



Fall-Nr.: IV 2017/369
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 21.04.2020
Entscheiddatum: 06.02.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 06.02.2020

Art. 28 und 29 IVG, Art. 29bis und 88a IVV. Strukturiertes Beweisverfahren bei Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode und weiterer Diagnosen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Februar 2020, IV 2017/369).

Entscheid vom 6. Februar 2020

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie-Theres Rüegg Haltinner und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Felicia Sterren

Geschäftsnr.

IV 2017/369

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Christe, Christe & Isler Rechtsanwälte,
Obergasse 32, Postfach 1663, 8401 Winterthur,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich wegen eines Bandscheibenvorfalls am 25. Mai 2005 zur Früherfassung und im Juni 2011 zum Bezug von Leistungen bei der IV-Stelle an (IV-act. 1 und 5). Mit Verfügung vom 11. Oktober 2011 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 24). Auf ein neuerliches Leistungsbegehren vom 12. Dezember 2011 (IV-act. 25) trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 7. Februar 2012 mangels Glaubhaftmachung einer wesentlichen Änderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht ein (IV-act. 29).

A.b. Am 1. März 2012 wurde beim Versicherten eine Herzoperation durchgeführt und eine künstliche Herzklappe eingesetzt (vgl. IV-act. 32 und 39). Auf Ersuchen des damaligen Arbeitgebers des Versicherten (IV-act. 31) tätigte die IV-Stelle deshalb Abklärungen (vgl. IV-act. 36 f. und 43). Im Assessmentgespräch vom 12. Juni 2012 gab der Versicherte unter anderem an, er habe Schlafprobleme, weil er die künstliche Herzklappe arbeiten höre (IV-act. 45). Am 4. Juli 2012 gewährte ihm die IV-Stelle Beratung und Unterstützung beim Arbeitsplatzergänzung (IV-act. 50). Nachdem der Versicherte auch im Januar 2013 an Brust- und Rückenschmerzen, Schlafproblemen, Schwindel sowie tiefem Blutdruck litt und sich subjektiv nicht in der Lage fühlte, an Eingliederungsbemühungen mitzuwirken, wurden die beruflichen Massnahmen mit Mitteilung vom 30. Januar 2013 abgeschlossen und die Rentenprüfung veranlasst (IV-act. 60 und 64).

A.c. Mit Vorbescheid vom 15. Mai 2013 stellte die IV-Stelle dem Versicherten eine Abweisung seines Antrags auf Rentenleistungen in Aussicht (IV-act. 78). Dagegen erhob der Versicherte mit Hilfe seines Rechtsschutzversicherers Einwand (IV-act. 81).



A.d. Mit Schreiben vom 23. Oktober 2013 begründete der Rechtsschutzversicherer den Einwand unter Bezugnahme auf den Arztbericht des Psychiatrie-Zentrums B.____ vom 1. Oktober 2013 (IV-act. 91-3 f.) im Wesentlichen damit, beim Versicherten bestehe auch ein psychisches Beschwerdebild, welches trotz konsequenter Behandlung sowie Motivation und Mitarbeit des Versicherten seit Juli 2012 stationär sei. Es würden eine mittelgradige depressive Episode, chronische körperliche Begleiterkrankungen in Form von anhaltenden Schmerzen seit der Herzoperation 2012 sowie stationäre Rückenschmerzen aufgrund eines Bandscheibenvorfalles L4/5 bestehen (IV-act. 91-1 f.).

A.e. Mit Schreiben vom 19. November 2013 ordnete die IV-Stelle eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung an (IV-act. 92). Am 19. Februar 2014 teilte sie dem Versicherten mit, die Begutachtung werde durch die ABI Begutachtungsinstitut GmbH (nachfolgend: ABI) erfolgen (IV-act. 100).

A.f. Mit Gutachten vom 30. Juni 2014 stellten die ABI-Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Valvuläre Herzkrankheit (ICD-10 I35.9, I71.9), pantonale Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (ICD-10 H90.3), Tinnitus beidseits (ICD-10 H93.1), intermittierende Schwindelsymptomatik (ICD-10 H82). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne klar fassbare radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5), chronische Kniebeschwerden (ICD-10 M79.66), anamnestisch einen Status nach Eingriff bei Karpaltunnelsyndrom links zirka 2008 (ICD-10 Z98.8) sowie anamnestisch einen Status nach konservativ behandelter Fraktur im Bereich des dominanten linken Daumens (ICD-10 T92.1) auf. Für eine körperlich nur gelegentlich mittelschwer belastende Tätigkeit ohne sturzgefährdete Tätigkeiten oder Tätigkeiten auf Baustellen und Gerüsten und ohne Tätigkeiten, welche eine normale auditive Kapazität erforderten, bestehe seit dem Auftreten der Beschwerdesymptomatik 2012 eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90%, vollschichtig realisierbar. Für die angestammte sowie andere körperlich schwer belastende Tätigkeiten bestehe seit der Diagnosestellung im November 2011 Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 103-39 ff.).

