



**Fall-Nr.:** IV 2016/151  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 20.09.2019  
**Entscheiddatum:** 04.06.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 04.06.2018**

**Art. 8 ATSG. Art. 28 IVG: Würdigung eines RAD-Abklärungsberichtes nach Rückweisung zu weiteren Abklärungen. Einkommensvergleich. Abweisung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Juni 2018, IV 2016/151).**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Annina Janett

Geschäftsnr.

IV 2016/151

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Sutter,

Haus Eden, Paradiesweg 2, Postfach, 9410 Heiden,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich im Januar 2012 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Er war bis im März 2009 als Maschinenführer bei der B.\_\_\_\_ GmbH tätig gewesen, hatte anschliessend einige temporäre Arbeitseinsätze verrichtet und danach bis zu seiner Aussteuerung per Anfang 2011 Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezogen (vgl. IV-act. 4, 12).

A.b Die IV-Stelle tätigte diverse Abklärungen und veranlasste insbesondere eine Untersuchung des Versicherten durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD, vgl. IV-act. 42). Im entsprechenden Bericht vom 24. Oktober 2013 kamen Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, und Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation, zum Schluss, dass das Rentenbegehren nicht in erster Linie aus medizinischen Gründen, sondern insbesondere angesichts der andauernden Arbeitslosigkeit bzw. aus wirtschaftlicher Not eingereicht worden sei. Die lumbalen Schmerzen des Versicherten rührten von einer erheblichen Dekonditionierung her und rechtfertigten keine Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Eine Untersuchung durch einen Wirbelsäulenchirurgen sei nicht angezeigt, da keine klinischen oder radiologischen Hinweise auf eine zu operierende Pathologie der LWS bestünden (IV-act. 45).

A.c Am 16. Januar 2014 berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der Versicherte befinde sich seit dem 11. Oktober 2013 in einer integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Vor dem Hintergrund multipler somatischer Beschwerden habe er eine depressive Symptomatik entwickelt. Ferner habe infolge eines langandauernden Schlafmittelkonsums eine iatrogene low-dose-Benzodiazepin-Abhängigkeit bestanden. Aufgrund der diagnostizierten mittelgradig depressiven Episode seien Konsultationen in einem zwei- bis viermonatigen Rhythmus vereinbart worden. Zur Behandlung der Depression sei



## St.Galler Gerichte

Escitalopram 10mg pro Tag verordnet worden. Die gestellte Diagnose gelte nach wie vor und zeichne sich derzeit durch Ein- und Durchschlafstörungen, Antriebs- und Energielosigkeit, Freudlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Insuffizienzgefühle aus. Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten betrage aus psychiatrischer Sicht schätzungsweise 30% bis 50% (IV-act. 53).

A.d Mit Verfügung vom 28. Januar 2014 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 0% ab (IV-act. 54).

A.e Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 11. März 2015 teilweise gut. Es wies die Sache unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung zur erneuten Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurück. Das Gericht hielt fest, dass eine auf die LWS-Beschwerden zurückzuführende Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in einer adaptierten Tätigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen sei und von neuerlichen Abklärungen diesbezüglich keine anderweitigen Ergebnisse zu erwarten seien. Hingegen seien die Auswirkungen der geklagten linksseitigen Sprunggelenk-, Knie- und Beinbeschwerden und die Auswirkungen der diagnostizierten mittelschweren Depression auf die Arbeitsfähigkeit nicht rechtsgenügend abgeklärt (IV 2014/116, IV-act. 69).

B.

B.a Im Nachgang zum Entscheid des Versicherungsgerichtes holte die IV-Stelle verschiedene Arztberichte ein (vgl. IV-act. 71 ff., 81 ff., 86). Ab Mai 2015 bezog der Versicherte eine Altersrente der AHV (vgl. IV-act.73-2, 91-3).

