



**Fall-Nr.:** IV 2011/279  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 16.09.2013  
**Entscheiddatum:** 16.09.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 16.09.2013**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Beweiswürdigung eines Gutachtens und der anderslautenden Beurteilungen von behandelnden Medizinalpersonen. Von einem Oberbegutachtung ist abzusehen. Im EKV ergibt sich der Anspruch auf eine Viertelsrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. September 2013, IV 2011/279). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_705/2013.**

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen Marie Löhner und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Jorge Lopez

Entscheid vom 16. September 2013

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Josef Jacober, Oberer Graben 44, Postfach,  
9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich im Dezember 2007 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an: Umschulung auf eine neue Tätigkeit, allenfalls Invalidenrente. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass der Versicherte seit fünf Jahren an Schulterschmerzen leide und deshalb Arbeiten über der Schulterhöhe nicht verrichten könne (IV-act. 3). Er hatte sich im September 2004 einer Acromioplastik sowie einer Acromioclavicular (AC)-Gelenkresektion und am 23. März 2007 einer Schulterarthroskopie mit Teilresektion des superioren Labrums bei SLAP-Läsion sowie einer arthroskopischen subacromialen Dekompression unterzogen (IV-act. 31/6 und 10-15). Vom 3. Mai 2004 bis 31. Dezember 2007 war er als Berufsarbeiter (Gipser) beim B.\_\_\_\_ angestellt gewesen (IV-act. 8).

A.b Die seit 4. Dezember 2007 behandelnde Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom Oktober 2008 die Diagnosen "Angst und depressive Störung gemischt" (ICD-10: F41.2) sowie dissoziative Störung der Bewegung und der Sinnesempfindungen (ICD-10: F44.7), die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Akzentuiert ängstliche Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) und traumatische Kriegserlebnisse (ICD-10: Z65.5) zeitigten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Bei unerwarteter Kündigung sei der Versicherte vom Hausarzt wegen einer depressiven Entwicklung überwiesen worden; er sei in einer adaptierten Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig mit knapp voller Leistung (IV-act. 30).

A.c Der Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, berichtete am 27. Oktober 2008, der Versicherte leide seit mehreren Jahren an Schulterschmerzen



## St.Galler Gerichte

rechts, die trotz operativer und konservativer Behandlung persistieren würden. Nachdem ihm gekündigt worden sei, habe sich ein Angstzustand mit Depression entwickelt. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei ihm nicht mehr zumutbar; in einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine 50% Arbeitsfähigkeit (IV-act. 31/2 f.).

A.d Die Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ bat am 20. April 2009 die Psychiatrischen-Dienste, Psychiatrie Zentrum E.\_\_\_\_, Tagesklinik F.\_\_\_\_, den Versicherten für eine teilstationäre Behandlung anzubieten (IV-act. 79/20).

A.e In der Folge berichtete Dr.med. G.\_\_\_\_, Tagesklinik F.\_\_\_\_, in einer E-Mail vom 4. Mai 2009 zuhänden der behandelnden Psychiaterin von einem Vorgespräch, während dessen der Versicherte eine mindestens latent vorhandene, stark schwankende Suizidalität vorgebracht habe. Aufgrund dessen und der sehr weinerlichen instabilen Verfassung sei ihm eine stationäre Therapie empfohlen worden (IV-act. 79/19).

A.f Vom 25. Mai 2009 bis 15. Juli 2009 befand sich der Versicherte in der Klinik H.\_\_\_\_. Die Oberärztin Dr. med. I.\_\_\_\_ nannte im Austrittbericht vom 16. Juli 2009 (IV-act. 79/21-24) unter anderem die Diagnosen "Angst und depressive Störung gemischt" (ICD-10: F41.2) und anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Im Bericht zuhänden der IV-Stelle vom 18. August 2009 führte Dr. I.\_\_\_\_ folgende Diagnosen an: schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD 10: F32.2), posttraumatische Belastungsstörung (ICD.10: F43.1) sowie degenerative Schulterschmerzen rechts. Von Suizidgedanken habe sich der Versicherte deutlich und glaubhaft distanzieren können. Es sei unter der stationären psychiatrischen Behandlung zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und einer Zunahme des Wohlbefindens sowie der Leistungsfähigkeit gekommen. Eine Arbeitsunfähigkeit von 100% in der letzten ausgeübten Tätigkeit bestehe bis mindestens 20. Juli 2009. Eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei denkbar, wobei von einer allmählichen Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei - beginnend mit zumindest 30% ab September 2009 (IV-act. 41).

A.g Die Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ gab im Verlaufsbericht vom 19. Oktober 2009 an, die Angstsymptomatik habe sich intensiviert, es zeigten sich ein regressives Verhalten und



zunehmende Gedanken des Lebensüberdrusses (IV-act. 46). Sie beantwortete am 4. Februar 2010 Zusatzfragen der IV-Stelle wie folgt: Eine integrierte psychiatrische Behandlung finde in monatlichen Abständen statt, die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrage 100% und die Aufnahme einer adaptierten Tätigkeit sei lediglich zu 50% angezeigt in einem geschützten Rahmen im Sinne eines Arbeitsversuchs (IV-act. 52/2).