A.g. Mit Verfügung vom 12. Januar 2015 wies die IV-Stelle das Gesuch um eine Invalidenrente ab (IV-act. 111). Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, nun



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Christe, am 11. Februar 2015 Beschwerde. Sein psychischer Gesundheitszustand habe sich seit Anfang 2014, noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung, massiv verschlechtert. Es seien deshalb ergänzende medizinische Abklärungen notwendig (IV-act. 113). Am 20. April 2015 widerrief die IV-Stelle die Verfügung vom 12. Januar 2015 (IV-act. 127). Am 22. Mai 2015 schrieb das Versicherungsgericht das Verfahren ab (IV-act. 135).

A.h. Mit Bericht vom 15. Oktober 2015 hielt Dr. med. C.____, Oberarzt und Bereichsleiter Ambulatorium, Psychiatrie-Zentrum B.____, fest, bei der Aufnahme des Versicherten habe man die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt, im Verlauf jene von psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten. Aktuell liege eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome vor (IV-act. 146-6). Daraufhin gab die IV-Stelle eine Verlaufsbegutachtung beim ABI in Auftrag (vgl. IV-act. 147 bis 153). Am 27. Januar 2016 teilte der Rechtsvertreter mit, aufgrund einer akuten Verschlechterung sei der Versicherte in der Psychiatrischen Klinik D.____ in stationärer Behandlung (IV-act. 155).

A.i. Aus dem Bericht der Psychiatrischen Klinik D.____ vom 31. März 2016 geht hervor, dass der Beschwerdeführer dort vom 20. Januar 2016 bis 26. Februar 2016 in stationärer psychiatrischer Behandlung war (IV-act. 166).

A.j. Mit Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2016 stellten die ABI-Gutachter fest, im Vergleich zur Vorbegutachtung habe sich der psychiatrische Gesundheitszustand verschlechtert. Neu könne beim Versicherten eine gegenwärtig mittelgradige depressive Störung diagnostiziert werden, welche zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% in sämtlichen Tätigkeiten seit Dezember 2014 führe (vgl. IV-act. 162-33 f.). Am 26. April 2016 gab der ABI-Gutachter Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, auf Nachfrage hin an, bei einem Wegfall der psychosozialen Faktoren könne nicht mit einem Abklingen der psychischen Probleme des Versicherten gerechnet werden (IV-act. 167).

A.k. Mit Vorbescheid vom 26. Juni 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten eine Abweisung seines Rentengesuchs in Aussicht. Bei einer näheren juristischen



Überprüfung der zugrundeliegenden psychiatrischen Diagnose könne dieser keine invalidisierende Wirkung beigemessen werden (IV-act. 196).

A.l. Mit Einwand vom 21. August 2017 brachte der Versicherte gegen den Vorbescheid vor, er leide unter einer chronifizierten depressiven Erkrankung von mittlerem Schweregrad, die eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bewirke. Diese Erkrankung habe sich in dem Sinne verselbständigt, dass nicht damit gerechnet werden könne, sie würde bei einem Wegfall der psychosozialen Faktoren wieder abklingen. Gestützt auf die Berichte der behandelnden Psychiater und Institutionen könne nicht davon ausgegangen werden, eine Intensivierung der Therapie oder Änderung der Medikation könnte eine wesentliche Verbesserung bewirken. Somit bestehe ein invalidisierendes psychisches Leiden. Aufgrund seiner Einschränkungen sei zudem bei der Festlegung des Invalideneinkommens ein Tabellenlohnabzug vorzunehmen (IV-act. 197).

A.m. Mit Verfügung vom 5. September 2017 wies die IV-Stelle das Gesuch um Invalidenrente ab. Der psychiatrischen Diagnose könne keine invalidisierende Wirkung beigemessen werden, weil der Versicherte bisher bloss einmal pro Monat eine Depressionstherapie wahrgenommen habe. Dies sei in der Rechtsanwendung für die Annahme einer rentenrelevanten Invalidität klar ungenügend. Zudem sei die Dosierung des verabreichten stimmungsstabilisierenden Neuroleptikums viel zu tief. Die Therapiemöglichkeiten seien auch unter Berücksichtigung des rund einmonatigen stationären Aufenthalts noch nicht als ausgeschöpft anzusehen. Deshalb stelle die IV-Stelle betreffend Arbeitsfähigkeitsschätzung weiterhin auf das Erstgutachten von 2014 ab (IV-act. 198).

B.

