



**Fall-Nr.:** IV 2008/415  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 14.07.2020  
**Entscheiddatum:** 25.05.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 25.05.2010**

**Art. 16 ATSG; Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung). Somatoforme Schmerzstörung. Medizinische Arbeitsfähigkeitsschätzung in polydisziplinärem Gutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Mai 2010, IV 2008/415). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_567/2010.**

Abteilungspräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Monika Gehringer-Hug, Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Philia Roth

Entscheid vom 25. Mai 2010

in Sachen

S.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, Waisenhausstrasse 17,

Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a S.\_\_\_\_ (Jahrgang 1960) war als Bauarbeiter mit Fachkenntnissen bei der A.\_\_\_\_ AG tätig. Am 5. Januar 2006 wurde er als Lenker eines Personenwagens in einen Verkehrsunfall verwickelt. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte am 6. Januar 2006 ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma, eine Kontusion des Musculus triceps brachii links und einen lumbosakralen Schmerz rechts. Neurologische Ausfälle wurden keine festgestellt. Der Röntgenbefund der Halswirbelsäule (HWS) ergab eine Streckhaltung und eine lang gezogene linkskonvexe Skoliose, jedoch keine ossären Läsionen (Suva-act. 3). Die Arbeitsfähigkeit wurde ab 27. Februar 2006 auf 50% festgelegt (Suva-act. 13). Die Arbeitsfähigkeit von 50% wurde nach dem stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon bestätigt. Gemäss Austrittsbericht vom 26. Mai 2006 war der Versicherte vom 3. April bis 10. Mai 2006 behandelt worden. Er leide unter anderem an einem zerviko-okzipitalen Schmerzsyndrom, einer sensiblen Hemisymptomatik links unklarer Ätiologie, neurologisch ohne verwertbare Hinweise auf eine zentrale oder radikuläre sensible Störung, sowie an einer reaktiven Angstproblematik, wahrscheinlich im Rahmen einer Anpassungsstörung bei anhaltend belastenden familiären und gesundheitlichen Problemen seit 2003. Sodann bestehe eine dilatative Kardiomyopathie, eine Coxarthrose, rechts ausgeprägter als links, sowie ein Verdacht auf Cluster-Kopfschmerzen (Suva-act. 35). Dr. B.\_\_\_\_ stellte nach der Untersuchung vom 16. Mai 2006 ab 15. Mai 2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines massiv verschlechterten Zustands fest (Suva-act. 30).

A.b Mit Verfügung vom 9. Juni 2006 hielt die Suva fest, dass ab 12. Juni 2006 wieder von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werde (Suva-act. 37). Die dagegen erhobene Einsprache wies sie mit Entscheid vom 28. Dezember 2006 ab (Suva-act. 64). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hob den Einspracheentscheid



## St.Galler Gerichte

der Suva in Gutheissung der Beschwerde des Versicherten mit Entscheid vom 30. Oktober 2007 (UV 2007/47) auf.

A.c Mit Verfügung vom 21. Mai 2007 hatte die Suva die Versicherungsleistungen per 31. Mai 2007 eingestellt (G act. 4.2). Gegen diese Verfügung hat der Versicherte Einsprache erheben lassen (Suva-act. 84, 89). Am 17. Januar 2008 teilte die Suva mit, dass sie auf Grund des Urteils des Versicherungsgerichts vom 30. Oktober 2007 nicht nur auf die aufgehobene Verfügung vom 9. Juni 2006, sondern auch auf die Verfügung vom 21. Mai 2007 zurückkomme und weiterhin die gesetzlichen Leistungen erbringe (Suva-act. 96). Mit einer weiteren Verfügung vom 10. Juni 2008 stellte die Suva ihre Leistungen per 20. Juni 2008 ein. Die dagegen erhobene Einsprache wies die Suva am 2. Februar 2009 ab. Auf Beschwerde hin bestätigte das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen den Einspracheentscheid mit Entscheid vom 14. April 2010 (UV 2009/27). Strittig war dort primär die Frage des anspruchserheblichen adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 5. Januar 2006 und den nach Juni 2008 fortbestehenden Beschwerden und damit eine weitere Deckungspflicht der Suva. Dies wurde vom Versicherungsgericht verneint.

B.

