



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 19. Mai 2022 (720 21 276 / 118)

Invalidenversicherung

Würdigung des verwaltungsexternen polydisziplinären Gutachtens

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiber i.V. Egzon Rexhaj

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, Advokatur Biaggi, St. Jakobs-Strasse 11, Postfach 2102, 4002 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Der 1968 geborene A.____ meldete sich am 11. November 2019 unter Hinweis auf Beschwerden am Rücken, an der Schulter, am Nacken und am Knie sowie Depressionen und ein Burn-Out bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gab die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) im Rahmen der Rentenprüfung ein polydisziplinäres Gutachten beim Ärztlichen Begutachtungsinstitut (ABI) mit den Fachbereichen Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie in Auftrag. Unter Bezugnahme auf

dieses Gutachten vom 5. Januar 2021, in welchem die Gutachter sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgingen, verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. August 2021 einen Anspruch auf eine Invalidenrente.

B. Hiergegen erhob A._____, vertreten durch Rechtsanwältin Raffaella Biaggi, am 14. September 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, die angefochtene Verfügung vom 2. August 2021 sei aufzuheben und es sei ihm ab April 2020 die gesetzliche Invalidenrente zu zahlen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen. Subeventualiter sei die Sache zur gutachterlichen Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge.

C. Mit Vernehmlassung vom 28. Oktober 2021 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

D. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels (Replik vom 8. November 2021 und Duplik vom 7. Dezember 2021) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, so dass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 14. September 2021 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C_455/2021, E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

2.2 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409, 143 V 418), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2., 3.4-3.6 und 4.1).

2.4 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

2.5 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität

für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (vgl. BGE 144 I 21 E. 2.1 mit Hinweisen).

3. Streitig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat.

3.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des IV-Grades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 133 E. 2, 114 V 310 E. 3c, 105 V 156 E. 1 am Ende). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. 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 von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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 Arztberichtes ist demnach 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte

und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

4. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers liegen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Unterlagen vor:

4.1 Im Arztbericht vom 9. Februar 2020 von Dr. med. B.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, hielt dieser als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, eine chronische Arthralgie im rechten Handgelenk, chronische Belastungsschmerzen im Bereich des lateralen Malleolus rechts, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom sowie Schlafstörungen fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien chronische, belastungsabhängige Schultergürtelschmerzen links und eine psychosoziale Belastungssituation. In der Magnetresonanztomographie (MRT) der Lendenwirbelsäule vom 25. November 2019 sehe man eine leichtgradige Rechtskonvexität der Lendenwirbelsäule. Weiter auffällig seien die Mehrsklerosierung im Bereich des Facettengelenkes auf Höhe L5/S1 sowie mässiggradige Osteochondrosen auf Höhe LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 mit leichtgradigen ossären Einengungen der Neuroforamina auf Höhe L4/5. Es seien zudem keine entzündlichen Veränderungen der Lendenwirbelsäule und des Iliosakralgelenkes ersichtlich. Im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 10. September 2018 zeige sich eine Progression der degenerativen Veränderungen im Segment L5/S1. Aus rheumatologischer Sicht sei eine berufliche Tätigkeit ohne schwere Rückenbelastungen und ohne schwere Belastungen des rechten Handgelenks oder des rechten Sprunggelenks vollzeitlich zumutbar.

4.2 Die IV-Stelle stützte ihren Entscheid auf das polydisziplinäre Gutachten des ABI vom 5. Januar 2021. Der Versicherte wurde in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Orthopädie begutachtet. Die Gutachter konstatierten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine Panikstörung (ICD-10 F41.0), eine soziale Phobie (ICD-10 F40.2), chronische Beschwerden im lumbalen und beidseitigen Beckenbereich, chronische Beschwerden im lateralen Rückfussbereich rechts, ein chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, eine Adipositas und einen chronischen Nikotinabusus.

