerzen, schwere Anhedonie, frühmorgendliches Erwachen mit Morgentief, schwere Schlafstörungen, psychomotorische Hemmung, Insuffizienzerleben, Störung der Vitalgefühle, Appetitverlust, Libidoverlust, Isolationstendenz und subakute Suizidalität (ICD-10 F33.2). Weiter lägen eine unreife, einfach strukturierte, ängstlich-abhängige Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1), schwierige finanzielle und psychosoziale Umstände (ICD-10 Z56, Z59, Z60.1, Z60.2) sowie Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) vor, die sich jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Der Versicherte sei zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 89). Auch der Hausarzt Dr. med. C.____ bestätigte mit



St.Galler Gerichte

Schreiben vom 12. November 2007, dass es dem Versicherten körperlich und psychisch "hundsmiserabel" gehe. Er könne sich nicht vorstellen, wie der Versicherte in seinem Zustand irgendwelcher beruflicher Tätigkeit nachgehen könnte (IV-act. 86).

A.d Aufgrund dieser Befunde wurde am 15. Oktober 2008 eine Verlaufsbeurteilung im ABI Basel durchgeführt. Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten werde beeinflusst von einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einem chronifizierten lumbalbetonten Panvertebralsyndrom (ICD-10 M53.8) sowie einem Impingement-Syndrom linke Schulter Grad I (ICD-10 M75.4). Die leichten depressiven Episoden existierten als Komorbidität zu der somatoformen Schmerzstörung. Der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit um 20% eingeschränkt (IV-act. 95).

A.e Mit Vorbescheid vom 5. Januar 2009 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sich seit der Abweisung vom 20. Juli 2005 sein Gesundheitszustand nur leicht verschlechtert habe. Das Leistungsbegehren würde deswegen bei einem IV-Grad von unter 40% abgewiesen (IV-act. 99). Dagegen erhob der Versicherte am 5. Februar 2009 Einwand (IV-act. 103, 107).

A.f In der Zeit vom 9. Februar 2009 bis 27. Februar 2009 war der Versicherte auf der Kurzzeittherapie-Station des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen hospitalisiert. Als Diagnosen wurden im Bericht vom 12. März 2009 eine depressive Episode, schwergradig (ICD-10 F32.2), eine somatoforme Schmerzstörung, schwierige finanzielle und psychosoziale Umstände (ICD-10 Z56, Z59, Z60.1, Z60.2) sowie Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.2) genannt. Während der Behandlung habe sich eine diskrete Verbesserung der Symptomatik gezeigt von initial schwerem bis schliesslich weiterhin mittelgradig ausgeprägtem depressivem Zustandsbild. Bei Austritt wurde die Arbeitsfähigkeit auf 0% eingestuft (IV-act. 108). In seiner Stellungnahme vom 9. April 2009 führte der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der IV-Stelle aus, dass sich die psychopathologischen Symptome bei Austritt bis auf die Affektstörung nicht von dem im Gutachten erhobenen Status unterscheiden würden. Eine vorübergehende Verschlechterung der Depression sei gegeben. Da der aktuelle Gesundheitszustand



unklar sei, sei ein Verlaufsbericht mit Zustandsbild bei Dr. med. B.____ einzuholen (IV-act. 111).

A.g Im Bericht vom 20. April 2009 attestierte Dr. med. B.____ eine Verschlechterung des Gesundheitszustands. Die Diagnose habe sich nicht verändert. Es liege eine schwere depressive Entwicklung mit emotionaler Labilität, Suizidalität, generalisierte und intensive Schmerzen, Anhedonie und Schlafstörungen vor (IV-act. 115). Auch hierzu bemerkte der RAD mit Schreiben vom 7. Mai 2009, dass sich die Funktionsausfälle nur unwesentlich vom im ABI-Gutachten erhobenen Befund unterscheiden würden. Die von Dr. med. B.____ angeführten Symptome entsprächen anhand der ICD-10 Kriterien nur einer leichten depressiven Episode. Es könne somit auf das ABI-Gutachten abgestellt werden (IV-act. 116).

A.h In der Folge verfügte die IV-Stelle am 7. Mai 2009 im Sinn des Vorbescheides die Abweisung des Leistungsbegehrens. Es sei dem Versicherten aus medizinischer Sicht noch zumutbar, eine mittelschwere Tätigkeit zu 80% auszuüben. Der Invaliditätsgrad betrage 20%. Da er unter 40% liege, bestehe kein Rentenanspruch. Das Leistungsbegehren werde abgewiesen (act. G 1.1.1).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 11. Juni 2009. Der Beschwerdeführer beantragt, die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihm mindestens eine halbe IV-Rente auszurichten. Eventuell sei die Sache zur medizinischen Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen und diese sei zu verpflichten, den Invaliditätsgrad neu zu ermitteln. Es sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege und die unentgeltliche Rechtsverbeiständung durch den unterzeichneten Rechtsanwalt zu bewilligen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Der Beschwerdeführer bemängelt das ABI-Gutachten. Es sei nicht erkennbar, welche Tests und Untersuchungen durchgeführt worden seien. Auch fehlten Angaben über die Methode der Untersuchung. Um die Schlüssigkeit der Abklärungsbefunde überprüfen zu können, müsse man wissen, in welchem Rahmen die Untersuchungen stattgefunden hätten. Von Bedeutung seien insbesondere Anzahl, Ort und Dauer der einzelnen Sitzungen sowie Angaben über anwesende Personen.



