



Fall-Nr.: IV 2011/130
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 19.02.2013
Entscheiddatum: 19.02.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 19.02.2013

Art. 28 IVG. Würdigung Gutachten. Keine Notwendigkeit einer stationären psychiatrischen Abklärung. Verneinung des Rentenanspruchs bei einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 28% (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 19. Februar 2013, IV 2011/130).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider,
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Della Batliner

Entscheid vom 19. Februar 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Bruno Bauer, LL.M., SwissLegal asg.advocati,
Kreuzackerstrasse 9, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A. ___ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 23. März 1998 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 8). Gemäss Nichteignungsverfügung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) vom 20. November 1997 war der Versicherte nicht geeignet für Arbeiten mit Kontakt zu Mineralölen (IV-act. 53-24/34). Mit Arztbericht vom 24. April 1998 diagnostizierte Dr. med. B. ___ unter anderem ein kumulativ-toxisches Handekzem mit eigengesetzlichem Verlauf (IV-act. 53-2/34). In Tätigkeiten ohne Kontakt zu Mineralölen und mit der zusätzlichen Empfehlung zur Vermeidung von Arbeiten mit starker Hitzeeinwirkung sei der Versicherte voll arbeitsfähig. Mit Verfügung vom 3. Juli 1998 wies die IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) das Leistungsbegehren des Versicherten mangels relevanter Erwerbseinbusse ab (IV-act. 16).

B.

B.a Am 18. August 2000 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an und machte eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend (IV-act. 1, 102). Dr. med. C. ___ diagnostizierte am 14. November 2000 eine Berufsdermatose, fragliche Neurodermitis, Non-Compliance gegenüber allen therapeutischen Massnahmen, Diabetes mellitus, Adipositas sowie eine Bauchwandhernie (IV-act. 54). Vom 8. bis 22. Januar 2001 hielt sich der Versicherte stationär in der Dermatologischen Klinik des Universitätsspitals Zürich auf (IV-act. 104). Mit Vorbescheid vom 16. Januar 2001 stellte die IV-Stelle zunächst ein Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Aussicht (IV-act. 17). Nach Stellungnahme des damaligen Rechtsvertreters, Rechtsanwalt lic.iur. Peter Jans, St. Gallen, vom 9. Februar 2001 (IV-act. 104) und vom 17. Juli 2001 (IV-act. 39) leitete die IV-Stelle mit Schreiben vom 3. August 2001 eine ambulante medizinische Abklärung des Versicherten in die Wege (IV-act. 18).



St.Galler Gerichte

B.b Mit Gutachten vom 13. Dezember 2001 diagnostizierte das Universitätsspital Zürich ein chronisches Handekzem mit kumulativ-toxischer Komponente bei atopischer Hautdiathese und polyvalenter epicutaner Sensibilisierung auf Kaliumdichromat, Perubalsam, Duftstoffmix, Dibromdicyanobutan, Diphenylguanidin sowie einen Diabetes mellitus Typ II (IV-act. 26). In Berufen unter Meidung von Feuchtarbeiten und starker mechanischer Belastung (Überwachungstätigkeiten) sei eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit anzustreben. Vom 2. bis 30. April 2002 wurde ein stationärer Heilungsversuch in der Dermatologischen Klinik, Allergologie/Dermato-Onkologie/Venerologie, des Universitätsspitals Zürich unternommen, wobei es zu einem praktisch vollständigen Abheilen der Hautveränderungen kam (IV-act. 58). Vom 25. August bis 13. September 2003 wurde eine berufliche Abklärung bei der Abklärungs- und Ausbildungsstätte Appisberg (BEFAS) durchgeführt (IV-act. 77). Mit Verfügung vom 8. Januar 2004 lehnte die IV-Stelle den Rentenanspruch bei einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 33% ab (IV-act. 20). Dagegen erhoben die Suva am 22. Januar 2004 und der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 11. Februar 2004 Einsprache (IV-act. 166; 170).

