



Fall-Nr.: IV 2012/194
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 08.06.2020
Entscheiddatum: 11.11.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 11.11.2014

Art. 28 IVG. Beweiswert eines Gutachtens. In antizipierter Beweiswürdigung ist davon auszugehen, dass weitere medizinische Abklärungen keine weiteren entscheiderelevanten Informationen liefern würden. Abweisung der Beschwerde, da kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad resultiert (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. November 2014, IV 2012/194).

Entscheid Versicherungsgericht, 11.11.2014

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Ralph Jöhl, a.o.
Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiberin Lea Locher

Entscheid vom 11. November 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dieter Studer, Studer Anwälte AG,
Hauptstrasse 11a, 8280 Kreuzlingen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



betreffend

IV-Leistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 4. Mai 2009 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen für Massnahmen für die berufliche Eingliederung an (IV-act. 1). Er gab an, er arbeite seit dem 17. Mai 2008 zu 100 % als LKW-Fahrer für die B.____ AG. Seit dem 3. November 2008 sei er zu 100 % arbeitsunfähig.

A.b Die B.____ AG reichte am 14. Mai 2009 den Fragebogen für Arbeitgebende ein (IV-act. 7). Sie gab darin an, dass der Versicherte seit dem 19. Mai 2008 als LKW-Chauffeur für das Unternehmen arbeite und zuletzt einen Jahreslohn von Fr. 62'400.-- erzielt habe. Seit dem 5. November 2008 bis heute sei er zu 100 % krankgeschrieben. Seine Tätigkeit beinhalte das Fahren, Beladen und Entladen des LKW. Zu seiner Arbeit gehöre auch das Heben und Tragen von Gewichten von 10-25 kg und das Ziehen von Paletthubwagen.

A.c Am 2. Juli 2009 fand ein Gespräch zwischen dem Versicherten und der Eingliederungsverantwortlichen statt (IV-act. 18). Am Gespräch war die Freundin des Versicherten als Übersetzerin anwesend. Der Versicherte gab an, dass es ihm schlecht gehe. Er leide unter Rückenschmerzen, Krämpfen in den Händen und im linken Bein. Er könne weder richtig laufen, noch lange sitzen oder stehen. Seine Tätigkeit bei der B.____ AG sei schwer. Er fühle sich nicht in der Lage, wieder für dieses Unternehmen zu arbeiten, da er nicht glaube, dass ihm eine leichte Tätigkeit angeboten werden könnte. In der Folge wurde die Arbeitsvermittlung abgebrochen.

A.d In seinem Bericht vom 10. Juli 2009 gab der Hausarzt Dr. med. C.____ an, der Versicherte leide seit dem 5. November 2008 an einem proximalen Nervenwurzel-Kompressionssyndrom S1 links bei Diskushernie LW1/2 links und seit dem 1. Februar 2009 an einem chronischen Schmerzsyndrom (IV-act. 19). Seit dem 5. November 2008 sei er bis auf Weiteres in jeder Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig.



St.Galler Gerichte

A.e Am 21. Juli 2009 wurde der Versicherte im Auftrag der Krankentaggeldversicherung von Dr. med. D.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, begutachtet (act. G 4.2). Dieser gab folgende Diagnosen an: Persistierender, bisher therapierefraktärer und lumbo-sacraler Schmerz links und leichte Chondrosen L2/3, L3/4 und L4/5. Der Gutachter erklärte, der bisherige langwierige Verlauf sei dadurch bedingt, dass bisher nicht die richtige Diagnose gestellt worden sei. Es müsse umgehend eine manuelletherapeutische Mobilisation des linken ISG (Iliosakralgelenk) durchgeführt werden. Chirurgische Massnahmen seien nicht indiziert. Der Behandlung dauere ein bis maximal drei Monate. Danach sei mit einer Wiederaufnahme der Arbeit zu rechnen.

A.f Mit Schreiben vom 3. September 2009 erklärte der Rechtsvertreter des Versicherten, dass ein teilzeitlicher Arbeitsversuch in einer angepassten leichten Tätigkeit dringend angezeigt sei (IV-act. 29). Er ersuchte die IV-Stelle, einen Gesprächstermin mit der Arbeitgeberin zu vereinbaren. Am 14. September 2009 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass ihm Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche bzw. beim Erhalt seines Arbeitsplatzes gewährt werde (IV-act. 31).

A.g Dr. med. E.____, Rheumatologie FMH, gab am 23. September 2009 gestützt auf eine Untersuchung vom 16. September 2009 die folgenden Diagnosen an (IV-act. 34): Therapierefraktäres lumbosakrales Schmerzsyndrom links mit ausgeprägter Wirbelsäulenfehlstatik und Schongang, muskulärer Dysbalance und exquisiter Druckdolenz im lumbosakralen Übergangsbereich links, kernspintomografischem Nachweis einer beginnenden Chondrose L1/2, L2/3 und L4/5 mit Diskusprotrusion L2/3 und L4/5 ohne Neurokompression, einer kleinvolumigen medio-linkslateralen subligamentären Diskushernie L1/2 ohne sichere Neurokompression sowie mögliche Hemisakralisation von LWK 5 links mit Nearthrose L5/S1 links ohne Sakroiliakalgelenksdysfunktion. Im Übrigen habe er gegenüber der Untersuchung von Dr. D.____ keine neuen klinischen Befunde von Relevanz gefunden. Der PACT-Score habe weit unterhalb der Belastungsgrenze für eine leichte körperliche Tätigkeit mit seltenem Heben von maximal 5 kg gelegen, was auf eine beginnende Schmerzverarbeitungsstörung hinweisen könnte. Aufgrund des Verlaufs und der Therapieresistenz auf sämtliche bisher durchgeführten konservativen therapeutischen Massnahmen sehe er keine Möglichkeiten, dem Versicherten im Rahmen eines ambulanten Settings



St.Galler Gerichte

weiterzuhelfen. Es sollte baldmöglichst eine intensive stationäre Rehabilitation angestrebt werden.