A.h Im Auftrag der IV-Stelle untersuchte die Ärztliches Begutachtungsinstitut (ABI) GmbH, Basel, den Versicherten am 14. Juni 2010 polydisziplinär. Im Gutachten vom 12. August 2010 hielten die ABI-Gutachterpersonen fest, als Gesundheitsbeeinträchtigung habe der Versicherte zunehmende Schmerzen in der rechten Schulter angegeben, welche ihn bei der Arbeit als Gipser behindert und allmählich zu Depressionen geführt hätten. Gestützt auf die orthopädische Untersuchung bestätigten sie die Schulterproblematik rechts mit einem subakromialen und allenfalls auch subkorakoidalen Rest-Impingement (ICD-10: M75.4) und führten zudem die Diagnose eines chronischen lumbovertebralen und möglicherweise intermittierend lumboischialgiformen Schmerzsyndroms (ICD-10: M54.5/M54.4) an. Die geklagten Beschwerden an der rechten Schulter liessen sich orthopädisch objektivieren, weshalb für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Gipser mit häufigen Überkopfarbeiten sowie für andere körperlich schwere Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten sei der Versicherte aus orthopädischer Sicht zu 100% arbeitsfähig, wobei Überkopfarbeiten mit den Armen und Zwangshaltungen des Rumpfes zu vermeiden seien. Bei der psychiatrischen Untersuchung wurde eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) festgestellt. Aufgrund der Klagen über diverse andere körperliche Beschwerden und der subjektiv eingeschränkten Leistungsfähigkeit wurde ferner eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert. Die mittelgradige depressive Episode bilde eine psychiatrische Komorbidität, infolge derer seit Oktober 2008 aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung um 30% für jegliche Tätigkeit bestehe. Gesamthaft sei die Restarbeitsfähigkeit von 70% in einer adaptierten Tätigkeit vollschichtig realisierbar (IV-act. 58/18-21).

B.



## St.Galler Gerichte

B.a Mit Vorbescheid vom 4. Januar 2011 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die vorgesehene Abweisung des Rentenanspruches bei einem Invaliditätsgrad von 33% an (IV-act. 68).

B.b Dagegen liess der Versicherte am 19. Januar 2011 Einwand erheben (IV-act. 71) und diesen mit Eingabe vom 31. März 2011 begründen (IV-act. 79/1-13) - dies vor allem gestützt auf beigelegte Stellungnahmen der behandelnden Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ vom 14. März 2011 (IV-act. 79/17 f.) und des Hausarztes Dr. D.\_\_\_\_ vom 18. März 2011 (IV-act. 79/15).

B.c Die Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ hielt mit Stellungnahme vom 14. März 2011 fest, diagnostisch stimme sie mit Dr. G.\_\_\_\_, Tagesklinik F.\_\_\_\_, und Frau Dr. I.\_\_\_\_ überein. Die Diagnose "Angst und depressive Störung gemischt" (ICD-10: F41.2) bestehe aktuell mit "schwerer Ausprägung mit Derealisations- und Depersonalisationserlebnissen sowie subakuter Suizidalität". Aufgrund der vierjährigen Therapie gehe sie nicht nur von einer ängstlichen Persönlichkeitsstruktur, sondern von einer "kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen, abhängigen und zwanghaften Anteilen" (ICD-10: F61.0) aus. Zudem bestünden eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) sowie traumatische Kriegserlebnisse (ICD-10: Z65.5). Anders als im ABI-Gutachten dargelegt, habe sich der Versicherte über die Jahre hinweg als sehr motiviert für seine Genesung gezeigt; der Misserfolg seiner Genesung und Arbeitsreintegration sei für ihn unerträglich, stark schambesetzt und begleitet von intensiven Minderwertigkeitsgefühlen als Mensch und Mann. Die gutachterliche Feststellung, dass er die Medikamente nicht einnehme, sei sehr unwahrscheinlich, habe doch auch auf Verlangen des Versicherten die neuroleptische Medikation nach dem Austritt aus der Klinik H.\_\_\_\_ wieder aufgenommen werden müssen. Aufgrund des komplexen psychiatrischen Störungsbilds führe jegliche Belastung höchstwahrscheinlich zu einer Zunahme der Beschwerden. Die Selbsteinschätzung einer Arbeitsfähigkeit zu 50% sei aufgrund der komplex-defizitären Persönlichkeitsstruktur nicht realistisch; denkbar sei eine Arbeitsleistung von 50% lediglich in stressfreier, geschützter Umgebung - auf dem freien Arbeitsmarkt sei der Versicherte realistischerweise arbeitsunfähig (IV-act. 79/17 f.).



B.d Der Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_ brachte in der Stellungnahme vom 18. März 2011 vor, das ABI-Gutachten verharmlose das Leiden des Beschwerdeführers, indem es die Depression und Angststörung als mittelgradig einstufte. Die Begutachtung sei zudem pauschal gemacht worden und entspreche nicht der Wahrheit, weil sie eine gleichmässige Beweglichkeit in der linken und rechten Schulter feststelle und den Bericht des behandelnden Orthopäden Dr. J.\_\_\_\_ vom 21. November 2007 (vgl. IV-act. 31/10 f.) ausser Acht lasse, wonach eine dritte Schulteroperation als ultima ratio in Erwägung zu ziehen sei. Der Hausarzt schloss sich der Arbeitsfähigkeitsschätzung durch die behandelnde Psychiaterin an (IV-act. 79/15).

B.e Zur Einwandbegründung vom 31. März 2011 erstattete der psychiatrische ABI-Gutachter eine Stellungnahme zuhanden der IV-Stelle, versehentlich auf den 12. August 2010 datiert (IV-act. 85), aber am 26. Mai 2011 zugestellt (vgl. IV-act. 87). Darin wurden die formellen und inhaltlichen Rügen als unzutreffend zurückgewiesen. Die gesamte Untersuchung habe mehr als eineinhalb Stunden in Anspruch genommen, wie den umfangreichen Untersuchungsbefunden entnommen werden könne. Bei der psychiatrischen Untersuchung seien weder eine schwere depressive Störung noch Hinweise auf Suizidalität festgestellt worden. Der Versicherte sei nie schwer traumatisiert worden, weshalb die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht gestellt werden könne. Er habe sich während der Hospitalisation in der Klinik H.\_\_\_\_ schnell von der depressiven Krise erholt; so sei eine Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in Aussicht gestellt worden und habe bereits bei Austritt eine Arbeitsfähigkeit von 30% bestanden. Wenn er einmal vorübergehend Suizidgedanken geäussert habe, bedeute dies nicht, dass keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Unter "Angst und depressive Störung, gemischt" (ICD-10 F41.2) werde ein leichtes psychiatrisches Zustandsbild verstanden, bei dem depressive und ängstliche Anteile nicht den Schweregrad einer leichten depressiven Störung oder einer eigentlichen Angststörung erreichen würden. Eine Persönlichkeitsstörung könne nicht diagnostiziert werden, da der Versicherte während Jahren ohne Schwierigkeiten beruflich tätig gewesen sei und auch keine Schwierigkeiten in der Familie gehabt habe. Eine Persönlichkeitsstörung wirke sich hingegen bereits bei Eintritt ins Erwachsenenalter aus und schränke die Arbeitsfähigkeit sowie die privaten Bezüge massiv ein. Die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne bestätigt werden, da die Klagen über die Schmerzen deutlich im Vordergrund stünden. Die Diagnose einer



## St.Galler Gerichte

posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht gestellt werden, weil der Beschwerdeführer nicht unter Angsträumen leide und sich ihm das im Krieg Erlebte auch nicht aufdränge (IV-act. 85).