B.b Dr. E.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 10. Juni 2015, dass der Versicherte vom 17. Oktober 2013 bis 30. April 2014 neun Mal in Behandlung gewesen sei. Während der kurzen Behandlungszeit habe er gleichbleibend depressiv gewirkt mit der bereits beschriebenen Antriebs- und Energielosigkeit, Freudlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Insuffizienzgefühlen. Für eine suffiziente Behandlung der Depression hätte es sicher eine Intensivierung der Behandlung gebraucht. Während der Behandlungszeit habe es keinen Grund gegeben, an der Medikamenten-Compliance zu zweifeln. Zum Zeitpunkt



der letzten Konsultation habe der Versicherte über ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen geklagt. Über den weiteren Verlauf der Depression bzw. der Schlafstörung konnte Dr. E.\_\_\_\_ keine Auskunft geben (IV-act. 74).

B.c Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 1. September 2015 die Diagnose mittelgradige bis schwere depressive Episode, wahrscheinlich im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.11/2), fest. Beim Gespräch am 20. August 2015 sei der Versicherte im formalen Denken verlangsamt und stark auf die fehlende Zukunftsperspektive eingeeengt gewesen. Inhaltlich hätten sich keine Hinweise auf Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-störungen ergeben. Im Affekt habe der Versicherte deprimiert und innerlich unruhig gewirkt. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei reduziert und der affektive Rapport sei gut herstellbar gewesen. Im Antrieb sei der Versicherte vermindert und motorisch wenig lebhaft gewesen. Passive Todeswünsche seien ihm bekannt, allerdings hätten sich keine Hinweise auf eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ergeben (IV-act. 84).

B.d Am 22. September 2015 wurde der Versicherte durch den RAD rheumatologisch und psychiatrisch abgeklärt (vgl. IV-act. 79 f., 92). Im Bericht vom 13. November 2015 hielten Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ in internistischer und rheumatologischer Hinsicht fest, dass beim Versicherten ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit einer nicht dermatom-bezogenen Hypästhesie im Bereich des linken Unterschenkels sowie ein Status nach Osteosynthese einer distalen Fibulafraktur rechts mit einer Metallentfernung im Juli 2015 bestehe. Der Versicherte habe auf explizites Befragen hin über Schmerzen im linken Fuss geklagt, diese aber nicht genau lokalisieren können. Sie träten nur bei Belastung, nicht aber in Ruhe auf. Das linke obere Sprunggelenk habe in der Bildgebung normale Befunde erkennen lassen. Das Gelenk sei praktisch frei beweglich gewesen und funktionelle Einbussen hätten sich auch keine gezeigt. Als Residuum der operierten distalen Fibulafraktur rechts sei eine leichte Einschränkung der OSG-Beweglichkeit festzustellen gewesen. Eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit in einem adaptierten Bereich ergebe sich daraus jedoch nicht. Auch der radiologische Befund beider Kniegelenke vermöge die aus der Sicht des RAD unspezifischen Beinbeschwerden, die nach der klaren Aussage des Versicherten eher abklären, nicht zu erklären. Radiologisch hätten mässige medial betonte Gonarthrosen bei klinisch ausgewiesenen Genua vara beidseits imponiert. Klinisch habe sich eine



vollumfängliche und schmerzfreie Beweglichkeit beider Kniegelenke gefunden. Weder hätten Ergüsse noch irgendeine Instabilität nachgewiesen werden können. Die Arbeitsfähigkeit in einem adaptierten Bereich sei auch hier nicht betroffen. Das Ameisenlaufen, welches der Versicherte erst in der Systemanamnese erwähnt habe, trete nur sporadisch auf und behindere ihn in keiner Weise. Dieses Phänomen, das sich angesichts eines völlig unauffälligen Neurostatus sowie bei nicht dermatombezogener Hyposensibilität nicht zuordnen lasse, müsse für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als irrelevant bezeichnet werden (IV-act. 88- 1 ff.).