B.c Das am 22. Juli 2004 eingereichte neue Gesuch um Rentenleistungen (IV-act. 10) wurde aufgrund des hängigen Einspracheverfahrens zurückgestellt (IV-act. 112).

B.d Mit Verfügung vom 3. März 2005 widerrief die IV-Stelle die Verfügung vom 8. Januar 2004 und führte weitere Abklärungen durch (IV-act. 23). Am 3. Juni 2005 berichtete Dr. med. C.____ über die seit 2. September 2004 bei ihm durchgeführte psychiatrische Behandlung des Versicherten und diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode sowie eine Anpassungsstörung bei bestehendem Handekzem (IV-act. 27-28/30). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit für eine auswärtige Arbeit. Der Versicherte könne nur in einem geschützten Rahmen (geschützte Werkstatt) eine Tätigkeit von zwei bis drei Stunden ausüben.

B.e In der Folge wartete die IV-Stelle die Ergebnisse des pendenten UV-Verfahrens ab (IV-act. 28 ff.). Gegen die Verfügung der Suva vom 20. September 2005 (act. G 9.2/4) erhob der Versicherte Einsprache. Mit Urteil vom 27. November 2007 (UV 2007/17; act. 66) hiess das (st. gallische) Versicherungsgericht die Beschwerde des Versicherten



St.Galler Gerichte

gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 8. November 2006 (act. G 9.2/5) teilweise gut und wies die Streitsache zur ergänzenden Abklärung an die Suva zurück. Gegen deren Verfügung vom 26. September 2008 (act. G 9.2/7) erhob der Versicherte Einsprache. Die gegen den entsprechenden Einspracheentscheid vom 9. April 2009 (act. G 9.2/9) erhobene Beschwerde des Versicherten wurde mit Entscheid des (st. gallischen) Versicherungsgerichts vom 2. Juni 2010 (UV 2009/54; act. G 9.1/10) teilweise gutgeheissen und dem Versicherten eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 20% zugesprochen. Mit Urteil des Bundesgerichts vom 22. Oktober 2010 (8C_536/2010) wurde dem Versicherten in Aufhebung des Entscheids des (st. gallischen) Versicherungsgerichts vom 2. Juni 2010 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 11% zugestanden.

B.f Über die umfassende Begutachtung des Versicherten im Aertzlichen Begutachtungsinstitut GmbH Basel (ABI) am 2. November 2010 wurde am 2. Dezember 2010 berichtet (IV-act. 155, 27). Gemäss ABI besteht für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwer belastende, angepasste Tätigkeiten eine vollschichtig realisierbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90%.

C.

C.a Mit Vorbescheid vom 12. Januar 2011 stellte die IV-Stelle die Ablehnung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 85), wogegen Rechtsanwalt Bruno Bauer, St. Gallen, am 16. Februar 2011 für den Versicherten Einwand erhob und eine psychiatrische Begutachtung und Abklärung beantragte (IV-act. 85-1/9).

C.b Mit Verfügung vom 23. Februar 2011 lehnte die IV-Stelle das Leistungsbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 28% ab (act. G 1.1; IV-act. 162).

D.

D.a Mit Beschwerde vom 28. März 2011 liess der Beschwerdeführer durch seinen Rechtsvertreter beantragen, die Verfügung vom 23. Februar 2011 sei aufzuheben und es sei ihm nach ergänzenden Abklärungen eine Invalidenrente zu gewähren; unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1). Zur Begründung brachte der Rechtsvertreter im Wesentlichen vor, Hausarzt und Psychiater würden den



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführer während 12 Jahren behandeln und kämen zu einem anderen Beschwerdebild als der psychiatrische ABI-Gutachter, der den Beschwerdeführer eine Stunde begutachtet habe. Der Beschwerdeführer sei stationär in einer psychiatrischen Klinik abklären zu lassen und allenfalls zu therapieren.

D.b Mit Beschwerdeantwort vom 15. Juni 2011 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (act. G 9). Zur Begründung führte sie insbesondere an, der polydisziplinären Einschätzung des ABI komme grosses Gewicht und voller Beweiswert zu. Der Bericht von

Dr. C.____ sei mangelhaft und der Bericht von Dr. D.____ ziemlich rudimentär.