B.a. Gegen diese Verfügung erhob A.____ am 6. Oktober 2017 Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 5. September 2017 sei aufzuheben und ihm sei mindestens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter seien die Abklärungen zu ergänzen und danach neu über die Invalidenrente zu entscheiden. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Zudem sei ihm die unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsverteidigung zu bewilligen. Im Einzelfall müsse es möglich sein, den Nachweis zu erbringen, dass die Therapie im Rahmen des Zumutbaren angemessen sei und von weiteren Therapiebemühungen



trotz Behandlungsbereitschaft des Versicherten keine wesentliche Besserung erwartet werden könne. Dies sei vorliegend der Fall. Das ABI-Gutachten gehe von einer Therapie lege artis aus. Als Therapieempfehlung werde zwar die Aufdosierung von Quetiapin empfohlen. Von einer Intensivierung der Therapie sei aber ausdrücklich nicht die Rede. Das Quetiapin sei nach umfangreichen Versuchen mit verschiedenen Psychopharmaka infolge Wirkungslosigkeit beziehungsweise sogar negativer Nebenwirkungen wieder abgesetzt worden. Das spezielle Problem im vorliegenden Fall liege darin, dass die chronische depressive Störung Folge der Geräusche sei, welche von der künstlichen Herzklappe des Beschwerdeführers ausgingen. Bereits der Ende 2015 im Heimatland F.____ konsultierte Psychiater habe zu bedenken gegeben, bei dieser Krankheitsursache bringe eine eigentliche Psychotherapie wenig. Diese Auffassung werde sowohl im ABI-Gutachten wie auch in den Berichten der Klinik D.____ sinngemäss bestätigt. Es müsse deshalb von einer ausgewiesenen Behandlungsresistenz trotz bisheriger adäquaten Behandlungsbemühungen ausgegangen werden. Bei einer Restarbeitsfähigkeit von 50% sei dem Beschwerdeführer mindestens eine halbe Rente zuzusprechen. Sollten an der Adäquanz der bisherigen Therapie Zweifel bestehen, würden sich ergänzende psychiatrische Abklärungen aufdrängen (act. G1).

B.b. Mit Beschwerdeantwort vom 7. Dezember 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Psychische Störungen würden grundsätzlich nur dann als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar seien. Bei depressiven Störungen im mittelgradigen Bereich sei die invalidisierende Wirkung besonders sorgfältig zu prüfen, denn bei solchen Störungen werde praxisgemäss angenommen, dass aufgrund der regelmässig guten Therapierbarkeit hieraus keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere. Im ersten ABI-Gutachten vom 30. Juni 2014 sei noch eine leichte depressive Episode festgestellt worden. Von einer mittelschweren Depression könne erst im Zeitpunkt der zweiten ABI-Begutachtung im Februar 2016 ausgegangen werden, denn der Sichtweise der ambulanten Behandler, die ab 2015 durchwegs ein schweres depressives Zustandsbild postulierten, könne angesichts der überzeugenden gutachterlichen Beurteilung nicht gefolgt werden. Im zweiten ABI-Gutachten vom 16. Februar 2016 sei eine Fortführung der psychiatrisch-



psychotherapeutischen Behandlung nach Beendigung des stationären Aufenthaltes sowie eine Steigerung der Medikation mit Quetiapin empfohlen worden. Diese Empfehlung bezüglich der medikamentösen Behandlung sei nicht umgesetzt worden. Dem Beschwerdeführer sei in der Folge weder das Medikament Dipiperon, das sich gemäss Bericht der Klinik D.____ vom 31. März 2016 positiv auf die Schlafqualität des Beschwerdeführers ausgewirkt habe, noch das Neuroleptikum Quetiapin verabreicht worden. Die ambulante Therapie, welche schon vor dem Klinikaufenthalt mit bloss einer Konsultation pro Monat keine konsequente Depressionstherapie dargestellt habe, sei nach dem Klinikaufenthalt auf eine Konsultation alle zwei Monate reduziert worden. Bei objektiver Betrachtung könne kein anhaltender, therapieresistenter Zustand bejaht werden. Daran ändere auch der Umstand nichts, dass der psychiatrische Experte erwähne, die bisherige Therapie sei lege artis durchgeführt worden. Die Depression stelle mangels Therapieresistenz keinen invalidenversicherungsrechtlich massgebenden Gesundheitsschaden dar. Ins Gewicht falle weiter, dass das depressive Geschehen von psychosozialen Faktoren überlagert und gefördert werde. Für den Einkommensvergleich sei daher von der gemäss den beiden ABI-Gutachten aus somatischer Sicht resultierenden zumutbaren Restarbeitsfähigkeit von 90% für angepasste Tätigkeiten abzustellen (act. G5).