B.e Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im psychiatrischen Abklärungsbericht die Diagnose einer depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradig (ICD-10 F32.0). Anlässlich der psychiatrischen Abklärung habe der Versicherte über Müdigkeit und Schlaflosigkeit geklagt. Gleich zu Beginn und spontan habe er sich über ein ihn heute noch belastendes Ereignis, eine Schiesserei an Silvester 1990 in H.\_\_\_\_, geäußert. An dieses Ereignis werde er seitdem im Schlaf erinnert. Nähere Ausführungen, etwa zu Traumbildern und konkreten Traumgehalten, habe er nicht machen können. Zur Kindheits- und Jugendanamnese seien keine traumatisierenden Ereignisse erwähnt worden. Der Versicherte habe zudem erklärt, dass vor der psychiatrischen Konsultation im Oktober 2013 keine anderweitigen psychiatrisch-psychologischen Behandlungen stattgefunden hätten. Die geäußerten Schlafschwierigkeiten, die gezeigte Depressivität und die Enttäuschung über die Lebensleistung seien im Kontext eines gestörten Selbstwertgefühls und Selbstwelterlebens zu sehen. Darüber hinaus habe sich keine weitergehende psychiatrische relevante Symptomatik ergeben. Der verminderte Antrieb, die Beeinträchtigung des Selbstwertvertrauens und des Selbstwelterlebens sowie die Schlafstörungen sprächen für eine noch als leicht einzuordnende depressive Episode. Anamnestisch liessen sich keine wiederholten depressiven Episoden im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung eruieren. Eine Störung der Konzentration und der Aufmerksamkeit habe im gesamten Gesprächsverlauf nicht objektiviert werden können. Allerdings seien die Angaben zum Arbeitsverlauf bzw. zu den Arbeitsplatzwechseln in der Schweiz im Vergleich zu den Daten aus dem individuellen Konto spärlich und wohl auch nicht zutreffend gewesen. Symptomhinweise auf eine Traumatisierungsstörung seien nicht zu eruieren gewesen. Anders als bei Dr. F.\_\_\_\_ habe der Versicherte bei der aktuellen Abklärung nicht von einem neun Jahre dauernden Asylverfahren und von



durchgehenden Alpträumen seit dieser Zeit berichtet. Die Therapie in I.\_\_\_\_ habe auch nicht zwei Jahre, sondern knapp sieben Monate gedauert. Bemerkenswert sei zudem, dass der Versicherte nachträglich für den Abbruch der Behandlung geltend mache, in I.\_\_\_\_ hätten keine echten Gespräche stattgefunden und er habe sich von Dr. E.\_\_\_\_ sprachlich nicht verstanden gefühlt. Aus psychiatrischer Sicht sei eine depressive Symptomatik vorhanden. Diesbezüglich bestünden keine Diskrepanzen zu Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_. Vom Verlauf her sei die depressive Gestimmtheit im Kontext zur Lebenserfolgsbilanz mit Zügen von Verbitterung verständlich. Hieraus, wie von Dr. E.\_\_\_\_ im Jahr 2014 geschehen, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit abzuleiten, sei nach fachlichen Kriterien nicht gerechtfertigt. Die Behandlung mit 10mg Escitalopram belege den Schweregrad einer mittelgradigen Depression ebenso wenig wie die niederfrequenten Behandlungstermine und der psychiatrische Befund. Andererseits könne die Depression im Oktober 2015 (richtig wohl: 2013) durchaus ausgeprägter gewesen sein als im weiteren Verlauf. Auch die von Dr. F.\_\_\_\_ beschriebene Befundlage entspreche klinisch nicht einer mittelschweren bis schweren Depression, zumal sich vom 20. August bis zur Abklärung am 22. September 2015 unter einer antidepressiven medikamentösen Minimaldosis eine mehr oder weniger spontane Besserung eingestellt haben müsste. Insgesamt liege eine depressive Störung vor, die im Ausprägungsgrad und Gesamtverlauf seit Oktober 2013 allenfalls einmal als punktuell mittelgradig, insgesamt jedoch bis jetzt als konstant leichter Art einzuschätzen sei. Die leichte depressive Störung mit allenfalls punktuell mittelgradiger Akzentuierung wirke sich auf die Leistungsfähigkeit im Ausmass von maximal 20% aus. Dies betreffe die psychische Belastbarkeit, das Umstellungsvermögen und längere Spannen der Aufmerksamkeitsbelastung. Ein demonstrativ-aggravierendes Verhalten könne darin gesehen werden, dass die anfänglich etwas schwerfällig anmutende Gehweise und die dysphorisch-mürrisch wirkende Mimik zu Gesprächsbeginn nach der Untersuchung völlig verschwunden gewesen seien (IV-act. 88-6 ff.).