Ohne Kenntnis dieser äusseren Rahmenumstände könne das Gutachten nicht beurteilt werden, d.h. dieses müsse wegen fehlender Angaben als mangelhaft bezeichnet werden. Der Beschwerdeführer sei aufgrund von drei jeweils halbstündigen Gesprächen beurteilt worden. Er habe sich kaum äussern können, es sei ihm keine Gelegenheit gegeben worden, um über seine Probleme zu sprechen und insbesondere seine psychischen Schwierigkeiten zur Darstellung zu bringen. Die Abwicklung der Exploration und die Untersuchungsmethode insbesondere bei der Erhebung der psychiatrischen Befunde müssten als absolut zweifelhaft bezeichnet werden. Das Risiko einer Fehleinschätzung sei nach der allgemeinen Lebenserfahrung zweifellos umso grösser, je unsorgfältiger die ihr zugrunde liegende Untersuchung sei. Die Einschätzung, dass der Beschwerdeführer noch zu 80% arbeits- und leistungsfähig sei, sei jedenfalls nicht nachvollziehbar. Sodann fänden sich keine Angaben darüber, wie der Prozentsatz der Arbeitsfähigkeit errechnet worden sei und es bestünden Zweifel an der Unabhängigkeit des ABI. Dieses Institut lebe von den ständigen Aufträgen der kantonalen IV-Stellen und sei von ihnen geradezu abhängig. Eine neutrale und objektive Beurteilung sei unter diesen Umständen nicht mehr gewährleistet. Insbesondere bei der Untersuchung der psychiatrischen Fragen sei die Tendenz zur einseitigen Beurteilung zu Gunsten des Auftraggebers offensichtlich. Es werde daher beantragt, eine erneute Begutachtung bei der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich durchzuführen. Schliesslich sei festzuhalten, dass das Gutachten im Widerspruch zu den Berichten der behandelnden Ärzte stehe. Daher dränge sich eine umfassende Expertise auf (act. G 1).

B.b In der Beschwerdeantwort vom 20. August 2009 beantragt die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Das ABI sei eine anerkannte medizinische Abklärungsstelle und sei als solche unabhängig. Gemäss dem ABI-Gutachten seien keine fassbaren klinischen oder radiologischen Veränderungen, welche die subjektiv hochgradige Schmerzintensität und insbesondere die ausgeprägte Behinderung erklären könnten, nachweisbar. Aus somatisch-rheumatologischer Sicht liege funktionell eine höchstens leichtgradig eingeschränkte Belastbarkeit der Wirbelsäule sowie im Bereich der linken Schulter ein Impingement-Syndrom Grad I vor. Aufgrund dieser wenig ausgeprägten somatischen Befunde am Bewegungsapparat erscheine es plausibel, dass das ABI aus somatischer Sicht von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis höchstens mittelschwere Tätigkeiten



ausgegangen sei. Der psychiatrische Experte habe in seiner Beurteilung dargelegt, die psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren seien deutlich ausgeprägt und drückten sich in den körperlichen Schmerzen aus. Diagnostisch handle es sich um eine somatoforme Schmerzstörung. Der Explorand leide auch unter depressiven Verstimmungen. Die Arbeitsfähigkeit sei durch die leichte depressive Episode und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung um 20% eingeschränkt. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers würden fehlende Angaben zur Dauer der Untersuchung das Gutachten nicht in Frage zu stellen vermögen, wenn keinerlei Hinweise auf materielle Mängel des Berichts bestünden. Das ABI-Gutachten erfülle die Kriterien für beweiskräftige Gutachten, so dass grundsätzlich darauf abzustellen sei. Somatoforme Schmerzstörungen seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar. Aus der Beschreibung der Symptome und der psychischen Vorgänge in der psychiatrischen Beurteilung werde deutlich, dass das Schmerzgeschehen dominiere und dass ausserdem invaliditätsfremde psychosoziale Belastungsfaktoren die depressive Stimmung mitbestimmen würden. Demnach sei in Abweichung vom ABI-Gutachten davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer eine Schmerzüberwindung vollumfänglich zumutbar sei, so dass keine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen anzunehmen sei. Das ABI habe sich mit dem Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. B.____ vom 19. Dezember 2007 auseinandergesetzt. Es erscheine möglich, dass es im Jahr 2007 zu einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers gekommen sei. Es sei aber nicht davon auszugehen, dass sich diese mögliche zwischenzeitliche Verschlechterung der depressiven Symptomatik auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit ausgewirkt habe. Die im Bericht des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen vom 12. März 2009 zum Zeitpunkt des Austritts aufgeführten psychopathologischen Symptome würden sich bis auf die Affektstörung nicht von dem im ABI-Gutachten erhobenen Status unterscheiden. Der stationäre Aufenthalt sei jedoch Folge einer vorübergehenden Verschlechterung der Depression gewesen. Weiter sei festzuhalten, dass die im Verlaufsbericht von Dr. med. B.____ beschriebenen Befunde anhand der ICD-10 Kriterien einer leichten depressiven Episode entsprächen. Es erscheine nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sich der psychische Zustand des Versicherten seit der ABI-Begutachtung anhaltend verschlechtert habe. Es bestünde



kein Rentenanspruch, selbst wenn von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen würde (act. G 3).