4.2.1 Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Teilgutachten aus, dass der Explorand in einem unauffälligen Allgemeinzustand gewesen sei. Er diagnostizierte ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, eine Adipositas sowie einen chronischen Nikotinabusus. Alle Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Retrospektiv würden sich aus allgemeinmedizinischer Sicht keine Hinweise für eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit finden. Auch wenn sich der Explorand aufgrund seiner chronischen Beschwerden

keine Tätigkeit vorstellen könne, bestehe aus allgemeinmedizinischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

4.2.2 Med. pract. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, äusserte sich in seinem Teilgutachten dahingehend, dass der Explorand während der Untersuchung wach, bewusstseinsklar und voll orientiert gewesen sei. Es hätten sich keine Hinweise auf klinisch relevante Beeinträchtigungen des kognitiven Funktionsniveaus gezeigt. Die Stimmungslage habe sich euthym gezeigt, wobei auch Ängste geäussert worden seien, wie es mit dem Haus und der Wohnsituation weitergehe. Der Explorand habe zudem Angst, den Kontakt zu seiner Familie zu verlieren. Der Antrieb habe sich bei guter affektiver Modulationsfähigkeit normal gezeigt. Es hätten sich im Weiteren gedanklich eine Tendenz zu Resignation mit negativistisch geprägten Zukunftsgedanken, ein zunehmendes Fehlen einer Tagesstruktur sowie Symptome aus dem Spektrum der Angststörungen gezeigt. So habe der Explorand phobisch anmutende Symptome geäussert. Zudem habe er immer wieder Panikattacken. Med. pract. D.____ diagnostizierte eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie eine soziale Phobie (ICD-10 F40.2). Die geäusserten Zukunftsängste seien vor einem realistischen Hintergrund anzunehmen. Auch die vom Exploranden angegebene Verschlechterung der Verfassung sei normalpsychologisch nachvollziehbar und habe keinen Krankheitswert. Für das Vorliegen einer Traumafolgestörung habe er keine Anhaltspunkte gefunden. Es seien bezüglich der verstorbenen Tochter weder in diese Richtung weisende Alpträume noch Flashbacks beschrieben worden. Auch für das Vorliegen einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung habe sich kriteriengeleitet kein Hinweis gefunden. Ferner sei auch keine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren. Eine solche hätte sich in der Kindheit und Jugend entwickelt und den Exploranden bis heute in verschiedenen Lebensbereichen erheblich beeinträchtigt. Es sei dem Exploranden jedoch gelungen, über Jahre seine Kinder aufzuziehen. Es hätten sich keine Hinweise auf eine Aggravation oder Simulation von Beschwerden gezeigt, wobei es Tendenzen zur Selbstlimitierung mit insgesamt pessimistisch geprägter Grundhaltung gegeben habe. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Auch retrospektiv würden sich keine Anhaltspunkte für eine verminderte Arbeitsfähigkeit in der Vergangenheit finden. Der behandelnde Psychiater Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, habe in seinem Arztbericht vom 25. November 2019 die Diagnosen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung, Merkmale einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung und einer posttraumatischen Belastungsstörung, Verdachtsmomente einer wahnhaften Störung, eine ADHS, eine chronische Fatigue bei Schlafapnoe sowie häufiger Depression gestellt. In der Begutachtung habe es jedoch keine Anzeichen für ein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendes Störungsbild aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen gegeben. Zudem mache Dr. E.____ keine dezidierten Angaben zur Höhe der Arbeitsfähigkeit. Er gebe lediglich an, dass die Arbeitsfähigkeit schon lange eingeschränkt sei.

4.2.3 Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte chronische Beschwerden im lumbalen und beidseitigen Beckenbereich, chronische Beschwerden im lateralen Rückfussbereich rechts und ein chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom. Das Gangbild auf Treppe und ebenem Terrain mitsamt den geprüften Varianten sei unauffällig gewesen. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule habe der

