

Obergericht Appenzell Ausserrhoden

3. Abteilung

Urteil vom 2. Juli 2019

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichterin D. Sieber Oberrichter H.P. Fischer, M. Schneider, R. Kläger Obergerichtsschreiber J. Kürsteiner
Verfahren Nr.	O3V 18 42
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführer	A. _____ vertreten durch: RA AA._____,
Vorinstanz	IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden, Neue Steig 15, Postfach, 9102 Herisau
Gegenstand	Rente der Invalidenversicherung Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden vom 30. August 2018

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

1. Die Verfügung vom 30. August 2018 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.
2. Eventuell sei die Streitsache zur weiteren Abklärung und zu anschliessender neuer Beurteilung bzw. Verfügung an die Vorinstanz/Beschwerdegegnerin zurückzuweisen;
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A. Der am XX.XX.1969 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) meldete sich im April 2016 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Die IV-Stelle klärte in der Folge den medizinischen und erwerblichen Sachverhalt ab und zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei. Am 16. Dezember 2016 teilte sie dem Versicherten mit, dass aufgrund seines Gesundheitszustands derzeit keine beruflichen Massnahmen möglich seien (IV-act. 30).
- B. Am 25. September 2017 gab die IV-Stelle bei der Medas ABI, Basel, ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (IV-act. 57/58). In seiner Gesamtbeurteilung vom 23. Januar 2018, beruhend auf den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Infektiologie, Pneumologie sowie Psychiatrie, kam das ABI zum Schluss, dass beim Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe. Hingegen bestehe in einer körperlich leichten bis mittelschweren adaptierten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig realisierbar (IV-act. 65, insbesondere S. 24 f.).
- C. Mit Vorbescheid vom 4. Juni 2018 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 70). Dagegen liess der Versicherte am 30. Juli 2018 durch die B._____-Versicherungs-AG Einwand erheben (IV-act. 75). Die IV-Stelle verfügte am 30. August 2018 im Sinne des Vorbescheids (IV-act. 77).

- E. Gegen die Verfügung vom 30. August 2018 liess der Versicherte am 29. September 2018 durch Rechtsanwalt AA._____ mit den eingangs erwähnten Anträgen Beschwerde beim Obergericht des Kantons Appenzell Ausserrhoden erheben (act. 1). In ihrer Vernehmlassung vom 29. Oktober 2018 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (act. 6). Am 8. Januar 2019 folgte die Replik des Versicherten (act. 12). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. 12).
- F. Die Parteien verzichteten auf eine mündliche Verhandlung (vgl. act. 12).
- G. Nachdem den Parteien das Dispositiv mit dem vorliegenden Entscheid zugestellt worden war, verlangten beide innert Frist eine schriftliche Begründung (act. 15 und 16).

Erwägungen

1. 1.1

Gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes vom 13. September 2010 (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Die örtliche Zuständigkeit ist nach Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) gegeben.

1.2

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass letztere sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristerfordernisse erfüllt sind (Art. 1 Abs. 1 und Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG, Art. 28 lit. b JG sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG, bGS 143.1]).

Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

2. 2.1

Der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung setzt voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist. Als Invalidität gilt gemäss Art. 4 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 28

Abs. 2 IVG haben versicherte Personen Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind.

2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG haben nur diejenigen versicherten Personen Anspruch auf eine Rente, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (sog. Wartejahr). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Gesetzesbestimmung liegt dann vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig gewesen ist (vgl. Art. 29^{ter} der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961). Die Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (Urteil des Bundesgerichts 9C_757/2010 vom 24. November 2010, E. 4.1). Unerheblich ist, auf welche gesundheitlich bedingten Ursachen die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen ist (Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, Rz. 2009). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.3

Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht 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 das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der

medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder 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 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Behörden 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 (BGE 125 V 351).

3. 3.1

Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügli-
che Beurteilung der (Rest-)Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt.