C.

Am 24. August 2009 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung bewilligt (act. G 5).

D.

Mit Replik vom 5. September 2009 hält der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Er führt aus, dass die Erkenntnisse der behandelnden Ärzte wichtig seien und bestreitet die Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung (act. G 6).

E.

In der Folge verzichtete die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 11. September 2009 auf eine Duplik (act. G 8).

Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 435 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung erging am 7. Mai 2009, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über die noch



nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2006, I 428/04, E. 1). Diese übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen keine materiellrechtlichen Folgen, da die 5. IV-Revision hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat. Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2008 geltenden Bestimmungen wiedergegeben.

2.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig im Sinn von Art. 6 ATSG gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid im Sinn von Art. 8 ATSG sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität im Sinn von Art. 8 ATSG ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Dabei ist die Erwerbsunfähigkeit als der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG richtet sich die Invalidenrente nach dem Invaliditätsgrad. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent vor, besteht Anspruch auf eine Viertelsrente. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent ist der Anspruch auf eine halbe Rente gegeben. Eine Dreiviertelsrente können Versicherte beanspruchen, die einen Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent aufweisen und eine ganze Rente, wer einen Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent aufweist. Der Invaliditätsgrad seinerseits wird bei Erwerbstätigen mittels Einkommensvergleich bestimmt. Dabei wird das Valideneinkommen in Beziehung



gesetzt mit dem Invalideneinkommen, also dem Erwerbseinkommen, das nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen in zumutbarer Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielt werden könnte (Art. 16 ATSG).

2.3. Um die Erwerbsunfähigkeit, die Arbeitsunfähigkeit und 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 256 E. 4). Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offenen ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (BGE 127 V 294 E. 4c mit Hinweisen). Einer versicherten Person ist die Ausübung entsprechend profilierter Tätigkeiten in dem Umfang zumutbar, wie sie vom funktionellen Leistungsvermögen und vom Vorhandensein bzw. von der Verfügbarkeit psychischer Ressourcen her eine (Rest-)Arbeitsfähigkeit aufweist, es sei denn andere als medizinische Gründe stünden der Bejahung der Zumutbarkeit im Einzelfall in invalidenversicherungsrechtlich erheblicher Weise entgegen (vgl. BGE 132 V 393 E. 3.2; vgl. BGE 114 V 286; Urteil des Bundesgerichts I 216/04 vom 16. September 2004 E. 3.2). Relevant ist somit nicht die medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (vgl. BGE 111 V 239). Vielmehr muss darauf abgestellt werden, in welchem Mass die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich nicht mehr nutzbringend tätig sein kann (vgl. BGE 115 V 404). Das subjektive Empfinden der Versicherten Person kann dabei allerdings, insbesondere wenn es sich nicht mit der Auffassung der medizinischen Fachleute deckt, für sich allein nicht massgebend sein (Urteil des Bundesgerichts I 677/03 vom 28. Mai 2004 E. 2.3.1 und I 803/05 vom 6. April 2006 E. 4). Ist eine Einbusse der Arbeitsfähigkeit gegeben, muss diese durch eine Gesundheitsschädigung bedingt sein. Es ist daher nicht vom Krankheitsmodell auszugehen, wie es der neueren Medizin zugrunde liegt, welche auf bio-psycho-soziale



Faktoren abstellt; vielmehr ist ein engerer Begriff zu verwenden (vgl. Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 2008, Art. 6 N 4).

3.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgelehnt hat.

3.1 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten ([BGE 122 V 160 neues Fenster](#) f. E. 1c mit Hinweisen).

3.2 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise



sprechen (vgl. [BGE 104 V 212 neues Fenster](#) E. c; RKUV 1993 Nr. U 167 E. 5a mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb und cc). Dies gilt auch für Stellungnahmen des behandelnden Spezialarztes (Urteil des Bundesgerichts I 803/05 vom 6. April 2006). Widersprechen Berichte behandelnder Ärzte dem von der Verwaltung bei externen Spezialärzten eingeholten Gutachten, ist die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits zu beachten ([BGE 124 I 175 neues Fenster](#) E. 4; Urteile I 783/05 vom 18. April 2006, und I 506/00 vom 13. Juni 2001). Diese Tatsache lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte später zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Vorbehalten bleiben aber Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2, I 663/05 vom 27. November 2006 E. 2.2.2, U 58/06 vom 2. August 2006 E. 2.2 in fine, und I 676/05 vom 13. März 2006 E. 2.4).