B.f Auf Anfrage der IV-Stelle (IV-act. 86) gab der letzte Arbeitgeber am 7. Juni 2011 die vom Versicherten in der Zeit von 2004 bis 2007 erzielten Bruttojahreseinkommen (ohne Kinderzulagen und Spesen) an und wies auf die krankheitsbedingten Absenzen hin. Seinem Schreiben legte er einen Auszug aus dem Gesamtarbeitsvertrag 2009-2012 für das Maler- und Gipsergewerbe bei (IV-act. 88).

C.

Mit Verfügung vom 8. Juli 2011 wies die IV-Stelle den Anspruch auf eine Rente ab. Es sei an den Schlussfolgerungen des ABI-Gutachtens vom 12. August 2010 und damit an der attestierten 70%igen Arbeitsfähigkeit festzuhalten. Gestützt darauf ergebe sich folgender Einkommensvergleich: Bei einem Valideneinkommen von Fr. 64'066.-- und einem Invalideneinkommen Fr. 41'983.-- resultiere eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'083.--, die einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 34% entspreche (IV-act. 89/4).

D.

D.a Dagegen erhob Rechtsanwältin Marion Sutter für den Versicherten am 12. September 2011 Beschwerde mit den Anträgen, es sei ein neutrales Obergutachten einzuholen und dem Beschwerdeführer sei nach durchgeführtem Beweisverfahren eine "volle" Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei ihm eine halbe Rente zuzusprechen - alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zum einen stellt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers den Beweiswert des ABI-Gutachtens vom 12. August 2010 in Abrede, weil dieses mit formellen und inhaltlichen Mängeln behaftet sei und seine Schlussfolgerungen (Diagnosen und Arbeitsunfähigkeiten) nicht mit denjenigen der behandelnden Ärzte übereinstimmen würden. Zum anderen beanstandet sie die Verlässlichkeit der Grundlagen, welche die Beschwerdegegnerin für die Ermittlung des Valideneinkommens heranzog, sowie den Umstand, dass beim Invalideneinkommen kein Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen wurde. Des Weiteren



bringt sie vor: Selbst wenn auf die Schlussfolgerungen des ABI-Gutachtens abgestellt und für das Invalideneinkommen vom Tabellenlohn von Fr. 59'976.-- ausgegangen werde, resultiere bei einer 70%igen Arbeitsfähigkeit und einem Tabellenlohnabzug von 25% ein Invalideneinkommen von Fr. 31'487.40; so ergebe sich im Vergleich mit einem Valideneinkommen von Fr. 74'280.-- ein Invaliditätsgrad von 57,6% (act. G 1).

D.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 28. November 2011 die Abweisung der Beschwerde. Einerseits betrachtet sie das ABI-Gutachten als beweiskräftig in medizinischer Hinsicht, kommt aber nun zum Schluss, die darin geschätzte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% könne im Lichte der zu anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen ergangenen Rechtsprechung nicht berücksichtigt werden. Andererseits sei der Beschwerdeführer jahrelang als Hilfsarbeiter in Bau-, Gipser- oder Malergeschäften tätig gewesen und der krankheitsbedingte Tätigkeitswechsel erfolge ebenfalls im Rahmen der Hilfstätigkeiten, weshalb sich daraus keine Erwerbseinbusse ergebe (act. G 6).

D.c In der Replik vom 18. Januar 2012 hält die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers unverändert an ihren Anträgen fest. Sie stellt sich unter anderem auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin reduziere die vielfältige Gesundheitsproblematik auf die somatoformen Schmerzstörungen und übersehe, dass die diagnostizierte depressive Störung eine weitere (eigenständige) Diagnose darstelle. Überdies verkenne die Beschwerdegegnerin zweierlei: Für den Beschwerdeführer sei es unmöglich, eine Maler- oder Gipserarbeit zu finden, in der keine Überkopfarbeiten erforderlich seien, und ihm sei es aufgrund seines Alters und seiner Sprachkenntnisse unzumutbar, sich in einer gänzlich neuen Arbeitsbranche zu orientieren. Was die Rechtsvertretung des Beschwerdeführers anbelange, werde diese ab Februar 2012 durch Rechtsanwalt Josef Jacober übernommen (act. G 8).

D.d Die Beschwerdegegnerin hat von der für eine allfällige Duplik gesetzten Frist keinen Gebrauch gemacht (act. G 10).

E.

Auf die Ausführungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der weiteren Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.



Erwägungen:

1.

Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgelehnt. Streitig und vorliegend zu prüfen ist daher, ob diese Abweisung rechtmässig erfolgt ist.

1.1 Anspruch auf eine Invalidenrente hat eine versicherte Person, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, während einer einjährigen Wartefrist durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen ist und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid ist (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze IV-Rente, wenn sie mindestens zu 70% invalid ist; bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% besteht ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]); sie umfasst mit anderen Worten die erwerblichen Folgen der Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit.

1.2 Die Invalidität setzt daher voraus, dass der Gesundheitsschaden sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden sind. Dabei sind die rechtsanwendenden Behörden auf die Einschätzung der medizinischen Lage durch Fachpersonen angewiesen, welche den Gesundheitszustand beurteilen und dazu Stellung nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Aufgabe der IV-Stelle und der Sozialversicherungsgerichte ist es zu würdigen, ob die ärztlichen Aussagen und Einschätzungen eine zuverlässige Beurteilung des Leistungsanspruchs erlauben. Ist



dies der Fall, so ist gestützt auf diese medizinischen Feststellungen und, in der Regel, anhand eines Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) der Invaliditätsgrad zu bemessen.

