



**Fall-Nr.:** IV 2019/112  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 17.11.2021  
**Entscheiddatum:** 18.05.2021

### **Entscheid Versicherungsgericht, 18.05.2021**

**Art. 49 Abs. 3 ATSG. Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Keine Verletzung der Begründungspflicht. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Einkommensvergleich. Keine rentenbegründende Invalidität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Mai 2021, IV 2019/112).**

#### **Entscheid vom 18. Mai 2021**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull

Geschäftsnr.

IV 2019/112

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dieter Studer, Studer Zahner Anwälte AG,  
Hauptstrasse 11a, Postfach 2125, 8280 Kreuzlingen,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich im März 1995 wegen eines Rückenleidens erstmals bei der IV-Stelle des Kantons Schwyz zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 9). Er gab an, im Herkunftsland die Schule besucht zu haben. Einen Beruf habe er nicht erlernt. Zuletzt habe er als Eisenleger gearbeitet. Mit einer Verfügung vom 5. Oktober 1995 sprach die IV-Stelle des Kantons Schwyz dem Versicherten berufliche Eingliederungsmassnahmen zu (IV-act. 27). Mit einer Verfügung vom 12. Januar 1996 verneinte sie einen Anspruch auf eine Invalidenrente und erteilte dem Berufsberater nochmals einen Auftrag zur Stellenvermittlung (IV-act. 34). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

**A.b.** Am 18. Dezember 1996 ersuchte der Versicherte die IV-Stelle des Kantons Schwyz darum, seinen Anspruch nochmals zu prüfen (IV-act. 45). Mit einer Verfügung vom 28. Juli 1997 trat die IV-Stelle des Kantons Schwyz auf das Begehren nicht ein (IV-act. 54). Auch diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

#### B.

**B.a.** Im Dezember 2008 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Er gab an, er leide seit dem Jahr 1995 an einer rheumatischen Erkrankung (M. Bechterew). Zurzeit arbeite er bei WTL Jona in einem Beschäftigungsprogramm zu maximal 50% je nach Gesundheitszustand. Die IV-Stelle tätigte Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht. Mit einer Verfügung vom 3. März 2010 wies sie das Begehren um berufliche Eingliederungsmassnahmen ab (IV-act. 94). Mit einer weiteren Verfügung vom 10. März



2010 wies sie das Begehren um eine Invalidenrente ab (IV-act. 95). Diese Verfügungen erwachsen unangefochten in Rechtskraft.

**B.b.** Am 15. Februar 2011 bat der Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ die IV-Stelle, den Rentenanspruch nochmals zu prüfen (IV-act. 97). Er gab an, der Versicherte leide seit 1995 an einer Spondylitis ankylosans, wobei die Diagnose erst im Juli 2006 gestellt worden sei. Er könne bestätigen, dass das Leiden invalidisierendes Ausmass erreicht habe. Nachdem die IV-Stelle Dr. B.\_\_\_\_ am 25. Februar 2011 darüber informiert hatte, dass er nicht legitimiert sei, für den Versicherten ein Leistungsgesuch zu stellen (IV-act. 98), teilte der Versicherte am 12. März 2011 mit (IV-act. 99), dass sich sein Zustand in den letzten Monaten verschlechtert habe. Er bat um eine Prüfung seines Anliegens. Die IV-Stelle forderte den Versicherten am 28. März 2011 auf, zwecks Glaubhaftmachung einer relevanten Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts seit der Verfügung vom 10. März 2010 Unterlagen einzureichen (IV-act. 101). Am 7. April 2011 berichtete Dr. B.\_\_\_\_, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich seit dem Jahr 2007 verschlechtert. Der Versicherte leide an einem rechtsbetonten, generalisierten Schmerzsyndrom, das multifaktoriell bedingt sei. Die Arbeitsfähigkeit sei um 50-60% eingeschränkt. Fachärzte der Z.\_\_\_\_ hatten am 27. Januar 2011 die folgenden Diagnosen angegeben (IV-act. 103): Spondylitis ankylosans (EM 1995, ED 8/06), generalisiertes Schmerzsyndrom, Vitamin-D-Mangel (11/07), latente Tuberkulose, chronische Dyspepsie bei St.n. Magenteilresektion 1982 und 1994, arterielle Hypertonie, zwei pulmonale Rundherde Mittellappen und ein Rundherd apikales Unterlappensegment links (PET-CT 21.11.08), Karpaltunnelsyndrom bds. Dr. med. C.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) notierte am 16. Mai 2011 (IV-act. 105), eine relevante Veränderung des Gesundheitszustands sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht glaubhaft gemacht. Am 2. September 2011 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation (IV-act. 112), der Versicherte leide an einer axialen Spondylarthritis mit peripherem Befall. Weiter bestünden eine MTP-Arthrose rechts und eine Arthrose der HWS und der AC-Gelenke bds. Aktuell liege eine weiterhin entzündliche Aktivität mit hoher Einschränkung der Alltagsaktivitäten vor. Sie attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_ notierte am 2. November 2011 (IV-act. 116), aufgrund der konträren



Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten sei eine polydisziplinäre Begutachtung angezeigt.

**B.c.** Am 13. und 14. März 2012 wurde der Versicherte durch die Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) polydisziplinär (internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch) abgeklärt. Im Gutachten vom 14. April 2012 gaben die Sachverständigen als Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Spondylarthritis (Erstmanifestation 1995, Erstdiagnose 2006) mit axialem und peripherem Befall und aktuell keinen klinischen Hinweisen für eine relevante Entzündungsaktivität an (IV-act. 121-26). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) – multilokuläres Schmerzsyndrom des Bewegungsapparates ohne aktuelles klinische Korrelat (ICD-10 R52.9), Hallux rigidus rechts, arterielle Hypertonie, medikamentös gut eingestellt, neu entdeckter Diabetes mellitus Typ 2, Hyperlipidämie, chronischer Nikotinabusus, anamnestisch St.n. möglicher latenter Tbc-Infektion bei positivem Mantoux- und Quantiferon-Test. Die Gutachter hielten fest (IV-act. 121-27 f.), im Vordergrund der Beschwerden stünden die seit Jahren bestehenden Ganzkörperschmerzen mit einer Betonung der rechten Körperhälfte. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine Spondylarthritis mit axialem und peripherem Befall, aktuell finde sich klinisch jedoch kein Hinweis für eine relevante Entzündungsaktivität. Neben der Spondylarthritis liege ein unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom des Bewegungsapparats vor, am ehesten im Rahmen einer Symptomausweitung oder/und einer Schmerzverarbeitungsstörung. Die vom Versicherten geklagten, äusserst diffusen Beschwerden liessen sich weder durch die klinischen noch durch die radiologischen Befunde eindeutig erklären. Einzig die Beschwerden im Bereich der rechten Grosszehe seien aufgrund einer fortgeschrittenen Arthrose im Grundgelenk nachvollziehbar. Für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, für körperlich mittelschwere eine Arbeitsunfähigkeit von 70%. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80%. Dabei sollten das Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm wie auch monoton-repetitive Haltungen oder Bewegungen sowie gehäufte Überkopfarbeiten vermieden werden. Aus allgemein-internistischer Sicht bestünden keine Befunde und Diagnosen mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht könne mit Ausnahme einer



## St.Galler Gerichte

Schmerzverarbeitungsstörung keine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Diese wirke sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Dem Versicherten sei es zumutbar, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Aus interdisziplinärer Sicht bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere und eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit für körperlich mittelschwere Tätigkeiten. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten in Wechselbelastung bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80%, vollschichtig realisierbar mit einem erhöhten Pausenbedarf. Zwischen der gutachterlichen Beurteilung und der Selbsteinschätzung des Versicherten, der sich für jegliche Tätigkeit für nicht mehr arbeitsfähig halte, bestehe eine Diskrepanz. Dass alle therapeutischen Bemühungen bis anhin gescheitert seien, hänge wesentlich damit zusammen, dass der Versicherte aufgrund seiner subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation aufbringe, sich trotz allfälliger Restbeschwerden um seine Genesung zu bemühen, um sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen.