B.c. Mit Replik vom 9. Februar 2018 hält der Beschwerdeführer mit Ausnahme seines Antrags auf unentgeltliche Rechtspflege an seinen Anträgen fest. Die vom Beschwerdegegner herangezogene Rechtsprechung, wonach bei behandelbaren psychiatrischen Beschwerden und nicht ausgewiesener Therapieresistenz keine relevante Invalidität gegeben sei, sei überholt. Stattdessen sei auch bei depressiven Störungen im Sinne eines strukturierten Beweisverfahrens die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Dies sei vorliegend durch das ABI-Gutachten nachvollziehbar und abschliessend erfolgt. Trotz gewisser, allerdings eher theoretisch und entsprechend unsicher erscheinenden Therapieoptionen könne auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch das ABI abgestellt werden (act. G8).

B.d. Mit Duplik vom 13. März 2018 bestätigt die Beschwerdegegnerin, dass nach der neuen Rechtsprechung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens anhand vorgegebener Indikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen eingeschätzt werden müsse. Entscheidend dabei sei unabhängig von der diagnostischen



Einschätzung des Leidens, ob es gelinge, auf objektiverer Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen habe. In diesem Rahmen stellten Verlauf und Ausgang von Therapien wichtige Schweregradindikatoren dar. Es sei Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz mittelschwerer Depression und an sich guter Therapiemöglichkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultierten, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Die medizinische Aktenlage erlaube eine schlüssige Beurteilung im Lichte der Standardindikatoren. In der Gesamtbetrachtung seien die im ABI-Gutachten vom 16. Februar 2016 postulierten funktionellen Auswirkungen der erhobenen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit beweismässig nicht hinreichend erstellt. Wenn ein rechtsgenügender Bezug zwischen den gestellten Diagnosen und deren funktionellen Auswirkungen im Sinne einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen sei, habe der materiell beweibelastete Beschwerdeführer die Folgen zu tragen. Damit sei kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen (act. G11).

Erwägungen

1.

1.1. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

1.2. Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens



einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.3. Das Beschwerdebild mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar die Symptomatik beeinflussen und nicht bloss mittelbar eine (verselbstständigte) Gesundheitsschädigung aufrechterhalten oder ihre (unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden) Folgen verschlimmern, sind als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Faktoren auszuscheiden. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden kann nur gegeben sein, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst. Auch bei einer diagnostizierten Depressionsstörung sind daher das Beschwerdebild prägende psychosoziale Belastungsfaktoren bei der Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, zu beachten und auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2017, 8C_14/2017, E. 5.3, mit Hinweisen).

1.4. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

1.5. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelrente.

2.

2.1. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit 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 256 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der



Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

2.2. Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, 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 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Die unterschiedliche Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Entscheid des Bundesgerichts vom 25. April 2019, 9C_34/2019, E. 4.1 mit Hinweis auf SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148, 9C_338/2016 E. 5.5).

2.3. Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

3.

3.1. Mit dem am 3. Juni 2015 gefällten BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die von ihm geschaffene Überwindbarkeitsvermutung bezüglich pathogenetisch-ätiologisch



unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage und den sich an den Foersterkriterien orientierenden Prüfungsraster aufgegeben. Das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell wurde durch ein "strukturiertes" Beweisverfahren ersetzt. Nach der neuen Rechtsprechung hat die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Massgebend sind gemäss Bundesgericht in Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen eingeteilte Standardindikatoren. Zum funktionellen Schweregrad sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (mit den Aspekten der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz und der Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (mit Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen) und "Sozialer Kontext" zu berücksichtigen. In der Kategorie der Konsistenz geht es um Gesichtspunkte des Verhaltens, namentlich um eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und um behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3).

3.2. Soweit die festgestellte Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, liegt nach der Rechtsprechung regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrads ist gemäss Bundesgericht nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2015, 8C_421/2015, E. 5.2).

3.3. Mit den BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 weitete das Bundesgericht die Anwendbarkeit des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 auf sämtliche psychischen Erkrankungen, insbesondere auch leichte bis mittelschwere depressive Störungen aus. Demnach vermag die Therapierbarkeit psychischer Leiden allein keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der Beeinträchtigung und deren Relevanz im IV-rechtlichen Kontext zu liefern. Gemäss früherem Verfahrensstand eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer



Anwendung auf die materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgebenden Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8).

3.4. Die Rechtsanwender überprüfen die ärztlichen bzw. gutachterlichen Angaben nach der Rechtsprechung (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2) frei, insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (vgl. Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG).