3.2

Die IV-Stelle stützt die rentenablehnende Verfügung vom 30. August 2018 auf das ABI-Gutachten vom 23. Januar 2018 (IV-act. 65; vgl. insbesondere S. 23 ff). Das Gutachten nennt als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0; F32.1). Unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werden genannt: HIV-Infektion CDC A1 (ICD-10 U60.1, U61.1) [...]; Chronische Hepatitis B (ICD-10 B18.1) [...]; Asthma bronchiale (ICD-10 J45) [...]; Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10); Chronischer Nikotinabusus (ICD-10 F17.1); Helicobacter pylori-positive Gastritis (ICD-10 K29.5); Anamnestisch chronische Prostatitis (ICD-10 N41.1). Betreffend die gutachterliche Untersuchung führen die Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe viele Beschwerden. So leide er unter einer HIV-Erkrankung, einer chronischen Hepatitis, er habe auch Lungenprobleme, beinhaltend eine Bronchitis und ein Asthma bronchiale, zudem eine chronische Prostatitis, Magenprobleme wie auch psychische Beschwerden. Seit Januar 2014 sei eine HIV-Infektion bekannt. Er habe sich beim sexuellen Kontakt mit einer ihm unbekannten Frau in Portugal angesteckt. Aufgrund der Medikamente, die er einnehme, leide er an einer Müdigkeit, Unwohlsein mit Brechreiz und gelegentlichem Erbrechen, unter Magen- und Kopfschmerzen, auch bestehe ein deutlich vermehrtes Schlafbedürfnis tagsüber wie auch eine ausgeprägte Schlafstörung, er schlafe max. drei Stunden in der Nacht. Zuzufolge des Asthma bronchiale leide er vor allem im Winter an Husten mit Auswurf. Zurzeit bestehe eine leichte Dyspnoe beim Gehen und Treppensteigen. Er leide unter einer Algurie, eine Makrohämaturie bestehe nicht. Seit seiner Kindheit sei eine chronische Otitis bekannt, ein letzter Infekt sei im Mai dieses Jahres aufgetreten. Ein Tinnitus bestehe nicht,

jedoch gelegentlicher Drehschwindel, das Gehör sei nicht beeinträchtigt. Als weitere Beschwerden seien spontan Knieprobleme linksseitig beschrieben worden, bei Zustand nach Distorsionstrauma vor 3 - 4 Monaten. Psychisch gehe es ihm schlecht, er sei in einem Tief (IV-act. 65, S. 8 f.).

In ihrer zusammenfassenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erklären die Gutachter, aus pneumologischer Sicht bestehe aufgrund der Diagnose Asthma bronchiale eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten. Dagegen bestehe unter der Voraussetzung einer einwandfreien arbeitshygienischen Luft in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit eine volle Arbeits- und Leitungsfähigkeit. Aus infektiologischer Sicht fänden sich eine HIV-Infektion CDC A1 und eine chronische Hepatitis B, welche jedoch zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in einer körperlich adaptierten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig realisierbar, mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen aufgrund einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode. Aus allgemein-internistischer Sicht fänden sich keine weiteren Befunde und Diagnosen, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit begründeten. Was den Verlauf der Arbeitsfähigkeit betreffe, sei aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten das festgelegte Arbeits- und Leistungsprofil über die Zeit gemittelt ab November 2015 anzunehmen (IV-act. 65, S. 24).

Bezogen auf die Selbsteinschätzung des Versicherten bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen selbiger und der gutachterlichen Beurteilung. Der Versicherte fühle sich aufgrund seiner Beschwerden nicht mehr arbeitsfähig. Diese Selbsteinschätzung könne aufgrund der vorliegenden polydisziplinären Befunde indes nicht hinreichend begründet werden. Es bestehe eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, zudem habe der Versicherte angegeben, seine Medikamente regelmässig einzunehmen. Die abgenommenen Medikamenten-Spiegel würden jedoch auf eine schlechte Compliance hinweisen (IV-act. 65/25).