**B.d.** Die RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_ notierte am 24. August 2012 (IV-act. 122), auf das Gutachten könne abgestellt werden.

**B.e.** Mit einer Verfügung vom 6. September 2012 trat die IV-Stelle auf das Leistungsbegehren (Gesuch vom 12. März 2011) nicht ein (IV-act. 123). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

### **C.**

**C.a.** Im Februar 2015 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (IV-act.136). Er gab an, seit dem Jahr 2008 vollständig arbeitsunfähig zu sein. Als gesundheitliche Beeinträchtigung nannte er "Rheuma". Er reichte Berichte von seinem Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2014, von Dr. D.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2014 (mit Berichten über MRI-Untersuchungen der LWS, BWS und HWS vom 24. September 2014 und 3. Oktober 2014) und vom Spital E.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2014 ein (IV-act. 138-142). Die RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_ notierte am 16. März 2015 (IV-act. 147), der Gesundheitszustand habe sich seit der Verfügung vom 10. März 2010 nicht relevant verändert. Mit einem Vorbescheid vom 16. März 2015 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 150), sie sehe vor, auf das Leistungsbegehren nicht



einzutreten. Der Versicherte erhob dagegen keinen Einwand. Mit einer Verfügung vom 2. Juni 2015 trat die IV-Stelle auf das Leistungsbegehren nicht ein (IV-act. 153). Eine am 26. Juni 2015 dagegen erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen am 27. Oktober 2017 gut (IV 2015/200, IV-act. 183). Es hielt im Wesentlichen fest, dass mit der Verfügung vom 6. September 2012 – obwohl als Nichteintretensverfügung betitelt – letztmals ein Rentengesuch des Versicherten aufgrund einer umfassenden medizinischen Abklärung abgewiesen worden sei, weshalb diese als zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung des neuen Leistungsbegehrens zu gelten habe. Die Berichte von Dr. B.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2012 und 12. Dezember 2014, der Bericht des Spitals E.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2014 und der Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2014 enthielten Anhaltspunkte für eine relevante Veränderung des Gesundheitszustands. Das Versicherungsgericht hob die Verfügung vom 2. Juni 2015 auf und wies die Sache an die IV-Stelle zurück, damit sie auf das Leistungsgesuch vom 26. Februar 2015 eintrete und die Anspruchsberechtigung materiell neu prüfe. Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

**C.b.** Die IV-Stelle holte weitere Berichte ein. Dr. D.\_\_\_\_ teilte am 9. Mai 2018 die folgenden Diagnosen mit (IV-act. 190): Axiale Spondylarthritis (EM 1995, ED 2006) mit einem begleitenden peripheren Befall, Polyarthrose mit einer ausgeprägten MTP-Arthrose rechts, Arthrose der HWS/LWS, Hüften und AC-Gelenk bds. (siehe PET 11/2008 und MRI 2014/2017). Sie hielt fest, der Versicherte klage unverändert über Schmerzen betont im unteren Rücken. Aktuell berichte er über Schmerzen im Bereich mittlere BWS, Ellenbogen bds., rechte Grosszehe, rechtes Handgelenk und Hüften. Es bestehe eine allgemeine Steifigkeit und Morgensteifigkeit von zwei Stunden. Die Gehstrecke sei reduziert, zeitweise bestehe eine Schwellung des rechten Handgelenks, der Ellenbogen und der rechten Grosszehe. Die Progredienz könne durch die klinischen, sonografischen und radiologischen Befunde bestätigt werden. Mehrfach hätten Synovitiden der Finger- und Zehengelenke dargestellt werden können. Im Röntgen seien anteriore Anbauten der BWS und eine Ankylosierung der ISG darstellbar. Es bestünden Einschränkungen (wohl: der Beweglichkeit) der gesamten Wirbelsäule in alle Richtungen um einen bis zwei Drittel. Neu hinzugekommen seien die Schmerzen in den Hüftregionen mit Ausstrahlung in die Beine. Der aktuelle Status zeige



## St.Galler Gerichte

passend dazu eine Einschränkung der Hüftbeweglichkeit um zwei Drittel in der Innen- und um einen Drittel in der Aussenrotation bds. Eine Coxarthrose habe radiologisch bestätigt werden können. Sie attestierte eine seit Jahren bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dr. med. F.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH spez. Nephrologie, berichtete (Datum unleserlich, Posteingang: 28. Mai 2018, IV-act. 191), er behandle den Versicherten seit Juli 2017. Dieser leide an einer Polyarthrose und an Weichteilrheuma. Seit dem Jahr 2008 habe der Versicherte nicht mehr gearbeitet; er sei seit damals wegen Schmerzen vollständig arbeitsunfähig.

**C.c.** Der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ notierte am 1. Juni 2018 (IV-act. 206), für eine fundierte Beurteilung sei eine polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung erforderlich. In den Akten würden mögliche neurologische Gesundheitsstörungen erwähnt (MRI-Untersuchung von LWS/ISG vom 24. September 2014, MRI-Untersuchung der HWS/BWS vom 3. Oktober 2014, Bericht Spital E.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2014). Er empfehle deshalb auch den Einbezug der Fachdisziplin Neurologie.

**C.d.** Am 10. Juli 2018/5. September 2018 teilte die IV-Stelle dem Rechtsvertreter des Versicherten mit, dass zur Klärung der Leistungsansprüche eine polydisziplinäre Beurteilung notwendig sei und dass die ABI GmbH damit beauftragt werden solle (IV-act. 202, 210). Der Rechtsvertreter reichte am 8. Oktober 2018 ein ärztliches Attest von Dr. D.\_\_\_\_ vom 10. August 2017 (IV-act. 215, 216) und am 2. November 2018 ein ärztliches Attest von Dr. D.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2018 inklusive Berichte über ein MRT untere BWS und LWS mit ISG vom 22. Oktober 2018 und über ein MRT HWS und BWS vom 24. Oktober 2018 ein (IV-act. 218-220). Dr. D.\_\_\_\_ hatte am 30. Oktober 2018 die folgenden Diagnosen angegeben: Axiale Spondylarthritis mit einem begleitenden peripheren Befall, HLA-B27 positiv, MRI-Aktivität 2014 und 2018, Polyarthrose mit einer ausgeprägten MTP-Arthrose rechts, Arthrose der HWS/LWS und AC-Gelenk bds. (siehe PET 11/2008 und MRI 2018). Sie hatte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

**C.e.** Am 17. und 18. Dezember 2018 wurde der Versicherte durch die ABI GmbH polydisziplinär (internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch und neurologisch) abgeklärt. Im Gutachten vom 14. Januar 2019 gaben die Sachverständigen die folgenden Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (ausführliche