A.h Nachdem sich die Arbeitgeberin des Versicherten zu einem Arbeitsversuch in der Wäscherei bereit erklärt hatte, wurde die IV-Stelle darüber informiert, dass sich der Versicherte seit dem 11. November 2009 in stationärer Behandlung in der Klinik Valens befinde. Am 22. Januar 2010 teilte die Arbeitgeberin mit, dass sie die Vertragsauflösung veranlassen werde (IV-act. 44).

A.i Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik Valens vom 11. Januar 2010 dauerte der stationäre Aufenthalt vom 11. November bis am 8. Dezember 2009 (IV-act. 45). Die Diagnosen lauteten wie folgt: Lumbospondylogenes Syndrom, zervikozepales Syndrom, Anpassungsstörung mit ängstlicher Reaktion und Verdacht auf somatoforme Störung (DD: Dissoziative Störung). Bei der klinischen Untersuchung hätten sich eine Fehlhaltung und -statik der Wirbelsäule sowie eine Haltungsinsuffizienz gezeigt. Die Beweglichkeit in der gesamten Wirbelsäule sei eingeschränkt gewesen. Es hätten weder funktionelle Einschränkungen des Achsenskelettes noch der peripheren Gelenke und auch keine Radikulopathie festgestellt werden können. Das Beschwerdebild sei wohl durch muskuläre Reaktionen bestimmt, die von psychologischen Gründen unterhalten würden. Während des stationären Aufenthalts habe langsam eine Verbesserung der Kraft und Ausdauer erreicht werden können. Das Schmerzverhalten sei aber auffällig geblieben. Am 1. Dezember 2009 sei der Versicherte fremdanamnestisch mit steifem Körper ohne Schutzreflex auf die rechte Seite gefallen. Bei der klinischen Untersuchung hätten keine Zeichen für eine Commotio festgestellt werden können. Nach Rücksprache mit einer Neurologin habe auch eine epileptogene Genese ausgeschlossen werden können. Der Versicherte sei zur Abklärung und Beobachtung ins Kantonsspital Graubünden verlegt worden. Nach unauffälliger Überwachung sei er am 2. Dezember 2009 in die Klinik Valens zurückverlegt worden, da ein Schädel-CT und das Labor unauffällig gewesen seien. Das Kantonsspital habe erklärt, dass es sich am ehesten um einen psychogenen Stupor gehandelt habe. Im weiteren Verlauf sei der Versicherte diesbezüglich unauffällig gewesen. Der Versicherte sei wegen des Anfalls am 1. Dezember 2009 in seiner angestammten Tätigkeit zurzeit nicht arbeitsfähig (IV-act. 46). Sofern er im März 2010 fahrtauglich erklärt werde, sei er ab dann wieder ganztags arbeitsfähig. Seine Leistungsfähigkeit sei jedoch vermindert,



da er nur mit leichten bis mittelschweren Gewichten hantieren sollte. In leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten, ohne längere Tätigkeiten in vorgeneigter Körperhaltung und mit nur wenigen Arbeiten mit Rotationen der Wirbelsäule unter Last sei er ohne Leistungsverminderung zu 100 % arbeitsfähig.

A.j Laut dem Bericht von Dr. med. F.____, Chefarzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH der Klinik G.____, vom 4. Juni 2010, hatte der Versicherte vom 15. Februar bis am 16. April 2010 eine ambulante Rehabilitationsbehandlung in der Klinik G.____ absolviert (IV-act. 55). Dr. F.____ diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen, eine generalisierte Angststörung sowie eine ausgeprägte Akzentuierung der ängstlich-infantilen Persönlichkeitszüge. Der Versicherte habe angegeben, seit dem Vorfall am 1. Dezember 2009 in der Klinik Valens unter ständigen Schwindelgefühlen und Übelkeit zu leiden. Er sei massiv verunsichert, innerlich angespannt, schlafe schlecht, spüre eine ungewöhnliche Lustlosigkeit, Kraftlosigkeit und Unkonzentriertheit. Während des Gesprächs habe er leichte Konzentrationsstörungen gezeigt. Im formalen Denken habe er über die Ängste und Befürchtungen gegrübelt. Im Affekt sei er deprimiert, ausgeprägt verängstigt und verunsichert, innerlich angespannt und unruhig gewesen. Seine affektive Schwingungsfähigkeit sei reduziert gewesen. Auch im Antrieb sei er deutlich vermindert und motorisch wenig lebhaft gewesen. Der Versicherte habe anfänglich eine deutliche Selbstlimitierungstendenz gezeigt, wobei im Verlauf der Rehabilitation die Angst vor den Aktivitäten sowie die Schonhaltung deutlich habe reduziert werden können. Er habe sich vordergründig sehr kooperativ präsentiert, die Gespräche hätten aber meistens in der Schilderung der diversen körperlichen Beschwerden bestanden. Erst gegen Ende der Rehabilitation habe er angefangen, die psychosozialen Hintergründe seiner Beschwerden nachzuvollziehen und zu akzeptieren. Die Feststellung einer somatischen Schwindelursache habe ihn anfänglich bestätigt, später aber zusätzlich verunsichert. Insgesamt sei es im Verlauf der Rehabilitation zu einer zunehmenden Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, einer deutlichen Rückbildung der depressiven Symptome und einer leichten Verbesserung des Selbstvertrauens gekommen. Der Versicherte sei auf dem freien Wirtschaftsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig. Dr. F.____ empfahl ein Arbeitstraining im geschützten Rahmen. Als Lastwagenchauffeur könne der Versicherte aufgrund der Konzentrationsabfälle, der Schwindelgefühle und der Ängstlichkeit offenbar nicht mehr arbeiten.