3.3

3.3.1

a) Im Folgenden ist zu prüfen, ob bzw. inwieweit auf das interdisziplinäre Gutachten abgestellt werden kann. Der Beschwerdeführer kritisiert dieses – insbesondere aus Sicht der Disziplin der Psychiatrie – als nicht nachvollziehbar.

b) Da sich die Kritik des Beschwerdeführers an der psychiatrischen Begutachtung in weiten Zügen auf die Einschätzungen von Dr. C. _____ stützt, sind zunächst grundsätzliche Überlegungen zum Verhältnis der Beurteilungen eines Gutachtens und derjenigen der handelnden Ärzte anzustellen. In diesem Sinne ist darauf hinzuweisen, dass den Berichten

der behandelnden Ärzte aufgrund der Tatsache, dass diese Personen in einem auftragsrechtlichen Vertrauensverhältnis zum Versicherten stehen, nur eine beschränkte Aussagekraft beigemessen werden kann. Da sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck

einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte denn auch kaum je in Frage kommen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Finden sich in den Berichten der behandelnden Ärzte mithin keine hinreichenden Indizien für die fehlende Schlüssigkeit der gutachterlichen Beurteilung, besteht für das Gericht kein Anlass, von letzterer abzuweichen (vgl. schon oben E. 3.3 a. E.).

c) Der Beschwerdeführer wendet ein, das Gutachten sei insoweit widersprüchlich, als einerseits festgehalten werde, dass die lebensgeschichtlichen Belastungen mit zerrütteten Familienverhältnissen in der Kindheit und mehrfach erlebter Gewalt bis nach dem Pubertätsalter bestehen würden, die als solche eine deutliche Relevanz hätten, um sich negativ auf die Gesundheitsentwicklung auszuwirken und dass die derzeitige Prognose aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig sei. Nur zwei Seiten später habe der untersuchende Arzt hingegen ausgeführt, dass eine Persönlichkeitsstörung zu verneinen sei. Hätte der untersuchende Arzt die Anamnese ausführlicher erhoben, hätte er feststellen müssen, dass die belastenden Erlebnisse in der Kindheit und in der Jugendzeit zu einer dysthymen Persönlichkeit geführt hätten. Diesen Ausführungen kann nicht gefolgt werden. Zunächst ist festzuhalten, dass eine Dysthymie und eine Persönlichkeitsstörung i.e.S. klar auseinandergehalten werden müssen. Dies ergibt sich nur schon anhand der ICD-10-Klassifikation, Kapitel V. Dort sind „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ im Abschnitt F6 enthalten. Eine Dysthymie hingegen fällt unter dem Code F34.1 in den Abschnitt „Affektive Störungen“ (F3). Vorliegend ist nun festzustellen, dass der ABI-Gutachter von der Anamnese des Beschwerdeführers volle Kenntnis hatte (Gutachten, Ziff. 4.1.1). Er war somit über ungünstige Umstände wie das Drogenproblem des Versicherten oder jenen betreffend den Tod von dessen Mutter informiert. Weiter wurden die psychopathologischen Befunde ausführlich erhoben und der psychische Gesundheitsschaden detailliert wiedergegeben (Gutachten, Ziff. 4.1.2 und 4.1.10.1). Mit Blick auf diese umfassenden Untersuchungen wie eben auch aufgrund der

Tatsache, dass eine Dysthymie und eine Persönlichkeitsstörung i.e.S. klar voneinander abzugrenzen sind, ist deshalb festzuhalten, dass sich der ABI-Gutachter mit seiner Aussage, wonach fragliche Umstände deutliche Relevanz hätten, um sich negativ auf die Entwicklung der Gesundheit auszuwirken, keinesfalls in Widerspruch zu seiner folgenden Beurteilung setzt, gemäss welcher es an einer Persönlichkeitsstörung i.e.S. fehle. Zumal der ABI-Psychiater letzteres mit Verweis auf das bisherige aus medizinischer Sicht unauffällige soziale und berufliche Leben des Versicherten fundiert begründet (vgl. dazu auch die Ausführungen am Ende der Erwägung e)).