3.5. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) darf sich die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen (Entscheid des Bundesgerichts vom 24. August 2016, 8C_399/2016 E. 2.2). Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 15. März 2017, 8C_14/2017 E. 5.3, BGE 140 V 193). Weil aber Recht und Medizin in der Invalidenversicherung zur Feststellung ein und derselben Arbeitsfähigkeit beitragen, gibt es keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit. Wenn und soweit die medizinischen Experten die rechtlichen Vorgaben beachten, scheidet daher eine rechtliche Parallelüberprüfung im Sinn einer "freihändigen Anwendung" der zu beachtenden Standardindikatoren aus (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 18. November 2015, 9C_125/2015 E. 5.5, BGE 141 V 281 E. 5.2.3).

3.6. Eine neue Rechtsprechung ist im Grundsatz sofort und überall anwendbar und gilt nicht nur für künftige, sondern für alle im Zeitpunkt der Änderung hängigen Fälle (Entscheid des Bundesgerichts vom 7. November 2019, 9C_309/2019, E. 4.1 mit Hinweisen).



4.

4.1. Die Beschwerdegegnerin nimmt in ihrer Verfügung vom 5. September 2017 betreffend Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht Bezug auf das ABI-Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2016, sondern auf das ABI-Gutachten vom 30. Juni 2014 (siehe IV-act. 198). Dieses Vorgehen ist unter dem folgenden Gesichtspunkt unzulässig.

4.2. Der Beschwerdeführer macht geltend, nach der ersten Begutachtung durch das ABI, aber noch vor Erlass der Verfügung vom 12. Januar 2015 habe sich sein Gesundheitszustand wesentlich verschlechtert. RAD-Arzt Dr. med. G.____ äusserte daraufhin am 12. November 2015, lese man den Verlaufsbericht Dr. C.____s, so könne eine erhebliche und anhaltende Veränderung des Gesundheitszustands nicht ausgeschlossen werden (IV-act. 149). Infolgedessen wurde die Verlaufsbeurteilung in Auftrag gegeben (vgl. IV-act. 153). Diese ergab eine deutliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands seit Dezember 2014. In der Konsensbeurteilung wurde ausdrücklich festgehalten, dass sich der psychiatrische Gesundheitszustand im Vergleich zur Vorbeurteilung im Jahre 2014 verschlechtert habe (IV-act. 162-33 f.). Dr. G.____ hielt mit Stellungnahme vom 8. April 2016 fest, das ABI-Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2016 erfülle die für eine gute Qualität erforderlichen Kriterien. Die vom Bundesgericht vorgeschlagenen Standardindikatoren würden im Rahmen des entsprechenden Fragebogens systematisch abgehandelt. Die Gutachter würden sich ausführlich mit der Vorgeschichte des Beschwerdeführers befassen, sämtliche wichtigen Dokumente auflisten, ihre neuen Ergebnisse mit jenen des ABI-Gutachtens vom 30. Juni 2014 vergleichen und schliesslich zu plausibel nachvollziehbaren Konklusionen gelangen. Der psychiatrische Gutachter habe eine leitliniengerechte Anamneseerhebung vorgenommen und sei zur Konklusion gelangt, dass der Beschwerdeführer eine gegenwärtig mittelgradige depressive Episode aufweise. Dabei werde auch festgestellt, dass der Versicherte im Komplex "Gesundheitsschädigung" hinsichtlich der Ausprägung der diagnoserelevanten psychiatrischen Befunde keine Diskrepanzen habe erkennen lassen. In einer adaptierten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 50% seit Dezember 2014 (IV-act. 163).

4.3. Die Beschwerdegegnerin anerkennt somit eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers sowie das Vorliegen einer zumindest mittelgradigen depressiven Episode. Sie hätte demnach auf das ABI-Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2016 abstellen müssen. Selbst wenn sie die psychiatrischen Diagnosen näher juristisch überprüfen will und zum Ergebnis kommt, dass diesen keine invalidisierende Wirkung beigemessen werden könne (IV-act. 196), müsste sie dennoch



das ABI-Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2016 als Ausgangspunkt beachten und darf nicht auf das inzwischen veraltete Gutachten vom 30. Juni 2014 zurückgreifen.

5.

5.1. Es ist zu prüfen, ob das ABI-Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2016 beweiskräftig ist und folglich darauf abgestellt werden kann.