4.

Es stellt sich die Frage, ob das vorliegende Gutachten des Ärztlichen Begutachtungsinstituts (ABI-Gutachten) als Grundlage für die Bemessung des Invaliditätsgrades beigezogen werden darf. Zunächst ist daher zu klären, ob das ABI-Gutachten den formellen Anforderungen genügt. Der Beschwerdeführer macht geltend, es bestünden Zweifel an der Unabhängigkeit des ABI. Dieses lebe sozusagen von den ständigen Aufträgen der kantonalen IV-Stellen und sei von diesen geradezu abhängig (act. G 1 Ziff. II/5).



4.1 Gemäss Art. 72bis IVV trifft das Bundesamt mit Spitälern oder anderen geeigneten Stellen Vereinbarungen über die Errichtung von medizinischen Abklärungsstellen, welche die zur Beurteilung von Leistungsansprüchen erforderlichen ärztlichen Untersuchungen vornehmen. Es regelt Organisation und Aufgaben dieser Stellen und die Kostenvergütung. Bei diesen medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) handelt es sich um spezialisierte Abklärungsstellen, die weder den Durchführungsorganen noch der Aufsichtsbehörde gegenüber in irgendeiner Art weisungspflichtig noch sonstwie untergeordnet sind, sondern auf tarifvertraglicher Grundlage medizinische Abklärungen vornehmen, die einzig und allein nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen zu erstatten sind. Chefarzt und Ärzte der MEDAS erfüllen ihren gutachterlichen Auftrag unabhängig und in ihrem freien Ermessen und unterstehen in ihrer Meinungsbildung seitens der Aufsichtsorgane keinerlei Einfluss. Wenn selbst aus der Tatsache, dass ein Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, nicht auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit zu schliessen ist, kann dieser Vorwurf umso weniger gegenüber den Ärzten der MEDAS erhoben werden, welche nicht durch den Versicherungsträger selber, sondern durch die jeweilige Trägerorganisation angestellt werden. Auch der Umstand, dass Abklärungsdienste, Gutachterstellen usw. mit Mitteln des Sozialversicherers finanziert werden, steht der Annahme eines fairen Abklärungsverfahrens nicht entgegen (vgl. BGE 123 V 175 E. 3.4).

4.2 Bezüglich der Objektivität eines Gutachtens ist zu berücksichtigen, dass abgesehen von ganz

ausserordentlichen Fällen, nur die für eine Behörde tätigen Personen, nicht aber die Behörde als solche befangen sein können. Ausstandsbegehren gegen sämtliche Mitglieder einer Behörde sind nur zulässig, wenn gegen jedes einzelne Mitglied spezifische Ausstandsgründe geltend gemacht würden, die über die Kritik hinausgehen, die Behörde als solche sei befangen. Entsprechendes gilt auch hinsichtlich einer Medizinischen Abklärungsstelle nach Art. 72bis IVV (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_500/2009 vom 24. Juni 2009, E. 2.1 mit Hinweis, sowie 9C_511/2009 vom 30. November 2009 E. 4.2.1).

4.3 Das ABI zählt zu den medizinischen Abklärungsstellen im Sinn von Art. 77bis IVV. Angesichts der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist es als unabhängige und



unbefangene Abklärungsstelle zu qualifizieren (vgl. BGE 123 V 175, E. 3.4; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_500/2009 vom 24. Juni 2009, E. 2.1 mit Hinweis, sowie 9C_511/2009 vom 30. November 2009 E. 4.2.1). Demzufolge erfüllt das Gutachten die formellen Anforderungen. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass weder die Zahl der Begutachtungsaufträge noch die Vergütung der Abklärungsarbeit vom Ergebnis der Begutachtung abhängt. Das ABI hat daher keinen Anlass, sich versichertenfeindlich zu verhalten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20.12.2007, IV 2007/373, E. 2.3).

5.

Der Beschwerdeführer wurde am 15. Oktober 2008 im ABI begutachtet. Die polydisziplinäre Begutachtung bestand aus einer rheumatologischen sowie einer psychiatrischen Untersuchung.

5.1 Aus dem rheumatologischen Teilgutachten geht hervor, dass beim Beschwerdeführer subjektiv weiterhin Schmerzen im Bereich der unteren LWS und der unteren BWS sowie am Hinterkopf im Vordergrund stünden. Intermittierend und ohne auslösendes Ereignis komme es auch zu diffusen Beinschmerzen rechts. Zusätzlich seien seit 2 bis 3 Jahren ventrale Schulterschmerzen links vorhanden. Aus rheumatologischer Sicht entspräche das Beschwerdebild einem chronifizierten lumbalbetonten Panvertebralsyndrom (ICD-10 M53.8). Fassbare klinische oder radiologische Veränderungen, welche die subjektiv hochgradige Schmerzintensität und insbesondere die ausgeprägte Behinderung erklären könnten, seien nicht nachweisbar. Insbesondere lägen keine Anhaltspunkte für eine neurologische Komplikation, eine relevante traumatische Läsion oder eine entzündliche Wirbelsäulenauffektion vor. Aus somatisch-rheumatologischer Sicht läge funktionell eine höchstens leichtgradig eingeschränkte Belastbarkeit der Wirbelsäule vor. Die Problematik im Bereich der linken Schulter entspräche aufgrund der klinischen Befunde einem Impingement-Syndrom Grad I und führe zu einer leichtgradig eingeschränkten Belastbarkeit des linken Armes. Aufgrund dieser Befunde und Diagnosen seien körperlich schwere Tätigkeiten mit starker Rückenbelastung und starker Belastung des linken Armes nicht mehr zumutbar. Für eine körperlich höchstens mittelschwere Tätigkeit mit auch nur mittelstarker Rückenbelastung sei die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht



nicht eingeschränkt. Im Vergleich zu der orthopädischen Beurteilung anlässlich des früheren ABI-Gutachtens 2005 ergäben sich keine relevanten neuen Aspekte und deshalb auch keine wesentliche Veränderung der attestierten Arbeitsfähigkeit (IV-act. 95-16f.).

5.2 Aus psychiatrischer Sicht wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) gestellt. In der psychopathologischen Befundaufnahme beschreibt der Gutachter, dass die Klagen der körperlichen Beschwerden diffus seien. Neben seinen Schmerzen habe der Beschwerdeführer über nächtliche Schlafschwierigkeiten, erhöhte Ermüdbarkeit am Tag und Reizempfindlichkeit geklagt. Er habe über die soziale Isolation und die angespannte finanzielle Situation gesprochen. Die Stimmung sei depressiv gewesen. Mimik und Gestik seien herabgesetzt gewesen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei eingeschränkt gewesen. Während des ganzen Gesprächs sei er unverändert in seiner leidenden Haltung geblieben und habe zwischendurch schwer geatmet, sonst aber keine Zeichen akuter Schmerzwahrnehmung gezeigt. Vegetative Symptome seien nicht erkennbar gewesen. Er sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt gewesen. Das Denken sei formal unauffällig gewesen, inhaltlich seien depressive Gedanken erkennbar gewesen. Wahnhaftige Gedanken, Sinnestäuschungen, Halluzinationen und Ich-Störungen seien nicht vorhanden gewesen. Die Beziehungsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt gewesen. Hinweise auf mangelnde Affektsteuerung und fehlende Impulskontrolle hätten sich nicht gefunden. Die Selbstwertregulation sei unauffällig gewesen. Der Antrieb sei vermindert gewesen. Die Intentionalität sei nicht gestört gewesen. Die Abwehrmechanismen seien nicht beeinträchtigt gewesen (IV-act. 95-12). In der Stellungnahme zur Selbsteinschätzung wird ausgeführt, der Beschwerdeführer fühle sich nicht mehr in der Lage zu arbeiten. Er gehe nicht völlig adäquat mit den Beschwerden um und fühle sich durch diese mehr beeinträchtigt, als dies den objektiven Tatsachen entspreche. Er könne sich nicht vorstellen, auch mit Beschwerden zu arbeiten. Die wiederholten Kündigungen der Arbeitsstellen durch den Arbeitgeber, die erwartete aber nicht eingetretene Beschwerdefreiheit und das Scheitern seiner Ehen hätten psychisch zu Verunsicherung und Enttäuschung geführt. Nach der Arbeitsniederlegung hätten die psychosozialen



Belastungen mit Verlust von Strukturen und Lebensinhalten sowie angespannter finanzieller Situation zu verstärkten depressiven Verstimmungen geführt. Sodann nehme der Beschwerdeführer trotz subjektiv starken Beschwerden entgegen seiner Angaben die verordnete antidepressive Medikation nicht ein. Diese Faktoren seien primär krankheitsfremd (IV-act. 98-13).

5.3 Gesamthaft gesehen sei die Arbeitsfähigkeit daher um 20% eingeschränkt. Es läge keine mittelgradige oder gar schwere psychische Störung vor. Der Beschwerdeführer sei nicht suizidal und habe keine Konzentrationsstörungen. Hinweise auf unbewusste Konflikte seien nicht vorhanden und ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht gegeben. Die komplexen Ich-Funktionen seien nicht deutlich gestört. Schon im ABI-Gutachten vom 7. Juni 2005 sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung festgestellt worden, was durch die aktuellen Befunde bestätigt werde. Es bestehe nun jedoch zusätzlich noch eine leichte depressive Episode, was bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung häufig sei und die sich im Verlauf oft verstärke. Daher müsse die Diagnose einer affektiven Störung gestellt werden. Es bestehe ein sozialer Rückzug, jedoch seien gute Kontakte in der Familie vorhanden. Es liege weder ein emotionaler Rückzug noch eine starke Einschränkung in den täglichen Aktivitäten vor, wie dies bei einer mittelgradigen Depression ausgeprägt wäre. Der Beschwerdeführer verrichte einfache Haushaltarbeiten selbstständig und Reisen sei ihm trotz subjektiv starker Schmerzen möglich. Die Schlafstörungen würden auch daher rühren, dass er am Tag keiner regelmässigen Beschäftigung nachgehe und sich wiederholt hinlege. Eine manifeste Persönlichkeitsstörung liege nicht vor. Der Beschwerdeführer sei in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und erhalte eine antidepressive Medikation. Die therapeutischen Möglichkeiten seien aber prinzipiell nicht ausgeschöpft. Daher sei eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zumutbar (IV-act. 98-10 ff.).