2.

Die Beschwerdegegnerin stellte in medizinischer Hinsicht auf das ABI-Gutachten vom 12. August 2010 ab, wonach beim Beschwerdeführer eine Restarbeitsfähigkeit von 70% bestehe (IV-act. 58/20). Im Folgenden ist zu klären, ob der Sachverhalt auf dieser medizinischen Grundlage rechtsgenügend erstellt ist.

2.1 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beanstandet in formeller Hinsicht zweierlei am ABI-Gutachten:

2.1.1 Zum einen sei das Gutachten trotz mangelnder Sprachkenntnisse ohne Beisein eines Dolmetschers erstellt worden (act. G 1/11). Die Gutachter hätten vermerkt, der Beschwerdeführer verfüge über sehr gute Deutschkenntnisse (vgl. IV-act. 58/10); dies stimme aber mit der Feststellung des Eingliederungsverantwortlichen vom 6. Februar 2008 nicht überein, wonach aufgrund der lückenhaften Deutschkenntnisse die kognitiven Ressourcen für eine Umschulung nicht vorhanden seien (vgl. IV-act. 21/10). Dem ist Folgendes entgegenzuhalten: Zwar schätzte der Beschwerdeführer selber im Fragebogen betreffend Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche seine Deutschkenntnisse als mangelhaft und schriftlich unzureichend ein, er erachtete jedoch die Verständigung als möglich (IV-act. 22/2). Wie der psychiatrische ABI-Gutachter in der Stellungnahme zum Einwand festhält, besteht ein erheblicher Unterschied zwischen der Fähigkeit, sich mündlich zu unterhalten, und den Sprachkenntnissen, die eine Umschulung voraussetzt. Der Beschwerdeführer lebt seit 1989 in der Schweiz und hat sich bei der psychiatrischen Untersuchung gemäss den Angaben des psychiatrischen Gutachtens problemlos in der deutschen Sprache verständigen können (IV-act. 85). Zwar kommt der bestmöglichen sprachlichen Verständigung zwischen Experte und versicherter Person insbesondere bei der psychiatrischen Abklärung besonderes Gewicht zu; es besteht jedoch kein bedingungsloser Anspruch auf Durchführung einer Begutachtung in der Muttersprache der versicherten Person. Die Frage, ob eine medizinische Abklärung unter Beizug eines Dolmetschers im Einzelfall geboten ist, hat grundsätzlich der Gutachter im Rahmen



sorgfältiger Auftragserfüllung zu entscheiden. Massgebend ist die Aussagekraft und damit die beweismässige Verwertbarkeit des Gutachtens als Entscheidungsgrundlage. Ob unter den konkreten Umständen die sprachliche Verständigung zwischen dem Gutachter und dem Exploranden hinreichend gelingt, um eine verlässliche Begutachtung zu gewährleisten, ist eine Frage der Beweiswürdigung: Es fällt ins Gewicht, ob Schwierigkeiten mit der Verständigung im Laufe der Untersuchung festgestellt wurden oder die versicherte Person darlegt, inwiefern sich die angeblichen Sprachschwierigkeiten auf die Qualität des Gutachtens ausgewirkt hätten (Urteil des Bundesgerichtes vom 18. April 2011, 8C\_913/2010, E. 3.3.1- 3.3.3 mit Hinweisen). Vorliegend finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass sich Missverständnisse ergeben hätten, und die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers benennt keine Passagen, bei denen das Gutachten von seinen Vorbringen abweichen würde.

2.1.2 Zum andern liege der Verdacht nahe, dass die Gutachter lediglich aus den Vorakten abgeschrieben hätten, weil nach Aussagen des Beschwerdeführers die gesamte Untersuchung vom 14. Juni 2010 gerade mal eineinhalb Stunden gedauert habe und die psychiatrische Exploration maximal 15 Minuten (act. G 1/11). Ein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung lässt sich nicht festlegen. Angaben zur Dauer einer psychiatrischen Exploration sind nicht nur wünschbar (vgl. Urteil des Bundesgerichtes vom 14. November 2007, I 1094/06, E. 3.1.1), sondern gemäss seit 1. Juli 2012 verbindlichem IV-Rundschreiben Nr. 313 vom 6. Juni 2012 auch unerlässlich - dies gestützt auf Ziff. 1.3.3 der "Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Invalidenversicherung" vom Februar 2012 (auf der Homepage der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) <http://www.psychiatrie.ch> abrufbar und unter der Rubrik „Empfehlungen“ publiziert). Da die Angabe über den Zeitaufwand vom Beschwerdeführer stammt, lässt sich die Richtigkeit der gestützt darauf von dessen Rechtsvertreterin gezogenen Schlussfolgerung nicht eruieren (vgl. Stellungnahme der ABI-Gutachten zum Einwand; IV-act. 85), weshalb sich unlösbare Beweisschwierigkeiten ergeben (vgl. Andreas Traub, Schranken der Mitwirkungspflicht der Versicherten bei der Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts: zum Beweiswert psychiatrischer Gutachten unter dem Aspekt der Untersuchungsdauer, SZS 2008 S. 393 f. mit Hinweisen). Eine viertelstündige psychiatrische Untersuchung erscheint dem Gericht kaum genügend. Problematisch ist, dass die ABI (bislang) generell keine Zeitangaben



macht. Das führt bei einfacher Bestreitung zu einem Beweisnotstand des Beschwerdeführers. Wenn der psychiatrische Gutachter die Pflicht zur Angabe der Untersuchungsdauer verletzt, ist auf die Aussage der versicherte Person abzustellen, wenn diese sie glaubhaft machen kann. Nun enthält das psychiatrische Teilgutachten einerseits einige zusätzliche Informationen, die bisher nicht in den Akten vorhanden waren (vgl. Gutachtenteil 4.1.1.2 Subjektive Angaben"), so dass eine Untersuchungsdauer von 15 Minuten kaum plausibel erscheint. Andererseits gilt die oben zitierte Weisung vom BSV erst seit dem 1. Juli 2012. Massgebend bleibt unter diesen Umständen die Frage, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2013, 8C\_737/2012, E. 3.4 mit Hinweis).