B.a Am 13. November 2006 meldete sich der Versicherte zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Er gab an, er habe von 1983 bis 2006 bei der A.\_\_\_\_ AG gearbeitet. Er habe Schmerzen im Hals-Nacken/Schultergürtel und Becken-Beinbereich, vor allem bei Anstrengungen, auch nachts, verstärkt, respektive ausgelöst nach einem Verkehrsunfall am 5. Januar 2006. Sodann habe er Herzbeschwerden bei Anstrengung und zum Teil auch in Ruhe. Erste Beschwerden am Bewegungsapparat bestünden bereits seit 1988 (IV-act. 1). Die A.\_\_\_\_ AG meldete der IV-Stelle des Kantons St. Gallen am 22. November 2006, der Versicherte habe 2005 Fr. 59'410.-- verdient. Im Jahr 2006 hätte das Jahreseinkommen Fr. 60'840.-- betragen (IV-act. 8).

B.b Dr. B.\_\_\_\_ gab in seinem Arztbericht vom 31. Dezember 2006 unter Beilage weiterer Berichte an, der Versicherte leide an einer komplexen Schmerzsymptomatik bei St. n. kranio-zervikalem Dezelerationstrauma (Verkehrsunfall) am 5. Januar 2006 bei vorbestehenden rezidivierenden Schmerzen am Bewegungsapparat (insbesondere



zerviko-occipitales und zerviko-brachiales Schmerzsyndrom) bei vorbestehendem rezidivierendem lumbovertebragenem Syndrom und Coxarthrose mehr rechts als links. Die Arbeitsunfähigkeit habe vom 5. Januar bis 26. Februar 2006 100% betragen und vom 27. Februar bis 2. April 2006 50%. Seither bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten wegen sofortiger Schmerzzunahme nicht mehr zumutbar. Eine adaptierte Tätigkeit sei auf dem Bau kaum realisierbar. Zudem sei mit dem panvertebragenen Syndrom auch eine relativ unbelastende Arbeit kaum ausführbar (IV-act. 11). In seiner Stellungnahme vom 9. Februar 2007 empfahl der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) Ostschweiz eine polydisziplinäre Begutachtung (IV-act. 15).

B.c Am 9. Juli 2007 beauftragte die IV-Stelle das Aertzliche Begutachtungsinstitut GmbH (ABI), Basel, mit der Begutachtung des Versicherten (IV-act. 19). Das ABI erstattete am 23. Januar 2008 das polydisziplinäre Gutachten. Der Versicherte war am 7. November 2007 internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch und kardiologisch untersucht worden. Die Ärzte gaben als Hauptdiagnosen (mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit) an:

1. Dilatative Kardiomyopathie (ICD-10: I42.0)

- Koronarangiographie 03.05.2005, Kantonsspital St. Gallen: nicht stenosierende Koronarsklerose
- LVEF biplan 40%
- aktuell: LVEF echokardiographisch mittelschwer eingeschränkt
- unter Therapie aktuell normales BNP (48.5 pg/ml)
- atypische Thoraxbeschwerden
- eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit

2. Chronisches zerviko-zepales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.0)



## St.Galler Gerichte

- anamnestisch radiomorphologisch keine posttraumatischen Läsionen bei St. n. Autounfall am 05.01.2006 mit kraniozervikalem Dezelerationstrauma bei vorbestehendem rezidivierendem zerviko-vertebralem Schmerzsyndrom

- keine Hinweise weder für sensible noch motorische zervikale radikuläre Ausfallssymptomatik

3. Chronisches unspezifisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5)

- Wirbelsäulenfehlhaltung (deutliche Streckhaltung der BWS und LWS)

- radiomorphologisch beginnende Spondylarthrose L4/5 sowie L5/S1 (RX LWS 07.11.2007)

- muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen

- Narbenhernie supraumbilikal.

Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestünden:

1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)

2. Beginnende Coxarthrose beidseits rechtsbetont (ICD-10: M16.0)

3. Hypercholesterinämie (ICD-10: E78.0)

4. St. n. Nikotinabusus (ca. 30 Packyears) (ICD-10: F17.1)

5. Kleine Narbenhernie bei St. n. medianer Laparotomie periumbilical (ICD-10: K43.9).

Die Ärzte führten in ihrer Gesamtbeurteilung aus, der Versicherte, ursprünglich gelernter Metallbauschlosser, habe seit 1983 als Baufacharbeiter meistens im Tiefbau gearbeitet. Im Vordergrund stünde die kardiologische Diagnose einer dilatativen Kardiomyopathie. Objektvierbar sei die Pumpfunktion linksventrikulär eingeschränkt. Daher sei aus kardiologischer Sicht der bisherige Beruf als Baufachmann wie auch