5.4 Dass dem Beschwerdeführer körperlich schwere Tätigkeiten mit starker Rückenbelastung und starker Belastung des linken Armes nicht mehr zuzumuten seien, er jedoch in einer adaptierten Tätigkeit rheumatologisch nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, erscheint aufgrund der Diagnosestellung nachvollziehbar. Die in der psychiatrischen Begutachtung gestellten Diagnosen stehen jenen der behandelnden Ärzte, die von einer schweren depressiven Episode ausgehen, gegenüber. Zum



Arztbericht von Dr. med. B.____ vom 19. Dezember 2007 führte der Gutachter aus, es läge eine anhaltende depressive Störung leichter Ausprägung, nicht wie von Dr. med. B.____ statuiert mittelschwerer bis periodisch schwerer Ausprägung vor. Depressive Symptome und Ängste seien bei anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen häufig und würden sich im Verlauf oft verstärken, so dass die Diagnose einer affektiven Störung gestellt werden müsse. Ein bei einer mittelgradigen Depression ausgeprägter emotionaler Rückzug oder starke Beeinträchtigung in den täglichen Aktivitäten, liege nicht vor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% (IV-act. 95-14; 95-19). Zu dem nach dem Gutachten erstellten Bericht des Psychiatrischen Zentrums vom 12. März 2009 (IV-act. 108-1) führte der RAD aus, dass sich die psychopathologischen Symptome bei Austritt bis auf die Affektstörung nicht vom im Gutachten erhobenen Statuts unterscheiden würden (IV-act. 111-1). Ähnliches brachte der RAD in seiner Stellungnahme zum Arztbericht von Dr. med. B.____ vom 20. April 2009 (IV-act. 115-1) vor. Es würden nur 5 Symptome angeführt, was einer leichten depressiven Episode entspreche (IV-act. 116-1). Angesichts der erhobenen Befunde, der Stellungnahme des ABI zum Bericht von Dr. med. B.____ vom 19. Dezember 2007 sowie der Stellungnahmen des RAD zu den nach dem Gutachten erfolgten Arztberichten, erscheint die im ABI-Gutachten gestellte Diagnose plausibel (IV-act. 95-10 ff.; 111-1; 116-1). Das Gutachten kann daher grundsätzlich für die Bemessung des Invaliditätsgrades beigezogen werden.

6.

Sodann ist das Gutachten auf seine Vollständigkeit zu prüfen. Der Beschwerdeführer bemängelt, es gehe aus dem Gutachten nicht hervor, welche Untersuchungen und Tests durchgeführt worden seien. Daneben würden auch Angaben betreffend Anzahl, Ort und Dauer der Sitzungen fehlen. Das Gutachten sei daher mangelhaft. Er sei in drei halbstündigen Gesprächen beurteilt worden und habe sich kaum äussern können. Die Abwicklung der Exploration und die Untersuchungsmethode insbesondere bei der Erhebung der psychiatrischen Befunde müssten als absolut zweifelhaft bezeichnet werden (act. G 1 Ziff. II/2-4).

6.1 Ein Gutachten ist umfassend, wenn der Experte das Problem erfasst, die Fragestellung (nötigenfalls) mit den Auftraggebenden abgesprochen, unter Umständen



auch korrigiert hat. Weiter müssen alle notwendigen Akten beigezogen, die Krankheitsgeschichte ausgewertet und die Vorakten berücksichtigt worden sein. Bezüglich der eigenen Untersuchungen hat der Gutachter Ort, Umstände, Dauer und Beteiligte zu nennen, die versicherte Person aufzuklären sowie Untersuchungsmethoden, deren Erkenntnismöglichkeiten und Grenzen aufzuzeigen (Bollinger, Der Beweiswert psychiatrischer Gutachten in der Invalidenversicherung, in: Jusletter 31. Januar 2011, N 19).