d) Sodann ist auf die Frage nach dem Schweregrad der Depression einzugehen. Der ABI-Gutachter verwies auf eine ganze Reihe an für eine Depression typischen Symptomen, so depressive Verstimmungen, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, verminderter Appetit, vermindertes Selbstwertgefühl und verminderte Fähigkeit, Freude zu empfinden (Gutachten, Ziff. 4.1.3 und 4.1.10.1). Vergleicht man diese Befunderhebung mit jener von Dr. C._____, ist festzustellen, dass letzterer mehr solche für eine Depression typische Symptome auflistete. Eine unvollständige Befunderhebung bzw. Begutachtung durch das ABI ist damit aber nicht belegt; vielmehr könnte der betreffende Umstand auch damit zusammenhängen, dass der Versicherte bei der Abklärung im ABI offenbar eher seine somatischen Probleme in den Vordergrund stellte (vgl. Gutachten, Ziff. 4.1.10.1, S. 15, letzter Absatz und Ziff. 4.1.3). Es sei an dieser Stelle auch erwähnt, dass der Gutachter über die psychotherapeutische Behandlung bei Dr. C._____ im Bilde war (vgl. Gutachten, Ziff. 4.1.7). Letztlich ist davon auszugehen, dass der ABI-Gutachter die Relevanz der erhobenen Befunde einfach anders gewürdigt hat als der behandelnde Arzt. Davon abgesehen ist zu beachten, dass laut ABI-Gutachter die beim Versicherten abgenommenen Medikamentenspiegel auf eine schlechte Compliance hindeuteten, was ein konkretes Indiz gegen das Vorliegen eines hohen Leidensdrucks darstellt, wie er im Zusammenhang mit einer mittleren bis schweren Depression mit Sicherheit gegeben wäre. Im Übrigen ist auch im Bericht der Klinik Teufen vom 29. August 2016, wo der Beschwerdeführer sich am 9. Februar 2016 in der Sprechstunde befand (vgl. Bf-act. 8), nichts von einer schweren Depression erwähnt; die betreffende Diagnose lautete mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer Belastungssituation (Erkrankung an HIV; Kündigung im November 2015). Bedenkt man, dass im Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 04.11.2016 (IV-act. 28) betreffend die letzte Kontrolle des Verlaufs der HIV-Infektion von einem „optimalen Verlauf“ gesprochen wurde, ist schwer nachzuvollziehen, wie sich die Depression noch zu einer solchen von mittlerem bis schwerem Ausmass verschlechtert haben soll. Seitens von Dr. C._____ findet sich auch keine Erklärung für diesen Verlauf. Im Ergebnis resultieren aus der medizinischen Anamnese keine konkreten Indizien für die Fehlerhaftigkeit der Einschätzung der Depression durch das ABI. Die vom psychiatrischen Gutachter diagnostizierte leichte bis mittelgra-

dige Depression erscheint ausreichend und substantiiert begründet. Praxisgemäss besteht mithin kein Raum, die abweichende Beurteilung von Dr. C. _____ betreffend die Diagnose einer mittleren bis schweren Depression zu berücksichtigen.

e) Was konkret die Frage nach dem Vorliegen einer Dysthymie betrifft, führte Dr. C. _____ aus, dass der Versicherte aus psychiatrischer Sicht an einer Dysthymia im Sinne einer depressiven Persönlichkeit sowie auch an einer rezidivierenden depressiven Störung leide, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode mit somatischem Syndrom, im Sinne einer „Double Depression“, was einer chronischen depressiven Störung gleichkomme (act. 11/1). Vorab ist hier zu beachten, dass Dr. C. _____ die Diagnose einer Dysthymie erst im Einwandverfahren nannte, und nie in seinen vorherigen Arztberichten (vgl. IV- act. 34 und 19). Es wird von ihm nicht begründet, weshalb die Diagnose zunächst nicht gestellt wurde. Letztlich erscheint die Frage nach dem Vorliegen einer Dysthymie aber auch gar nicht entscheidend. Soweit nämlich die belastende Sozialisation in der Kindheit und Jugend angeblich zu einer solchen dysthymen Persönlichkeit geführt haben soll, stellt sich unweigerlich die Frage, wie sich diese Erkrankung denn überhaupt negativ auf die für - die Beurteilung des Rentenanspruchs allein relevante - Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hat. Auch in dieser Hinsicht erweist sich die Beurteilung von Dr. C. _____ als nicht schlüssig. Der behandelnde Arzt führt vage aus, der Versicherte habe früher immer wieder Phasen von leichter bis mittelgradiger Depressivität gehabt, die zu Zurückgezogenheit und zu Burnout-Episoden geführt hätten, wobei dies schliesslich zur Aufgabe seiner Arbeit in einem Sicherheitsdienst in Portugal geführt habe. Diese Angaben vermögen eine (gegebenenfalls schon früher bestehende) tatsächliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht zu belegen. Sie stehen vielmehr im Widerspruch zur übrigen Aktenlage. Das ABI hatte wie erwähnt davon gesprochen, dass der Versicherte früher normal sozialisiert und voll leistungsfähig gewesen sei, und auch der Versicherte selber hatte im Rahmen der ABI-Untersuchung anscheinend ausgeführt, er habe „im Beruf gearbeitet“ (Gutachten, Ziff. 4.1.1.2, S. 13, unten), ohne präzisierend auf irgendwelche Einschränkungen hinzuweisen. Und schliesslich hatte der Versicherte auch noch nach seiner Einreise in die Schweiz während neun Jahren als Maschinist gearbeitet, ohne dass hierzu irgendwelche physischen oder psychischen Leistungsdefizite dokumentiert wären. Im Ergebnis besteht damit auch kein Anlass, am Fehlen einer Dysthymie (und entsprechend auch einer „Double Depression“) zu zweifeln.