B.f In der interdisziplinären Stellungnahme hielten die Ärzte zusammenfassend fest, dass aufgrund der leichten depressiven Störung nach ICD-10 F32.0 eine allenfalls maximal 20%ige Minderung des Leistungsvermögens bei einem zeitlich vollen Arbeitspensum von 100% resultiere. Einer Arbeitseingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt stünden aus psychiatrischer Sicht in den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten keine Hinderungsgründe entgegen. Psychiatrischerseits könne nicht ausgeschlossen



## St.Galler Gerichte

werden, dass zu Beginn der Behandlung bei Dr. E.\_\_\_\_ eine depressive Störung vorgelegen habe, seitens der mitgeteilten Befunde jedoch keinesfalls in einem Schwereausmass, welches eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bis 70% begründet hätte. Die von Dr. F.\_\_\_\_ in dessen Bericht vom 1. September 2015 diagnostizierte mittelgradige bis schwere Depression könne vom bisherigen Gesamtverlauf her ebenfalls nicht bestätigt werden. Aus somatischer Sicht verfüge der Versicherte in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne monotone Zwangshaltungen über eine volle Arbeitsfähigkeit (volle Leistungsfähigkeit bei ganztägiger Präsenz). Aus interdisziplinärer Sicht sei dem Versicherten in einer entsprechend angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80% zuzumuten. Die Reduktion um 20% ergebe sich aus einer psychiatrisch bedingten Minderung des Leistungsvermögens (IV-act. 88-17).

B.g Gestützt darauf stellte die IV-Stelle dem Versicherten im Vorbescheid vom 26. November 2015 die Abweisung des Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 20% in Aussicht (IV-act. 93).

B.h Dagegen erhob der Versicherte am 5. Januar 2016 Einwand und reichte einen Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2015 ein. Darin hatte dieser im Wesentlichen ausgeführt, dass er weiterhin an der gestellten Diagnose festhalte und dass der dokumentierte Psychostatus vom 20. August 2015 diese Diagnose rechtfertige. Die von Dr. G.\_\_\_\_ erhobenen psychopathologischen Befunde würden nicht in Frage gestellt. Der Versicherte habe die Behandlung aufgenommen und unter etablierten therapeutischen Massnahmen habe sich die depressive Symptomatik gebessert. Eine depressive Störung habe einen phasenförmigen Verlauf mit fluktuierendem Ausmass der depressiven Symptome. Dass in diagnostischer Hinsicht eine depressive Störung vorliege, sei auch vom RAD nicht angezweifelt worden (IV-act. 94).

B.i Am 11. April 2016 verfügte die IV-Stelle gemäss Vorbescheid. Zu den Einwänden führte sie an, dass der Versicherte ab Mai 2015 eine AHV-Rente beziehe und demzufolge im August 2015 bereits AHV-Rentner gewesen sei. Dr. F.\_\_\_\_ äussere sich zum Gesundheitszustand ab dem 20. August 2015; dessen Äusserungen seien deshalb nicht mehr relevant (IV-act. 95).

C.



## St.Galler Gerichte

C.a Dagegen erhob der Versicherte am 10. Mai 2016 Beschwerde. Er beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 11. April 2016 und die Zusprache einer Invalidenrente. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Er machte im Wesentlichen geltend, dass die Begründung der Verfügung, laut der nicht auf die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ abgestellt werden könne, da diese erst im August 2015 erfolgt sei, völlig haltlos sei. Die RAD-Untersuchung sei im September 2015 erfolgt; nach der Argumentation der Beschwerdegegnerin könnte auf diese also noch viel weniger abgestellt werden. Darüber hinaus ergebe sich aus allen psychiatrischen Berichten, dass die psychische Einschränkung eine lange Geschichte habe und sich nicht erst nach dem Pensionsalter entwickelt habe (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 17. Juni 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie führte an, dass der Beschwerdeführer durch den RAD umfassend rheumatologisch und psychiatrisch untersucht worden sei. Aufgrund der relativ unproblematischen Befundlage habe der RAD dem Beschwerdeführer zu Recht lediglich eine Arbeitsunfähigkeit von 20% attestiert. Es sei ohne Abstriche auf das RAD-Gutachten abzustellen, weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (act. G 4).

C.c In der Replik vom 18. August 2016 hielt der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren fest und führte im Wesentlichen das bereits in der Beschwerde Vorgebrachte an. Ergänzend machte er geltend, dass dem RAD-Bericht die gleiche psychiatrische Diagnose zugrunde liege und diese sich lediglich in der Intensität der psychiatrischen Einschränkung von der Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ unterscheide (act. G 6).