2.1.3 Das ABI-Gutachten kann damit als Entscheidungsgrundlage dienen.

2.2 Das Bundesgericht hat in BGE 125 V 352 E. 3a Anforderungen an die Beweistauglichkeit von Arztberichten aufgestellt.

2.2.1 Vorliegend haben die ABI-Gutachter den Beschwerdeführer allseitig - nämlich internistisch, orthopädisch und psychiatrisch - untersucht, die streitigen Belange umfassend behandelt, die medizinischen Vorakten einbezogen und sich mit den Auffassungen der behandelnden Medizinalpersonen sowie dem subjektiven Leiden des Beschwerdeführers auseinander gesetzt. Das ABI-Gutachten ist in formeller Hinsicht vollständig und die Experten haben ihre Schlussfolgerungen verständlich begründet. Zweifel an seiner Richtigkeit machen jedoch die Psychiaterin Dr. C. \_\_\_ und der Hausarzt Dr. D. \_\_\_ mit Eingaben vom 14. März 2011 und vom 18. März 2011 geltend (IV-act. 79/15-19).

2.2.2 Angesichts der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kommt es bekanntlich oft vor, dass behandelnde Medizinalpersonen und Gutachter denselben Sachverhalt anders beurteilen. Dies kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen führen, sofern die Gutachter lege artis vorgegangen sind: Wenn eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise die Anforderungen an die Beweistauglichkeit erfüllt, ist darauf abzustellen (Urteile des Bundesgerichtes vom 4. März 2013, 9C\_794/2012, E. 4.2; vom 10. August 2011, 8C\_997/2010, E. 3.2; vom 29. September 2009, 9C\_661/2009, E. 3.2 und vom 5. März 2009, 8C\_694/2008,



E. 5.1), es sei denn, die behandelnden Medizinalpersonen tragen nicht nur Meinungsverschiedenheiten, sondern objektiv feststellbare Gesichtspunkte vor, die dem Administrativexperten entgangen sind: Aspekte, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteile des Bundesgerichtes vom 28. Januar 2011, 9C\_746/2010, E. 3.1; vom 13. März 2006, I 676/05, E 2.4 in fine und vom 2. August 2006, U 58/06, E. 2.2 in fine). Im Folgenden ist deshalb zu prüfen, ob die Feststellungen der behandelnden Medizinalpersonen die Beweiskraft des ABI-Gutachtens zu schmälern vermögen:

2.3 Unbestritten ist, dass die Gesundheitsbeeinträchtigungen aus orthopädischer Sicht das Spektrum der Verweistätigkeiten einschränken. Inwiefern die Arbeitsfähigkeit auf dieser Grundlage auch quantitativ vermindert wäre, ist gestützt auf die Kritik des Hausarztes an das ABI-Gutachten nicht ersichtlich. Vielmehr begründet er die (quantitative) Arbeitsunfähigkeit anhand der psychiatrischen Beurteilung durch Frau Dr. C.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 79/15). Der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers kann nicht gefolgt werden, soweit sie geltend macht, der Verweis auf adaptierte Tätigkeiten sei nicht nachvollziehbar, weil leichte Tätigkeiten in der Branche des Beschwerdeführers nicht existieren würden und eine Umschulung nicht durchführbar sei (act. G 1). Denn ihm sind Verweistätigkeiten ausserhalb der bisherigen Gipser-Tätigkeit zumutbar und er braucht für einfache und repetitive Hilfstätigkeiten keine umfassende Umschulung.

2.4 Im Vordergrund steht somit das psychische Leiden. Dieses kann in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen und eine Invalidität begründen (vgl. Art. 6 und 7 ATSG). Das Vorliegen eines fachärztlich ausgewiesenen psychischen Leidens mit Krankheitswert ist aus rechtlicher Sicht wohl Voraussetzung, nicht aber hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Vielmehr können psychische Beschwerden oder ihre Folgen als überwindbar gelten, indem der versicherten Person zumutbar sei, allen guten Willen aufzubringen, um trotz der geklagten Beschwerden einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (BGE 131 V 50 E. 1.2).

2.5 Aus psychiatrischer Sicht stellt das ABI-Gutachten die Diagnose mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) sowie anhaltende somatoforme Schmerzstörung



(ICD-10 F45.4) und schätzt die Arbeitsunfähigkeit auf 30%. Die behandelnde Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ nennt die Diagnosen "Angst und depressive Störung gemischt", "kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen, abhängigen und zwanghaften Anteilen", "Somatisierungsstörung" sowie "traumatische Kriegserlebnisse". Sie geht dann von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt aus (IV-act. 79/18). Die Arbeitsunfähigkeit ergibt sich nicht direkt aus einer Diagnose, sondern aus der störungsbedingten Einschränkung der Funktionen und dem Schweregrad der Einschränkung (vgl. Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: Schweizerische Ärztezeitung [SAeZ] 2004; 85, Nr. 20, S. 1051, Ziff. IV/11). Deshalb ist die Tragweite der anderslautende Diagnosen zu würdigen:

2.5.1 Die Diagnose "Angst und depressive Störung, gemischt" soll gemäss den diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10: F41.2) bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression Verwendung finden, jedoch nur, wenn keine der beiden Störungen eindeutig vorherrscht und keine für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertigt. Treten ängstliche und depressive Symptome in so starker Ausprägung auf, dass sie einzelne Diagnosen rechtfertigen, sollen beide Diagnosen gestellt und auf diese Kategorie verzichtet werden ([http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl\\_2013/block-f40-f48.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl_2013/block-f40-f48.htm)). Es ist dem ICD-10 zu entnehmen, dass Patienten mit dieser Kombination verhältnismässig milder Symptome in der Primärversorgung häufig zu sehen seien; noch viel häufiger fänden sie sich in der Bevölkerung, ohne je in medizinische oder psychiatrische Behandlung zu gelangen. Der zu dieser Störung dazugehörige Begriff ist eine leichte oder nicht anhaltende ängstliche Depression (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juni 2011, 9C\_330/2011, E. 3 mit Hinweis). Dass Dr. C.\_\_\_\_ am 4. Februar 2010 von einer schweren Beeinträchtigung des psychischen Gesundheitszustandes sprach, steht in Diskrepanz zur Tatsache, dass sie damals offenbar nur eine monatliche psychiatrische Behandlung als angezeigt betrachtete. Das ist bei einer geltend gemachten schweren psychischen Erkrankung nicht nachvollziehbar (IV-act. 52/2).