D.c Mit Replik vom 5. August 2011 hielt der Beschwerdeführer an seinem bisherigen Standpunkt fest (act. G 13).

D.d Mit Schreiben vom 12. August 2011 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem bisherigen Antrag fest und verzichtete sinngemäss auf eine Duplik (act. G 16).

Erwägungen:

1.

Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente zu Recht abgelehnt hat.

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). 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).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c, je mit Hinweisen).

2.4 Die Invalidenversicherung ist bei der Invaliditätsbemessung nicht an die bereits von anderen Sozialversicherungszweigen vorgenommene Invaliditätsbemessung gebunden. Indessen dürfen deren rechtskräftig abgeschlossene Invaliditätsschätzungen nicht unbeachtet bleiben. Vielmehr müssen sie als Indizien für eine zuverlässige Beurteilung gewertet und als solche in den Entscheidungsprozess erst später verfügender Versicherungsträger miteinbezogen werden (vgl. BGE 133 V 549 E. 6.1 und 6.3 mit Hinweis auf BGE 126 V 288).



3.

3.1 Vorliegend ist zu prüfen, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Dies gilt insbesondere in Bezug auf seine psychischen Beschwerden. Denn aus den medizinischen Akten ist ersichtlich und vom Beschwerdeführer wurde auch nicht bestritten, dass er zwar für die Tätigkeit im Strassenbau sowie jede andere körperlich schwere Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig ist, er für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwer belastende, angepasste Tätigkeiten aus somatischen Gründen jedoch keine Einschränkungen hat.

3.2 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist der Ansicht, dass das ABI-Gutachten für die von Dr. C.____ und Dr. D.____ festgestellten Arbeitsunfähigkeiten wenig Verständnis habe. Es erweise sich als gerechtfertigt, den Beschwerdeführer einmal stationär in einer psychiatrischen Klinik abklären zu lassen und allenfalls zu therapieren.

3.3 Seit dem 2. September 2004 stand der Beschwerdeführer bei Dr. C.____ in psychiatrischer Behandlung, worüber dieser am 3. Juni 2005 erstmals berichtete (IV-act. 27-27/30). Dr. C.____ stellte beim Beschwerdeführer einen depressiven Zustand mit intensiven Ängsten und Selbstwertproblematik sowie Störung der kognitiven Funktionen fest und verordnete die Therapie mit Antidepressiva und Anxiolytika. In der bisherigen Therapie seien körperliche Symptome im Vordergrund gestanden und es sei noch zu keiner Besserung gekommen. Er diagnostizierte eine mittelgradige depressive Störung mit somatischen Symptomen (F 32.11) sowie eine Anpassungsstörung (F 43.0) bei bestehendem Handekzem. Die Prognose sei bei chronifiziertem Zustand sehr ungünstig. In einem undatierten Bericht (IV-act. 27-29/30) diagnostizierte Dr. C.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F 32.1) und eine Anpassungsstörung (F 43.0) bei bestehendem Handekzem. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit für eine auswärtige Arbeit. Der Beschwerdeführer könne nur in einem geschützten Rahmen (geschützte Werkstatt) eine Tätigkeit von zwei bis drei Stunden ausüben (IV-act. 27-29/30).

3.4 Mit psychiatrischem Gutachten der psychiatrischen Universitätspoliklinik des Inselspitals Bern vom 24. Mai 2005 wurden die Diagnosen einer psychophysiologischen Insomnie (F 51.0), einer depressiven Episode im Sinn einer



