



**Fall-Nr.:** IV 2013/100  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 27.05.2020  
**Entscheiddatum:** 23.09.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.09.2015**

**Art. 7 ATSG, Art. 8 ATSG, Art. 28 Abs. 2 IVG. Beweiskraft eines MEDAS-Gutachtens. Auf das Gutachten, gemäss welchem eine depressive Episode im Zeitpunkt der Begutachtung remittiert war, ist auch hinsichtlich der rückwirkenden psychiatrischen Beurteilung abzustellen. Selbst wenn dies nicht der Fall wäre, wäre ein Rentenanspruch mangels Erfüllung der Wartefrist nicht gegeben (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. September 2015, IV 2013/100).**

Entscheid Versicherungsgericht, 23.09.2015

#### **Entscheid vom 23. September 2015**

Besetzung

Vizepräsidentin Marie-Theres Rüegg Haltinner, Versicherungsrichter Ralph Jöhl, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei; Gerichtschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2013/100

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, Waisenhausstrasse 17, Postfach, 9001 St. Gallen,



## St.Galler Gerichte

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 22. Januar 2010 wegen Atem- und Rückenbeschwerden zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 3).

A.b Dr. med. B.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, spez. Pneumologie, hatte in seinem Bericht vom 11. Februar 2009 im Wesentlichen folgende Diagnosen aufgeführt: Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD; mittelschwere, nicht reversible obstruktive Ventilationsstörung), Status nach schwerer Pleuropneumonie mit schwerer Sepsis und Zwei-Organversagen im August 2008, zentrale und periphere Lungenembolien im November 2006, leichtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (CPAP-Therapie seit Mai 2008), progrediente Adipositas, sowie ein chronisches spondylogenes und thorakovertebrales Syndrom (IV-act. 19-4).

A.c Gespräche zwischen Dr. med. C.\_\_\_\_, regionaler ärztlicher Dienst (RAD), Dr. B.\_\_\_\_ sowie Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Hausärztin des Versicherten, ergaben am 1./2. Februar 2010, dass der Versicherte neben den von Dr. B.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen unter morbidem Adipositas und einem chronischen spondylogenen und thorakovertebralen Syndrom leide. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfeelektriker und Chauffeur eines Kleinlastwagens sei er aus respiratorischen und rheumatologischen Gründen eingeschränkt. Er könne vollschichtig körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten in vorwiegend sitzender Position



## St.Galler Gerichte

ohne lange oder ansteigende Gehstrecken ausüben. Schwere körperliche Arbeiten seien gänzlich unzumutbar (IV-act. 18, 22, 23).

A.d Am 27. Juli 2010 gewährte die IV-Stelle dem seit 1. Januar 2009 arbeitslosen (IV-act. 11-1; IV-act. 8) Versicherten finanzielle Beteiligung an einer Ernährungsberatung als Frühinterventionsmassnahme (IV-act. 45) sowie Arbeitsvermittlung (IV-act. 46). Die Eingliederungsverantwortliche schloss den Fall am 19./20. Januar 2011 ab, nachdem der Versicherte keine geeignete Stelle finden konnte (IV-act. 54, 56).

A.e Dr. D.\_\_\_\_ erwähnte in ihrem Bericht vom 18. März 2011 als Diagnosen ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei ausgeprägter Hyperlordose und degenerativen Veränderungen L4/L5/S1, ein Schlafapnoe-Syndrom, eine chronische obstruktive Lungenerkrankung (u.a. bei Status nach Lungenembolien zentral und peripher 2006), Hypertonie, Adipositas permagna, Diabetes mellitus Typ II, eine Lebersteatose sowie eine chronische venöse Insuffizienz. Der Versicherte sei im Atemtraining und bemühe sich, sein Gewicht zu reduzieren. Er könne keine Arbeit in ständigem Stehen oder in länger vorgebeugter Haltung ausführen. Aufgrund der Atemnot seien längeres Gehen und Treppensteigen nicht möglich. Eine leidensadaptierte Tätigkeit sei zu 50 % möglich (IV-act. 59-1 ff.).