sämtliche mittelschweren und schwerbelastenden körperlichen Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Für eine hauptsächlich sitzende Tätigkeit sei der Versicherte weiter einsetzbar. Aus Sicht des Bewegungsapparates könne ebenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im bis anhin durchgeführten Beruf attestiert werden. Rein aus rheumatologischer Sicht sei eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ohne längeres fixiertes Sitzen und Stehen zumutbar. Die psychiatrische Evaluation ergab die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Hinweise auf unbewusste Konflikte fehlten, ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Die leichten depressiven Verstimmungen seien nicht derart schwergradig ausgeprägt, als dass sie die eigenständige Diagnose einer Depression rechtfertigten. Daher könne aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung und das passiv regressive Verhalten des Versicherten hätten keinen Krankheitswert. Insgesamt gaben die Ärzte an, der Versicherte sei aus interdisziplinärer Sicht in der bisherigen Tätigkeit 100% arbeitsunfähig. Körperlich leichte, mehrheitlich sitzende, wechselbelastende Tätigkeiten könnten dem Versicherten zu 100% zugemutet werden. Der ambulant behandelnde Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, habe in seinem nachträglich eingegangenen Bericht vom 12. Juli 2007 ein Schmerzsyndrom sowie eine mittelschwere Depression diagnostiziert, jedoch keine Arbeitsunfähigkeit angegeben. Der Versicherte leide im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung unter leichten depressiven Verstimmungen. Diese würden keine eigenständige Diagnose rechtfertigen (IV-act. 22). In seiner Stellungnahme vom 14. Februar 2008 hielt der RAD fest, in der angestammten Tätigkeit bestehe auf Grund der im Kantonsspital St. Gallen festgestellten dilatativen Kardiomyopathie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 10. Mai 2005 (vgl. IV-act.11-5/28). Der Versicherte habe bis 22. November 2005 und damit über das Zumutbare hinaus gearbeitet - ebenso, als er ab 27. Februar 2006 die Arbeit zu 50% wieder aufgenommen habe. Seit der Entlassung aus der Rehaklinik Bellikon am 10. Mai 2006 sei in einer leidensangepassten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 24).

B.d Mit Vorbescheid vom 7. März 2008 stellte die IV-Stelle in Aussicht, das Rentengesuch abzuweisen. Sie gab an, nach den ihr zur Verfügung stehenden Unterlagen bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter eine vollständige



Arbeitsunfähigkeit. Für eine leichte wechselbelastende Tätigkeit (vorwiegend sitzend mit gelegentlichem Laufen und Tragen leichter Gegenstände, Möglichkeiten zum Wechseln der Arbeitsposition) bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Das zumutbare Erwerbseinkommen ohne Behinderung betrage Fr. 62'309.-- und mit Behinderung Fr. 47'926.--. Daraus resultiere eine Erwerbseinbusse von Fr. 14'383.-- beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von 23%. Da der Invaliditätsgrad unter 40% liege, bestehe kein Rentenanspruch (IV-act. 28). Dagegen liess der Versicherte am 22. April 2008 einwenden, ihm sei eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 70% zuzusprechen. Gemäss aktuellem Bericht des Hausarztes vom 1. April 2008 leide er neu auch an einer Kniesymptomatik links bei Chondromalazia patellae I/II sowie osteochondraler Läsion. Auf Grund der permanenten Versteifungstendenz der Wirbelsäule befinde er sich regelmässig in hausärztlicher Behandlung (IV-act. 33-3/4). Festzuhalten sei weiter, dass der behandelnde Psychiater, Dr. C.\_\_\_\_, in seinem Bericht vom 12. Juli 2007 ein Schmerzsyndrom sowie eine mittelschwere Depression diagnostiziert habe (IV-act. 33-1/4). Die Suva bezahle weiterhin ein Taggeld. Das ABI-Gutachten begründe nicht nachvollziehbar, weshalb es im Gegensatz zum Suva-Kreisarzt und dem behandelnden Psychiater bei geringgradigen Unterschieden der Diagnosen von einem wesentlich höheren Arbeitsfähigkeitsgrad ausgehe. Sodann sei widersprüchlich, wenn kardiologisch längeres Sitzen sinnvoll und rheumatologisch längeres Sitzen zu vermeiden sei. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sei daher nicht nachvollziehbar (IV-act. 32).