Explorand unter Gegenhalten eine thorakolumbal deutlich verminderte Beweglichkeit demonstriert, wobei diese zervikal frei gewesen sei. Auch an den oberen und unteren Extremitäten bestehe eine freie Beweglichkeit. Der Explorand habe sehr diffus über seine Beschwerden berichtet. Bereits bei Erwähnung des Leidensdruckes am rechten Beckenkamm habe er aufgestöhnt. Immer wieder sei es während der Untersuchung zu sehr grotesk wirkendem Schmerzgebaren gekommen. So habe er demonstriert, sich praktisch nicht aus der Rückenlage erheben zu können, indem er verschiedenste Positionswechsel vorgenommen habe und schliesslich am Rand der Untersuchungsfläche weinend massiv invalidisierende Schmerzen präsentiert habe. Der Leidensdruck sei auch bei der Palpation nicht fassbar gewesen. So habe er bei der Palpation der Halswirbelsäule eine deutliche nonverbale Schmerzreaktion gezeigt und dann auf Nachfrage Beschwerden verneint. Drei von fünf Waddell-Zeichen seien positiv gewesen. Den radiologischen Befunden könne man deutliche degenerative Veränderungen der tieflumbalen Wirbelsäule ohne klaren Hinweis auf Neurokompression entnehmen. Die radiologischen Befunde der Hüft- und Iliosakralgelenke seien jedoch als regelrecht zu bezeichnen. Auch am rechten Sprunggelenk und Fuss, an der Halswirbelsäule sowie dem rechten Ellbogen- und Kniegelenk würden relevante Veränderungen fehlen. Am rechten Handgelenk seien eine Läsion des dreieckigen ulnokarpalen Komplexes und das Vorliegen von Gelenkskörpern im distalen Radioulnargelenk dokumentiert. Aufgrund des sich klinisch zeigenden blanden Befundes verzichte er auf die Anfertigung neuer Bilddokumente. Zusammenfassend könne man festhalten, dass die beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht begründbar seien. Nachvollziehbar sei aber, dass aufgrund der tieflumbalen degenerativen Veränderungen ein gewisser Leidensdruck bei stärkerer Belastung entstehe. Dementsprechend könne der Explorand körperlich nur leichte bis mittelschwere Arbeiten unter Wechselbelastung verrichten. Dabei sollten das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg bis selten 15 kg sowie die längerdauernde Einnahme von Zwangshaltungen des Rumpfes vermieden werden. Unter diesen leidensangepassten Bedingungen sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

4.3 Dr. med. G.____, FMH Anästhesiologie, und Dr. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielten im Arztbericht der Klinik für Schmerztherapie des Spitals I.____ vom 5. Februar 2021 als Diagnose ein exazerbiertes Lumbovertebralsyndrom rechtsbetont fest bei ausgeprägter Spondylarthritis des Iliosakralgelenks beidseitig, Spinalkanalstenose auf Höhe L5/S1 und Status nach Infiltration der Facettengelenke auf Höhe L4/5 sowie L5/S1 rechts im November 2020. Die Beweglichkeit im Bereich des lumbosakralen Übergangs sei massiv eingeschränkt. Es bestehe eine Druckdolenz paravertebral auf Höhe L5 und beim Beckenkamm rechts. Die Lendenwirbelsäule sei nicht klopfdolent. Das Iliosakralgelenk sei beidseitig wenig druckdolent. Der Mennell-Test sei in Seitenlage durchgeführt worden (da Bauchlage nicht möglich) und sei negativ ausgefallen. Man habe auf den Bildern die Spinalkanalstenose Schizas B auf Höhe L5/S1 gesehen, wobei die vertebrale Muskulatur über den Wirbelkörpern durch Fett ersetzt sei. Auffallend sei jedoch vor allem, dass das Iliosakralgelenk mit dem Ileum komplett verbacken sei. Es handle sich um eine Spondylarthritis mit ausgeprägter funktioneller Versteifung. Die Schmerzen seien durch diesen Befund klar zu erklären. Im Arztbericht vom 6. März 2021 wurde festgehalten, dass man aufgrund der aktuellen Situation in naher Zukunft eine durch Computertomographie (CT) gesteuerte peridurale Infiltration durchführen werde.

4.4 Es erfolgte eine Zuweisung durch Dr. G._____ an Dr. med. J._____, FMH Rheumatologie. Dieser hielt im Arztbericht vom 17. Mai 2021 als Diagnosen ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, chronische Schultergürtelschmerzen links, eine chronische Arthralgie im rechten Handgelenk ulno-carpal sowie chronische Belastungsschmerzen im Bereich des Malleolus rechts fest. Als Nebendiagnosen hielt er eine psychosoziale Belastungssituation, eine Schlafstörung sowie ein obstruktives Schlafapnoesyndrom fest. Das verbackene Bild des Iliosakralgelenks im konventionellen Röntgen erkläre sich einerseits aus dem Strahlengang, andererseits aus einer knöchernen Spangenbildung, die kranial den Spalt des Iliosakralgelenks überwuchere. Das zeige das am 17. Mai 2021 durchgeführte CT. Im MRT vom 7. September 2020 sei der Gelenkspalt einsehbar und frei von Entzündung. Die Knochenspangen hingegen seien nicht gut abgrenzbar und deshalb wahrscheinlich nicht im Befund beschrieben. Insgesamt liege beim Patienten somit keine Spondylarthritis vor; er weise auch keinen typisch entzündlichen Schmerz auf. Die Ursache der Beschwerden liege in der aktivierten Osteochondrose und einer Schmerzausweitung bzw. einer Somatisierungsstörung. Erschwerend würden mehrere Yellow-Flags hinzukommen (fehlende Berufsbildung bzw. -tätigkeit, laufendes IV-Verfahren, psychiatrische Komorbidität).