A.f Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 31. März 2011, die Lungenerkrankung verlaufe stationär; die Schlafapnoe sei durch die ausgezeichnete Compliance mit dem CPAP-Gerät korrigiert. Aus rein pulmonaler Sicht bestehe höchstens eine Einschränkung für mittelschwere bis schwere körperliche Arbeit von 20 % bis 30 % (IV-act. 60-8 ff.).

A.g Dr. med. E.\_\_\_\_, RAD, befand am 15. April 2011, aufgrund der chronischen obstruktiven Lungenerkrankung und des behandelten Schlafapnoe-Syndroms ergäben sich in Übereinstimmung mit dem Pneumologen keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für leichtere Tätigkeiten sowie für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lieferwagenchauffeur ohne Ein- und Ausladen grosser Lasten. Für mittelschwere bis schwere Tätigkeiten, welche auch aus Sicht des Bewegungsapparates weniger geeignet seien, bestehe eine Einschränkung von 20 % bis 30 %. In der Gesamtwertung sei aus versicherungsmedizinischer Sicht eine leichte Tätigkeit vollschichtig zumutbar (IV-act. 61).



## St.Galler Gerichte

A.h Mit Vorbescheid vom 6. Mai 2011 stellte die IV-Stelle dem Versicherten in Aussicht, das Rentengesuch abzuweisen (Invaliditätsgrad 0 %, IV-act. 64). Hiergegen erhob der Versicherte am 14. Juni 2011 Einwand (IV-act. 65).

A.i Ab dem 24. Juni 2011 wurde der Versicherte ambulant im Psychiatrie-Zentrum F.\_\_\_\_ abgeklärt und behandelt. Dabei wurde eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD F32.11), bestehend mindestens seit 24. Juni 2011, diagnostiziert. Gegenwärtig sei aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit als Lieferwagenfahrer nicht gegeben. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei bis auf weiteres während ca. 4 bis 5 Stunden pro Tag möglich. Dabei sollte es sich um eine ruhige, gleichmässige Tätigkeit ohne Belastungsspitzen und ohne hohe Anforderungen an die Konzentration und an die kognitiven Fähigkeiten handeln (Bericht vom 8. Juli 2011, IV-act. 67; vgl. auch Bericht vom 27. Juni 2011, IV-act. 68-3 f.).

A.j Am 2. August 2011 hielt Dr. D.\_\_\_\_ in einem Verlaufsbericht fest, der Gesundheitszustand sei stationär bis verschlechtert. Die Rückenschmerzen hätten zugenommen. Dadurch habe sich auch der psychische Zustand verschlechtert (IV-act. 68-1 f.). Dr. B.\_\_\_\_ bezeichnete in seinem Verlaufsbericht vom gleichen Tag den Gesundheitszustand im Wesentlichen als stationär. Aus pulmonaler Sicht bestehe als Lieferwagenfahrer ohne Ein- und Ausladen von Lasten sowie für andere leichte körperliche Tätigkeiten im Stehen oder im Sitzen keine Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 69).

A.k Vom 14. November bis 3. Dezember 2011 wurde der Versicherte stationär in der Klinik G.\_\_\_\_ behandelt. Gemäss Austrittsbericht vom 9. Januar 2012 wurden im Wesentlichen eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.1), ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom, ein Schlafapnoesyndrom mit CPAP-Maske versorgt, eine chronische obstruktive Lungenkrankheit mit Status nach Lungenembolien sowie eine Adipositas permagna diagnostiziert. Die ersten Zeichen einer sich entwickelnden depressiv-ängstlichen Problematik würden auf die Zeit der krankheitsbedingten Kündigung der Arbeitsstelle vor vier Jahren zurückgehen. Es handle sich um eine seither chronifizierte und aggravierte depressive Entwicklung mit im Vordergrund stehender körperlicher Grunderkrankung im Sinne einer Komorbidität (IV-act. 79-2 ff.).