B.e Am 28. Juli 2008 liess der Versicherte den aktuellen Arztbericht seines Psychiaters zustellen (IV-act. 42). In diesem Bericht vom 22. Juli 2008 hat Dr. C.\_\_\_\_ ausgeführt, der Versicherte leide an einer mittelschweren chronischen Depression sowie einer somatoformen Schmerzstörung nach Unfall am 5. Januar 2006. Der Versicherte wirke körperlich als auch psychisch deutlich leidend und wechsle selbst während eines halbstündigen Gesprächs im Sitzen ständig seine Position. Eine depressive Stimmungslage sei nicht auf Anhiob spürbar. Der Versicherte könne im Gespräch auch trotz des Leidens und der hintergründig gesenkten Stimmung lächeln. Wiederholt habe eine Suizidalität bestanden. Er habe sich von den Mitmenschen zurückgezogen und leide an Ein- und Durchschlafstörungen. Auf Grund der Depression sei die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit zu etwa 50%, wahrscheinlich sogar zu 100% eingeschränkt (IV-act. 43).



B.f Mit Verfügung vom 19. August 2008 wies die IV-Stelle den Anspruch auf eine Invalidenrente ab. Zu den Einwänden des Versicherten gab die IV-Stelle an, das Dossier sei nochmals dem RAD zur Beurteilung vorgelegt worden. Das Begleitschreiben von Dr. B.\_\_\_\_ weise neu eine Kniesymptomatik auf. Die übrigen erwähnten gesundheitlichen Einschränkungen seien bereits bei der Erstellung des Gutachtens bekannt gewesen und seien in die Beurteilung miteinbezogen worden. Eine Verschlechterung seit der MEDAS-Begutachtung am 7. November 2007 sei durch die neu vorgelegten Unterlagen nicht ausgewiesen (IV-act. 45).

C.

C.a Gegen diese Verfügung lässt der Versicherte am 22. September 2008 Beschwerde erheben. Er beantragt die Aufhebung der Verfügung vom 19. August 2008 und die Zusprache einer Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 60%. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere Abklärungen hinsichtlich des Arbeitsfähigkeitsgrades des Beschwerdeführers in die Wege zu leiten. Der Beschwerdeführer führt aus, das ABI-Gutachten überzeuge nicht. Gemäss dem behandelnden Psychiater liege im Gegensatz zur ABI-Einschätzung eine Depression mit Krankheitswert vor. Das ABI-Gutachten lege nicht überzeugend dar, weshalb der Diagnose des behandelnden Arztes nicht gefolgt werden könne. Immerhin sei darauf hinzuweisen, dass der behandelnde Psychiater den Beschwerdeführer seit längerem kenne und begleite und seiner Einschätzung deshalb ein höherer Beweiswert zukomme. Ebenso wenig überzeuge die Stellungnahme des RAD vom 13. August 2008. Der behandelnde Psychiater habe in seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung die Einschränkungen aus somatischer Sicht gerade nicht berücksichtigt. Auch aus somatischer Sicht sei das ABI-Gutachten widersprüchlich, da aus rheumatologischer Sicht längeres Sitzen zu vermeiden sei und aus kardiologischer Sicht eine sitzende Tätigkeit vorzuziehen sei. Sodann seien neu Kniebeschwerden hinzugekommen, die nicht berücksichtigt worden seien. Ausgehend von einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50% aus psychischer Sicht und unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Invalideneinkommen in der Höhe von 20% ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 60%, womit der Beschwerdeführer mindestens Anspruch auf eine Dreiviertelsrente habe (G act. 1).