4.5 In der Folge stellte die IV-Stelle den ABI-Gutachtern die ärztlichen Berichte des Spitals I._____ und den Bericht von Dr. J._____ zu. Dem entsprechenden Ergänzungsbericht vom 29. Juni 2021 lässt sich entnehmen, dass sich die zumutbare Arbeitsfähigkeit seit der gutachterlichen Untersuchung von Anfang November 2020 nicht verändert habe und immer noch 100 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit und für andere körperlich leichte bis selten mittelschwere Verrichtungen unter Wechselbelastung betrage. Hinsichtlich der von Dr. G._____ postulierten beidseitigen Spondylarthritis des Iliosakralgelenks hielten die Gutachter fest, dass Dr. J._____ klar dargelegt habe, dass keine entzündlichen Veränderungen am Iliosakralgelenk vorliegen würden. Ferner erschliesse sich aus den neu eingegangenen Akten auch keine relevante Degeneration. Die widersprüchlichen klinischen Befunde hätten keine klaren Hinweise für eine funktionell relevante Einschränkung im Bereich des Iliosakralgelenks ergeben. Vielmehr bestünden wie auch schon im Gutachten dokumentiert Hinweise für ein nicht-organisches Geschehen.

4.6 Auf Anfrage der Rechtsvertreterin nahm der ehemals behandelnde Psychiater Dr. E._____ mit Bericht vom 7. September 2021 Stellung zum psychiatrischen Teilgutachten des ABI vom 5. Januar 2021. Er habe den Patienten bis zu seinem Umzug nach X._____ im Februar 2021 über zehn Jahre psychiatrisch begleitet. Es falle zunächst auf, dass das Gutachten angesichts der Komplexität der Krankengeschichte ziemlich kurz sei. Die Untersuchung habe gerade einmal ein Viertel einer Seite eingenommen. Zudem seien in der Anamnese Informationen aneinandergereiht, ohne dass eine systematische Auswertung mit Reflektion stattfinde. Persönlichkeitsstörung, Depression und paranoide Störung seien in Abrede gestellt worden, da sich diese in der Untersuchungssituation nicht gezeigt hätten. Als Psychiater wisse man aber, dass es sich hierbei um fluktuierende Zustände handle, die der Patient nicht auf dem Präsentierteller vor sich herzutragen pflege. ADS und Fatigue würden ohne weitere Erwähnung ganz unter den Tisch fallen. Der Gutachter habe zwar Diagnosen gestellt, die mit den tatsächlichen Störungen des Patienten irgendwie koinzidieren würden. Er habe aber am Ende versucht, die gegenwärtige Lage