A.k Der Hausarzt attestierte dem Versicherten am 11. Juni 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jede Tätigkeit (IV-act. 55). Am 9. September 2010 teilte der Versicherte der IV-Stelle auf Nachfrage mit, dass seine Arbeitgeberin ihm gekündigt habe (IV-act. 61). Er sei zu 100 % arbeitsunfähig und könne deshalb keine berufliche Abklärung im geschützten Rahmen absolvieren. Am 27. Januar 2011 verfügte die IV-Stelle den Abschluss der Arbeitsvermittlung (IV-act. 70).

A.l Am 20. Oktober 2010 berichtete Dr. med. H.____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, dem Rechtsvertreter (IV-act. 77 S. 27 ff.), dass er den Versicherten erstmals am 1. März 2010 untersucht habe. Über medizinische Vorakten verfüge er nicht. Als Diagnosen gab er einen Status nach Contusio capitis (mit Fraktur) und ein postcommotionelles Syndrom an (u.a. mit Hochtonsenke links von 13.3 % und post-traumatischer Belastungsstörung). Die Behandlung mit Antidepressiva reduziere die Reaktionsfähigkeit im Bereich des Gleichgewichtssystems und rufe eine relativ starke Müdigkeit hervor. Er habe dem Versicherten Anfang Oktober daher eine ergänzende medikamentöse Therapie verschrieben. Bei der Verlaufskontrolle am 15. Oktober 2010 habe der Versicherte von einer deutlichen Besserung bezüglich der Müdigkeit und der Schwindelsymptomatik berichtet. Rein aus neuro-otologischer Sicht könne man beim Versicherten von einem Integritätsschaden zwischen 25 und 30 % und einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % ausgehen. Da die Funktion innerhalb des Gleichgewichtssystems auch von einer psychischen Problematik und von lumboischialgischen Beschwerden links abhängig sei, lasse sich aus neuro-otologischer Sicht keine sichere Prognose stellen

A.m Der Versicherte wurde am 22. Juni und 8. Juli 2011 von der ABI GmbH polydisziplinär begutachtet (Gutachten vom 25. Oktober 2011, IV-act. 77). Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: Leichte bis mittelschwere Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems, Tinnitus auris beidseits und chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter eine Somatisierungsstörung, einen Status nach Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, eine dissoziative Störung, unreife Persönlichkeitszüge, eine moderate Hochtonschwerhörigkeit links (15.8 %), eine arterielle Hypertonie und anamnestisch eine Dyslipidämie an. Dr. I.____, FMH Rheumatologie, gab an, der Versicherte habe anlässlich der Untersuchung über



Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule mit Ausstrahlung in den lateralen Oberschenkel geklagt. Der linke Oberschenkel und das ganze linke Bein seien zusätzlich "schwach und gefühllos". Wegen Hinterkopfschmerzen in Rückenlage schlafe er sehr schlecht. Er könne kaum noch essen, da er wegen Krampferscheinungen in beiden Händen das Besteck nicht mehr halten könne. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung seien in erster Linie eine ganz ungewöhnliche Schonhaltung und sehr ausgedehnte Schonbewegungen aufgefallen. Beim Gehen habe der Versicherte das linke Bein konstant im Kniegelenk gestreckt gehalten. Es liege eine massive Schräghaltung des Oberkörpers nach rechts vor. Bei Aufforderung zur Bewegung des linken Beines sei an beiden Beinen ein sakkadierter Tremor aufgetreten. Der Einbeinstand sei beidseits nicht möglich gewesen. Bewegungsprüfungen der LWS seien wegen aktiven Gegeninnervationen nicht möglich gewesen. Folglich seien auch der Finger-Boden-Abstand und der lumbale Schober nicht messbar gewesen. Auch die Untersuchung der Knie- und Hüftgelenke sei wegen aktiven Gegeninnervationen wegen der Provokation von Lumbalschmerzen erschwert gewesen. Es seien aber beidseits keine eindeutigen Bewegungseinschränkungen feststellbar gewesen. Muskuläre Atrophien seien am linken Bein nicht vorhanden gewesen. Bei der Prüfung des Lasègue-Zeichens sei es rechts bei ca. 30° und links bereits bei ca. 5-10° zu heftiger Gegeninnervation wegen Provokation von Lumbalschmerzen gekommen. Die Berührungssensibilität habe im gesamten Bereich des linken Oberschenkels gefehlt; sie sei am ganzen linken Unterschenkel und Fuss im Seitenvergleich vermindert gewesen. Die Prüfung der rohen Kraft am linken Bein sei nicht möglich gewesen. In sämtlichen Myotomen von Hüfte bis Fuss sei formal eine massive Parese Grad II-III vorhanden gewesen. Die Bewegungen im Knie- oder Hüftgelenk links habe der Versicherte mit den Armen unterstützt. Im Rahmen der Spontanbewegungen seien die Bewegungen des linken Fusses jedoch nicht behindert gewesen. Sämtliche Sehnenreflexe an beiden Beinen seien symmetrisch normal auslösbar gewesen. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass die geschilderte Schmerzsymptomatik einem chronifizierten, lumbospondylogenen Schmerzsyndrom entspreche. Dieses sei auf die degenerativen Diskopathien an der LWS zurückzuführen. Allerdings seien radiomorphologisch keine Hinweise für eine Neurokompromittierung oder eine andere spezifische Schmerzursache gefunden worden, weshalb der vollständig therapieresistente Verlauf ganz ungewöhnlich sei. Die klinisch vorhandenen Auffälligkeiten bei der neurologischen