Anpassungsstörung (F 43.21) sowie eines allergischen Hautekzems beider Hände, anamnestisch beschrieben seit 1993, erhoben (act. G 9.2/2). Aus rein psychiatrischer Sicht könne der Beschwerdeführer die bisher ausgeübte Tätigkeit weiterhin mindestens zu 50% ausüben und es bestehe eine recht gute Prognose, die psychischen Beschwerden noch lindern zu können, selbst wenn die chronische körperliche Grunderkrankung seit mittlerweile 16 Jahren bestehe und sich in erheblichem Ausmass verschlechtert habe. Eine Besserung der psychischen Beschwerden bis hin zur Heilung sei dennoch eher unwahrscheinlich. Die psychischen Störungen hätten noch nicht ein invalidisierendes Mass angenommen und könnten sich mit einer regelmässigen psychotherapeutischen Behandlung sowie einer adäquaten medikamentösen Therapie noch verbessern. In Anbetracht der jetzigen bestehenden psychischen Störungen sähen sie den Beschwerdeführer bei einer der körperlichen Grunderkrankung zumutbaren Aufgabe als in der Lage, zu 100% zu arbeiten (act. G 9.2/3).

3.5 Dr. med. D.____ bestätigte am 16. Juni 2008 (act. G 9.2/6) gegenüber dem Ausländeramt St. Gallen, dass der Beschwerdeführer an einem chronischen, exkorierten Ekzem, einem Diabetes mellitus Typ II, einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, einer Polyarthrose sowie an arterieller Hypertension leide. Der Beschwerdeführer sei bis auf weiteres voll arbeitsunfähig.

3.6 Mit ABI-Gutachten vom 2. Dezember 2010 wurde beim Beschwerdeführer eine leichte depressive Episode (F 32.0) diagnostiziert (IV-act. 27-15/30). Zudem wurden bei der Untersuchung depressive Verstimmungen, eine erhöhte Ermüdbarkeit, leichte Konzentrationsstörungen, eine Antriebsstörung, Schlafstörungen und ein verminderter Appetit mit Gewichtsabnahme festgestellt. Die Diagnosen einer Schmerzverarbeitungsstörung oder einer somatoformen Störung könnten nicht gestellt werden. Aufgrund der im Serum bestimmten Medikamentenspiegel bestehe ein Hinweis auf schlechte Medikamentencompliance. Dem Beschwerdeführer könne trotz der geklagten Beschwerden aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, in einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit zu 90% zu arbeiten. Eine länger dauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht im Sinn einer invalidisierenden Erkrankung sei retrospektiv nicht zu erkennen.



3.7 Dr. D.____ berichtet am 16. Juni 2008 über keine psychischen Beschwerden oder eine darauf gründende Arbeitsunfähigkeit. Bei der von ihm attestierten vollen Arbeitsunfähigkeit ist zudem nicht klar, ob sie sich ebenfalls auf eine zumutbare Tätigkeit bezieht, zumal ein entsprechender Hinweis oder ein Zumutbarkeitsprofil fehlen. Dies kann letztlich offen bleiben, da sein Bericht keine psychopathologischen Befunde enthält und daher für die vorliegende Beurteilung nicht von Belang ist. Gemäss ABI-Gutachten kann bei einer depressiven Störung nicht gleichzeitig eine Anpassungsstörung diagnostiziert werden, wie dies im Bericht von Dr. C.____ getan worden sei. Zwar ist eine eindeutige Differenzierung zwischen depressiven Episoden, Dysthymien und Anpassungsstörungen offenbar nicht möglich (<<http://www.hogrefe.de/programm/media/catalog/Book/978-3-8017-1622-6 lese.pdf>>, abgerufen am 22. Januar 2013). Doch die Feststellung im ABI-Gutachten bestätigt sich im Taschenführer der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, wonach bei Diagnose einer depressiven Episode diejenige von Anpassungsstörungen, depressiver Episode in Verbindung mit Störungen des Sozialverhaltens sowie rezidivierender depressiver Störung auszuschliessen ist (H. Dilling und H. J. Freyberger [Hrsg.], 4. Aufl., Hogrefe/ Göttingen 2003, S. 133; <<http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/anpassungsstoerungen2.html>>, abgerufen am 22. Januar 2013). Das ABI stellt weiter fest, dass eine mittelgradige depressive Störung wie von Dr. C.____ berichtet während des Behandlungszeitraums vorübergehend vorgelegen haben möge, sie begründe aber keine 100%-ige, sondern eine teilweise Arbeitsunfähigkeit. Entsprechend erachtet auch Dr. C.____ in seinem undatierten Bericht eine Tätigkeit von zwei bis drei Stunden in geschütztem Rahmen als machbar. Die Universitätspoliklinik Bern ging noch im Mai 2005 davon aus, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit aus rein psychiatrischer Sicht zu mindestens 50% weiterhin ausüben könne und in einer zumutbaren Tätigkeit in der Lage sei, zu 100% zu arbeiten. Dr. C.____ weist in seinem Bericht im Juni 2005 darauf hin, dass der Zustand des Beschwerdeführers schon lange einen invalidisierenden Verlauf genommen habe und dieser schon über Jahre hinweg arbeitsunfähig sei, wobei nicht klar ist, auf welche objektive Grundlage er diese retrospektive Einschätzung für die Zeit vor der erstmaligen Behandlung des Beschwerdeführers (2. September 2004) stützt. Zur Arbeitsfähigkeit in einer zumutbaren Tätigkeit äussert sich Dr. C.____ lediglich in seinem undatierten Bericht, dem Bericht vom 3. Juni 2005 ist hierzu nichts zu