## St.Galler Gerichte

A.l Im Bericht vom 12. Januar 2012 hielten die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums F.\_\_\_\_ im Wesentlichen fest, die stationäre Behandlung habe dem Versicherten subjektiv keine Verbesserung gebracht. Es sei eine (weitere) teilstationäre Behandlung und danach eine neuerliche Beurteilung zu empfehlen (IV-act. 71).

A.m Dr. D.\_\_\_\_ bezeichnete den Gesundheitszustand in einem weiteren Verlaufsbericht vom 17. Januar 2012 bei unveränderten Diagnosen als stationär. Sie gehe davon aus, dass eine 50 %ige angepasste Tätigkeit auch weiterhin zumutbar sei (IV-act. 72-2).

A.n Dr. B.\_\_\_\_ hielt am 24. Januar 2012 zuhanden der IV-Stelle und in einem Bericht an Dr. D.\_\_\_\_ im Wesentlichen fest, das Schlafapnoe-Syndrom sei unter der CPAP-Therapie völlig korrigiert. Aus pulmonaler Sicht bestehe für schwere körperliche Arbeit eine Einschränkung von 50 %; für mittelschwere körperliche Tätigkeiten sei der Versicherte nahezu voll und für leichte körperliche Tätigkeiten voll arbeitsfähig. Hauptproblem sei das chronische spondylogene und thorakovertebrale Syndrom (IV-act. 73).

A.o Der Versicherte wurde in der Folge im Auftrag der IV-Stelle (IV-act. 86) durch das Ärztliche Begutachtungsinstitut Basel (ABI) polydisziplinär (allgemeinmedizinisch, orthopädisch und psychiatrisch) begutachtet (Untersuchungen am 4./8. Juni 2012, Gutachten vom 1. November 2012, IV-act. 91). In der Gesamtbeurteilung erhoben die Experten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische obstruktive Lungenerkrankung (Stadium II nach GOLD) bei mittelschwerer, nicht reversibler obstruktiver Ventilationsstörung, mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, ein leichtes obstruktives, erfolgreich korrigiertes Schlafapnoesyndrom, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10: M54.5) bei mässiggradigen degenerativen Veränderungen vor allem der unteren Lendenwirbelsäule, klinisch und bildgebend ohne Kompromittierung neuraler Strukturen (M47.86/M51.2), sowie eine klinisch beginnende AC-Gelenksarthrose beidseits (ICD-10 M19.11) fest. In psychiatrischer Hinsicht wurden eine rezidivierende depressive Störung, remittiert (ICD-10: F33.4), sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54), beide ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, diagnostiziert. Für körperlich leichte, nicht anstrengende Tätigkeiten in einem arbeitshygienisch einwandfreien Klima ohne Staub, Hitze oder Kälte bestehe



## St.Galler Gerichte

eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100%. Für körperlich mittelschwer und schwer belastende berufliche Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. Es bestünden keine Hinweise, dass für körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten zu einem früheren Zeitpunkt längerfristig eine Arbeitsunfähigkeit bestanden hätte (IV-act. 91).

Dr. C.\_\_\_\_, RAD, bezeichnete das Gutachten am 19. November 2012 als umfassend und widerspruchsfrei. Die massgeblichen Kriterien seien für jedes fachärztliche Gebiet herausgearbeitet und die konsensuelle Beurteilung sei plausibel nachvollziehbar (IV-act. 92).

A.p Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs zu den zusätzlichen medizinischen Abklärungen (IV-act. 93, 94, 96) und Unterbreitung der entsprechenden Stellungnahme des Beschwerdeführers an den RAD (IV-act. 97) verfügte die IV-Stelle am 29. Januar 2013 die Abweisung des Leistungsbegehrens. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe medizinisch-theoretisch eine volle Arbeitsfähigkeit. Bei deren Verwertung sei es dem Versicherten möglich, bei ausgeglichenem Arbeitsmarkt ein Erwerbseinkommen in gleicher Höhe wie in der bisherigen Tätigkeit zu erzielen. Bei einem Invaliditätsgrad von 0 % bestehe kein Rentenanspruch (act. G 1.1).