## St.Galler Gerichte

Diagnosen siehe IV-act. 223-10): Chronische, HLA-B27 positive axiale Spondylarthritis, chronisches thorako- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, deutliche Grosszehengrundgelenksarthrose rechts, klinische Epicondylopathia humeri radialis bds. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), intermittierende Gonalgie bds. rechtsbetont, anamnestisch fluktuierende nächtliche Gefühlsstörungen, metabolisches Syndrom und fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch. Der internistische Sachverständige hielt fest (internistisches Teilgutachten, IV-act. 223-35 f.), es liege eine Ansammlung von kardiovaskulären Risikofaktoren vor, welche bis anhin nicht zu fassbaren Endorganschäden geführt hätten. Der arterielle Blutdruck sei ungenügend eingestellt. Bei einem unzureichend eingestellten Blutdruck seien körperlich schwere Tätigkeiten ungeeignet. Sobald der Blutdruck besser eingestellt sei, sei jede Tätigkeit möglich. Der rheumatologische Sachverständige führte aus (rheumatologisches Teilgutachten, IV-act. 223-45 ff.), aus klinisch rheumatologischer Sicht könne eine Verschlechterung des Gesundheitszustands im Vergleich zum Gutachten aus dem Jahr 2012 postuliert werden. Die aktuellen radiomorphologischen Befunde zeigten eine klare aktive Sacroileitis links; im letzten Gutachten sei explizit erwähnt worden, dass keine relevante Entzündungsaktivität habe festgestellt werden können. Im Weiteren bestehe eine relevante Grosszehengrundgelenksarthrose rechts mit einer erheblichen Bewegungseinschränkung, sodass im Vergleich zum Jahr 2012 nicht nur von einem Hallux rigidus gesprochen werden könne. Der Versicherte erachte sich als nicht in der Lage, einer ausserhäuslichen beruflichen Tätigkeit nachzugehen, da er nicht einmal imstande sei, im privaten Haushalt etwas Produktives zu leisten. Vor allem die Beschwerden am Achsenskelett könnten aufgrund der bildgebenden Evaluation vom Oktober 2018 klar nachvollzogen werden. Die beklagten peripheren Arthralgien könnten vor allem im Rahmen der Grosszehengrundgelenksarthrose rechts klar nachvollzogen werden. Für die intermittierenden Handgelenks- und Fingergelenksbeschwerden bestehe ein entzündliches Korrelat im Sinne einer peripheren Gelenkbeteiligung im Rahmen der Spondylarthritis, wenn auch im aktuellen klinischen Status keine eindeutigen Synovitiden oder Tenosynovitiden hätten festgestellt werden können. Nicht nachvollziehbar sei, dass sich der Versicherte nicht in der Lage sehe, auch nur eine leichte Haushaltsaktivität durchzuführen. Es sei von



einer erheblichen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit einem klaren sekundären Krankheitsgewinn auszugehen. Die verschiedenen klinischen Erhebungen von Dr. D.\_\_\_\_ könnten weitgehend bestätigt werden. Nicht nachvollziehbar sei, dass Dr. D.\_\_\_\_ über all die Jahre stets von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für jegliche beruflichen Tätigkeiten ausgegangen sei. Dr. D.\_\_\_\_ habe nicht näher kritisch diskutiert, wieso es dem Versicherten offensichtlich nicht möglich sein solle, auch nur einfachste, physisch nicht belastende Alltagsaktivitäten im eigenen Haushalt zu absolvieren. Beim Versicherten bestehe seit Jahren eine rheumatologische entzündliche Systemerkrankung im Sinne einer Spondylartropathie mit zum Teil einer peripheren Gelenkbeteiligung. Im Weiteren fänden sich am Achsenskelett degenerative Veränderungen, ungünstig beeinflusst durch eine Wirbelsäulenfehlhaltung und eine allgemeine muskuläre Dekonditionierung. Das Ausmass der beklagten Schmerzsymptomatik und insbesondere die Aussage des Versicherten, dass er zu keiner Arbeitsleistung im eigenen Haushalt in der Lage sei, lasse auf eine zusätzliche funktionelle Überlagerung schliessen, da dies aus somatischer Sicht als nicht nachvollziehbar erscheine. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine 75%ige Arbeitsfähigkeit bei einer Präsenz von sechs bis acht Stunden am Tag. Idealerweise sollte die Arbeitszeit über den Tag verteilt werden, um regelmässige Pausen zu gewähren. Die Tätigkeit sollte die folgenden Adaptionskriterien aufweisen: Arbeit in wechselnder Position zwischen Stehen und Sitzen an einem ergonomisch gut eingestellten Arbeitsplatz in Schulterneutralstellung. So könnten feinmanuell belastende Tätigkeiten ausgeübt werden. Ebenfalls sei das Gehen in der Ebene, zum Beispiel für Kontroll- und Überwachungsfunktionen, in einem eingeschränkten Radius durchführbar. Vermieden werden sollte das berufsbedingte Benutzen von Treppen, das Gehen auf unebenen Böden, im Weiteren die Einhaltung einer fixierten Körperposition im Sinne von längerem Sitzen und Stehen (jeweils auf eine halbe Stunde zu limitieren). Ebenso seien stereotype Rotationsbewegungen des Achsenskeletts oder Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- oder -rückhaltepositionen sowie repetitive Überkopfbewegungen mit den Armen zu vermeiden. Das Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille dürfe intermittierend zehn Kilogramm, über Taille fünf Kilogramm betragen. Diese Angaben gälten spätestens ab dem Begutachtungszeitpunkt. Der psychiatrische Gutachter erklärte (psychiatrisches Teilgutachten, IV-act. 223-53 ff.), beim Versicherten bestehe



## St.Galler Gerichte

eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit einer verminderten Freude und einem gewissen Interessenverlust, aber auch durch eine Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und leichte Konzentrationsstörungen. Es bestehe auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, gekennzeichnet durch ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat. In den Akten sei zwar eine Spondylarthritis aufgeführt. Der Versicherte fühle sich aber gar nicht mehr arbeitsfähig, auch nicht in einer angepassten Tätigkeit. Aus somatischer (rheumatologischer) Sicht seien aber angepasste Tätigkeiten nicht gänzlich ausgeschlossen. Insofern die Symptomatik aus somatischer Sicht nicht objektiviert werden könne, müsse von einer psychischen Überlagerung ausgegangen werden, die nicht nur auf eine Somatisierung im Rahmen der Depression zurückgeführt werden könne. Es bestünden emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren, die eine Rolle spielten, mit einer chronischen Schmerzproblematik, einer längeren krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit, gesundheitlichen Problemen auch beim jüngeren Sohn mit einer Krebserkrankung, aber vor allem auch mit einer angespannten finanziellen Situation. Der Versicherte habe sich nie in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befunden. Er erhalte auch keine psychopharmakologische Medikation. Der Versicherte könne kurze Strecken Autofahren, was gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsstörungen spreche. Flugreisen alleine seien ihm trotz subjektiv starker Beschwerden mit Schmerzen möglich. Der Versicherte verfüge über Ressourcen bezüglich angelernter Arbeit mit mehrjähriger Berufserfahrung. Die Schwiegertochter erledige den Haushalt, sodass der Versicherte nichts machen müsse. Er könne aber durchaus kleine Einkäufe selber erledigen. Zudem sei er reisefähig. Zur Untersuchung sei er allein mit den öffentlichen Verkehrsmitteln angereist. Es bestehe ein Rückzug in die Familie, der aber auch dadurch bedingt sei, dass der Versicherte finanziell bei Kollegen nicht mithalten könne. Innerhalb der Familie habe er gute Kontakte. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Der neurologische Sachverständige gab an (neurologisches Teilgutachten, IV-act. 223-60 f.), der klinische Befund sei unauffällig. Es ergebe sich bei allseits schwachen, aber seitengleichen Reflexen kein Anhalt für eine relevante Zervikobrachialgie auf den Höhen HWK 5/6 und 6/7. In körperlich leichten bis punktuell mittelschweren Arbeiten bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit. In der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest (IV-act. 223-11),