Untersuchung des linken Beines könnten weder durch eine Affektion des Bewegungsapparates noch durch eine neurologische Ursache erklärt werden. Sowohl die Sensibilitätsstörungen als auch die demonstrierten Paresen seien ganz diffus verteilt, ohne radikuläres oder peripher-neurologisches Muster. Nach zweijährigem Verlauf müsste bei relevanter neurogener Parese auch eine Atrophie der entsprechenden Muskulatur erwartet werden. Das Lasègue-Zeichen entspreche eindeutig einem sog. Pseudo-Lasègue mit Provokation von lediglich lumbalen Schmerzen ohne radikuläre Ausstrahlungen. Die demonstrierten Schonhaltungen und Schonbewegungen fänden kein Korrelat in einer Erkrankung des Bewegungsapparates. Die nachgewiesenen Veränderungen an der LWS könnten das klinische Gesamtbild mit Sicherheit nicht begründen. Eine primäre ISG-Dysfunktion sei bei einem über 40-jährigen Mann eher selten, zeige üblicherweise keinen chronifizierten Verlauf und hätte auf die durchgeführten Therapiemassnahmen wie Manipulationen oder Infiltrationen reagieren müssen. Ausserdem würde auch eine isolierte ISG-Dysfunktion das klinische Gesamtbild in keiner Art und Weise erklären. Aus rheumatologischer Sicht bestehe der dringende Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung und es müsse angenommen werden, dass im Laufe der Chronifizierung – am ehesten in Zusammenhang mit einem inadäquaten Schonverhalten – eine lokoregionäre Symptomausweitung eingetreten sei. Aus rheumatologischer Sicht liege funktionell eine mässiggradige Einschränkung der Wirbelsäulenbelastbarkeit vor, die auf die nachgewiesenen degenerativen Diskopathien an der LWS zurückzuführen sei. Tätigkeiten mit starker und mittelstarker Rückenbelastung seien dem Versicherten deshalb nicht mehr zumutbar. In einer körperlich leichten Tätigkeit mit nur leichter Rückenbelastung sowie der Möglichkeit zu Wechselpositionen bestehe keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Retrospektiv könne die Arbeitsunfähigkeit in den letzten Jahren nicht konklusiv beurteilt werden, weshalb auf die Attestierung der früher behandelnden Ärzte abgestützt werden müsse. Zur Erhöhung der diagnostischen Sicherheit empfahl Dr. I.____, gelegentlich eine neurologische Abklärung inklusive elektrophysiologische Untersuchung durchzuführen. Dr. med. J.____, FMH ORL, gab an, der Versicherte leide subjektiv seit dem Sturzereignis am 1. Dezember 2009 unter einer intermittierenden Dysbalance im Sinne einer Unsicherheit mit "Schwarz werden vor den Augen" sowie dem Gefühl von "zusammensacken" mit einer Dauer von Sekunden bis Minuten. Die Beschwerden träten regelmässig auf, wobei sie unterschiedlich



ausgeprägt seien. Zusätzlich beständen beim Aufstehen häufig eine Nausea sowie das Gefühl von "Schwarz werden vor den Augen". Im Rahmen der Dysbalance bestehe auch ein Angstgefühl, sich alleine draussen fortzubewegen. Des Weiteren bestehe eine Dysbalance beim Gehen. Das Gehör sei subjektiv unauffällig, einen Tinnitus habe der Versicherte negiert. Im Rahmen der audiologischen Untersuchung habe eine leichte Hochtonschwerhörigkeit links objektiviert werden können. Aktuell habe sich eine symmetrische labyrinthäre Erregbarkeit im Rahmen der kalorischen Prüfung gezeigt. Auffällig sei einzig eine eingeschränkte visuelle Koordination, mit vielen Augeneinstellsakkaden bei fehlender Fixation unter der Frenzel-Brille. In Anbetracht der aktuellen sowie der vorgängigen klinischen Befunde könne diese vestibuläre Funktionsstörung die intermittierenden kurzzeitigen Schwindelbeschwerden/Dysbalance erklären. In Anbetracht der zusätzlichen Beschwerden im Bereich des Achsenskeletts müsse allerdings von einer multifaktoriell bedingten Gleichgewichtsfunktionsstörung ausgegangen werden, insbesondere weil sowohl eine zentrale als auch eine retrocochleäre Pathologie mittels Magnetresonanztomographie des Neurocraniums habe ausgeschlossen werden können. Typische Befunde hätten zum jetzigen Zeitpunkt nicht objektiviert werden können. Eine konklusive Aussage über eine mögliche Schädelfraktur anlässlich des Sturzereignisses vom 1. Dezember 2009 könne retrospektiv nicht gemacht werden: Die bildgebende Diagnostik mittels Computertomographie vom 4. Februar 2010 habe nur eine aufgeworfene, irregulär zur Darstellung kommende Schädelkalotte parieto-occipital links objektivieren können. Die moderate Hochtonschwerhörigkeit links stelle keine stärkere auditive Einschränkung dar; einzig bei gesteigertem Umgebungsgeräuschpegel könnten sich auditive Schwierigkeiten ergeben. Aufgrund der leichten bis mittelschweren Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems mit konsekutiven intermittierenden kurzzeitigen Schwindelbeschwerden/Dysbalance seien sturzgefährdende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit Eigen- oder Fremdgefährdung nicht mehr geeignet. Das berufsmässige Führen eines Kraftfahrzeuges sei zurzeit nicht empfehlenswert. In Anbetracht der otoneurologisch objektivierbaren leichten bis mittelschweren Befunde sowie der schweren subjektiven Beschwerden gemäss Berechnung der Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems sei die Arbeitsfähigkeit in quantitativer Hinsicht zu 25 % eingeschränkt. Der Zeitpunkt des Auftretens der vestibulären Beschwerden könne auf das Jahr 2009 zurückgeführt werden. Dr. J.____ erklärte sodann, dass er die