B.

B.a Gegen diese Verfügung lässt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, St. Gallen, mit Eingabe vom 1. März 2013 Beschwerde erheben. Der Beschwerdeführer beantragt, die Verfügung vom 29. Januar 2013 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % zuzusprechen. Allenfalls sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen zu treffen (act. G 1). Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, das ABI-Gutachten überzeuge aus verschiedenen Gründen nicht, weshalb darauf nicht abgestellt werden dürfe. Vielmehr sei gestützt auf die Berichte von Dr. D.\_\_\_\_, der Klinik G.\_\_\_\_ und des Psychiatricentrum F.\_\_\_\_, welche übereinstimmend eine Arbeitsunfähigkeit von 50% attestierten, eine halbe Rente zuzusprechen. Selbst wenn aufgrund des ABI-Gutachtens eine aktuelle Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht angenommen würde, wäre eine solche mindestens bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch das ABI ausgewiesen und es bestünde bis



## St.Galler Gerichte

Februar 2013 ein Rentenanspruch (act. G 1). Der Beschwerdeführer legt ausserdem einen Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 26. Februar 2013 ins Recht. Danach habe sich die Situation seit Sommer des Vorjahres insofern verändert, dass der Beschwerdeführer über ständige Müdigkeit klage, schläfrig sei und Mühe habe, im Gespräch zu folgen. Die Müdigkeit sei teilweise dem Schlafapnoe-Syndrom und teilweise der Wirkung unverzichtbarer Medikamente (Sedativa, Antidepressiva und Antiepileptikum Topiramate) zuzuschreiben. Der Beschwerdeführer schlafe tagsüber mehrmals ein und sei daher höchstens zu 50 % arbeitsfähig (act. G 1.2).

B.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 7. Mai 2013 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Das ABI-Gutachten entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung und es könne darauf abgestellt werden. Der nachgereichte Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vermöge das Gutachten nicht zu entkräften (act. G 4).

B.c In seiner Replik vom 13. Juni 2013 bringt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, abweichend vom psychiatrischen Teilgutachten des ABI liege ein sozialer Rückzug vor, und entgegen der im Gutachten festgehaltenen subjektiven Krankheitsüberzeugung und fehlenden Motivation habe er sich bei der von der IV-Stelle angebotenen Arbeitsvermittlung kooperativ verhalten (act. G 6).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 8, 9).

## Erwägungen

1.

Gegenstand des Verfahrens ist der Anspruch auf Ausrichtung einer Rente der IV.

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Unter Erwerbsunfähigkeit versteht das Gesetz den durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachten Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).



1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

1.4 In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen



gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/ bb). Andererseits ist bei den medizinischen Berichten behandelnder medizinischer Fachpersonen der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese aufgrund ihres therapeutischen Auftrags mitunter in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E 3b cc).

2.

2.1 Der Beschwerdeführer trägt im Wesentlichen vor, die Einschätzung des ABI-Gutachtens, er sei in adaptierter Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig, treffe nicht zu. Entgegen dem ABI-Gutachten sei die depressive Störung nicht remittiert, sondern bedürfe nach wie vor der Behandlung. Das ABI-Gutachten begründe die Abweichung von der Beurteilung in den anderen medizinischen Berichten nicht, sondern gehe lediglich von einer zwischenzeitlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes aus. Die im Gutachten geschätzte 100%ige Arbeitsfähigkeit sei sodann mit der in den Berichten vermerkten Abnahme der Leistungsfähigkeit beziehungsweise Zunahme der Müdigkeit nicht vereinbar. Berichte der Klinik G.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2012, des Psychiatriezentrums F.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2011 und vom 12. Januar 2012 sowie von Dr. D.\_\_\_\_ vom 26. Februar 2013 würden ihm eine Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten von lediglich 50 % attestieren. Das ABI-Gutachten vermöge insgesamt nicht zu überzeugen. Die Arbeitsfähigkeit sei zu mindestens 50 % eingeschränkt. Selbst wenn dem ABI-Gutachten gefolgt würde, wäre bis zum Zeitpunkt der Begutachtung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgewiesen (act. G 1).