## St.Galler Gerichte

im Vordergrund stehe eindeutig die rheumatologische Symptomatik des Versicherten. Objektivierbar seien eine aktivierte Sakroiliitis links bei einer chronischen HLA-B27 positiven axialen Spondylarthritis (MRT Achsenskelett 10/2018), zudem bestehe klinisch und anamnestisch der Verdacht auf einen intermittierend peripheren Befall mit möglicher Radiokarpalarthritis beidseits und chronischer Periarthropathia coxae beidseits (DD beginnende Coxarthrose beidseits). Zudem liessen sich degenerative Veränderungen am Achsenskelett nachweisen, welche für ein chronisches thorako- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom verantwortlich zeichneten. Im Bereich des rechten Grosszehengrundgelenks bestehe eine radiologisch fassbare Arthrose bei einer deutlichen Fussfehlstatik mit Knick-Senkfüssen beidseits sowie einem Hallux valgus rechts mehr als links. Im Bereich beider Ellbogen könne die Diagnose einer Epicondylopathia humeri radialis gestellt werden. Beim Versicherten bestehe seit Jahren eine rheumatische entzündliche Systemerkrankung im Sinne einer Spondylarthropathie mit zum Teil peripherer Gelenkbeteiligung. Im Weiteren fänden sich am Achsenskelett degenerative Veränderungen, gänzlich beeinflusst durch eine Wirbelsäulenfehlhaltung und eine allgemeine muskuläre Dekonditionierung. Es bestehe somit eine deutlich verminderte Belastbarkeit des Achsenskeletts sowie der peripheren Gelenke. Aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik sei die Durchhaltefähigkeit des Versicherten reduziert. Es bestehe ein vermehrter Pausenbedarf. Zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden bestehe eine ausgeprägte Diskrepanz, wofür die psychiatrisch gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren verantwortlich zeichne. Weder aus psychiatrischer noch aus neurologischer oder allgemeininternistischer Sicht könnten weitere Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die Gutachter attestierten in der angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und in einer adaptierten Tätigkeit eine 75%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei einer Präsenz von sechs bis acht Stunden am Tag. Das Profil einer adaptierten Tätigkeit entsprach jenem im rheumatologischen Teilgutachten. Sie erklärten, diese Angaben seien über die Zeit gemittelt möglicherweise ab Februar 2015 anzunehmen, sicher ab Oktober 2018 zu bestätigen. Eine länger dauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit habe seit dem Jahr 2012 nicht vorgelegen.

**C.f.** Der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ notierte am 23. Januar 2019 (IV-act. 224), auf das Gutachten könne abgestellt werden.



**C.g.** Mit einem Vorbescheid vom 7. Februar 2019 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 228), sie sehe vor, das Leistungsbegehren abzuweisen. Zur Begründung gab sie an, die Abklärungen hätten ergeben, dass in einer adaptierten Tätigkeit eine 75%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Als Adaptionskriterien gab sie das im Gutachten angegebene Tätigkeitsprofil wieder. Beim Validen- und beim Invalideneinkommen stellte sie auf den Zentralwert des Einkommens eines Hilfsarbeiters gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik im Jahr 2017 ab. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'290.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 50'468.-- betrug der Invaliditätsgrad 25%. Der Versicherte liess dagegen am 15. März 2019 einen Einwand erheben (IV-act. 231). Sein Rechtsvertreter beantragte die Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab dem 1. August 2017; eventualiter seien ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Zur Begründung machte er geltend, beim Invalideneinkommen sei ohne eine Begründung kein "leidensbedingter" Abzug vorgenommen worden. Die Gutachter hätten die schmerzbedingt vermehrte Müdigkeit, Durchschlafstörungen, fehlende Energie, Traurigkeit, Konzentrationsstörungen und Nervosität nicht berücksichtigt, auch nicht im Sinne von Wechselwirkungen zusammen mit den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75% sei nicht nachvollziehbar. Dr. D.\_\_\_\_ halte aufgrund des Krankheitsverlaufs eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für nachvollziehbar. Die Angabe im Gutachten, dem Versicherten sei eine adaptierte Tätigkeit zu sechs bis acht Stunden pro Tag möglich, sei ziemlich vage. Ebenfalls vage sei die Angabe der Einschränkung der Leistung in einer solchen Tätigkeit. Die Gutachter hätten lediglich angegeben, idealerweise sollte die Arbeitszeit über den Tag verteilt werden, um regelmässige Pausen zu gewähren. Daraus gehe nicht hervor, ob diese Pausen innerhalb oder ausserhalb der auf den ganzen Tag zu verteilenden sechs bis acht Arbeitsstunden lägen. Die eklatante Abweichung der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten von derjenigen in den Vorakten sei nicht begründet. Der rheumatologische Gutachter habe bestätigt, dass die verschiedenen klinischen Erhebungen von Dr. D.\_\_\_\_ weitgehend bestätigt werden könnten. Bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten handle es sich lediglich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts gegenüber der Schätzung von Dr. D.\_\_\_\_. Die Verschlechterung des Gesundheitszustands seit dem Jahr 2012 sei eindeutig erstellt. Dennoch sei die Arbeitsfähigkeit nur unerheblich tieferliegend eingeschätzt worden. Diese Einschätzung sei willkürlich und nicht



hinreichend nachvollziehbar. Als "Begründung" für die um 5% verringerte Arbeitsfähigkeit seit dem Gutachten 2012 habe der rheumatologische Gutachter wiederholt angeführt, der Versicherte habe angegeben, auch im privaten Haushalt keine Arbeitsleistung mehr vollbringen zu können. Ohne eine weitere Begründung halte der Gutachter diese Angabe offensichtlich für einen Beweis dafür, dass der Versicherte nicht nur im privaten Haushalt, sondern auch auf dem ersten Arbeitsmarkt eine viel höhere Arbeits- und Leistungsfähigkeit besitze, als er es sich selber zutraue bzw. als Dr. D.\_\_\_\_ attestiere. Dabei handle es sich aber lediglich um eine Meinung des Gutachters, nicht um eine fachlich begründete, überwiegend wahrscheinlich erstellte Tatsache. Es scheine, als suchten die Gutachter nach Gründen, um die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Grössenordnung festzusetzen. Diese Tendenz sei bei der ABI GmbH bekannt. Dieses Institut gehöre zu den am strengsten beurteilenden MEDAS und spreche nur bei etwa 22% aller Fälle eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 40% zu. Im psychiatrischen Teilgutachten sei der Beurteilung fälschlicherweise zu Grunde gelegt worden, dass die Symptomatik aus somatischer Sicht nicht objektiviert worden sei. Auf die psychiatrische Beurteilung im Gutachten könne nicht abgestützt werden. Auch der Verzicht auf eine neuropsychologische Zusatzdiagnostik vor dem Hintergrund der schmerzbedingten Symptomatik (Müdigkeit, Konzentrationsdefizite etc.) sei vor dem Hintergrund der Fehleinschätzung des Psychiaters betreffend die angebliche Nichtobjektivierbarkeit der somatischen Symptomatik nicht gerechtfertigt. Die Gutachter seien nicht auf das indikatorenorientierte Abklärungsverfahren gemäss BGE 141 V 281 eingegangen. Fraglich sei, ob tatsächlich eine Konsensbeurteilung stattgefunden habe, stünden doch die Feststellungen des rheumatologischen Gutachters in einem deutlichen Gegensatz zur Auffassung des psychiatrischen Gutachters betreffend den somatischen Befund. Der Rechtsvertreter reichte Berichte von Dr. F.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2019 und von Dr. D.\_\_\_\_ vom 25. Februar 2019 ein. Dr. F.\_\_\_\_ hatte mitgeteilt (IV-act. 231-25), der Versicherte leide an Gefühlsstörungen in beiden Armen, vor allem nachts. Weiter berichte der Versicherte über diffuse Rückenbeschwerden inkl. Hüfte und Beine bds. Die Schlussbeurteilung der Gutachter sähen sie anders. Seit mehr als zehn Jahren habe der Versicherte wegen diverser Beschwerden nicht gearbeitet. Der rheumatologische Gutachter habe die Befunde nicht genug gewichtet. Die Abklärungen seien genügend erfolgt. Die Gesamtbeurteilung könnten sie nicht nachvollziehen. Dr. D.\_\_\_\_ hatte berichtet (IV-



act. 231-26), die rheumatologische Untersuchung und Beurteilung der Erkrankung sei im Gutachten korrekt erfolgt. Nicht nachvollziehbar sei die Beurteilung der daraus abgeleiteten Arbeitsfähigkeit von 75%. Die Bewertung stütze sich lediglich auf nicht ausschlaggebende Faktoren wie Mithilfe im Haushalt und Selbstwahrnehmung der Erkrankung. Eine Evaluation der körperlichen Leistungsfähigkeit (EFL) könnte zur korrekten Beurteilung der Einschränkungen sinnvoll sein.