Untersuchungsbefunde von Dr. H.____ teilweise habe bestätigen können. Auch dieser habe eine moderate Hochtonschwerhörigkeit links sowie eine vestibuläre Funktionsstörung diagnostiziert. Eine labyrinthäre Unterfunktion im Sinne einer cochleären Funktionsstörung habe aktuell allerdings nicht objektiviert werden können. Auch hätten keine typischen Befunde einer Contusio labyrinthi eruiert werden können. Die Befunde der vorgängigen posturalen Prüfung seien in Anbetracht der subjektiven Beschwerden im Bereich des Achsenskeletts kaum verwertbar. Die Befunde im Bereich der visuellen Kontrolle des Gleichgewichtssystems könne er hingegen bestätigen. Gemäss Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, habe der Versicherte anlässlich der Begutachtung angegeben, dass er sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung befinde (Gespräche in dreiwöchigem Abstand). Er wisse nicht, ob er noch arbeiten könne. Falls er eine Arbeit hätte, würde er es probieren. Zurzeit suche er aber keine Arbeit. Tagsüber sei er meistens in der Wohnung, lese Zeitungen, sehe fern, beschäftige sich mit dem PC und telefoniere mit Verwandten und Bekannten. Am Wochenende hätten er und seine Freundin regelmässig Besuch oder gingen auf Besuch. Es gehe ihm andauernd schlechter. Er mache sich Sorgen, wie sein Leben weiter gehen werde. Dr. K.____ erklärte, dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse, da das Ausmass der geklagten körperlichen Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung durch die somatischen Befunde nicht hinreichend hätten objektiviert werden können. Aufgrund der geklagten Sensibilitätsstörungen, dem Schwindel und den Gleichgewichtsstörungen könne eine Somatisierungsstörung diagnostiziert werden. Bei den unklaren Bewusstseinsverlusten handle es sich um dissoziative Symptome. Die in den Akten erwähnten depressiven Verstimmungen seien zum Untersuchungszeitpunkt nicht feststellbar gewesen. Eigentliche Angstsymptome seien nicht vorhanden. Der Versicherte ängstige sich einzig vor der Zukunft, da die Freundin langsam ungeduldig werde, weil sie ihn finanziell unterstütze. Auffallend sei, dass sich der Versicherte wenig aktiv um seine Situation kümmere. Einerseits habe er das Gefühl, er könne arbeiten, andererseits habe er gegenüber den Behörden und auch im Rahmen der Begutachtung immer wieder betont, dass er kaum arbeiten könne. Dies lasse auf unreife Persönlichkeitszüge schliessen. Eine eigentliche Persönlichkeitsstörung könne nicht diagnostiziert werden: Der Versicherte habe während Jahren ohne Schwierigkeiten als Chauffeur gearbeitet, sei verheiratet gewesen und habe einen grossen Bekannten- und Freundeskreis



gehabt. Eine Persönlichkeitsstörung hätte die Arbeitsfähigkeit und die sozialen Beziehungen ab Eintritt ins Erwachsenenalter massiv eingeschränkt. Dass alle therapeutischen Bemühungen gescheitert seien, hänge wesentlich damit zusammen, dass der Versicherte aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um seine Genesung zu bemühen und sich wieder den Belastungen der Arbeitswelt auszusetzen. Schwere, lebensgeschichtliche Belastungen fänden sich nicht. Hinweise auf unbewusste Konflikte fehlten und ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Aus psychiatrischer Sicht könne es dem Versicherten daher zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Dr. F. ___ habe eine mittelgradige depressive Episode, eine generalisierte Angststörung und eine Akzentuierung ängstlich-infantiler Persönlichkeitszüge diagnostiziert. Er habe jedoch auch erwähnt, dass sich die depressive Symptomatik während des Klinikaufenthaltes bereits wesentlich gebessert habe. Zusammengefasst gaben die Gutachter an, dass der Versicherte aus polydisziplinärer Sicht für körperlich leichte, wechselbelastende, nicht sturzgefährdende Tätigkeiten zu 75 % arbeits- und leistungsfähig sei. Die Arbeitsfähigkeit sei in einem ganztägigen Pensum mit vermehrten Pausen verwertbar. Körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten wie die des Lastwagenchauffeurs seien ihm nicht mehr zumutbar.

A.n Auf interne Anfrage hin erklärte der RAD-Arzt Dr. L. ___ am 25. November 2011, dass vollumfänglich auf das ABI-Gutachten abgestellt werden könne: Es sei umfassend, konsistent, nachvollziehbar und in sich widerspruchsfrei (IV-act. 78).

B.

B.a Mit Vorbescheid vom 30. November 2011 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die Abweisung des Rentengesuchs vorgesehen sei (IV-act. 81). Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als LKW-Chauffeur seit dem 5. November 2008 sei ausgewiesen. Mit Behinderung sei ihm eine adaptierte Tätigkeit zu 75 % bei einem vollen Zeitpensum zumutbar. Für die Festlegung des Valideneinkommens zog die IV-Stelle das Einkommen des Versicherten als LKW-Chauffeur im Jahr 2009 heran (13 x Fr. 4'800.-- = Fr. 61'400.--). Das



Invalideinkommen von Fr. 44'984.-- entsprach 75 % des durchschnittlichen Jahreseinkommens eines Hilfsarbeiters im Jahr 2008 (Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik, LSE). Daraus resultierte ein nicht rentenbegründender IV-Grad von 28 % (IV-act. 79).