2.2 In pneumologischer Hinsicht stimmt das ABI-Gutachten mit der Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ überein, der am 31. März 2011 und am 2. August 2011 befunden hatte, aus pneumonaler Sicht bestehe für adaptierte leichte Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 60-8 ff. und 69). Die Rheumatologin Dr. D.\_\_\_\_ schätzte am 18. März 2011 die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepassten Tätigkeiten auf 50 %. Der Beschwerdeführer könne keine Arbeiten in ständigem Stehen oder in länger vorgebeugter Haltung durchführen. Aufgrund der Atemnot sei ihm längeres Gehen oder Treppensteigen nicht möglich (IV-act. 59-3). Der orthopädische Gutachter des ABI nimmt - abweichend von Dr. D.\_\_\_\_ - eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für



adaptierte Tätigkeiten an. Er führt zum Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise aus, diesem lasse sich nicht entnehmen, welchen konkreten Einfluss die erwähnten Veränderungen am Bewegungsapparat auf die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hätten. Rein aufgrund der objektivierbaren Befunde lasse sich nicht begründen, weshalb der Beschwerdeführer allein von Seiten der muskuloskelettalen Strukturen für eine adaptierte Tätigkeit in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit wesentlich eingeschränkt sein sollte (IV-act. 91-19). Zwar berichtete Dr. D.\_\_\_\_ unter anderem, die Wirbelsäule zeige eine deutliche Hyperlordose und Einschränkungen der Beweglichkeit durch Schmerzen in alle Richtungen, am meisten bei lumbaler Extension (IV-act. 59-2). Indes erscheint plausibel, dass dieser Befund eine in quantitativer Hinsicht bedeutende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten nicht zu erklären vermag. Daran ändert auch der im Beschwerdeverfahren vorgelegte Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 26. Februar 2013 nichts, da er zur Hauptsache die Müdigkeit des Beschwerdeführers thematisiert. Ausserdem schätzte Dr. D.\_\_\_\_ in diesem Bericht die Arbeitsunfähigkeit auch in Berücksichtigung der beschriebenen Müdigkeit weiterhin auf 50%. Das ABI-Gutachten vom 1. November 2012 ist demnach in pneumologischer und orthopädischer Hinsicht schlüssig und nachvollziehbar. Es beruht auf vollständigen Untersuchungen und berücksichtigt die vorhandenen Akten sowie die vom Beschwerdeführer geschilderten Symptome. In somatischer Hinsicht ist daher auf das Gutachten abzustellen.

3.

3.1 Es bleibt darüber zu befinden, ob aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit vorliegt, welche zu einem Rentenanspruch führt.

3.2 Die ambulante Erstkonsultation im Psychiatrie-Zentrum F.\_\_\_\_, an welches der Beschwerdeführer von Dr. D.\_\_\_\_ verwiesen worden war (IV-act. 65-6), erfolgte am 24. Juni 2011. Dabei wurde die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD F32.11) gestellt (IV-act. 68-3 f.). Die Berichte des Psychiatriezentrums F.\_\_\_\_ vom 27. Juni und 8. Juli 2011 halten fest, der Antrieb des Beschwerdeführers sei leicht bis mittelschwer reduziert, es bestehe eine leicht bis mittelschwer ausgeprägte Tendenz zum sozialen Rückzug. Mit der Kündigung sei es zu einem zunehmend depressiven Zustandsbild mit innerlicher Unruhe, Nervosität, leichter