**C.h.** Der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ hielt am 27. März 2019 fest (IV-act. 233), das Gutachten sei versicherungsmedizinisch plausibel und nachvollziehbar. Weder das Schreiben von Dr. F.\_\_\_\_ noch jenes von Dr. D.\_\_\_\_ enthielten objektiv feststellbare Gesichtspunkte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Auf das Gutachten könne weiterhin abgestellt werden.

**C.i.** Mit einer Verfügung vom 28. März 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 234). Zum Einwand gab sie die Stellungnahme des RAD vom Vortag wieder. Im Weiteren führte sie aus, bezüglich des nicht angerechneten "Leidensabzugs" sei zu erwähnen, dass in der 25%igen Arbeitsunfähigkeit der vermehrte Pausenbedarf bereits berücksichtigt worden sei. Ungeachtet dessen hätte der Versicherte auch unter einer Anrechnung eines 10%igen "Leidensabzugs" keinen Anspruch auf Rentenleistungen.

### **D.**

**D.a.** Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) liess am 14. Mai 2019 eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. März 2019 erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer ganzen Rente ab dem 1. August 2017; eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen. Zur Begründung machte er geltend, dem angefochtenen Entscheid sei keine rechtsgenügende Auseinandersetzung mit den Einwänden vom 15. März 2019 zu entnehmen. Dem Beschwerdeführer sei damit in grober Weise das rechtliche Gehör verweigert worden. Damit liege ein Fall vor, wie er vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen schon öfter behandelt worden sei. Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) halte an ihrer Praxis fest, die Gewährung des rechtlichen Gehörs in das Beschwerdeverfahren zu verschieben, was den Beschwerdeführer zwingt, eine Beschwerde zu erheben. Die angefochtene Verfügung



sei bereits aus formellen Gründen aufzuheben. In materieller Hinsicht bleibe nichts anderes übrig, als die Einwände vom 15. März 2019 nochmals vorzubringen. Im Folgenden wiederholte der Rechtsvertreter den Inhalt des Einwands vom 15. März 2019. Ergänzend reichte er einen Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 8. Mai 2019 sowie ein Schreiben der SVA Schaffhausen vom 12. Dezember 2018 ein (act. G 1.4, 1.5). Dr. F.\_\_\_\_ hatte angegeben, der Beschwerdeführer sei zur Rehabilitation in der Y.\_\_\_\_ gewesen. Danach sei es ihm besser gegangen, aber bald sei es zu einem Rückfall gekommen. Am 9. Mai 2019 habe der Beschwerdeführer ein stark schmerzhaftes und geschwollenes rechtes Knie gehabt. Dr. D.\_\_\_\_ habe das Knie punktiert. Seines Erachtens sei der Beschwerdeführer nicht zu 75% arbeitsfähig. Die SVA Schaffhausen hatte dem Rechtsvertreter eine Auswertung der Gutachten der ABI GmbH der Jahre 2016 bis 2018 zugesandt. Am 17. Mai 2019 reichte der Rechtsvertreter einen Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2019 ein (act. G 2, 2.1). Dr. D.\_\_\_\_ hatte mitgeteilt, sie habe den Beschwerdeführer zuletzt am 9. Mai 2019 gesehen. Sie gab dieselben Diagnosen wie im Bericht vom 30. Oktober 2018 (IV-act. 218) an. Sie hielt fest, aufgrund der peripheren und axialen Spondylarthritis sei eine allgemeine Belastbarkeit des Beschwerdeführers nur in einem geringen Ausmass vorhanden. Dies zeige sich aktuell erneut im Auftreten eines massiven Kniegelenkergusses ohne Trauma bzw. ungewohnter Tätigkeit mit Kniebelastung, der im Labor als eindeutig entzündlich rheumatisch verursacht definiert worden sei. Bereits in den letzten Jahren sei es mehrfach zu Synovitiden gekommen, welche eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung des betroffenen Gelenkes bedingt habe. Zusätzlich sei bei einem stark unterbrochenen Nachtschlaf aufgrund der entzündlichen Rückenbeschwerden eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit vorhanden. Da die Spondylarthritis eine schubweise Erkrankung darstelle, sei eine einmalige Beurteilung im Rahmen eines Gutachtens nicht adäquat zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit. Hier sei eine höhere Gewichtung der externen Beurteilungen und Befunde der letzten Jahre notwendig.

**D.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragte am 9. August 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers habe eine Verletzung der Begründungspflicht als Teilgehalt des Gehörsanspruchs gerügt. Die Beschwerdegegnerin habe in der



angefochtenen Verfügung kurz die Überlegungen, von welchen sie sich habe leiten lassen und auf welche sie ihre Verfügung stütze, genannt. Die Begründungspflicht sei nicht verletzt worden. In materieller Hinsicht machte die Beschwerdegegnerin geltend, die Vorbringen des Rechtsvertreters gegen das Gutachten vom 14. Januar 2019 vermöchten dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen. Das Gutachten erfülle die Anforderungen der Rechtsprechung an die Beweiskraft.

**D.c.** In einer Replik vom 5. September 2019 machte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ergänzend geltend (act. G 7), bei der sehr kurzen Befundaufnahme des psychiatrischen Gutachters sei keine vertiefte Exploration des Einflusses der Krebserkrankung des Sohnes des Beschwerdeführers ab Mai 2018 erfolgt. Der Beschwerdeführer habe angegeben, in der Nacht schlafe er (auch deshalb) regelmässig schlecht. Der Gutachter sei weder darauf eingegangen noch habe er nach näheren Angaben zu dieser anhaltenden reaktiven psychischen Symptomatik und den Auswirkungen im Alltag und bezüglich Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit gefragt. Der Sohn sei am 13. April 2019 seiner schweren Krankheit erlegen. Ferner falle in der rheumatologischen Untersuchung der ABI GmbH auf, dass im Vergleich zum ersten Gutachten keine Computertomographie beider Hände, sondern lediglich eine Röntgenaufnahme vorgelegen habe. Demzufolge sei die Angabe unbegründet, wonach in den Händen des Beschwerdeführers die bei der ersten Begutachtung erhobenen Befunde nicht bestätigt vorgefunden worden seien. Die Angabe, der Beschwerdeführer könne feinmanuell belastende Tätigkeiten ausführen, sei demzufolge ebenfalls unbegründet. Handgelenksschmerzen mit Schwellungen seien beim Arbeitsversuch im Jahr 2010 ein Hauptgrund für den Abbruch des Versuchs gewesen. Im ersten ABI-Gutachten seien die vom Beschwerdeführer geschilderten Nachtschmerzen als typisch für eine entzündliche Aktivität der Erkrankung bezeichnet worden. Auch bei der zweiten Begutachtung habe der Beschwerdeführer mehrfach Nachtschmerzen angegeben. Die im Zusammenhang damit ebenfalls mehrfach angegebene Tagesmüdigkeit wegen eines schlechten Schlafs sei bei der Arbeits- und Leistungsfähigkeitsschätzung nicht in Rechnung gestellt worden, sodass nicht von einer Arbeitsfähigkeit von 75% ausgegangen werden könne. Zu erwähnen sei ferner, dass neuere Erhebungen ergeben hätten, dass die ABI GmbH nur gerade in 12.3% der Gutachten eine



Arbeitsunfähigkeit von mehr als 40% attestiere. Diesem Umstand sei bei der Beurteilung des Beweiswerts des Verlaufsgutachtens Rechnung zu tragen.