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 8).

## Erwägungen

1.

1.1 Streitig und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung bis zum (vorgezogenen) Bezug der AHV-Altersrente und somit bis am 30. April 2015 (vgl. IV-act. 73-2, 91-3).



1.2 Einen Rentenanspruch haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gemäss Art. 28a Abs. 1 des IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.3 Um das Invalideneinkommen zu bestimmen und damit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, muss die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit im Verfügungszeitpunkt feststehen.

2.

2.1 Zur Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer durch den RAD rheumatologisch und psychiatrisch abklären lassen (IV-act. 88). Vorab ist festzuhalten, dass entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. act. G 6 S. 2) auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen Beweiswert zukommt, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Experte in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf



vielmehr besonderer Umstände, die das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Zwar ist im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, die den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, an die Unparteilichkeit der medizinischen Fachpersonen ein strenger Massstab anzulegen, doch sind ergänzende Abklärungen mittels unabhängiger Begutachtung nur dann vorzunehmen, wenn Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (vgl. (BGE 125 V 354 E. 3b/ cc, BGE 135 V 470 E. 4.4).

2.2 Die vom RAD in rheumatologischer und internistischer Hinsicht attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne monotone Zwangshaltungen ist mit Blick auf die erhobenen unauffälligen Befunde, die klinisch schmerzfremige Beweglichkeit beider Kniegelenke und die lediglich leichte Einschränkung der OSG-Beweglichkeit nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer beanstandet denn auch einzig den psychiatrischen Teil der RAD-Abklärung. Dabei hält er der Einschätzung von RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ insbesondere die Beurteilungen seiner behandelnden Psychiater Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ entgegen (vgl. act. G 1 S. 3 f.).

### 2.3

2.3.1 Wie der rheumatologische Abklärungsbericht beinhaltet auch der psychiatrische RAD-Abklärungsbericht eine umfassende Darstellung der vorhandenen Akten und eine ausführliche Anamnese. Dr. G.\_\_\_\_ hat sich eingehend mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt und diese bei seiner Beurteilung berücksichtigt. Er hat überzeugend dargelegt, dass die vom Beschwerdeführer geäusserten Schlafschwierigkeiten, die gezeigte Depressivität und die Enttäuschung über die Lebensleistung im Kontext zu einem gestörten Selbstwertgefühl und Selbstwernerleben zu sehen seien und dass der verminderte Antrieb, die Beeinträchtigung des Selbstwertvertrauens und des Selbstwernerlebens sowie die Schlafstörungen lediglich für eine als leicht einzuordnende depressive Episode sprächen, so dass keine weitergehende psychiatrische relevante Symptomatik vorliege. Er hat seine Diagnose in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge schlüssig begründet und nachvollziehbar dargelegt, dass die beim Beschwerdeführer bestehende leichte depressive Symptomatik eine maximal 20%ige Einschränkung



seiner Leistungsfähigkeit bewirke. Aus den Akten ergeben sich auch keine Hinweise darauf, dass die Beurteilung durch sachfremde, d.h. durch nicht medizinische Aspekte beeinflusst worden wäre, oder dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären.