5.2. Beide Parteien billigen diesem Verlaufsgutachten grundsätzlich Beweiswert zu. Der Beschwerdeführer leitet aus der im Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit von 50% seinen Rentenanspruch ab. Auf Seiten der Beschwerdegegnerin erachtete Dr. G. ___ das ABI-Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2016 als qualitativ einwandfrei (vgl. IV-act. 163). Der später beigezogene RAD-Arzt Dr. H. ___ übte zwar Kritik, kam aber zum Schluss, trotz der geäusserten Bedenken und Inkonsistenzen könne dem ABI-Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2016 "noch eine brauchbare versicherungsmedizinische Einschätzung" der Arbeitsfähigkeit zugesprochen werden (IV-act. 177-2). Anlässlich einer Besprechung vom 7. Dezember 2016 wies Dr. H. ___ darauf hin, das ABI-Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2016 enthalte einige Inkonsistenzen und die Anamnese sei sehr oberflächlich erhoben worden. Infolgedessen wurden weitere Informationen angefordert (IV-act. 178-2 f.). Mit Stellungnahme vom 15. Mai 2017 bestätigte Dr. H. ___ die im Verlaufsgutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 50% jedoch erneut (IV-act. 191-5). Der Rechtsdienstmitarbeiter der Beschwerdegegnerin hielt daraufhin am 23. Juni 2017 fest, die beiden ABI-Gutachten seien als voll beweiskräftig anzusehen (IV-act. 193-1). Die Beschwerdegegnerin bestritt in der Folge lediglich, dass die therapeutischen Optionen ausgeschöpft und damit die psychiatrische Erkrankung invalidisierend sei (vgl. IV-act. 196 ff.).

5.3. Das ABI-Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2016 beruht auf eigenständigen Abklärungen und ist für die streitigen Belange umfassend. Insbesondere untersuchten die Gutachter den Beschwerdeführer persönlich (vgl. IV-act. 162-11 ff., 162-17 ff., 162-21 ff., 162-25 ff. und 162-28 ff.), würdigten die von ihm geklagten Beschwerden und verwerteten die medizinischen Vorakten (vgl. IV-act. 162-3 ff.).

5.4. Der psychiatrische Teilgutachter Dr. E. ___ handelte im für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevanten psychiatrischen Teilgutachten die massgeblichen Indikatoren gemäss der neuen Rechtsprechung ab. Zur Gesundheitsschädigung hielt er fest, der Beschwerdeführer leide an einer depressiven Störung. Die Stimmung sei depressiv, der Antrieb vermindert, die Psychomotorik verarmt. Er leide an Konzentrations- und Antriebsstörungen. Er sei resigniert, freudlos, das Leben sei ihm



verleidet. Er sei auf seine Herzgeräusche fixiert und könne sich davon kaum lösen. Auch dies schränke seine Belastbarkeit ein (IV-act. 162-17 f.). Bezüglich des Standardindikators der Persönlichkeit erhob Dr. E. ___ eine Anamnese (IV-act. 162-15 f.) und nahm eine persönliche Untersuchung vor, welche er anschliessend auswertete (IV-act. 162-17). Zu den persönlichen Ressourcen hielt der psychiatrische Teilgutachter fest, der Beschwerdeführer habe früher mit guter Leistung gearbeitet. Er sei durch das andauernde Herzgeräusch belastet, von dem er sich nicht distanzieren könne. Er lebe zurückgezogen, unternehme aber Spaziergänge, sei in der Lage, Auto zu fahren und habe eine gute Beziehung mit seiner Ehefrau und seinen Kindern (IV-act. 162-18 f.).

5.5. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass dem Beschwerdeführer keine vollständige, sondern eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Folglich wurde gleichzeitig eine Arbeitsfähigkeit von 50% als dem Beschwerdeführer zumutbar erachtet, was mit den vorhandenen Ressourcen korreliert. Die Gutachter stellten demnach weder unreflektiert auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte ab noch übernahmen sie die subjektive Ansicht des Beschwerdeführers. Vielmehr setzten sie sich mit beiden Standpunkten auseinander und kamen insbesondere zum Ergebnis, die fehlende Motivation für Eingliederungsmassnahmen könne nicht ausschliesslich durch eine psychiatrische Störung begründet werden (vgl. beispielsweise IV-act. 162-19 und 162-34).

5.6. Dr. E. ___ gab den sozialen Kontext wieder (IV-act. 162-18) und stellte betreffend Konsistenz fest, Hinweise auf Aggravation würden fehlen und es seien keine Diskrepanzen aufgefallen (IV-act. 162-18 f.). Er anerkannte zudem, dass die bisherige Therapie lege artis und unter Kooperation des Beschwerdeführers durchgeführt worden sei. Zwar bemerkte er, die Dosierung von Quetiapin sei viel zu tief und sollte unbedingt erhöht werden (IV-act. 162-18 f.). Zudem empfahl er, eine ambulante Psychotherapie nach Entlassung aus der stationären Behandlung fortzusetzen (IV-act. 162-34). Er vertrat aber offenbar nicht den Standpunkt, dass durch eine Aufdosierung der Medikation bzw. eine Fortsetzung der Psychotherapie der Gesundheitszustand wesentlich verbessert werden könnte. Andernfalls hätte er seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung eine entsprechende Bemerkung vorangestellt und nicht festgehalten, dass keine weiteren Therapieoptionen bestehen würden (IV-act. 162-19).