**D.d.** Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 9).

### Erwägungen

#### 1.

Über das Eintreten auf die Neuanschuldung vom Februar 2015 hat das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen bereits im Beschwerdeverfahren IV 2015/200 entschieden (IV-act. 183). Mit der angefochtenen Verfügung vom 28. März 2019 hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem Invaliditätsgrad von 25% verneint. Strittig ist somit, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

#### 2.

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör respektive – als Teilgehalt des Anspruchs auf rechtliches Gehör – der Begründungspflicht (Art. 49 Abs. 3 ATSG) gerügt. Er hat geltend gemacht, die Beschwerdegegnerin sei in der angefochtenen Verfügung vom 28. März 2019 unzureichend auf die begründeten Einwände gegen den Vorbescheid vom 7. Februar 2019 eingegangen. Nach der konstanten Rechtsprechung muss eine Begründung wenigstens kurz die Überlegungen nennen, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihr Entscheid stützt. Dabei ist es nicht erforderlich, dass sie sich mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen widerlegt. Sie kann sich vielmehr auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss also so abgefasst sein, dass sich die betroffene Person über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft ablegen und die Verfügung sachgerecht anfechten kann (BGE 136 I 236, E. 5.2; 133 I 277, E. 3.1). Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung tatsächlich nur kurz mit den Einwänden zum Vorbescheid auseinandergesetzt. Sie hat den Einwand dem RAD vorgelegt und in der angefochtenen Verfügung die RAD-Stellungnahme wiedergegeben. Ausserdem hat sie sich zur Nichtanrechnung eines "Leidensabzugs" geäussert. Zu den aus juristischer Sicht vorgebrachten Einwänden gegen das Gutachten hat sich die Beschwerdegegnerin also nicht geäussert. Dennoch geht aus der Verfügung klar hervor, dass die Beschwerdegegnerin das Gutachten der ABI GmbH auch nach den vorgebrachten Einwänden des Rechtsvertreters des



Beschwerdeführers als beweistauglich qualifiziert und sich bei der Berechnung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens auf die im Gutachten angegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung in adaptierten Tätigkeiten gestützt hat. Im Weiteren hat sie einen Einkommensvergleich vorgenommen und angegeben, auf welcher Grundlage das Validen- und das Invalideneinkommen basieren. Die sachgerechte Anfechtung der Verfügung ist damit ohne weiteres möglich gewesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Begründungspflicht nicht verletzt.

### 3.

**3.1.** Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

**3.2.** Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

### 4.

**4.1.** Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu die ABI GmbH mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 14. Januar 2019 haben die Gutachter eine 75%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten attestiert. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem



Gutachten voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob es die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt.

**4.2.** Zunächst ist zu prüfen, ob die Einwände des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers erhebliche Zweifel am Beweiswert des Gutachtens der ABI GmbH vom 14. Januar 2019 wecken.

**4.2.1.** Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat geltend gemacht, die ABI GmbH gehöre zu den am strengsten beurteilenden MEDAS und spreche nur bei etwa 22% (act. G 1) respektive 12.3% (act. G 7) der Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 40% zu. Bei der Beurteilung des Beweiswerts des Gutachtens sei diesem Umstand Rechnung zu tragen. Für den Beweiswert eines Gutachtens ist nicht entscheidend, in wie vielen Fällen ein Gutachtensinstitut eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 40% attestiert, sondern ob das Gutachten 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Bei psychiatrischen Gutachten ist zudem notwendig, dass der Sachverständige die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418). Aus dem Vorbringen, dass die ABI GmbH nur in rund 22% bzw. 12.3% aller Fälle eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 40% attestieren solle, lassen sich daher keine Rückschlüsse auf den Beweiswert des vorliegenden Gutachtens ziehen. Mit diesen Prozentangaben kann auch nicht belegt werden, dass die ABI GmbH tatsächlich strenger beurteilt als andere MEDAS, da bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person verschiedene Faktoren eine Rolle spielen, die in jedem Einzelfall individuell zu berücksichtigen sind. Aus statistischen Erhebungen ist deshalb offensichtlich kein Rückschluss auf einen konkreten Einzelfall möglich.

**4.2.2.** Der Rechtsvertreter hat gerügt, die Gutachter hätten die schmerzbedingt vermehrte Müdigkeit, Durchschlafstörungen, fehlende Energie, Traurigkeit, Konzentrationsstörungen und Nervosität nicht berücksichtigt, auch nicht im Sinne von Wechselwirkungen zusammen mit den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Dazu ist festzuhalten, dass diese Klagen rein subjektiver Natur und



damit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellbar sind. Die Rüge vermag deshalb nicht zu überzeugen.

**4.2.3.** Der Rechtsvertreter hat weiter vorgebracht, die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter sei vage und die Abweichung der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten von derjenigen in den Vorakten sei nicht begründet. Obwohl sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers objektiv verschlechtert habe, sei die Arbeitsfähigkeit nur unerheblich tiefer eingeschätzt worden. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten ist mit der Angabe einer 75%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit präzise erfolgt. Entgegen der Darstellung des Rechtsvertreters haben die Gutachter nicht angegeben, dem Beschwerdeführer sei eine adaptierte Tätigkeit zu sechs bis acht Stunden pro Tag möglich. Sie haben vielmehr festgehalten, ihm sei eine *Präsenz* an einem adaptierten Arbeitsplatz von sechs bis acht Stunden am Tag möglich; idealerweise sollte die Arbeitszeit über den Tag verteilt werden, um regelmässig Pausen zu gewähren. Sofern der Beschwerdeführer acht Stunden am Tag an einem adaptierten Arbeitsplatz präsent ist, können die zusätzlichen Pausen also über den Tag verteilt werden. Bei einer lediglich sechsstündigen Präsenz sind die zusätzlichen Pausen zwangsläufig ausserhalb der regulären Arbeitszeiten vorzunehmen. Auch wenn dies dem Beschwerdeführer einen gewissen Spielraum eröffnet, wie er seine Arbeitszeit über den Tag verteilt, sind die Angaben im Gutachten also präzise. Der rheumatologische Gutachter hat seine von Dr. D.\_\_\_\_ abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters begründet. Er hat nämlich eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert (vgl. das Profil einer adaptierten Tätigkeit) und aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs eine 25%ige und damit auch eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Er hat zudem festgehalten, dass Dr. D.\_\_\_\_, deren klinische Erhebungen er weitgehend bestätigen könne, nicht kritisch diskutiert habe, weshalb es dem Beschwerdeführer nicht möglich sein solle, auch nur einfachste, physisch nicht belastende Alltagsaktivitäten im eigenen Haushalt zu absolvieren. Dr. D.\_\_\_\_ hat demgegenüber seit Jahren eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (am 8. Dezember 2014 explizit auch für Verweistätigkeiten in leidensangepasster Umgebung, IV-act. 140) und dies mit schmerzhaften Schwellungen bei einer peripheren Entzündung, einer Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule, einem ausgeprägten Nachtschmerz und einer Morgensteifigkeit sowie einer Belastungsinsuffizienz begründet (IV-act. 190, vgl. auch IV-act. 218). Eine Begründung dafür, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen so stark gewesen sein sollen, dass jegliche Verweistätigkeiten nicht mehr zumutbar gewesen sein sollen, fehlt jedoch. Dies lässt vermuten, dass