Reizbarkeit sowie gedrückter Stimmung gekommen. Auf geistiger Ebene führe dies zu deutlichem Gedankendrängen mit Selbstabwertung und vermehrten negativen Zukunftserwartungen. Dies bewirke auf psychischer Ebene ein Zustandsbild mit gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Freudlosigkeit. Aufgrund der beschriebenen Symptome komme es zu einer deutlichen Einschränkung der Flexibilität, der Umstellungsfähigkeit sowie der Ausdauer und Konzentration mit rascher Ermüdbarkeit. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei während vier bis fünf Stunden pro Tag möglich (IV-act. 67-2 ff.; IV-act. 68-3). Vom 14. November bis 3. Dezember 2011 wurde der Beschwerdeführer in der Klinik G.\_\_\_\_ behandelt (IV-act. 79-2). Die Klinikärzte berichteten, der Beschwerdeführer habe depressive Gedankenspiralen, latente Suizidalität, eine negative Polung und eine getrübe Stimmung beschrieben und geschildert, er sei zuweilen im familiären Umfeld aggressiv gewesen und ziehe sich zurück. Im Gespräch sei keine Störung vordergründig gewesen. Im formalen Denken sei der Beschwerdeführer verlangsamt, eingeengt auf seine körperlich problematische Situation, perseverierend und grübelnd gewesen. Der Beschwerdeführer habe sich im Affekt ratlos, antriebsarm, mit einer Störung der Vitalgefühle, deprimiert, teilweise hoffnungslos, ängstlich sowie dysphorisch gereizt und sehr klagsam gezeigt. Er habe über Insuffizienzgefühle und teilweise affektlabiles Verhalten berichtet. Der Beschwerdeführer sei latent suizidal gewesen, habe sich aber glaubhaft davon distanzieren können (IV-act. 79-3). Die Ärzte diagnostizierten eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.1). Es handle sich um eine seit vier Jahren bestehende und aggravierte depressive Entwicklung mit im Vordergrund stehender körperlicher Grunderkrankung im Sinne einer Komorbidität (IV-act. 79-2 ff.). Das Psychiatrie-Zentrum F.\_\_\_\_ berichtete am 12. Januar 2012, die ambulanten Behandlungen hätten keine und die stationäre nur eine minimale Verbesserung gebracht. Bei einem sehr ausgeprägten somatischen Krankheitsbild sei das psychische Zustandsbild im Rahmen der ambulanten Behandlung weitgehend unverändert geblieben (IV-act. 71-2 f.).

3.3 Der Beschwerdeführer gab anlässlich der psychiatrischen Untersuchung vom 4. Juni 2012 im ABI an, er sei seit Februar 2012 einmal wöchentlich in der psychiatrischen Tagesklinik in Behandlung und nehme Sedativa und Antidepressiva ein (Prazine und Cymbalta, IV-act. 91-9, 11 f.; [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch)). Der psychiatrische Gutachter stellte die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, remittiert (ICD-10:



F33.4), sowie einer Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54), beide ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 91-13). Er führt aus, der Beschwerdeführer habe in der Untersuchung einen aktiven energischen Eindruck gemacht. Die Stimmung sei ausgeglichen und die Psychomotorik lebhaft gewesen. Den Schilderungen des Beschwerdeführers hätten keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebs im Laufe des Tages entnommen werden können. Er habe nicht über einen Lebensverleider, Suizidgedanken oder Suizidphantasien berichtet. Zurzeit klage er einzig über eine leicht verminderte psychische Belastbarkeit und erhöhte Reizbarkeit. Er fühle sich aufgrund seiner zahlreichen körperlichen Beschwerden nicht arbeitsfähig. Das Ausmass der beklagten körperlichen Beschwerden sowie die Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht vollständig objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse (IV-act. 91-12 f.). Es sei zwar gelegentlich zu verbalen Auseinandersetzungen mit Familienangehörigen gekommen und der Kontakt zu Kollegen habe sich etwas vermindert. Doch sei es noch nie zu handgreiflichen Auseinandersetzungen gekommen. Der Beschwerdeführer besuche seit über einem Jahr vormittags ein Beschäftigungsatelier, unternehme nachmittags mit seiner Ehefrau Spaziergänge, helfe ihr beim Einkaufen und reise zweimal im Jahr zusammen mit ihr in seine Heimat, wo er ein Ferienhaus besitze. Auch habe er regelmässigen Kontakt zu seinen Kindern und den Enkelkindern. Er sei also im Alltag durch depressive Symptome nicht eingeschränkt. Ein Lebensverleider oder Suizidgedanken seien verneint worden. Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode könne somit nicht bestätigt werden. Die depressive Störung sei remittiert, wobei zu bemerken sei, dass der Verlauf depressiver Störungen schwankend sei. Es fänden sich aber keine Hinweise auf lang andauernde mittelgradige oder schwere Phasen einer depressiven Erkrankung bzw. darauf, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht während längerer Zeit eingeschränkt gewesen sei. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, die remittiert sei, und der Schmerzverarbeitungsstörung könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (IV-act. 91-14 f.).