f) Der Beschwerdeführer rügt weiter, der Gutachter habe es unterlassen, ein Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen (kurz: Mini-ICF-APP) durchzuführen, womit das Gutachten den Standards der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) nicht entspreche. Das Bundesgericht

hatte sich in einem neueren Entscheid eingehend mit dem Mini-ICF-APP auseinandergesetzt. Es hatte zunächst betont, Raster oder Indikatoren, welche gestatten, oder zumindest erleichtern, die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit einheitlicher abzuschätzen, seien zu begrüßen. In dem fraglichen Fall war aber gerade strittig, ob das Mini-ICF-APP bereits genügend erforscht sei, um als Grundlage für eine Begutachtung dienen zu können. Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich als urteilende Vorinstanz war in seinem Entscheid IV.2013.771 vom 17. April 2014 davon ausgegangen, dass sich die Kriterien gemäss ICF in der Schweiz noch nicht durchgesetzt hätten. Es hielt deren Eignung für eine Begutachtung mithin noch zu wenig abgeklärt und es verwies diesbezüglich auf ein entsprechendes Forschungsprojekt (E. 5.2). Das Bundesgericht hatte dann schliesslich nach ausführlicher Prüfung zwar erklärt, dass dem Beizug des Mini-ICF-APP bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nichts im Wege stehe. Im selben Entscheid hatte es aber auch ausdrücklich betont, dass weder Gesetz noch Rechtsprechung vorschreiben würden, welche Methoden und Klassifizierungssysteme die Arztperson zur Einschätzung der unter Berücksichtigung gesundheitlicher Leiden noch gegebenen Arbeitsfähigkeit zu verwenden hat (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2014 vom 28. Oktober 2014 E. 4.2 ff.). Was den Zusammenhang zu BGE 141 V 281 betrifft, in welchem bei somatoformen Schmerzstörungen die sog. Überwindbarkeitsvermutung durch die Pflicht zur Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens ersetzt wurde, ist an den Ausführungen des Beschwerdeführers einzig richtig, dass die ICF in das nämliche Urteil eingeflossen sind. Hingegen wurde im Rahmen einer Fachtagung der Universität Luzern im Juni 2017 mit dem Titel „Das indikatorenorientierte Abklärungsverfahren“ von einem Referenten im Sinne obiger Ausführungen ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es für die ICF-basierte Begutachtung noch wenig wissenschaftliche Evidenz gebe (vgl. die Zusammenfassung der Tagung auf der Homepage der „Studer Anwälte“ <https://www.studer-anwaelte.ch/modx/workspace/documents/medienmitteilung/bemerkungen.pdf>). Gemäss diesen Erwägungen geht die beschwerdeführerische Kritik gänzlich fehl. Wie gesehen ist es mitnichten zutreffend, dass das ABI im Sinne eines Gültigkeitserfordernisses für das Gutachten ein Mini-ICF-APP hätte durchführen müssen. Über die Art der gutachterlichen Untersuchung entscheidet alleine der beauftragte Gutachter anhand des konkreten Falls. Für die versicherungsmedizinische Massgeblichkeit eines Gutachtens ist einzig zu fordern, dass die Kriterien gemäss BGE 125 V 351 (vgl. oben E. 3.3 a. E.) eingehalten werden. Nicht mehr und nicht weniger.