als überwiegend normalpsychologisch verständliche Resultate belastender Umstände darzustellen. Das Woher, die Geschichte dieser Umstände und die Rolle einer allfälligen psychischen Störung bei ihrer Entstehung seien nicht weiter hinterfragt worden. Ein ADS sei schon im Jahre 2011 in der Klinik K.____ diagnostiziert worden. Für sich allein sei es sicher nicht invaliditätsbegründend. Es könne aber als komorbide Störung mit anderen Störungen multiplikativ zusammenwirken und sei daher nicht einfach unter den Teppich zu kehren. Auch hätten die Adynamie, Ermüdbarkeit sowie Initiativlosigkeit des Patienten klar ein krankhaftes Ausmass, wobei aber die Zuordnung zu einer bestimmten diagnostischen Einheit (Fatigue oder Depression) strittig sein könnte. Hinsichtlich einer Paranoia führte Dr. E.____ aus, dass die Überzeugung des Patienten, von seinen Nachbarn observiert und verfolgt zu werden, zumindest wahrhaftige Züge habe, sodass auch eine paranoide Störung nicht einfach in Abrede zu stellen sei. Allerdings rede ein Paranoider gewöhnlich nicht über seine Überzeugung, wenn er Zweifel habe, ob der Interviewer nicht irgendwie mit den Verfolgern assoziiert sein könnte. Bezüglich einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung hielt Dr. E.____ fest, dass Persönlichkeitsstörungen per definitionem bis ins Jugendalter zurückreichen würden. Das heisse aber nicht, dass diese sich schon im Jugendalter klinisch in ihrer späteren, ausgereifteren Form darstellen würden, und auch nicht, dass diese sich unabhängig von lebensgeschichtlichen Umständen entwickeln würden. Medienwirksame Beispiele hierfür seien ältere Amokläufer, die nach einer mehr oder weniger angepassten Sozialisation plötzlich ausrasten würden. Jedenfalls stehe fachlich-psychiatrisch ausser Zweifel, dass der Patient gegenwärtig die Kriterien für eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung erfülle. Ein Blick auf die Lebensgeschichte lasse Spuren dieser Störung bis in die Jugendzeit erkennen. Die Kindererziehung, welche vom Gutachter als Argument gegen eine Persönlichkeitsstörung gewertet werde, habe er anlässlich des Umgangs des Patienten mit seinem jüngsten Sohn in Echtzeit verfolgen können. Er sei äusserst fürsorglich gewesen, habe es aber am liebsten, wenn er mit seinem Sohn auf Augenhöhe wie ein Kind mit einem anderen Kind kommunizieren könne. Spezifisch väterliche Eigenschaften habe er nicht erkennen lassen. Er habe sich weder aktiv für seinen Sohn eingesetzt, noch habe er etwas unternommen, um die Wegplatzierung aus seiner väterlichen Obhut zu verhindern. Ein weiteres Beispiel sei die jüngste Tochter, welche aufgrund unsachgemässen Handelns des Patienten gestorben sei. Das Kind habe Fieber gehabt und gleichzeitig habe der Patient einen wichtigen Behördentermin gehabt und Ärger mit seiner Frau befürchtet, wenn er diesen nicht wahrnehmen würde. Als Folge sei der Säugling dann gestorben. Der Patient sei nicht in der Lage gewesen, eine Priorisierung vorzunehmen, da die Angst, etwas gegen den Willen Anderer zu tun, zu gross gewesen sei. Das Gutachten sei insgesamt sehr oberflächlich und von geringer Aussagekraft.

5.1 Zunächst ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass sie entgegen der Rüge des Beschwerdeführers nicht davon ausging, dass er ohne Gesundheitsschaden als Hausmann arbeiten würde. Der angefochtenen Verfügung vom 19. August 2021 lässt sich entnehmen, dass die IV-Stelle ohne Gesundheitsschaden von einer 100%igen ausserhäuslichen Tätigkeit ausging. Auch das ABI-Gutachten fokussierte die Arbeitsfähigkeit nicht auf eine Tätigkeit als Hausmann. Dementsprechend vermag dieser Einwand nicht zu überzeugen.

5.2 Der Beschwerdeführer wendet sodann ein, dass weder die ABI-Gutachter noch die IV-Stelle auf die Berichte der Schmerzklinik des Spitals I.____ eingehen würden. Entgegen der

Auffassung des ABI handle es sich bei der Beurteilung des Spitals I.____ nicht nur um eine andere Würdigung, sondern vielmehr um eine umfassende und korrekte Würdigung sämtlicher Befunde. Dr. med. K.____, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, hielt dazu in der Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 30. September 2021 fest, dass sich den Arztberichten der Schmerzklinik des Spitals I.____ vom 5. Februar und 6. März 2021 keine richtungsweisenden klinischen oder bildgebenden Befunde entnehmen lassen würden. Dr. G.____ schreibe im Bericht vom 5. Februar 2021 zwar, dass er sich MRT-Bilder angesehen habe, aber er erwähne nicht, von wann diese Bilder seien und welchen Wirbelsäulenabschnitt diese zeigen würden. Ferner interpretiere Dr. G.____ darin eine Spinalkanalstenose auf Höhe L5/S1 und eine Ankylose des Iliosakralgelenks, ohne eine Angabe über die betroffene Seite zu machen. Somit könne aus versicherungsmedizinischer Sicht gar nicht darauf abgestellt werden. Die Diagnose einer klaren Spinalkanalstenose auf Höhe L5/S1 erschliesse sich anhand der Berichte vom 5. Februar und 6. März 2021 nicht. Dr. K.____ führte im Weiteren die Untersuchungsergebnisse von Dr. B.____ und Dr. J.____ an. Die RAD-Stellungnahme vom 30. September 2021 ist vor allem auch im Hinblick auf diese Untersuchungen nachvollziehbar. So hielt Dr. B.____ im Arztbericht vom 9. Februar 2020 unter Berufung auf das MRT vom 25. November 2019 fest, dass keine entzündlichen Veränderungen der Lendenwirbelsäule und des Iliosakralgelenks ersichtlich seien und dem Versicherten aus rheumatologischer Sicht eine angepasste Tätigkeit ohne schwere Rückenbelastungen und ohne schwere Belastungen des rechten Handgelenks oder des rechten Sprunggelenks vollzeitig zumutbar sei. Auch Dr. J.____ verneinte aufgrund eines MRT vom 7. September 2020 und eines CT vom 17. Mai 2021 eine entzündliche Erkrankung. Diesbezüglich ist festzustellen, dass das von Dr. J.____ interpretierte MRT entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers klarerweise nicht aus dem Jahre 2019 stammt und im Zeitpunkt der Untersuchung von Dr. J.____ als aktuell zu bezeichnen ist. Das CT erfolgte sogar am Tag der Untersuchung. Im Untersuchungsbericht vom 17. Mai 2021 legte Dr. J.____ letztlich schlüssig dar, weshalb die Diagnose einer Spondylarthritis nicht gestellt werden kann. Darüber hinaus kann auch der Einwand, dass die ABI-Gutachter nicht auf die Untersuchungsberichte der Schmerzklinik des Spitals I.____ vom 5. Februar und 6. März 2021 eingehen würden, nicht gehört werden. In ihrem Ergänzungsbericht vom 29. Juni 2021 sind die Berichte auf Seite zwei aufgeführt. Sie haben in diesen Berichten keinen Anlass gesehen, von ihrer früheren Gutachtermeinung abzuweichen. Insofern vermögen auch diese Einwände nicht zu überzeugen.