Dr. D.\_\_\_\_ bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung die Klagen des Beschwerdeführers zu stark gewichtet hat, was aufgrund des ihr obliegenden Therapieauftrags nachvollziehbar ist. Für eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung ist jedoch eine objektive Betrachtungsweise notwendig. Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ kann deshalb nicht abgestellt werden; ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung ist deshalb auch nicht geeignet, Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter zu wecken. Dasselbe gilt in Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Hausarztes Dr. F.\_\_\_\_. Der Umstand, dass die Gutachter im Vergleich zum ABI-Gutachten aus dem Jahr 2012 in adaptierten Tätigkeiten eine um lediglich 5% verringerte Arbeitsfähigkeit attestiert haben, obwohl sich der Gesundheitszustand aus rheumatologischer Sicht verschlechtert hat, liegt darin begründet, dass der rheumatologische Gutachter dieser Verschlechterung mit dem Profil einer adaptierten Tätigkeit massgeblich Rechnung getragen hat. Im Vergleich zum Gutachten aus dem Jahr 2012 hat der rheumatologische Gutachter nämlich ein "restriktiveres" Tätigkeitsprofil formuliert. Entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters hat der rheumatologische Gutachter die um 5% verringerte Arbeitsfähigkeit also nicht damit begründet, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, im Haushalt keine Leistung mehr erbringen zu können. Letzteres ist vielmehr in Bezug auf die Konsistenz relevant und spricht gegen die von den behandelnden Ärzten postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit.

**4.2.4.** In Bezug auf die rheumatologische Untersuchung hat der Rechtsvertreter ausserdem geltend gemacht, auffallend sei, dass im Vergleich zum ersten Gutachten keine Computertomographie beider Hände, sondern lediglich eine Röntgenaufnahme vorgelegen habe. Demzufolge sei die Angabe unbegründet, wonach in den Händen des Beschwerdeführers die bei der ersten Begutachtung erhobenen Befunde nicht bestätigt vorgefunden worden seien. Die Angabe, der Beschwerdeführer könne feinmanuell belastende Tätigkeiten ausführen, sei demzufolge ebenfalls unbegründet. Ob eine Computertomographie oder ein Röntgenbild anzufertigen ist, liegt in der Beurteilung des Sachverständigen. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, wenn nach der Ansicht des rheumatologischen Gutachters eine Beurteilung der Einschränkungen an den Händen aufgrund eines Röntgenbildes ausreichend gewesen ist. Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass der rheumatologische Gutachter angegeben hat, für die intermittierenden Handgelenks- und Fingergelenksbeschwerden bestehe durchaus ein entzündliches Korrelat im Sinne einer peripheren Gelenkbeteiligung im Rahmen der Spondylarthritis (IV-act. 223-46 oben). Im Röntgenbild sind jedoch keine Hinweise auf Spätfolgen im Sinne von eindeutigen Erosionen im Bereich des Handskeletts ersichtlich gewesen (IV-act. 223-46 Mitte). Der rheumatologische Gutachter hat diesen



Beeinträchtigungen Rechnung getragen, indem er feinmanuell belastende Tätigkeiten *in Schulterneutralstellung an einem ergonomisch gut eingestellten Arbeitsplatz* für zumutbar erachtet hat. Es ist davon auszugehen, dass bei Einhalten dieser Adaptionskriterien keine Schwellungen und Schmerzen an den Handgelenken und an den Fingern auftreten werden. Bei den Tätigkeiten im Rahmen des Arbeitsversuchs im Jahr 2010 hat es sich nicht um adaptierte Tätigkeiten gehandelt (vgl. IV-act. 97-3), weshalb daraus nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers abgeleitet werden kann. Der Rechtsvertreter hat weiter vorgebracht, die mehrfach angegebene Tagesmüdigkeit wegen eines schlechten Schlafs sei bei der Arbeits- und Leistungsfähigkeitsschätzung nicht in Rechnung gestellt worden, weshalb nicht von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne. Bei den Befragungen zum Tagesablauf hat der Beschwerdeführer einzig in der neurologischen Untersuchung angegeben, sich tagsüber hinzulegen. Den Grund dafür hat er jedoch nicht genannt. Damit ist nicht belegt, dass er an einer Tagesmüdigkeit leidet, die so stark wäre, dass seine Arbeitsfähigkeit stärker beeinträchtigt wäre als die im Gutachten attestierten 25%.

**4.2.5.** Im Weiteren hat der Rechtsvertreter geltend gemacht, auf die psychiatrische Beurteilung im Gutachten könne nicht abgestützt werden. Entgegen seiner Darstellung hat der psychiatrische Gutachter jedoch nicht festgehalten, die Symptomatik sei aus somatischer Sicht nicht objektiviert worden. Vielmehr hat der psychiatrische Gutachter im Zusammenhang mit der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren angegeben, der Beschwerdeführer fühle sich nicht mehr arbeitsfähig, auch nicht in einer angepassten Tätigkeit. Aus somatischer (rheumatologischer) Sicht seien angepasste Tätigkeiten aber nicht gänzlich ausgeschlossen. *Insofern (also soweit)* die Symptomatik aus somatischer Sicht nicht objektiviert werden könne, müsse von einer psychischen Überlagerung ausgegangen werden, die nicht nur auf eine Somatisierung im Rahmen der Depression zurückgeführt werden könne. Von einer Fehleinschätzung des psychiatrischen Gutachters kann damit keine Rede sein. Ob eine neuropsychologische Zusatzdiagnostik durchzuführen ist, liegt im Ermessen des psychiatrischen Sachverständigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. August 2020, 9C\_255/2020, E. 3.2). Dieser hat lediglich leichte Konzentrationsstörungen festgestellt (IV-act. 223-52) und festgehalten, das Fahren von kurzen Strecken mit dem Auto spreche gegen deutliche Konzentrationsstörungen (IV-act. 223-54). Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis sind intakt gewesen (IV-act. 223-52). Auch der neurologische Gutachter hat keine mnestischen Defizite feststellen können (IV-act. 223-59). Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass keine neuropsychologische Zusatzuntersuchung durchgeführt worden ist. Schliesslich



hat der psychiatrische Gutachter die Angabe des Beschwerdeführers, dass sein in Deutschland lebender Sohn an Krebs erkrankt sei und eine Chemotherapie durchführen müsse, weshalb er (der Beschwerdeführer) auch deshalb regelmässig schlecht schlafe, zur Kenntnis genommen. Er hat aber keine objektiven Befunde erheben können, die zu einer anderen, schwerwiegenderen Diagnose hätten führen können. Der Sohn des Beschwerdeführers ist am 13. April 2019 seiner Krankheit erlegen (act. G 7.1). Selbst wenn dies zu einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers geführt haben sollte, wäre diese überwiegend wahrscheinlich aber erst nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. März 2019 eingetreten. Anhaltspunkte dafür, dass die Beurteilung des psychiatrischen Sachverständigen im Verfügungszeitpunkt nicht mehr zutreffend gewesen wäre, bestehen nicht.

**4.2.6.** Was der Rechtsvertreter im Zusammenhang mit der rheumatologischen Begutachtung zu einer Nichtbeachtung des strukturierten Beweisverfahren vorgebracht hat, ist nicht stichhaltig. Das strukturierte Beweisverfahren ist nämlich bei psychiatrischen Begutachtungen anzuwenden und dient dazu, anhand der Indikatoren eine nachvollziehbare, begründete Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418). Der rheumatologische Gutachter hat seine Arbeitsfähigkeitsschätzung begründet, indem er aufgrund der objektivierbaren Befunde eine qualitative und quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert hat. Der psychiatrische Gutachter hat sich zu den Standardindikatoren, insbesondere zur Konsistenz und zu den Ressourcen, geäussert. Er ist nachvollziehbar zum Resultat gelangt, dass die Diagnosen einer leichten depressiven Episode und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigen.