entnehmen. Der Bericht von Dr. C.____ beruht auf einer Beobachtung des Beschwerdeführers über einen längeren Zeitraum hinweg. Vom 2. September 2004 bis 3. Juni 2005 wurden bei Dr. C.____ regelmässig Sitzungen – die Frequenz geht nicht aus seinem Bericht hervor, im ABI-Gutachten werden nach Angaben des Beschwerdeführers psychiatrische Behandlungen einmal pro Woche festgehalten – durchgeführt. Eine vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers behauptete 12-jährige Behandlungsdauer bei Dr. C.____ ist daher nicht möglich. Im Unterschied zum Gutachten des ABI bringt eine dennoch sicherlich mehrjährige Behandlungsdauer den Vorteil, den Gesundheitszustand an mehreren Tagen und über einen längeren Zeitabschnitt hindurch beobachten und beurteilen zu können. Allerdings hat ein behandelnder Arzt eine wesentlich andere Sicht auf seinen Patienten als ein Gutachter auf eine versicherte Person, weil sein Auftrag ein therapeutischer ist. Der vom Versicherten konsultierte Arzt konzentriert sich auf die Behandlung und steht in einem Vertrauensverhältnis zu seinem Patienten. Dadurch, dass beim Gutachter ein Behandlungsauftrag fehlt, entsteht eine grössere Distanz zum Versicherten (Ulrike Hoffmann-Richter, Die psychiatrische Begutachtung, Eine allgemeine Einführung, Stuttgart 2005, S. 14). Um das Risiko einer Diagnosestellung aufgrund einer Momentaufnahme zu minimieren, hat der Experte den Verlauf über die Akten zu verfolgen (Ulrike Hoffmann-Richter, a.a.O., S. 22). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist daher der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Spezialärzte aufgrund dieser auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen tendenziell eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2009, 8C_871/2008, E. 3.2 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall ist es auch nicht so, dass der Psychiater Dr. C.____ konkrete, objektiv fassbare Aspekte namhaft gemacht hätte, die dem ärztlichen Experten entgangen wären oder mit denen er sich nicht befasst hätte (Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2010, S. 344). Seit dem Bericht vom 3. Juni 2005 und dem undatierten Ausschnitt sind keine weiteren (aktuelleren) Berichte von Dr. C.____ aktenkundig. Da das Gutachten des ABI auf umfassenden, von erfahrenen Sachverständigen durchgeführten allseitigen Untersuchungen beruht und in Kenntnis der Anamnese sowie unter Berücksichtigung der beklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers erstellt wurde, besteht kein Anlass, an den darin



enthaltenen Schlussfolgerungen zu zweifeln. Die Arbeitsfähigkeitseinschätzung des ABI ist nachvollziehbar und stützt sich für die retrospektive Beurteilung auf das psychiatrische Gutachten der psychiatrischen Universitätspoliklinik des Inselspitals Bern vom 24. Mai 2005, welches ebenfalls einleuchtet. Konkrete Vorbehalte oder Einwände gegen das ABI-Gutachten sind nicht ersichtlich und solche bringt der Beschwerdeführer denn auch nicht vor. Auf das Gutachten des ABI vom 2. Dezember 2010 kann somit abgestellt werden.