2.5.2 Der psychiatrische ABI-Gutachter weist darauf hin, dass sich die Kriegsergebnisse dem Beschwerdeführer nicht aufdrängen und von einer



Traumatisierung nicht die Rede sein bzw. die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung nicht gestellt werden kann (IV-act. 85). Die behandelnde Psychiaterin stellt denn auch nicht diese Diagnose, was der Beschwerdeführer offenbar übersehen hat (vgl. Beschwerde S. 16 f.). Vielmehr diagnostizierte sie "traumatische Kriegserlebnisse" (ICD-10: Z65.5), welcher Diagnose sie selbst keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass (IV-act. 30).

2.5.3 Ob eine "Somatisierungsstörung" (ICD-10: F45.0), wie von der behandelnden Psychiaterin diagnostiziert, oder eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) nach der Sicht des ABI-Gutachters vorliegt, ist nicht massgebend. Von Bedeutung ist gemäss ICD-10, dass diese Diagnosen infrage kommen, wenn somatische Störungen vorhanden sind und sich nicht in der Art und dem Ausmass begründen, wie die betroffene Person sie erlebt. Emotionale Konflikte oder psychosoziale Belastungen gehören zum Krankheitsbild der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ([http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl\\_2013/block-f40-f48.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl_2013/block-f40-f48.htm)). Die Vermutung, dass diese Diagnose als psychisches Leiden überwindbar ist, kann nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung widerlegt werden, wenn die betroffene Person unter einer psychischen Begleiterkrankung von erheblicher Schwere, Intensität und Dauer (sogenannte Komorbidität) leidet oder mit gewisser Intensität und Konstanz bestimmte qualifizierte Kriterien erfüllt (BGE 136 V 281 E. 3.2.1; BGE 130 V 354 f. E. 2.2.3). An dieser Stelle ist festzuhalten, dass der Beschwerdegegnerin nicht beigespflichtet werden kann, wenn sie argumentiert, es liege keine psychische Komorbidität vor, weil das ABI-Gutachten eine depressive Episode feststelle und diese Diagnose per Definition nur vorübergehend sei (act. G 6). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin hat der psychiatrische Gutachter nicht bloss eine depressive Episode diagnostiziert, sondern eine rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Ausprägung, wie aus der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht hervorgeht (IV-act. 58-11). Im Übrigen kann bei einer depressiven Episode, sei sie nun schwer oder mittelschwer, eine invalidisierende Wirkung nicht a priori von der Hand gewiesen werden. Erforderlich ist eine fachärztliche Feststellung (Urteil des Bundesgerichtes vom 8. September 2008, 9C\_410/08, E. 3.3.2 mit Hinweis). Im ABI-Gutachten wird die mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) als psychiatrische Komorbidität und damit als verselbstständigter Gesundheitsschaden eingestuft (IV-



act. 58/20). Es handelt sich dabei um eine medizinische Tatfrage, von der nur gestützt auf eine andere fachärztliche Aussage abgewichen werden kann. Auch die von der behandelnden Psychiaterin diagnostizierte gemischte ängstlich-depressive Störung könnte als Komorbidität im Sinne von BGE 130 V 353 f. E. 2.2.3 betrachtet werden (Urteil des Bundesgerichtes vom 17. November 2010, 9C\_760/2010, E. 4). Somit wirkt sich hier die somatoforme Schmerzstörung aufgrund der psychischen Komorbidität einschränkend aus.

2.5.4 Ob die gestützt darauf geschätzte Arbeitsfähigkeit von 70% durch eine Persönlichkeitsstörung stärker eingeschränkt wäre, wäre näher zu prüfen, wenn Dr. C.\_\_\_\_ die Diagnose überzeugend begründet hätte. Zunächst ging sie am 23. Oktober 2008 unter anderem von akzentuiert ängstlichen Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1) aus, denen sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass (IV-act. 30). In der Stellungnahme vom 14. März 2011 führt sie neu eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen, abhängigen und zwanghaften Anteilen" (ICD-10: F61.0) an (IV-act. 79/18). Der ABI-Gutachter hält dagegen, dass eine Persönlichkeitsstörung nicht diagnostiziert werden könne, weil der Beschwerdeführer während Jahren ohne Schwierigkeiten beruflich tätig gewesen sei und auch in der Familie keine Probleme gehabt habe (IV-act. 85). Zwar treten spezifische Persönlichkeitsstörungen gestützt auf die Kategorie F60 im ICD-10 meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und sie bestehen während des Erwachsenenalters weiter (vgl. Urteil des Bundesgerichtes vom 5. Oktober 2012, 8C\_422/2012, E. 3.2.2.1 mit Hinweis auf Fachliteratur). Indessen sind in einzelnen Fällen auch schon Persönlichkeitsstörungen fachärztlich diagnostiziert worden, die sich erst im Erwachsenenalter manifestierten, weil es den betroffenen Personen gelang, Traumatisierungen beiseite zu stellen und lange Zeit aus ihrem Bewusstsein zu verdrängen (vgl. Entscheide des Versicherungsgerichtes St. Gallen vom 24. April 2013, IV-2011/214, E. 3.3.2, und vom 21. Juni 2013, IV 2012/183, E. 3.2.3). Dennoch fehlt für die Diagnoseänderung eine hinreichende Erklärung. Die behandelnde Psychiaterin begnügt sich damit anzuführen, aufgrund vierjähriger therapeutischen Arbeit mit dem Beschwerdeführer sei mittlerweile nicht nur von einer ängstlichen Persönlichkeitsstruktur, sondern von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung auszugehen. Dabei beruft sie sich darauf, dass sie diagnostisch mit Dr. G.\_\_\_\_, Tagesklinik F.\_\_\_\_, und Dr. I.\_\_\_\_, Klinik H.\_\_\_\_, übereinstimme. Nach der Aktenlage