C.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 12. November 2008 die Abweisung der Beschwerde. Das ABI habe den Beschwerdeführer umfassend untersucht und keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert gefunden. Die vom behandelnden Psychiater attestierte relativ hohe Arbeitsunfähigkeit sei dagegen wohl eher unter dem Eindruck der "dramatisch" präsentierten Symptomatik des Beschwerdeführers beeinflusst. Sodann sei zu vermuten, dass der Psychiater die somatischen Beschwerden in seiner Beurteilung berücksichtigt habe. Aus der Anamnese ergäben sich keine Hinweise auf suizidale Absichten, weshalb diese aktuell geltend gemachten Ausführungen wenig glaubhaft seien. Schliesslich bringe der behandelnde Psychiater keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vor, die zu einer abweichenden Beurteilung führten. Die neu hinzugekommenen Kniebeschwerden würden sich in einer mehrheitlich sitzenden Tätigkeit nicht auswirken. Eine wechselbelastende Tätigkeit sei den Leiden des Beschwerdeführers angepasst. Somit sei davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer eine adaptierte Tätigkeit nach wie vor voll zumutbar sei. Das Valideneinkommen betrage im Jahr 2006 Fr. 60'480.--. Beim Invalideneinkommen, das nach dem Tabellenlohn 2006 zu bestimmen sei, sei ein Abzug von 10% vorzunehmen, weil der Beschwerdeführer nur noch leichte Hilfstätigkeiten ausführen könne; dieses betrage somit Fr. 53'277.--. Aus der Gegenüberstellung dieser Einkommen resultiere ein Invaliditätsgrad von 12%. Der Beschwerdeführer habe somit keinen Anspruch auf eine Rente (G act. 4).

C.c In der Replik vom 15. Januar 2009 hält der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (G act. 8).

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 23. Januar 2009 sinngemäss auf die Einreichung einer Duplik (G act. 10).

C.e Auf die weiteren Ausführungen wird, soweit entscheidrelevant, in den Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.



Angefochten ist eine Verfügung, die nach Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 ergangen ist. Mangels einer übergangsrechtlichen Norm rechtfertigt es sich allerdings, für die vor diesem Zeitpunkt massgebenden Verhältnisse (Einleitung des Rentenprüfungsverfahrens unter altem Recht) die im Folgenden zitierten, bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen anzuwenden.

2.

2.1 Streitig ist ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Nach aArt. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Gemäss aArt. 28 Abs. 2 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 dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

2.2 Für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

3.

3.1 Die Höhe der behinderungsbedingten Erwerbseinbusse hängt vor allem von der ärztlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung ab, d.h. davon, in welchem Umfang für die versicherte Person noch eine Tätigkeit in Betracht fällt (BGE 125 V 261 E. 4). Die Beschwerdegegnerin stellt auf die Einschätzungen des ABI-Gutachtens vom 23. Januar 2008 ab, wonach dem Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar sei. Der Beschwerdeführer ist damit nicht einverstanden. Gemäss seinem Psychiater sei er auf Grund der mittelschweren Depression mindestens zu 50% oder gar 100% eingeschränkt. Sodann sei widersprüchlich, dass einerseits aus kardiologischer Sicht sitzende Tätigkeiten zu empfehlen seien und aus rheumatologischer Sicht längeres fixiertes Sitzen gerade zu vermeiden sei.

3.2 Wie aus dem ABI-Gutachten hervorgeht, hat der Beschwerdeführer seit dem Unfall über Kopf-, Nacken-, Rücken- und Gelenkschmerzen sowie Anstrengungsdyspnoe geklagt und eine verminderte Sensibilität in der linken Körperhälfte beschrieben. Die andauernden Schmerzen würden ihn belasten. Das Leben sei ihm manchmal verleidet. Durch seine Beschwerden und die damit zusammenhängende Nervosität und Ungeduld sei seine Familie belastet. Die Gutachter haben festgestellt, dass der Beschwerdeführer hauptsächlich durch seine Herzkrankheit in der Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei, so dass eine körperlich mittelschwere bis schwere Arbeit nicht mehr zumutbar sei. Für eine sitzende Tätigkeit mit gelegentlichem Laufen und Tragen leichter Gegenstände sei der Beschwerdeführer weiter einsetzbar (IV-act. 22-18/22). Aus rheumatologischer Sicht konnte das Ausmass der geklagten Beschwerden auf Grund der aktuellen radiomorphologisch insgesamt nur diskret bis mässig ausgeprägten