B.b Am 13. Januar 2012 liess der Versicherte einen Einwand gegen den Vorbescheid erheben (IV-act. 84). Sein Rechtsvertreter beantragte die Zusprache einer ganzen Rente ab 1. November 2009; eventualiter seien ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Der Rechtsvertreter machte geltend, das ABI-Gutachten sei mangelhaft. In formeller Hinsicht kritisierte er, dass das Gutachten keine Literaturverweise beinhalte. In materieller Hinsicht bemängelte er, dass der Zusammenhang zwischen den gestellten Diagnosen und der Untersuchung vor dem Hintergrund der Vorakten unklar sei. Die Schlussfolgerungen seien daher nicht nachvollziehbar und nicht schlüssig. Auch sei keine neurologische Untersuchung durchgeführt worden, obwohl eine solche aufgrund der beklagten Beschwerden (Schwindel, Übelkeit, Schlaflosigkeit, Lustlosigkeit, Kraftlosigkeit, Konzentrationsstörung, Hinterkopfschmerzen etc.) indiziert gewesen sei. Das Gutachten sei daher nicht umfassend. Des Weiteren seien die Vorakten unzureichend berücksichtigt worden. So sei der psychiatrische Gutachter von einer anhaltenden Besserung der mittelgradigen Depression seit dem stationären Klinikaufenthalt ausgegangen, obwohl die behandelnden Ärzte Dr. F.____ und Dr. C.____ keine nennenswerte Besserung festgestellt hätten. Auch die Schlussfolgerungen im rheumatologischen Teilgutachten seien nicht hinreichend begründet worden. Obwohl bei der Untersuchung eine ungewöhnliche Schonhaltung und Schonbewegung bei massiver Schräghaltung des Oberkörpers nach rechts begleitet von einem Tremor aufgefallen und von einer möglichen ISG-Dysfunktion gesprochen worden sei, sei ohne stichhaltige Begründung oder Abklärung eine Schmerzverarbeitungsstörung/Symptomausweitung angenommen worden. Insbesondere seien der Sturz und seine aktenkundigen Folgen vom rheumatologischen Gutachter nicht erwähnt worden. Auch das ORL-Gutachten überzeuge nicht: Es sei nicht nachvollziehbar begründet worden, weshalb die von Dr. H.____ festgestellten Resultate nur teilweise hätten bestätigt werden können. Bezüglich des ORL-Gutachtens verwies der Rechtsvertreter zudem auf einen beigelegten Bericht von Dr. H.____ vom 9. Januar 2012 (IV-act. 84 S. 24 ff.). Insgesamt taue das ABI-Gutachten nicht als alles entscheidendes Beweisstück zur Beurteilung, ob ein Rentenanspruch bestehe. Der Rechtsvertreter argumentierte weiter,



dass das bestehende System der Begutachtung durch eine MEDAS keine neutrale und unabhängige Begutachtung zu gewährleisten vermöge: Erstens seien die MEDAS von den Aufträgen der IV wirtschaftlich abhängig. Zweitens müssten Gutachten zu einem Pauschalpreis erledigt werden, die den Abklärungsaufwand nicht deckten. Drittens bestimme die IV die Gutachterstellen im Einzelfall und habe im Rahmen der Auftragserteilung und -ausführung auch schon Druck auf ein für sie günstiges Ergebnis ausgeübt. Viertens sei es eine Erfahrungstatsache, dass sich die Sichtweise einer Medizinalperson, welche sich auf die Gutachtertätigkeit spezialisiere, derjenigen der Verwaltung annähere. Dass das bestehende System die Rechte der Versicherten auf eine unabhängige und neutrale Begutachtung nicht zu gewährleisten vermöge, zeige sich gerade auch daran, dass die bisher bekannt gewordenen Vorkommnisse keine Konsequenzen gehabt hätten. Dr. M.____, Miteigentümer und Gesamtleiter der ABI GmbH, habe in mehreren Fällen ohne Rücksprache mit den beteiligten Co-Gutachtern das Ergebnis von Gutachten zum Nachteil der Versicherten abgeändert. Dennoch sei die ABI GmbH die MEDAS mit dem höchsten Auftragsvolumen geblieben. Dass Dr. M.____ die Teilgutachten im Interesse der IV abgeändert habe, zeige, dass er seine eigenen wirtschaftlichen Interessen zu befördern versuche und dieses Interesse über das Ziel einer fairen Begutachtung stelle. Die IV-Stellen hätten diesem Institut keine Aufträge mehr erteilen dürfen. Durch die Erteilung des Gutachtensauftrages an die ABI GmbH sei der Anspruch des Versicherten auf ein faires Verfahren und den Grundsatz der Waffengleichheit gemäss Art. 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention verletzt worden. Das Gutachten sei daher aus dem Recht zu weisen. Dem Einwand legte der Rechtsvertreter drei ärztliche Berichte bei (IV-act. 84 S. 22 ff.). Im Bericht von Dr. H.____ vom 9. Januar 2012 sind die folgenden Diagnosen angegeben (IV-act. 84 S. 24 ff.): Status nach Contusio capitis mit passivem HWS-Abknicktrauma und Commotio cerebri et labyrinthi links (1. Dezember 2009), postcommotionelles Syndrom und posttraumatische Labyrinthopathie links (mit Hochtonsenke links [Hörverlust 20.1 %], peripher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung links, visuo-visuo-oculomotorischer Funktionsstörung und mit Funktionsstörung entlang des vestibulo-spinalen und cervico-spinalen Reflexes) und linksseitige Cervico-Cephalgien bei Reizzustand des oberen cervicalen Rezeptoren-Pools links. Dr. H.____ erklärte, dass – soweit ihm bekannt – keine neuroophthalmologische und funktionell-optometrische Untersuchung durchgeführt worden sei; dies müsse wegen der visuellen Symptomatik unbedingt