**4.2.7.** Die vom Rechtsvertreter eingereichten Berichte von Dr. F.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2019 und von Dr. D.\_\_\_\_ vom 25. Februar 2019 vermögen keine Zweifel am Beweiswert des Gutachtens zu wecken. Diese enthalten nämlich keine objektiven Befunde, die im Gutachten vom 14. Januar 2019 nicht bereits berücksichtigt worden wären. Die Berichte von Dr. F.\_\_\_\_ vom 8. Mai 2019 und von Dr. D.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2019 und die darin angegebene Schwellung und Punktion des rechten Knies am 9. Mai 2019 beziehen sich auf die Zeit nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. März 2019 und enthalten keine Anhaltspunkte für eine mögliche Verschlechterung des Gesundheitszustands vor dem 28. März 2019. Möglichen Kniegelenksbeschwerden wurden im Profil einer adaptierten Tätigkeit zudem ausreichend Rechnung getragen. Bei den Äusserungen von Dr. F.\_\_\_\_, er könne die Gesamtbeurteilung der Gutachter



nicht nachvollziehen und der Beschwerdeführer sei seines Erachtens nicht zu 75% arbeitsfähig, handelt es sich nur um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts. Diese ist nicht geeignet, Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter zu wecken. Dasselbe gilt in Bezug auf die Äusserung von Dr. D.\_\_\_\_ im Bericht vom 25. Februar 2019, wonach die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 75% nicht nachvollziehbar sei. In diesem Zusammenhang ist nämlich der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03 E. 2.4.2). Dr. D.\_\_\_\_ hat im Bericht vom 25. Februar 2019 vorgeschlagen, eine EFL durchzuführen. Dazu ist festzuhalten, dass in Fällen wie dem vorliegenden, in denen die Selbsteinschätzung einer versicherten Person von den objektivierbaren medizinischen Befunden abweicht, eine EFL kaum je objektive Erkenntnisse bezüglich der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person liefert, weil eine EFL in solchen Fällen erfahrungsgemäss meist dazu benutzt wird, die massiv empfundenen Einschränkungen zu demonstrieren. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht keine EFL angeordnet. Dr. D.\_\_\_\_ hat am 10. Mai 2019 ausserdem festgehalten, die Spondylarthritis sei eine schubweise Erkrankung, weshalb eine einmalige Beurteilung im Rahmen eines Gutachtens nicht adäquat zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit sei. Hier sei eine höhere Gewichtung der externen Beurteilungen und Befunde der letzten Jahre notwendig. Die Gutachter haben umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese sorgfältig gewürdigt. Anhaltspunkte für eine längerdauernde, höhergradige als die attestierte 25%ige Arbeitsunfähigkeit haben seit der Neuanmeldung im Februar 2015 nicht bestanden (vgl. die retrospektive Arbeitsfähigkeitsschätzung, IV-act. 223-12). Selbst wenn intermittierend stärkere Beschwerden aufgetreten sein sollten, haben diese also keine längerdauernde, höhere Arbeitsunfähigkeit bewirkt.

**4.2.8.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Vorbringen des Rechtsvertreters und die nach dem Gutachten erstellten Berichte von Dres. D.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ keine Zweifel am Beweiswert des Gutachtens vom 14. Januar 2019 wecken. Alle Gutachter haben den Beschwerdeführer eingehend persönlich untersucht, die subjektiven Klagen aufgenommen und die objektiven Befunde im Gutachten wiedergegeben. Gestützt darauf haben sie die Diagnosen gestellt und sie haben die Arbeitsfähigkeitsschätzung anhand der Schwere der erhobenen Befunde und Symptome im Rahmen einer Konsensbeurteilung überzeugend begründet. Sie haben auch die von den



behandelnden Ärzten abweichende Beurteilung begründet. Das Gutachten weist keine Widersprüche auf. Es ist somit beweiskräftig. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung in adaptierten Tätigkeiten zu 75% arbeitsfähig gewesen ist und dass seit der Neuanmeldung im Februar 2015 keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat.

### 5.

Es bleibt die Überprüfung des Einkommensvergleichs.

**5.1.** Der Beschwerdeführer hat keinen Beruf erlernt und bis in das Jahr 2008 bei verschiedenen Arbeitgebern Hilfsarbeitertätigkeiten ausgeübt. Die Anstellungen sind jeweils von kurzer Dauer gewesen (vgl. den IK-Auszug, IV-act. 144, sowie die Angaben im Gutachten, IV-act. 223-9). Seither ist er keiner Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mehr nachgegangen. Anhaltspunkte dafür, dass er im fiktiven "Gesundheitsfall" in einer bestimmten Branche als Hilfsarbeiter erwerbstätig gewesen wäre, bestehen nicht. Die Validenkarriere besteht deshalb in einer durchschnittlich entlöhnten Tätigkeit als Hilfsarbeiter.

**5.2.** Aufgrund der fehlenden Berufsausbildung besteht die Invalidenkarriere ebenfalls in einer Tätigkeit als durchschnittlich entlohnter Hilfsarbeiter. Da die Validen- und die Invalidenkarriere in einer Tätigkeit als durchschnittlich entlohnter Hilfsarbeiter bestehen, kann der Betrag der Vergleichseinkommen bei der Berechnung des Invaliditätsgrades mathematisch keine Rolle spielen; der Invaliditätsgrad ist anhand eines sogenannten Prozentvergleichs zu berechnen. Er entspricht also dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, korrigiert um einen allfälligen zusätzlichen Abzug. Der Arbeitsfähigkeitsgrad beträgt vorliegend an einem adaptierten Arbeitsplatz mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit 75%. Nun stellt sich die Frage, ob der Beschwerdeführer zusätzliche Lohnnachteile in Kauf zu nehmen hat. Bei Personen, die in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind, können im Vergleich zu gesunden Arbeitnehmern nämlich Lohnnachteile entstehen, da der Wert der Arbeitsleistung aus der Sicht eines betriebswirtschaftlich-ökonomisch handelnden Arbeitgebers vermindert ist. Eine gesundheitlich beeinträchtigte Person wäre nämlich unfähig, sich vorübergehend an einem nicht adaptierten Arbeitsplatz einsetzen zu lassen. Sie wäre in der Regel auch nicht in der Lage, Überstunden zu leisten. Längerfristig betrachtet bestünde zudem das Risiko von vermehrten krankheitsbedingten Absenzen. Geht man von einem *ökonomischen* Invaliditätsbegriff aus bzw. will man einen Soziallohnanteil ausscheiden, ist wegen diesen Nachteilen, die betriebswirtschaftlich zu einem Minderlohn zwingen



würden, bei der Ermittlung des Ausgangswerts des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ein zusätzlicher Abzug vorzunehmen. Ob der Beschwerdeführer mit zusätzlichen Lohnnachteilen zu rechnen hat, welche einen zusätzlichen Abzug vom zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommen rechtfertigen würde, kann vorliegend aber offenbleiben. Denn selbst bei einer grosszügigen Betrachtungsweise würde dieser Abzug nicht mehr als 10% betragen, womit ein Invaliditätsgrad von 33% resultieren würde. Da erst ab einem Invaliditätsgrad von 40% ein Rentenanspruch besteht, hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente also zu Recht verneint. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

### 6.

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Sie ist durch den von diesem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese sind durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.
3. Das Begehren um die Zusprache einer Parteientschädigung wird abgewiesen.