degenerativen Verändern somatisch nicht ausreichend erklärt werden. Es beständen im neurologischen Status weder Hinweise für ein sensibles noch motorisch zervikales oder lumboradikuläres aktuelles oder residuelles Ausfallsyndrom. Der begutachtende Rheumatologe gab als Diagnose ein chronisches zerviko-zephalales Schmerzsyndrom und ein chronisches unspezifisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom an. Aufgrund der gesamten Schmerzsymptomatik, der eigenen Untersuchungen und der detailliert vorliegenden Akten sei von einer wegweisenden psychosozialen Überlagerung der Schmerzsymptomatik auszugehen. Wegen der objektiv am Bewegungsapparat erhobenen Befunde sei keine körperlich schwere Arbeit mehr zumutbar. Rein aus rheumatologischer Sicht sei eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit zumutbar, wenn der Versicherte die jeweilige Arbeitsposition nach eigenem Gutdünken wechseln könne, insbesondere das längere fixierte Sitzen und Stehen sei zu vermeiden, ebenso die Durchführung von stereotypen Rotationsbewegungen der Wirbelsäule oder Arbeiten in repetitiver Oberkörpervorneigehaltung (IV-act. 22-15/22). Daraus folgt, dass dem Beschwerdeführer in einer körperlich leichten, wechselbelastenden, mehrheitlich sitzend ausgeübten Tätigkeit, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar ist. Der RAD hat in seiner Stellungnahme vom 13. August 2008 überzeugend dargelegt, dass eine solche Tätigkeit kein längeres fixiertes Sitzen bedeute. Wechselbelastend heisse, dass der Versicherte die Körperhaltung entsprechend seinen Bedürfnissen solle verändern können (IV-act. 44). Die kardiologisch und rheumatologisch zu berücksichtigenden qualitativen Arbeitsfähigkeiten widersprechen sich deshalb nicht. Sodann kann in einer mehrheitlich sitzenden Tätigkeit auch den Kniebeschwerden Rechnung getragen werden. Der Beschwerdeführer hat bereits vor dem Unfall an wiederkehrenden Lumbalgien gelitten. Er hat die Arbeit jeweils wieder aufnehmen können. Das geklagte Ausmass der Beschwerden, die sich seit dem Unfall verstärkt hätten, hat durch die Gutachter nicht objektiviert werden können. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist daher aus psychiatrischer Sicht zu begründen. Die durch den Hausarzt attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit stimmt betreffend die bisherige Tätigkeit als Baufacharbeiter mit der gutachterlichen Beurteilung überein. Sie ist jedoch in Hinblick auf eine leidensadaptierte Tätigkeit bei teilweise fehlender Objektivierbarkeit der Beschwerden nicht nachvollziehbar.



3.3 Der begutachtende Psychiater hat ausgeführt, der Beschwerdeführer habe immer viel gearbeitet und sich in seiner Freizeit um seine Familie gekümmert. Innert kurzer Zeit habe er seine Eltern (2002 und 2004) und seinen Bruder (2005) verloren. Der Beschwerdeführer habe vermehrt unter Beschwerden gelitten, die dann nach dem Autounfall im Januar 2006 exazerbiert seien. Seither gehe er keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Er klagt über Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen, Schmerzen in den Gelenken und Anstrengungsdysspnoe. Er beschreibe auch eine verminderte Sensibilität in der linken Körperhälfte. Das Ausmass der Beschwerden könne durch die somatischen Befunde nicht vollständig objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Es handle sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Der Beschwerdeführer habe im Vorfeld der psychischen Überlagerung der geklagten Beschwerden unter zahlreichen psychosozialen Belastungsfaktoren gelitten. Er leide auch unter leichten depressiven Verstimmungen. So sei er vermindert belastbar, leicht reizbar und die Libido sei vermindert. Gelegentlich beklage er auch einen gewissen Lebensverleider, eine eigentliche Suizidalität sei nicht vorhanden. Diese leichten depressiven Verstimmungen seien im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen. Der Beschwerdeführer verbringe seinen Alltag passiv, lege sich immer wieder hin, enthalte sich praktisch jeder körperlichen Betätigung. Die Schlafstörungen seien hauptsächlich auf diese passive Lebensführung zurückzuführen. Weil Hinweise auf unbewusste Konflikte fehlten und ein primärer Krankheitsgewinn nicht vorhanden sei, könne dem Beschwerdeführer daher zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit nachzugehen (IV-act. 22-11/22).

3.4 Der behandelnde Psychiater hat dagegen eine mittelschwere Depression diagnostiziert. Er hat seine Diagnose damit begründet, dass der Beschwerdeführer sowohl körperlich als auch psychisch deutlich leidend scheine. Eine depressive Stimmungslage sei nicht auf Antriebsmangel spürbar. Hinter der höflichen Fassade sei die Stimmungslage aber deutlich gesenkt. Wiederholt habe eine Suizidalität bestanden, da er unter den bestehenden Beschwerden so nicht weiterleben möchte. Er könne das Leben im Vergleich zu früher nicht mehr geniessen. Er habe sich von den Mitmenschen stark zurückgezogen. Auch leide er an Ein- und Durchschlafstörungen (IV-act. 43). Der behandelnde Psychiater beschreibe damit keine objektive Befunde, die bei der



psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008 i/S. L. [8C\_809/3007] E. 4.1 mit Hinweisen). Die depressive Verstimmung war auch bei der Begutachtung festgestellt worden. Sie ist aber nicht als derart ausgeprägt erkannt worden, dass sie eine eigenständige Diagnose rechtfertigen würde. Die Schlafstörungen lassen sich plausibel auf den passiven Lebenswandel zurückführen. Eine aktuelle Suizidalität konnte bei der Begutachtung nicht erhoben werden. Dass sich der Beschwerdeführer von seinen Kollegen zurückgezogen hat, ist in der Anamnese ebenfalls angegeben. Im Vordergrund steht der deutliche andauernde, schwere und quälende Schmerz, welcher jedoch einer psychischen Überlagerung zugeordnet werden muss.

3.5 Eine somatoforme Schmerzstörung erfüllt unter Umständen die Voraussetzungen für eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit. Rechtsprechungsgemäss ist zu prüfen, ob dem Beschwerdeführer die Willensanstrengung zugemutet werden kann, trotz der Schmerzen einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Neben einer psychischen Komorbidität können auch chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (Flucht in die Krankheit) oder das Scheitern einer konsequent durchgeführten Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person die Überwindung der Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung verunmöglichen. Je mehr dieser Kriterien erfüllt sind und je ausgeprägter die entsprechenden Befunde sind, desto eher ist davon auszugehen, dass die krankheitsbedingte Überzeugung, nicht mehr arbeitsfähig zu sein, trotz zumutbarer Aufbietung der verbliebenen Willenskraft nicht überwunden werden kann (BGE 131 V 50 f.; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts vom 5. Juli 2006 i/S N. [I 100/2006], E. 1.). Der Beschwerdeführer leidet an chronischen körperlichen Erkrankungen. Diese sind so ausgeprägt, dass sie die Ausübung einer körperlich schweren Arbeit ausschliessen. Sie sind aber nicht geeignet, die



Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit einzuschränken. Das bedeutet nicht, dass sie im Alltag keine Schmerzen und keine anderen Einschränkungen bewirken würden. Nach Einschätzung des begutachtenden Psychiaters ist ihm die Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen vollumfänglich zumutbar, weil Hinweise auf unbewusste Konflikte fehlen würden und ein primärer Krankheitsgewinn nicht vorhanden sei. Sodann hat der begutachtende Psychiater eine begleitende psychische Erkrankung, also eine psychiatrische Komorbidität, verneint. Die leichten depressiven Verstimmungen seien im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen (IV-act. 22.11/22). Unter diesen Umständen kann auch bei einem mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlauf mit unveränderter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung vom Beschwerdeführer die Willensanstrengung erwartet werden, trotz der geklagten Beschwerden einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Daher ist von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen.

4.

4.1 Der Beschwerdeführer ist als Vollerwerbstätiger zu qualifizieren. Zur Bemessung des Invaliditätsgrades ist deshalb ein Einkommensvergleich durchzuführen. Der Beschwerdeführer hat bei seiner letzten Arbeitsstelle gemäss Angaben der langjährigen Arbeitgeberin im Jahr 2005 Fr. 59'410.-- verdient. Im Jahr 2006 hätte das Einkommen Fr. 60'840.-- betragen (IV-act. 8). Angepasst an die Nominallohnentwicklung 2007 und 2008 von 1.6% und 2% ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 63'050.--.

4.2 Weil der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Verfügungserlasses nicht mehr arbeitete, ist das Invalideneinkommen auf Grund der Löhne im Anhang der LSE zu bestimmen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 10. März 2008 [8C\_119/2007] E. 5.2). Gemäss ABI-Gutachten ist ihm eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, vorwiegend im Sitzen, mit gelegentlichem Laufen und Tragen leichter Gegenstände, ohne längeres fixiertes Sitzen und Stehen sowie ohne Durchführung von stereotypen Rotationsbewegungen der Wirbelsäule oder Arbeiten in repetitiver Oberkörpervorneigehaltung zu 100% zumutbar. Diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers setzen ihm nicht so einschränkende Bedingungen, dass ein ausgeglichener Arbeitsmarkt nicht ausreichend viele



entsprechende Stellen beinhalten würde. Dieser als ausgeglichen unterstellte Arbeitsmarkt (eine Fiktion, vgl. BGE 129 V 480 E. 4.2.2) beinhaltet nämlich von seiner Struktur her sowohl bezüglich der beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes einen Fächer verschiedenartiger Stellen (Urteil des Bundesgerichts i/S O. vom 22. November 2006 [U 303/06]). Er hat rein hypothetischen Charakter und dient dazu, die Risiken Arbeitslosigkeit und Invalidität voneinander abzugrenzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts i/S C. vom 16. Juli 2003 [I 758/02]; BGE 110 V 276 E. 4b).