5.7. Wenn die Beschwerdegegnerin den Leidensdruck des Beschwerdeführers anzweifelt, ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer sich nicht nur in der Schweiz, sondern auch in seinem Heimatland F. ___ in Behandlung begeben und ärztlichen Rat eingeholt hat (vgl. IV-act. 176). Aufgrund der Verschlechterung seines Gesundheitszustands begab er sich in der Schweiz in stationäre Behandlung (IV-



act. 155). Der psychiatrische Teilgutachter hielt dementsprechend fest, die therapeutischen Möglichkeiten seien wahrgenommen worden (IV-act. 162-19). Beim Beschwerdeführer liegt somit ein Leidensdruck vor.

5.8. Zwar weist das ABI-Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2016 tatsächlich, wie RAD-Arzt Dr. H.____ zutreffend festhielt, einige Unstimmigkeiten auf und eine tiefergehende Anamnese wäre wünschenswert gewesen. Insgesamt sind die Mängel jedoch nicht so gravierend, dass sie den Beweiswert des Verlaufsgutachtens unterminieren würden. Die medizinischen Zusammenhänge wurden dargelegt und die medizinische Beurteilung leuchtet grundsätzlich ein. Die Schlussfolgerungen der Gutachter sind begründet. So kam denn auch RAD-Arzt Dr. H.____ zum Ergebnis, auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung gemäss ABI-Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2016 könne abgestellt werden.

5.9. Die Beschwerdegegnerin macht geltend, das depressive Geschehen werde von psychosozialen Faktoren überlagert und gefördert (act. G5). Sie stützt sich dabei wohl auf die Angaben Dr. E.____s im psychiatrischen Teilgutachten, wonach sich der Beschwerdeführer in einer schwierigen wirtschaftlichen Lage befinde, seit zwei Jahren keine finanzielle Unterstützung mehr erhalte und von der Zuwendung seines Sohnes abhängig sei. Diese invaliditätsfremden Faktoren würden zur depressiven Störung beitragen (IV-act. 162-18). Dem steht jedoch entgegen, dass Dr. E.____ auf Nachfrage hin ausdrücklich angab, bei einem Wegfall der psychosozialen Faktoren könne nicht mit einem Abklingen der psychischen Probleme des Versicherten gerechnet werden (IV-act. 167). Die Beschwerdegegnerin hat nicht überzeugend dargetan, weshalb diese gutachterliche Einschätzung unzutreffend sein sollte. Insbesondere bleiben die ständigen, stark beeinträchtigenden Geräusche, welche die Herzklappe des Beschwerdeführers verursacht, auch bei Wegfall dieser psychosozialen Faktoren bestehen. Von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bei Wegfall der psychosozialen Faktoren kann deshalb nicht ausgegangen werden.

5.10. Die psychiatrische Begutachtung genügt nach dem Gesagten den Anforderungen der Rechtsprechung und das Ergebnis ist überzeugend. Die funktionellen Auswirkungen der erhobenen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit sind somit erstellt. Eine juristische Parallelüberprüfung im Sinne einer freihändigen Anwendung der Standardindikatoren verbietet sich daher (vgl. E. 3.5 vorstehend). Die somatische Einschätzung bzw. die Einschätzung des otorhinolaryngologischen Teilgutachtens wurden von keiner Seite thematisiert. Dessen Arbeitsfähigkeitsschätzung erfolgte nicht additiv zur psychiatrischen Einschätzung, sodass die nicht ganz nachvollziehbare Erhöhung von 10% auf 15% nicht relevant bzw. nicht näher zu prüfen ist. Demnach ist



auf die polydisziplinäre Arbeitsfähigkeitsschätzung des ABI-Verlaufsgutachtens vom 16. Februar 2016 abzustellen. Der Beschwerdeführer ist folglich in seiner angestammten Tätigkeit seit November 2011 (IV-act. 162-34 i.V.m. IV-act. 103-41) vollständig arbeitsunfähig. In einer adaptierten Tätigkeit war er bis 30. November 2014 zu 100% arbeitsfähig und ist seit 1. Dezember 2014 zu 50% arbeitsunfähig (vgl. IV-act. 162-20 f.).

6.

6.1. Nachdem das ABI-Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2016 beweiskräftig ist, ist nun zu bestimmen, ob der Beschwerdeführer gestützt auf die vorliegende Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

6.2. Vorliegend begann das Wartejahr im November 2011 und war gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG im November 2012 erfüllt. Nachdem die Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren vom 12. Dezember 2011 nicht eingetreten war, tätigte sie auf Ersuchen des damaligen Arbeitgebers vom 14. Februar 2012 weitere Abklärungen. Unter Berücksichtigung von Art. 29 Abs. 1 IVG hat der Beschwerdeführer frühestens nach Ablauf von sechs Monaten, mithin ab 1. August 2012, einen Rentenanspruch. Zu jenem Zeitpunkt war er aber in einer adaptierten Tätigkeit noch zu 100% arbeitsfähig, sodass kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vorlag (vgl. hierzu IV-act. 195).