g) Im Übrigen ist aus der Tatsache, dass der Beschwerdeführer schon seit November 2015 in psychotherapeutischer Behandlung steht, keineswegs auf die Fehlerhaftigkeit der ABI-

Begutachtung mit dem Ergebnis des Fehlens einer mittleren bis schweren Depression bzw. einer vollen Arbeitsunfähigkeit zu schliessen. Wie die Vorinstanz gestützt auf die Einschätzungen des RAD in ihrer Vernehmlassung richtig schreibt, kann in diesem Zusammenhang auch die Person des Therapeuten eine wesentliche Rolle spielen. Sodann ist auch nicht bekannt, wie es mit der für eine erfolgreiche Psychotherapie unabdingbaren Mitwirkung des Patienten aussieht.

h) Im Sinne eines Zwischenergebnisses ist damit festzustellen, dass das ABI-Gutachten aus psychiatrischer Sicht eine zuverlässige Grundlage zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten darstellt.

i) Zu ergänzen ist noch zweierlei: Zunächst kann entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers selbstverständlich nicht argumentiert werden, dass die Berichte von Dr. C. _____ – da von einem „zertifizierten medizinischen Gutachter“ stammend – denselben Beweiswert verdienen wie das ABI-Gutachten; bestimmte Titel oder Zertifizierungen des behandelnden Arztes ändern nichts an seiner Vertrauensposition im Verhältnis zum Patienten und dies schliesst die Eignung seiner Einschätzungen für eine versicherungsmedizinische Beurteilung im Grundsatz aus (vgl. oben a)). Schliesslich und vor allem ist hier aber auch mit der Vorinstanz darauf hinzuweisen, dass sich Dr. C. _____ im vorliegenden Fall auffällig stark für seinen Patienten engagiert hat. Es ist in der Tat ungewöhnlich, dass ein behandelnder Arzt im streitigen Rentenverfahren derart umfassend Partei für seinen Patienten ergreift. In diesem Sinne ist auf einen aktuellen Entscheid des Bundesgerichts hinzuweisen. Dieses hatte in einem ähnlichen Fall festgehalten, der behandelnde Arzt habe sich offenbar in einem Umfang mit den Interessen seines Patienten identifiziert, welcher über das normale Mass, welches von einem behandelnden Arzt zu erwarten sei, hinausgehe (vgl. Urteil 8C_79/2018 vom 6. Juni 2018). Im vorliegenden Fall ist mit Blick auf die ausführlichen Stellungnahmen von Dr. C. _____ im Beschwerdeverfahren letztlich ein analoges Fazit zu ziehen, zumal der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers diese Einschätzungen in seinen Rechtsschriften in weiten Zügen wiedergab. Vor diesem Hintergrund erscheint der Beweiswert der Berichte von Dr. C. _____ noch zusätzlich reduziert (vgl. dazu oben E. a)).

3.3.2

a) Im Folgenden ist noch auf die somatischen Beurteilungen des ABI einzugehen. Dem Gutachten ist zu entnehmen, aus pneumologischer Sicht bestehe aufgrund der Diagnose Asthma bronchiale eine Arbeitsunfähigkeit für schwere körperliche Tätigkeiten. Dagegen bestehe unter der Voraussetzung einer einwandfreien arbeitshygienischen Luft in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

Im pneumologischen Teilgutachten (Gutachten, Ziff. 4.2.5.) wurde die hygienische Luft mit „ohne Staub, Dampf oder anderen inhalativen Noxen“ umschrieben. Aus infektiologischer Sicht finde sich eine HIV-Infektion CDC A1 und eine chronische Hepatitis B, welche jedoch zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten. Aus allgemein-internistischer Sicht fänden sich keine weitere Befunden und Diagnosen, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkten.