3.4 In Anbetracht der anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunde ist nachvollziehbar, dass die rezidivierende depressive Störung - unter der fortgeführten Behandlung - zum Zeitpunkt der Begutachtung remittiert war. Retrospektiv verneint der



Gutachter die frühere Diagnose einer mittelschweren bis schweren Depression gestützt auf den Umstand, dass der Beschwerdeführer schon damals durch die psychischen Beschwerden in seinem Alltag nicht massgeblich eingeschränkt gewesen sei. Die Beurteilung der behandelnden Ärzte und des begutachtenden Psychiaters weichen insofern voneinander ab, inwieweit - in welcher Anzahl und Intensität - die Diagnosekriterien einer mittelgradigen depressiven Episode erfüllt waren. Die Berichte der behandelnden psychiatrischen Ärzte sind zwar zeitnah, doch ist in Betracht zu ziehen, dass die Beurteilung durch die Behandlungssituation mitgeprägt wurde (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Zudem gab der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Begutachtung am 4. Juni 2012 an, er besuche seit mehr als einem Jahr, also seit etwa Juni 2011, am Vormittag regelmässig während vier Stunden ein Atelier in H.\_\_\_\_ (IV-act. 91-11), was bei einem damaligen Auftreten neuer bedeutender psychischer Probleme eher nicht möglich gewesen wäre. Weiter erwähnte der Beschwerdeführer dem begutachtenden Psychiater gegenüber offenbar nicht, dass es ihm erst seit kürzerer Zeit psychisch besser gehe, was indes naheliegend gewesen wäre, nachdem das Psychiatriezentrum F.\_\_\_\_ noch am 12. Januar 2012 festgehalten hatte, die Therapien hätten bislang keinen Erfolg gezeitigt (IV-act. 71-3). Aus den Berichten der behandelnden Ärzte geht somit zwar hervor, dass der Beschwerdeführer während längerer Zeit unter einer depressiven Beeinträchtigung gelitten hat. Indes vermögen diese das Gutachten hinsichtlich der psychiatrischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht zu entkräften.

3.5 Zusammengefasst ist das ABI-Gutachten nachvollziehbar und schlüssig. Es beruht auf einer umfassenden Untersuchung und berücksichtigt die vorhandenen Akten und die Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers. Insgesamt bildet das ABI-Gutachten eine taugliche Beweisgrundlage. Somit besteht sowohl für die Zeit vor der Begutachtung als auch für die nachherige Zeit kein Rentenanspruch.

3.6 Selbst wenn davon ausgegangen würde, das psychiatrische Teilgutachten sei in der rückwirkenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht beweiskräftig, wäre kein befristeter Rentenanspruch gegeben: Aufgrund des insoweit beweiskräftigen Gutachtens besteht keine länger dauernde somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit. Eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 50% wurde erstmals für die Zeit ab 24. Juni 2011 attestiert, womit das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG am 24. Juni



2011 beginnen würde und am 4. Juni 2012, als anlässlich der psychiatrischen Begutachtung die Remission der Depression festgestellt wurde, noch nicht abgelaufen gewesen wäre.

4.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung

### Entscheid

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird daran angerechnet.