4.3 Das Invalideneinkommen ist deshalb auf Grund von LSE-Tabellenwerten zu bestimmen. Dabei ist von dem für den gesamten privaten Sektor eruierten Totalwert für Männer bei Arbeiten im Anforderungsniveau 4 gemäss Tabelle TA 1 der LSE 2006 auszugehen. Dieser liegt bei Fr. 56'784.-- und hochgerechnet auf das Jahr 2008 (Normalarbeitszeit von 41.6 Wochenstunden, Nominallohnentwicklung 2007 von 1.6% und 2008 von 2%) bei 61'200.--. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Verfügung vom 19. August 2008 einen zusätzlichen Abzug vom Invalideneinkommen von 20% gewährt (vgl. IV-act. 26). In der Beschwerdeantwort beantragt die Beschwerdeführerin, angemessen sei lediglich ein Leidensabzug von 10%, weil der Beschwerdeführer nur noch körperlich leichte Tätigkeiten ausüben könne (G act. 4).

4.4 Der oftmals als "Leidensabzug" bezeichnete Abzug hat nichts mit dem Leiden zu tun. Vielmehr sollen damit jene Nachteile ausgeglichen werden, welche die versicherte Person bei der Anwendung statistischer Daten für das Invalideneinkommen erleidet. Die Invalidität bewirkt - neben der Arbeitsunfähigkeit - auf den realen Arbeitsmarkt bezogen eine zusätzliche Lohneinbusse. Denn die statistischen Tabellenlöhne werden auf der Grundlage von Daten gesunder Arbeitnehmer erhoben. Solche Werte erreicht der invalide Arbeitnehmer im Allgemeinen nicht. Vielmehr muss er in der Entwicklung des Invaliditätseinkommens beziehungsweise der Invalidenkarriere Nachteile gewärtigen (vgl. [BGE 126 V 75 neues Fenster](#) zum Leidensabzug). Der Beschwerdeführer ist körperlich gegenüber einem gesunden Konkurrenten benachteiligt, weil er mehr Krankheitsabwesenheiten haben sowie für Überstundentätigkeit weniger verfügbar sein wird. Er wird deshalb eine Lohneinbusse in Kauf nehmen müssen. Die körperlichen und psychischen Beschwerden an und für sich sind indessen bereits in der ärztlichen Schätzung der Arbeitsfähigkeit



abschliessend berücksichtigt worden, sodass sich diesbezüglich kein weiterer Abzug rechtfertigt. Der Beschwerdeführer ist als 100% arbeitsfähig beurteilt worden, weshalb sich auch kein Teilzeitabzug rechtfertigen würde. Die geringe Ausbildung ist hingegen bereits mit der Einstufung auf das Niveau 4 gemäss den statistischen Löhnen im Anhang der LSE Rechnung getragen worden. Sodann ist das Alter beim Beschwerdeführer mit Jahrgang 1960 kein Grund für einen zusätzlichen Abzug, auch wenn das Finden einer Stelle und die Verwertung der Resterwerbsfähigkeit mit zunehmendem Alter erschwert werden. Unter diesen Umständen ist ein zusätzlicher Abzug von 10% angemessen. Das Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 55'080.-- (Fr. 61'200.-- x 0.9%).

4.5 Wird dieser Betrag dem Valideneinkommen von Fr. 63'050.-- gegenübergestellt, resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 7'970.-- beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von 12.64%. Weil dieser Invaliditätsgrad unter 40% liegt, hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Selbst wenn - wie in der angefochtenen Verfügung - ein Leidensabzug von 20% gewährt würde, resultierte noch kein Rentenanspruch. Bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kann der Beschwerdeführer sich jederzeit neu zum Leistungsbezug anmelden.

5.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand 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 als angemessen. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.



2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese sind durch den geleisteten Vorschuss in gleicher Höhe gedeckt.