6.2 In dem ABI-Gutachten finden sich neben dem Hinweis auf eine Laboruntersuchung (IV-act. 95-10) sowie ein Röntgen (IV-act. 95-15 f.) insbesondere im rheumatologischen Teilgutachten diverse Angaben, die darauf hindeuten, welche Untersuchungen und Tests durchgeführt wurden. So ist beispielsweise von "Versuch zur Ausführung", "Hockstellung (...) nicht ausführbar", "Finger-Boden-Abstand nicht prüfbar", "Druckdolenz", "Lumbaler Quadrantentest", "Gegeninnervation bei Versuch", "Resitivteste der Rotatorenmanschette", "Jobe-Test" und "Hawkins-Test" die Rede (IV-act. 95-15). Betreffend das psychiatrische Teilgutachten ist zu bemerken, dass psychologische Tests zwar grundsätzlich zur Verbesserung der Objektivität eines Gutachtens beitragen können. Die Rechtsprechung erkennt diesen Testverfahren jedoch höchstens ergänzende Funktion zu, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend bleibt (Bollinger, Der Beweiswert psychiatrischer Gutachten in der Invalidenversicherung, in: Jusletter 31. Januar 2011, N 14; Urteile des Bundesgerichts 9C_44/2007 vom 7. April 2008, E. 3.2 sowie I 391/06 vom 9. August 2006, E. 3.2.2). Dass aus dem Gutachten nicht ersichtlich ist, ob und wenn ja, welche psychologischen Tests durchgeführt wurden, ist daher nicht entscheidend. Der Beschwerdeführer wurde von zwei Fachärzten, Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie & Psychotherapie, und Dr. med. E.____, FMH Rheumatologie & Innere Medizin, sowie von Dr. med. F.____, internistische/allgemeinmedizinische Fallführung, untersucht (IV-act. 95-7, 95-10, 95-14). Aus dem Gutachten (IV-act. 95-2) sowie aus dem an den Beschwerdeführer gerichteten Aufgebot zur Begutachtung (IV-act. 94) ist ersichtlich, dass die Begutachtung am 15. Oktober 2008 in den Räumlichkeiten des ABI an der Wettsteinallee in Basel stattfand. Es sind daher Ort, Umstände, Beteiligte und die Untersuchungsmethoden erkennbar.



6.3 Was insbesondere die Dauer der psychiatrischen Untersuchung betrifft, hatte das Bundesgericht selbst bei einer nur 20 bzw. 25 minütigen Untersuchung nicht von vornherein eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters angenommen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3, I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1). Es führte aus, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankomme. Derartige Angaben seien zwar wünschbar, ihr Fehlen falle aber jedenfalls dann nicht entscheidend ins Gewicht, wenn – auch im Gesamtkontext des medizinischen Dossiers – keinerlei Hinweise auf materielle Mängel des Berichts bestünden. Massgebend sei vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig sei (Urteile des Bundesgerichts 9C_664/2009 vom 6. November 2009 E. 3, 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E 3.3, 9C_531/2007 vom 3. Juni 2008 E. 2.2.4). Soweit daraus abgeleitet werden könne, eine kurze Untersuchungsdauer beeinträchtige den Beweiswert nur, wenn im Einzelfall (weitere) konkrete Hinweise gegen die Zuverlässigkeit eines Gutachtens sprächen, bedürften diese Ausführungen einer Ergänzung: Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand sei von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie abhängig (Urteil des Bundesgerichts I 1094/2006 vom 14. November 2007 E. 3.1.1). Dass das Gutachten auf drei halbstündigen Untersuchungen beruhen soll, reicht folglich nicht aus, um dieses als "absolut zweifelhaft" (act. G 1) einzustufen. Dies umso mehr, als es zu berücksichtigen gilt, dass der Beschwerdeführer bereits im Jahr 2005 vom ABI begutachtet wurde (Urteil des Bundesgerichts 9C_664/2009 vom 6. November 2009 E. 3; IV-act. 59). Das Gutachten ist daher vollständig.

7.

Der Beschwerdeführer führt aus, das Gutachten sei unvollständig und dessen Schlüssigkeit daher nicht überprüfbar (act. G 1 Ziffer II/3). Dem kann nicht gefolgt werden. Aufgrund der vorstehenden Erwägungen ist das Gutachten als vollständig zu betrachten. Die Schlüssigkeit kann daher geprüft werden.

7.1 Bezüglich der unterschiedlichen Beurteilung im Vergleich zum Arztbericht von Dr. med. B.____ vom 19. Dezember 2007 bemerkte der Gutachter, dass depressive Symptome und Ängste bei anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen häufig seien



und sich im Verlauf oft verstärken würden, so dass die Diagnose einer affektiven Störung gestellt werden müsse. Ein bei einer mittelgradigen Depression ausgeprägter emotionaler Rückzug oder starke Beeinträchtigung in den täglichen Aktivitäten, liege nicht vor (IV-act. 95-14). Mit Bericht vom 9. April 2009 analysierte der RAD den Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen vom 12. März 2009, der erst nach dem ABI-Gutachten erstellt wurde. Die psychopathologischen Symptome bei Austritt würden sich bis auf die Affektstörung nicht vom im Gutachten erhobenen Status unterscheiden (IV-act. 111). Auch in Bezug auf den Arztbericht von Dr. med. B.____ vom 20. April 2009 bemerkte der RAD, dass sich die beschriebenen Funktionsausfälle nur unwesentlich vom im Gutachten erhobenen Befund unterscheiden würden. Es würden 5 Symptome angeführt, was einer leichten depressiven Episode entsprechen würde (IV-act. 116).