nachgeholt werden. Das ORL-Teilgutachten habe formelle, strukturelle und fachliche Schwächen: So spreche der ORL-Gutachter fälschlicherweise von einer ORL-Untersuchung, ORL-Diagnose und ORL-Beurteilung und nicht von einer audio-neuro-otologischen und aequilibriometrischen Untersuchung. Sodann handle es sich um eine sehr rudimentäre diagnostische Testbatterie, welche es nicht ermögliche, eine objektive Beurteilung der Funktionsstörung innerhalb des multimodalen Gleichgewichtssystems vorzunehmen. Von den 10-12 standardisierten Testverfahren der sophistizierten neuro-otometrischen Testbatterie seien lediglich 3-4 Tests durchgeführt worden. Die vestibulären Untersuchungen seien ohne computermässige quantitative Auswertung erfolgt. Der ORL-Gutachter habe bei der Beschreibung der erhobenen Befunde nicht korrekte neuro-anatomische Begriffe und Definitionen gebraucht: Statt von einer unauffälligen labyrinthären Erregbarkeit hätte er von einer physiologischen, symmetrischen vestibulären Erregbarkeit sprechen müssen. Zudem widerspreche dieser Befund seinem späteren Befund einer vestibulären Funktionsstörung (auf welcher Seite?). Der Gutachter habe weiter angegeben, dass aktuell keine labyrinthäre Unterfunktion objektiviert werden könne: Wenn man jedoch einen spontanen Rechtsnystagmus und Provokationsnystagmus nach rechts feststelle, sei mit grosser Wahrscheinlichkeit eine periphere Unterfunktion des lateralen Bogen-ganges links anzunehmen. Weiter sei vom Gutachter keine Registrierung der vestibulär evozierten Potentiale durchgeführt worden; bei seiner Untersuchung habe diese gezeigt, dass der sacculo-collische Reflex links fehle, was auch für eine Otolithenfunktionsstörung links spreche. Die Befunde sprächen unmissverständlich für eine cochleäre Läsion, die es erlaube, objektiv von einer labyrinthären Funktionsstörung des linken Labyrinthes zu sprechen. Der ORL-Gutachter habe sodann von einer eingeschränkten visuellen Koordination gesprochen, was eine ungewöhnliche Beschreibung einer visuo-visuo-oculomotorischen Funktionsstörung sei. Eine solche Aussage könne man ohne Durchführung einer kompletten Elektronystagmographie mit Erhebung aller Parameter der regulativen Reflexbögen nicht machen, da man nicht wissen könne, in welchem der drei visuo-oculomotorischen Subsystemen eine solche Funktionsstörung vorliege. Auch eine visuo-vestibuläre Integrationsstörung könne ohne die Elektronystagmographie nicht richtig beurteilt werden. Somit sei eine präzise Diagnose aus topo-anatomischer und patho-physiologischer Sicht nicht möglich. Die Aussage, dass die posturale Prüfung wegen



Beschwerden im Bereich des Achsenskeletts kaum verwertbar sei, sei ebenfalls nicht korrekt: Die computerisierte dynamische Posturographie auf der Leonardo-Plattform mit Untersuchung auf reflektorischer und willkürlicher Ebene mit Rohdatenanalyse ermögliche es, eine solche Auswertung objektiv vorzunehmen. Weiter habe der ORL-Gutachter erklärt, dass das Gehör subjektiv unauffällig und ein Tinnitus negiert worden sei. Bei den Diagnosen habe er jedoch einen Tinnitus auris beidseits erwähnt. Insgesamt sei die Beurteilung des ORL-Gutachters unseriös und unglaubwürdig. Seine eigenen posturographischen Untersuchungen hätten eine Tendenz zur Verschlechterung der Gleichgewichtskontrolle gezeigt, was in Übereinstimmung mit dem progredienten klinischen Beschwerdebild stehe. Auch die elektronystagmographischen Befunde hätten eine Verschlechterung der Funktion innerhalb des Gleichgewichtssystems auf reflektorischer Ebene mit deutlicher Integrationsstörung am vestibulären Kernkomplex im Hirnstamm und fehlender Tendenz für eine stabile Kompensation gezeigt. Für die Zunahme der Funktionsstörung im ponto-mesencephalen Bereich sprächen auch die Befunde der akustisch evozierten Potentiale mit cochleo-mesencephaler Leitzeit, welche jetzt mittel- bis hochgradig verlängert sei. Objektiv betrachtet habe man es daher mit einer zunehmenden Funktionsstörung innerhalb des Gleichgewichtssystems und mit einem äquivalenten Schwindel Handicap Index von 70 % zu tun. Dieser international anerkannte Index sei von den Gutachtern nicht erfasst worden. Anhand der sieben Auswertungskriterien nach J. Goebel könne man eine Aggravation und/oder Simulation mit 95%iger Sicherheit ausschliessen. Aus den erhobenen Befunden zusammen mit dem Schwindel Handicap Index lasse sich ein Integritätsschaden von 45 % ausrechnen. Gestützt auf diese objektiven Kriterien könne man aus neuro-otologischer Sicht für sämtliche Arbeitstätigkeiten von einem Invaliditätsgrad bzw. von einer Arbeitsunfähigkeit von 45-50 % ausgehen. Dem Bericht von Dr. F.____ vom 28. April 2011 (IV-act. 84 S. 22) war zu entnehmen, dass der Versicherte weiterhin unter den Symptomen einer depressiven Episode (gegenwärtig in leichtem bis mittelgradigem Ausmass), einer generalisierten Angststörung sowie einer intermittierenden Akzentuierung ängstlich-infantiler Persönlichkeitszüge leide. Insbesondere die Symptome einer generalisierten Angststörung (Schwindelgefühle) seien ihm immer noch ein Rätsel, v.a. seit ihm mitgeteilt worden sei, dass beim Versicherten doch eine Schädelfraktur nachgewiesen worden sei. Solange die somatische Seite nicht genau abgeklärt worden sei, könne