2.3.2 Die einleuchtenden Schlussfolgerungen des Rad-Arztes sind entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers durch die Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen. Dr. G.\_\_\_\_ hat sich mit den Einschätzungen der behandelnden Psychiater auseinandergesetzt und hat seine davon abweichende Auffassung – insbesondere auch hinsichtlich der Schwere der depressiven Störung und der Einschränkung der Leistungsfähigkeit – schlüssig begründet. Dabei gilt es zu beachten, dass die behandelnden und die begutachtenden psychiatrischen Fachärzte aufgrund der unterschiedlichen Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag nicht selten zu abweichenden Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und der sich daraus ergebenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gelangen. Hinsichtlich der Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ ist darüber hinaus festzuhalten, dass dieser die von Dr. G.\_\_\_\_ erhobenen psychopathologischen Befunde nicht grundsätzlich in Frage gestellt, sondern vielmehr auf den phasenförmigen Verlauf einer depressiven Störung mit einem fluktuierenden Ausmass der depressiven Symptome hingewiesen hat. Wie Dr. G.\_\_\_\_ diesbezüglich allerdings festgehalten hat, sind dem dokumentierten Aktenverlauf keine konsequenten Therapiebemühungen des Beschwerdeführers zu entnehmen, obwohl solche bei einer mittel- oder gar schwergradigen Depression ohne Weiteres zu erwarten gewesen wären. So hat sich der Beschwerdeführer erstmals im Oktober 2013 bei Dr. E.\_\_\_\_ in psychiatrische Behandlung begeben, diese nach einer relativ kurzen Behandlungsdauer (neun Sitzungen bis April 2014) trotz der von Dr. E.\_\_\_\_ beschriebenen gleichbleibenden Depression abgebrochen und erst nach einem längeren Unterbruch im August 2015 erneut eine Therapie bei Dr. F.\_\_\_\_ begonnen. Die RAD-ärztliche Schlussfolgerung, dass konstant eine leichte depressive Störung, allenfalls mit einer einmaligen punktuell mittelgradigen Ausprägung im Oktober 2013, vorgelegen habe, überzeugt somit insbesondere auch mit Blick auf den aktenmässigen Verlauf.

2.4 Zusammenfassend ist gestützt auf den schlüssigen RAD-Abklärungsbericht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass



der Beschwerdeführer seit dem potentiellen Rentenbeginn und bis zu seiner Pensionierung am 1. Mai 2015 in der bisherigen sowie jeder anderen, leidensangepassten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig gewesen ist. Nachdem der Sachverhalt als umfassend abgeklärt zu erachten und von weiteren medizinischen Abklärungen keine verlässlichere Arbeitsfähigkeitsschätzung zu erwarten ist, ist dem Eventualantrag des Beschwerdeführers, die Angelegenheit sei zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, nicht stattzugeben (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157, E. 1d).

3.

Die Beschwerdegegnerin hat bei der Invaliditätsbemessung das im Jahr 2008 erzielte Jahreseinkommen von Fr. 77'214.00 herangezogen (vgl. auch die ursprüngliche Verfügung vom 28. Januar 2014, IV-act. 54) und ist von einem an die Nominallohnentwicklung angepassten Valideneinkommen von Fr. 80'444.-- ausgegangen. Dies ist nicht zu beanstanden und ist vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten worden. Nachdem ihm die ursprüngliche Hilfsarbeit als Maschinenführer sowie jede andere körperlich leichte bis mittelschwere Hilfsarbeit weiterhin zumutbar ist, ist auch zur Ermittlung des (hypothetischen) Invalideneinkommens ein Jahreslohn von Fr. 80'444.--heranzuziehen. Angepasst an eine Restarbeitsfähigkeit von 80% ergibt sich – wie von der Beschwerdegegnerin verfügt – ein Invalideneinkommen von Fr. 64'355.-- (Fr. 80'444.-- x 0.8). Da ein potentieller, betriebswirtschaftlich-ökonomisch denkender Arbeitgeber aufgrund der eingeschränkten psychischen Belastbarkeit des Beschwerdeführers mit vermehrten krankheitsbedingten Absenzen rechnen und zudem der mangelnden Flexibilität und reduzierten Aufmerksamkeitsleistung Rechnung tragen müsste, hätte die verbliebene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für einen Arbeitgeber nicht mehr denselben betriebswirtschaftlichen Wert wie die Arbeitsleistung eines gesunden, durchschnittlich leistungsfähigen Arbeitnehmer im 80%-Pensum. Da er dem Beschwerdeführer aus diesen Gründen nur einen deutlich unter dem Zentralwert liegenden Lohn zahlen würde, ist entgegen der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Invaliditätsbemessung beim Invalideneinkommen praxisgemäss ein Tabellenlohnabzug von 15% zu berücksichtigen. Daraus ergibt sich ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 32% (= Fr. 80'444.-- - Fr. 64'355.-- x 0.85 / Fr. 80'444.--). Damit hat der



Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente und die Beschwerdegegnerin hat das Rentengesuch im Ergebnis zu Recht abgewiesen.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

4.2 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 bis IVG). Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm daran anzurechnen. Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### **Entscheid**

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird ihm daran angerechnet.