7.2 Diese Ausführungen erscheinen, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Stellungnahmen des RAD, schlüssig. Dass die psychiatrischen Diagnosen unterschiedlich ausfallen, vermag die Beweistauglichkeit des Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Denn die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050 f.; Urteil des Bundesgerichts I 783/05 vom 18. April 2006, E. 2.2). Das Gutachten ist folglich schlüssig und nachvollziehbar.

8.

8.1 Aufgrund der durch die Gutachter ermittelten Diagnosen ist der Beschwerdeführer nur noch zu 80% in adaptierter Tätigkeit arbeitsfähig. Die Beschwerdegegnerin bestreitet, dass die leichte depressive Episode im Verhältnis zur somatoformen Schmerzstörung als Komorbidität besteht. Vielmehr handle es sich hierbei um eine Begleiterscheinung. Aus rechtlicher Sicht sprächen keine hinreichenden Gründe dafür, dass die psychischen Ressourcen es dem Beschwerdeführer nicht ermöglichen



würden, trotz seiner Schmerzen eine vollzeitige Erwerbstätigkeit auszuüben (act. G 3 Ziff. III/2.7 ff.).

8.2 Ausgangspunkt der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person. Die von der Beschwerdegegnerin unter Verweis auf die einschlägige Bundesgerichtspraxis (vgl. die in der Beschwerdeantwort angegebenen Bundesgerichtsentscheide) selbst angestellte Arbeitsfähigkeitseinschätzung (Arbeitsfähigkeit 100%) überzeugt nicht. Die Sachverständigen des ABI haben dem Umstand, dass eine objektiv zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung unterstellt werden muss, korrekt Rechnung getragen. Der Beschwerdeführer leidet nämlich nicht nur an einer Depression oder an einer somatoformen Schmerzstörung, sondern an einer Kombination aus diesen beiden Krankheiten. Es erscheint deshalb plausibel, dass der Beschwerdeführer seine Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung nur zum Teil durch eine objektiv zumutbare Willensanstrengung überwinden könnte. Entgegen der von der Beschwerdegegnerin offenbar vertretenen Auffassung ist nämlich nicht generell jede durch eine somatoforme Schmerzstörung oder durch eine Depression ausgelöste Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung durch eine objektiv zumutbare Willensanstrengung vollständig überwindbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_958/2010 und 8C_1039/2010 vom 25. Februar 2011). Vielmehr ist das Ausmass der Überwindbarkeit in jedem Einzelfall durch den medizinischen Sachverständigen zu ermitteln. Bei der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens des Beschwerdeführers ist somit von einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% auszugehen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2008/223 vom 10. Dezember 2009 E. 1.3).

9.

Ausgehend von einer Restarbeitsfähigkeit von 80% bleiben noch die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Die Beschwerdegegnerin ermittelte sowohl das Validen- wie auch das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE-Durchschnittslöhne (IV-act. 97). Dieses Vorgehen wird von der Beschwerdeführerin nicht bestritten und es ergeben sich auch aus den Akten keine Anhaltspunkte, die gegen das Heranziehen der Durchschnittslöhne sprechen würden. Da somit zur



Bestimmung des Validen- und Invalideneinkommens dieselbe Vergleichsgrösse herangezogen wird, kann gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 9. März 2007, I 697/05, E. 5.4 mit Hinweis). Die Beschwerdegegnerin nahm keinen zusätzlichen Abzugs vom Invalideneinkommen (sogeannter Leidensabzug; vgl. hierzu BGE 134 V 327 f. E. 5.2) vor. Der Beschwerdeführerin machte auch keinen Abzug geltend. Ob und in welchem Umfang ein Leidensabzug vorzunehmen ist, kann indessen vorliegend offen bleiben. Denn vorliegend käme höchstens ein Abzug von 10% in Frage. Selbst die Vornahme eines 10%igen Leidensabzuges würde indessen lediglich zu einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 28% ($100\% \cdot [80\% \times 0.9]$) führen.

10.

Gesamthaft gesehen, erfüllt das ABI-Gutachten sowohl die formellen wie auch materiellen Anforderungen. Die Diagnosestellungen erscheinen, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Stellungnahmen des RAD, nachvollziehbar und plausibel. Bezüglich der Arbeitsfähigkeitseinschätzung ist ebenfalls dem ABI-Gutachten zu folgen. Es besteht ein Invaliditätsgrad von weniger als 40%. Der Beschwerdeführer hat somit keinen Anspruch auf eine Rente. Die Beschwerde ist abzuweisen.

11.

11.1 Dem Beschwerdeführer wurde die unentgeltliche Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) am 24. August 2009 bewilligt (act. G 6). Wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers es gestatten, kann er jedoch zur Nachzahlung der Gerichtskosten, der Auslagen für die Vertretung und der vom Staat entschädigten Parteikosten verpflichtet werden (Art. 288 Abs. 1 ZPO/SG i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG).

11.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf



Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

11.3 Der Staat ist zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aufzukommen. 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. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf das Einreichen einer Kostennote. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf die Anforderungen und Komplexität der Streitsache eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal (BGE 125 V 201) mit Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.
3. Der Staat hat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.