b) Der Beschwerdeführer hält dem entgegen, er befinde sich aufgrund der betreffenden somatischen Leiden in ständiger ärztlicher Behandlung (Dr. D. _____, Kantonsspital St. Gallen, Klinik für Infektiologie etc.). In der IV-Akte sei dies umfassend dokumentiert. Es sei daher in keiner Weise nachvollziehbar, dass die Gutachter des ABI aufgrund ihrer „Untersuchungen“ zum Ergebnis gelangt seien, die somatischen Leiden seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

c) Was die Fachdisziplin der Pneumologie angeht, erscheint es jedenfalls nachvollziehbar, dass das Asthma bronchiale beim Beschwerdeführer zum Ausschluss von schweren körperlichen Tätigkeiten führt. Soweit der Beschwerdeführer eine grundsätzlich uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten anzweifelt, ist dem nicht zu folgen. Indem das ABI ein eingeschränktes Belastungsprofil (Einhalten einer arbeitshygienischen Luft) definiert, scheint den beschriebenen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit hinreichend Rechnung getragen. Entgegen der Ansicht der IV-Stelle in ihrer Vernehmung scheint es de facto auch nicht widersprüchlich, dass die Gutachter für den Versicherten, der anscheinend seit dem 9. Lebensjahr raucht, als Adaptionsprofil eine arbeitshygienisch einwandfreie Luft definiert haben. Das ABI wies ausdrücklich darauf hin, dass das Rauchen einen „erheblichen komplizierenden Faktor“ bei der Behandlung des Asthma bronchiale darstelle und der Versicherte ganz darauf verzichten sollte (Gutachten, Ziff. 4.2.7). Im Übrigen muss vor dem Hintergrund dieser Stellungnahme einmal mehr der subjektive Leidensdruck des Beschwerdeführers hinterfragt werden. Wie auch immer, zumal sich in den Akten nirgendwo eine pneumologische Fachbeurteilung findet, die Zweifel an einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit aus Sicht dieser Disziplin erweckt, ist letztlich auf die betreffende plausible Schlussfolgerung des ABI abzustellen. Dasselbe Fazit kann schliesslich auch für die allgemein-internistische und infektiologische Beurteilung gezogen werden. Gerade was die fehlende Reduktion der Leistungsfähigkeit aufgrund der HIV-Erkrankung des Beschwerdeführers angeht, wird letzteres anamnestisch zuverlässig gestützt, ist doch nämlich wie erwähnt im Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 4. November 2016 von einem optimalen Verlauf die Rede (IV-act. 28).

3.3.3.

Nachdem zusammenfassend die Beurteilung sämtlicher durch das ABI begutachteten Disziplinen sich als zuverlässig erweist, besteht kein Anlass am Gesamtergebnis zu zweifeln, wonach beim Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig realisierbar, mit der Möglichkeit vermehrter Pausen, besteht. Das Gutachten ist für dieses Rentenverfahren mithin für massgebend zu erklären. In diesem Zusammenhang ist noch auf die vom Beschwerdeführer mit Verweis auf BGE 140 V 193 vorgetragene Argumentation einzugehen, wonach es keineswegs allein Sache der gutachtlich befassten Arztperson sei, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer Arbeitsunfähigkeit führt. Der Vergleich mit diesem Präjudiz ist mit Vorsicht zu geniessen, da die Sachlage im betreffenden Fall wesentlich anders gelagert war als in dem vorliegenden: Das von der IV-Stelle eingeholte Gutachten bescheinigte für einen befristeten Zeitraum eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und unbefristet eine solche von 40 %. Die IV-Stelle hielt diese Schlussfolgerungen jedoch (namentlich mit Blick auf die damalige Rechtsprechung betreffend die Überwindbarkeit von psychischen Leiden) nicht für nachvollziehbar und erkannte auf gar keine Arbeitsunfähigkeit bzw. keinen Rentenanspruch. Das hierauf vom Versicherten angerufene Versicherungsgericht St. Gallen hob alsdann den Entscheid auf und stellte auf die ursprünglichen gutachterlichen Einschätzungen ab (vgl. Entscheid IV 2011/376 vom 13. November 2013), indessen wurde das Urteil durch den hier in Frage stehenden BGE gekippt.

4. Ausgehend von der gutachterlich bescheinigten Arbeitsfähigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen zu bestimmen.