6.3. Die Arbeitsunfähigkeit von 50% trat gestützt auf das ABI-Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2016 erst im Dezember 2014 ein. Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Art. 29^{bis} der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ist sinngemäss anwendbar (Art. 88a IVV). Vorliegend hatte die Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im März 2015 drei Monate gedauert, sodass ab April 2015 sowohl das Wartejahr als auch die generelle sechsmonatige Karenzfrist und die Frist nach Art. 88a IVV abgelaufen waren. Ein allfälliger Rentenanspruch entsteht somit ab April 2015.

6.4. Auf dem Fragebogen für Arbeitgebende gab die damalige Arbeitgeberin des Beschwerdeführers an, er habe im Jahr 2011 Fr. 67'600.-- verdient (13 x Fr. 5'200.--; IV-act. 72-3). Gemäss der Tabelle "T39 Entwicklung der Nominallohne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne" der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (nachfolgend: LSE) ist dieses Jahreseinkommen durch den Faktor 2'171 zu teilen und mit dem Faktor 2'226 zu multiplizieren, um aus dem Jahreseinkommen 2011 den Nominallohn für das Jahr



2015 zu errechnen. Das Valideneinkommen des Beschwerdeführers für das Jahr 2015 beträgt somit Fr. 69'313.--.

6.5. Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein effektives Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte, insbesondere die Tabellenlöhne gemäss LSE beigezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3).

6.6. Der Beschwerdeführer ist nicht erwerbstätig. Da er in seinem angestammten Tätigkeitsbereich sowie in anderen körperlich schweren Tätigkeiten nicht mehr arbeiten kann, ist für das Invalideneinkommen auf statistische Werte abzustellen. Der Beschwerdeführer verfügt über keine verwertbare Berufsausbildung, sodass die statistischen Werte des Kompetenzniveaus 1 der LSE heranzuziehen sind. Der Jahreslohn 2015 beläuft sich demnach auf Fr. 66'633.-- (siehe Anhang 2 der vom Bundesamt für Sozialversicherungen herausgegebenen IV-Textausgabe, Ausgabe 2019, S. 228, basierend auf der LSE).

6.7. Dem Beschwerdeführer ist sodann ein geringfügiger Tabellenlohnabzug zu gewähren. Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. In [BGE 126 V 75](#) hat das Bundesgericht festgestellt, dass es von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität, Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängt, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind. Bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug ist auf höchstens 25% begrenzt (Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2018, 9C_833/2017, E. 2.2; BGE 134 V 327 E. 5.2).

6.8. Der Beschwerdeführer kann lediglich noch in einem 50%-Pensum arbeiten. Dieses Pensum könnte gemäss dem ABI-Verlaufsgutachten vom 16. Februar 2016 über vier bis sechs Stunden pro Tag umgesetzt werden, je nach Möglichkeit, am Arbeitsplatz



Pausen einzulegen oder stundenweise zu arbeiten (IV-act. 162-33). Dem Beschwerdeführer ist deshalb ein Teilzeitabzug zu gewähren. Zudem war er in der Schweiz über viele Jahre bei derselben Arbeitgeberin angestellt und hat ausschliesslich eine körperlich schwere Tätigkeit verrichtet. Nachdem der Beschwerdeführer nun nur noch gelegentlich mittelschwere und ansonsten bloss leichte Tätigkeiten ausüben kann, ist insgesamt einen Abzug von maximal 10% vom Tabellenlohn vorzunehmen. Das Invalideneinkommen für ein 100%-Pensum ist folglich auf Fr. 59'970.-- zu beziffern (Fr. 66'633.-- x 0.9), dasjenige für ein 50%-Pensum auf Fr. 29'985.--.

6.9. Dem Valideneinkommen von Fr. 69'313.-- steht somit ein Invalideneinkommen von Fr. 29'985.-- gegenüber, was einem Invaliditätsgrad von 57% entspricht. Der Beschwerdeführer hat somit ab dem 1. April 2015 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente.

7.

7.1. Die Beschwerde ist nach dem Gesagten gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 5. September 2017 ist aufzuheben. Die Sache ist zur Berechnung der Invalidenrente an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

7.2. 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). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 600.-- zurückzuerstatten.

7.3. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30bis HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im vorliegenden Fall erscheint eine durchschnittliche pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 5. September 2017 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2015 eine halbe Rente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Leistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.