haben indessen weder Dr. G.\_\_\_\_ noch Dr. I.\_\_\_\_ eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die Tatsache, dass eine Verbesserung nach dem stationären Aufenthalt in Pfäfers eingetreten ist, thematisiert sie nicht (IV-act. 79/18). Vorliegend steht gemäss ABI-Gutachten beim Beschwerdeführer eine depressive Symptomatik fest, welche dieser nach dem Verlust der Arbeitsfähigkeit für Gipserarbeiten bzw. nach dem Verlust der Arbeitsstelle entwickelt hat. Die behandelnde Psychiaterin hielt im Oktober 2008 fest, der Beschwerdeführer sei ihr wegen einer depressiven Entwicklung nach unerwarteter Kündigung überwiesen worden; sie begründet mit Schreiben vom 14. März 2011 hingegen nicht, worauf die vorgebrachte kombinierte Persönlichkeitsstörung zurückzuführen sei. Die allgemeine Berufung auf ihre Erkenntnisse aus langjähriger Behandlung des Beschwerdeführers bildet nur ein Autoritätsargument, das keine inhaltliche Auseinandersetzung für die Beurteilung des Leistungsanspruchs erlaubt.

2.6 Mithin geben die zusätzlichen Diagnosen keinen Anlass zu weiteren Abklärungen. Es bleibt zu prüfen, ob sich aus den divergierenden Feststellungen in Bezug auf die Einstellung des Beschwerdeführers betreffend Genesung und Medikamenten-Compliance relevante Zweifel ergeben:

2.6.1 Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer bei der psychiatrischen Behandlung motiviert wirkte und anlässlich der Begutachtung ganz anders erlebt wurde, deutet nicht darauf, dass der Gutachter eine falsche Feststellung getroffen hätte. Die Verwaltungs- und Gerichtspraxis zeigt, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung eine notwendige Empathie für das Anliegen der Patientinnen und Patienten an den Tag legen müssen, während zum Auftrag eines neutralen Gutachters gehört, die Angaben der versicherten Person einer Plausibilitätsprüfung zu unterziehen. Deshalb erstaunt nicht, wenn jemand als Patient eine Genesung motiviert erwartet, sich aber gleichzeitig weniger engagiert zeigt, wenn es darum geht, gegenüber einem Gutachter die Gesundheits- bzw. Arbeitsfähigkeitsbeeinträchtigung glaubhaft zu machen.

2.6.2 Diskutabel ist die Aussage im ABI-Gutachten, wonach der Beschwerdeführer seine antidepressiven Medikamente nicht einnehmen soll. Das in der Laboruntersuchung nicht nachgewiesene "Escitalopram" bzw.



"Desmethylescitalopram" (IV-act. 58/8) ist jedenfalls nicht Bestandteil des Medikaments "Cymbalta", sondern von "Cipralext". Die behandelnde Psychiaterin hält zudem fest, der Beschwerdeführer nehme seit Jahren Psychopharmaka ein - vor allem die neuroleptische Medikation habe unter anderem auf sein Verlangen nach dem Austritt aus der Klinik H.\_\_\_\_ wieder aufgenommen werden müssen (IV-act. 79/18). Der strittige Punkt fällt aber im Ergebnis nicht ins Gewicht: Dass jemand Antidepressiva kaum oder nur gelegentlich einnimmt, kann je nach dem begleitenden Umständen Indiz dafür sein, dass er sich subjektiv nicht als besonders depressiv einschätzt, wie der ABI-Gutachter behauptet (IV-act. 85/2), oder dass ihn die Erkrankung hindert, den ärztlichen Vorgaben zu folgen. Die Medikamenten-Compliance an sich bildet kein Symptom und kann nur als zusätzlicher Anhaltspunkt im Einzelfall bewertet werden. Die Einschätzung des Schweregrades der depressiven Symptomatik stützt sich im ABI-Gutachten nicht nur auf die Medikamenten-Compliance, sondern auf Umstände, die auf eine gedrückte Stimmung und auf eine Verminderung des Antriebs und Aktivität hindeuten (vgl. IV-act. 58/11).

2.7 Das ABI-Gutachten vom 12. August 2010 hat keine relevanten medizinischen Tatsachen ausser Acht gelassen, weshalb grundsätzlich darauf abzustellen ist. Was nicht beanstandet wird, ist die gutachterliche falsche Festlegung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht: Gestützt auf den Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom Oktober 2008 geht der psychiatrische Gutachter irrtümlich davon aus, der Beschwerdeführer befinde sich "seit zwei Jahren" in ambulanter psychiatrischer Behandlung, weshalb ab Oktober 2008 von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% ausgegangen werden könne (IV-act. 58-12). Im genannten Arztbericht wird indessen festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer bereits im Dezember 2007 in die ambulante psychiatrische Behandlung begeben hatte, nachdem der Hausarzt ihn wegen der depressiven Entwicklung bei unerwarteter Kündigung an die Psychiaterin überwiesen hatte (IV-act. 30-2). Im Sinne der gutachterlichen Beurteilung ist damit der Beginn der psychiatrischen Einschränkung auf den Beginn der Behandlung im Dezember 2007 festzulegen.

3.



Auf dieser medizinischen Grundlage sind des Weiteren die erwerblichen Auswirkungen der verbliebenen Restarbeitsfähigkeit von 70% in einer adaptierten Tätigkeit zu ermitteln. Die Bestimmung des Invaliditätsgrads bei Erwerbstätigen erfolgt anhand eines Einkommensvergleichs: 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), wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen), in Beziehung gesetzt (Art. 16 ATSG).