5.3 Im Weiteren rügt der Beschwerdeführer das psychiatrische Teilgutachten. Die Exploration sei zu knapp ausgefallen und der psychiatrische Teilgutachter setze sich insbesondere nicht mit dem anderslautenden Bericht des behandelnden Psychiaters auseinander und habe ferner keine aktuellen Berichte eingeholt. Auch wenn dem Beschwerdeführer dahingehend zuzustimmen ist, dass die Exploration eher kurz ausfällt, so setzt sich der psychiatrische Gutachter auf den Seiten 26 bis 28 durchaus rechtsgenügend mit den Vorakten des behandelnden Psychiaters auseinander. Im Begutachtungszeitpunkt fand er gleichwohl keine Anhaltspunkte für ein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendes Störungsbild aus dem psychiatrischen Formenkreis. Er wies insbesondere darauf hin, dass sich dem Arztbericht vom 25. November 2019 keine dezidierten Angaben zur Höhe der Arbeitsfähigkeit entnehmen lassen würden. Zwar stimmt es, dass Dr. E.____ im Arztbericht vom 25. November 2019 schreibt, der Versicherte dürfte für schwere kör-

perliche Arbeiten aufgrund seiner somatischen Beschwerden voll arbeitsunfähig und aus psychiatrischer Sicht wegen einer Fatigue nur für leichtere Arbeiten eingeschränkt einsetzbar sein. Aus dieser doch sehr vagen Angabe ist aber die Höhe der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht noch nicht ersichtlich. Dieser Makel haftet auch dem mit der Beschwerde eingereichten Bericht von Dr. E. ____ vom 7. September 2021 an, da sich daraus keine konkreten Angaben zur Arbeitsfähigkeit entnehmen lassen. Ausserdem fehlt in diesem Bericht eine argumentative Auseinandersetzung mit der gutachterlich festgestellten Arbeitsfähigkeit. Zu erwähnen bleibt, dass Dr. E. ____ in seinem Bericht vom 7. September 2021 festhält, dass er den Versicherten seit Februar 2021 nicht mehr begleitet habe, so dass das Schreiben vom 7. September 2021 an Bedeutung verliert. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist das psychiatrische Teilgutachten folglich nicht zu beanstanden und es besteht kein weiterer Abklärungsbedarf.

5.4 Damit ist festzustellen, dass das polydisziplinäre Gutachten des ABI ein insgesamt schlüssiges und kongruentes Bild betreffend die gesundheitliche Verfassung des Beschwerdeführers ergibt. Es erfüllt alle rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Verwaltungsgutachten. Wie oben ausgeführt (vgl. Erwägung 3.2 und 3.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das fragliche Gutachten des ABI ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt alle geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis aller relevanten Vorakten abgegeben worden. Ebenso leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzt sich mit den übrigen ärztlichen Einschätzungen auseinander und ist letztlich auch in seinen Schlussfolgerungen überzeugend. Die Beschwerdegegnerin hat zurecht darauf abgestellt.

6. Ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % kann auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs verzichtet werden. Der vorinstanzliche Entscheid der IV-Stelle ist damit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

7. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb ihm die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>