4.1

Für die Ermittlung des Invaliditätsgrads wird im Sinne der Bestimmung des Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, welches die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, welches sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

4.2

a) Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie

möglich zu erfolgen. Es ist in der Regel vom letzten Lohn, welchen die versicherte Person vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt hat, auszugehen (Urteil des EVG I 42/01 vom 16. Mai 2001, mit Hinweisen).

b) Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht, sofern kumulativ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass die versicherte Person die ihr verbleibende Leistungsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft und das Einkommen aus der Arbeitsleistung angemessen und nicht als Soziallohn erscheint. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so ist auf Erwerbstätigkeiten abzustellen, die der versicherten Person (nach zumutbarer Behandlung und allfälliger Eingliederung) angesichts ihrer Ausbildung und ihrer physischen sowie intellektuellen Eignung zugänglich wären. Rechtsprechungsgemäss werden hierzu die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen (BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

c) Der Beschwerdeführer bringt nichts konkretes gegen die vorinstanzliche Rentenberechnung vor; er kritisiert die Einkommensberechnung einzig vor dem Hintergrund der seiner Meinung nach nicht nachvollziehbaren Arbeitsfähigkeitsschätzung durch das ABI.

d) Was das Valideneinkommen anbelangt, ist in einem ersten Schritt von jenem Einkommen für die frühere Tätigkeit des Beschwerdeführers als Maschinist auszugehen, welches die IV-Stelle gestützt auf die Angaben des betreffenden Arbeitgebers (IV-act. 15/1) korrekterweise auf Fr. 59'800.-- beziffert hat. Zu berücksichtigen ist jedoch noch die Indexierung auf den frühestmöglichen Rentenbeginn. Gestützt auf die Nominallohnentwicklung für den Bereich „Total“ von 2014 bis 2016 ergibt dies für das Jahr 2016 ein Einkommen von Fr. 60'321.-- (Basis 2010 = 100 Punkte, 2014 = 103.2 Punkte, 2016 = 104.1 Punkte; vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T.1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2016).

e) Beim Invalideneinkommen ist auf den Durchschnittslohn für Männer im privaten Sektor in einfachen und repetitiven Tätigkeiten (LSE-Tabelle TA1, Privater Sektor, Total Anforderungsniveau 4, 41.7h/Woche), indexiert wiederum gemäss Nominallohnentwicklung 2014/2016 nach vorgenannter Tabelle T.1.1.10 abzustellen. Dies ergibt einen Betrag von Fr. 53'626.--.

f) Bei der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen kann man sich noch fragen, ob ein sog. Leidensabzug gerechtfertigt ist. Abschliessend beantwortet zu werden braucht dies aber nicht. Würde nämlich der laut Rechtsprechung höchstzulässige Wert von 25 % vom Invalideneinkommen abgezogen, resultierte ein Erwerbsausfall von Fr. 20'092.-- ([Fr. 60'312.-- abzüglich Fr. 53'626.-- x 0.75) bzw. ein IV-Grad von 33 % ([Fr. 20'092.-- / Fr. 60'312.--] x 100), was noch nicht zum Bezug einer IV-Rente ausreicht.

5. Bei diesem Ergebnis hat die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Die Beschwerde ist damit abzuweisen.

6. 6.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend erscheint die in vergleichbaren Fällen übliche Entscheidgebühr von Fr. 800.-- als angemessen. Sie ist dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, unter Verrechnung mit dem von ihm in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss.

6.2

Es ist keine Parteientschädigung auszurichten, da der Beschwerdeführer unterliegt (Art. 61 lit. g ATSG e contrario) und da es sich bei der obsiegenden IV-Stelle um eine staatliche Einrichtung handelt (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N. 200 zu Art. 61 ATSG).

Demnach erkennt das Obergericht:

1. Die Beschwerde von A. _____ wird abgewiesen.
2. Dem Beschwerdeführer wird eine Entscheidgebühr von Fr. 800.-- auferlegt, unter Verrechnung mit dem von ihm in gleicher Höhe einbezahlten Kostenvorschuss.
3. Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.
4. **Rechtsmittel:**
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwalt, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Joachim Kürsteiner

versandt am: 14. November 2019