3.1 Die Einkommensermittlung erfolgt in der Regel gestützt auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2001, I 42/01, mit Hinweisen), weil die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall meist weitergeführt worden wäre (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2002, I 97/00, E. 1.2). Der Beschwerdeführer übte über die Jahre hinweg bis Dezember 2007 eine Gipser-Tätigkeit aus. Als Erwerbseinkommen gelten mutmassliche jährliche Erwerbseinkommen, von denen Beiträge gemäss AHVG erhoben würden (Art. 25 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung; [IVV SR 831.201]). Der Auszug aus dem individuellen Konto (IK) ist zu wenig aussagekräftig, weil der Beschwerdeführer im Jahr 2007 während mehreren Monaten krankheitsbedingt abwesend war (IV-act. 88) und Taggelder nicht abrechnungspflichtig sind. Überdies ist der aktenkundige IK-Auszug unvollständig (IV-act. 63). Das Valideneinkommen muss deshalb anderweitig ermittelt werden. Im Fragebogen für Arbeitgebende vom 16. Januar 2008 geht der letzte Arbeitgeber davon aus, dass der Beschwerdeführer, wenn gesund, einen Monatslohn von Fr. 5'250.-- im Jahr 2007 erzielt hätte (IV-act. 8/3). Das stimmt auch mit den Angaben gegenüber der kollektiven Krankentaggeldversicherung überein (act. G 6.2). Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin erklärte der Arbeitgeber die effektiv niedrigeren Einkommen in den Jahren 2004 bis 2007 mit verschiedenen krankheitsbedingten Absenzen (IV-act. 88). Diese sind für die Festsetzung des Valideneinkommens unbeachtlich. Daher ist für 2007 auf ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 68'250.-- abzustellen (Fr. 5'250.-- x 13).



3.2 Wenn eine versicherte Person keiner zumutbaren Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, ist praxisgemäss auf statistische Tabellenlöhne abzustellen. Der Beschwerdeführer ist nur noch für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten zu 70% arbeitsfähig. Er ist damit in der Wahl einer neuen Stelle als Hilfsarbeiter behinderungsbedingt eingeschränkt, so dass ihm nicht mehr das gesamte Spektrum an Hilfsarbeiten offen steht. Das bedeutet aber nicht, dass die verbliebene Restarbeitsfähigkeit nur noch in einer bestimmten Branche verwertet werden kann: Vielmehr kann er in praktisch allen Branchen leichte bis mittelschwere Hilfsarbeiten ausführen. Als Ausgangseinkommen zur Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens ist demnach auf das durchschnittliche Einkommen gemäss LSE 2007 für Männer, die einfache und repetitive Tätigkeiten ausüben (Anforderungsniveau 4), abzustellen: Fr. 60'167.--. Bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70% resultiert somit ein Wert von Fr. 42'117.-- (Fr. 60'167.-- x 0.7).

3.3 Ein Invalideneinkommen, das gestützt auf Tabellenlöhne ermittelt wird, ist nach Ermessen bis zu 25% zu kürzen, wenn behinderungsbedingte sowie persönliche oder berufliche Umstände - auch invaliditätsfremde Faktoren - dafür sprechen, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich bedingte Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg verwerten könnte (BGE 126 V 79 E. 5b, bestätigt in AHI 2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer erbringt nach gutachterlicher Einschätzung eine verminderte Arbeitsleistung, was mit einer Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 30% bereits berücksichtigt wurde. Die Schulterproblematik wirkt sich zwar nicht quantitativ auf die Arbeitsleistung aus, aber führt zu einer aus betriebswirtschaftlicher Sicht lohnmässig relevanten qualitativen Einschränkung: Der Beschwerdeführer hat Überkopparbeiten mit den Armen und Zwangshaltungen des Rumpfes zu vermeiden; auch kann er nur noch körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Hilfstätigkeiten ausführen. Ferner ist gestützt auf die Vorgeschichte des Beschwerdeführers damit zu rechnen, dass längere gesundheitsbedingte Absenzen vorkommen könnten, was wiederum Lohnnachteile mit sich bringt. Angesichts der erwähnten Umstände erscheint insgesamt ein Tabellenlohnabzug von 10% als angemessen. Daraus resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 37'905.-- (Fr. 42'117.-- x 0.9).



3.4 Wenn ein Valideneinkommen von Fr. 68'250.-- mit einem Invalideneinkommen von Fr. 37'905.-- verglichen wird, ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 30'345.--, was einen Invaliditätsgrad von 44.46% ausmacht. Gestützt auf Art. 28 Abs. 2 IVG hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Viertelsrente.

3.5 Der Rentenbeginn setzt gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG voraus, dass die versicherte Person während eines Jahres anhaltend mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist. Als relevante Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit genügt die durch Gesundheitsschäden bedingte qualitative und/oder quantitative Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen in der bisherigen Tätigkeit (BGE 130 V 99 E. 3.2; BGE 105 V 159 E. 2a; BGE 97 V 231 E. 2). Da der Beschwerdeführer seit Dezember 2007 in der bisherigen Gipser-Tätigkeit aus somatischer Sicht nicht mehr arbeitsfähig ist (IV-act. 58/20), kann der Rentenbeginn auf den 1. Dezember 2008 festgelegt werden.

4.

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die angefochtene Verfügung vom 8. Juli 2011 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Dezember 2008 eine Viertelsrente auszurichten. 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 angemessen. Mit Blick auf das Obsiegen des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

4.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Aufgrund des Obsiegens im materiellen Punkt hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Parteientschädigung. Ausgehend von einer "mittleren" Entschädigung bei vollem Obsiegen von Fr. 3'500.-- erscheint die Zusprechung einer Parteientschädigung in dieser Höhe (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.



Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der Verfügung vom 8. Juli 2011 teilweise gutgeheissen. Der Beschwerdeführer hat ab 1. Dezember 2008 Anspruch auf eine Viertelsrente. Die Sache wird zur Rentenberechnung und Rentenausrichtung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 3'500.-- zu entschädigen.