3.8 Die bereits vorhandenen medizinischen Unterlagen – insbesondere das ABI-Gutachten vom 2. Dezember 2010 – ermöglichen eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Eine stationäre psychiatrische Abklärung erscheint unter diesen Umständen nicht notwendig. Eine entsprechende Anforderung wird von der bisherigen bundesgerichtlichen Rechtsprechung auch nicht gestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c, je mit Hinweisen). In antizipierter Beweiswürdigung ist daher auf weitere Abklärungen zu verzichten, da nicht anzunehmen ist, dass solche für die Beurteilung des vorliegend relevanten Sachverhalts neue Erkenntnisse bringen (BGE 124 V 90, E. 4b; 136 I 229, E. 5.3).

4.

4.1 Gemäss Art. 16 ATSG wird bei der Bemessung des Invaliditätsgrads das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

4.2 Bei der Bestimmung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen (hypothetischen) Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (Meyer, a.a.O., S. 301; BGE 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Gemäss aArt. 29 Abs. 1 IVG (Fassung bis 31. Dezember 2007) entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherte mindestens zu 40% bleibend



erwerbsunfähig geworden ist (lit. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen war (lit. b).

4.3 Der Beschwerdeführer hat sich – nach Abweisung seines Rentengesuchs vom 23. März 1998 – am 18. August 2000 erneut zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet (IV-act. 1, 102). Seit wann eine Arbeitsunfähigkeit besteht, konnte im ABI-Gutachten nicht eruiert werden (IV-act. 27-24/30). Dies kann im vorliegenden Fall schlussendlich auch offen bleiben, da für den Einkommensvergleich bei der Annahme, das Validen- und Invalideneinkommen würden sich in der Regel in etwa gleich entwickeln, lediglich entscheidend ist, dass stets Werte aus derselben Vergleichsperiode heranzuziehen sind. Für die Berechnung des Invaliditätsgrads werden vorliegend die Werte für das Jahr 2004 berücksichtigt.

4.4 Im Einklang mit der Beschwerdegegnerin kann davon ausgegangen werden, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 10% in einer leidensangepassten Tätigkeit besteht. Das Valideneinkommen 2004 wurde von der Beschwerdegegnerin in Übereinstimmung mit dem Entscheid des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 2. Juni 2010, UV 2009/54, auf Fr. 64'250.-- festgelegt (13 x Fr. 4'530.-- + Fr. 7'700.-- Nacht- und Leistungszulagen [11 x Fr. 700.--]; IV-act. 83) und ist vorliegend unbestritten. Bei der Festlegung des Invalideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin vom allgemeinen Durchschnittslohn aller Branchen gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik aus. Aus der LSE 2004 TA 1 Niveau 4 ist für Männer ein Monatssalär von Fr. 4'588.-- ersichtlich. Das hieraus errechnete Jahreseinkommen von Fr. 55'056.-- (2004) basiert auf 40 Wochenstunden und ist auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit 2004, d.h. auf 41.6 Stunden, aufzurechnen, woraus sich ein Betrag von Fr. 57'258.25 ergibt. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 90% und mit einem vorliegend unbestrittenen und angemessen erscheinenden Tabellenlohnabzug von 10% ist das Invalideneinkommen mit Fr. 46'379.20 zu bemessen. Bei der Gegenüberstellung des Validen- und Invalideneinkommens ergibt sich eine invaliditätsbedingte Einbusse von 28%, woraus kein Rentenanspruch entsteht.

5.



Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, wobei der von ihm geleistete Kostenvorschuss daran anzurechnen ist. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm daran angerechnet.