er daher keine klare Stellung zu den Diagnosen und der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nehmen. Der Hausarzt hatte am 16. März 2011 – neben den Diagnosen von Dr. H.____ – die folgenden Diagnosen angegeben (IV-act. 84 S. 23): Proximale Nervenwurzel-Kompressionssyndrom S1 links bei Diskushernie LW1/2 links, chronisches Schmerzsyndrom, posttraumatische Belastungsstörung und schwere Depression mit somatischen Symptomen.

B.c In seiner Stellungnahme vom 16. Februar 2012 zum Einwand und zum Bericht von Dr. H.____ vom 9. Januar 2012 gab das ABI an (IV-act. 88), dass es vollumfänglich an seinem Gutachten festhalte. In seinem ersten Bericht habe Dr. H.____ die Arbeitsunfähigkeit auf 30 % geschätzt. Nach dem Gutachten habe er sie auf Nachfrage des Rechtsvertreters auf 45-50 % erhöht. Dr. H.____ führe bekanntermassen seit Jahren ausserordentlich viele Untersuchungen durch, die letztlich nur wenig zur alltagsrelevanten Situation beitragen würden. Sodann habe Dr. H.____ aufgrund eines hypothetischen Integritätsschadens eine gleichlautende Arbeitsunfähigkeit abgeleitet. Der Integritätsschaden habe allerdings nichts mit der Arbeitsfähigkeit zu tun, da beim Integritätsschaden eine pauschale Beurteilung erfolge und auch qualitative Faktoren zu berücksichtigen seien. Auf interne Anfrage hin hielt Dr. L.____ am 16. April 2012 fest, dass der RAD die Stellungnahme des ABI zum Einwand stütze (IV-act. 90).

C.

C.a Mit Verfügung vom 17. April 2011 (richtig: 17. April 2012) wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid genannten Gründen ab (IV-act. 91). Zum Einwand des Rechtsvertreters hielt sie fest, dass das ABI an seinem Gutachten festhalte und auch der RAD die Stellungnahme des ABI zum Einwand stütze. Es werde daher an der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter festgehalten.

C.b Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 16. Mai 2012 Beschwerde erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Rückweisung zur Vornahme eines korrekten Verwaltungsverfahrens unter Gewährung des rechtlichen Gehörs; eventualiter sei dem Beschwerdeführer ab 1. November 2009 eine Rente zuzusprechen; subeventualiter sei durch das Gericht eine medizinische Neubegutachtung anzuordnen. Der



Rechtsvertreter machte geltend, dass sich die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) in der angefochtenen Verfügung nur ungenügend mit den Einwandargumenten auseinandergesetzt habe. Gerade an die Begründung einer Verfügung müssten jedoch erhöhte Anforderungen gestellt werden, da keine Einsprache möglich sei. Die Beschwerdegegnerin habe folglich gegen die Begründungspflicht verstossen und den Anspruch auf rechtliches Gehör in grober Weise verletzt. Bereits aus formellen Gründen rechtfertige sich daher die Aufhebung der Verfügung. Die "Verschiebung" einer hinreichenden Begründung ins Rechtspflegeverfahren sei rechtswidrig (Urteil IV 2010/402 vom 3. Februar 2011, E 2.1 f.). Auch in materieller Hinsicht sei die angefochtene Verfügung nicht haltbar. Diesbezüglich verwies der Rechtsvertreter hauptsächlich auf seine Einwände. In Ergänzung brachte er vor, eine medizinische Expertise sei in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht hätten, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben seien und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Sodann sei gemäss der Rechtsprechung ein medizinisches Gutachten unter anderem dann nicht vollständig, wenn der Gutachter wesentliche Anknüpfungstatsachen, d.h. in den Vorakten enthaltene tatsächliche Grundlagen, nicht beachtet habe. Die Gutachter hätten sich in ihrer Stellungnahme zum Einwand lediglich polemisch und nicht sachbezogen geäußert. Auch ihre einzige sachbezogene Einrede, wonach Dr. H.____ den Integritätsschaden mit der Invalidität verwechsle, habe den Einwandargumenten nichts Substantiiertes entgegengesetzt. Die von Dr. H.____ angewandte Untersuchungsmethode der dynamischen Posturographie sei vom Bundesgericht lediglich zur definitiven Feststellung der Ätiologie und damit des natürlichen Kausalzusammenhangs zu einem Unfallereignis als nicht hinreichend beurteilt worden (Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2010, 8C_75/2010 E. 4). Aufgrund der medizinischen Aktenlage sei eine erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit ausgewiesen, weshalb dem Beschwerdeführer eine Rente zustehe. Gegebenenfalls sei eine erneute Begutachtung anzuordnen. Im beigelegten Bericht vom 15. Februar 2012 (act. G 1.5) gab Dr. F.____ an, der Beschwerdeführer sei weiterhin bei ihm in Behandlung. Sein Zustand habe sich aus psychiatrischer Sicht stets verschlechtert und es könne gegenwärtig eine schwere depressive Episode mit somatischen Symptomen sowie



eine massive Akzentuierung der infantil-ängstlichen Persönlichkeitszüge an der Grenze einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung/Persönlichkeitsänderung diagnostiziert werden. Nachdem bei der ABI-Begutachtung organische Gleichgewichtsstörungen festgestellt worden seien, habe er seine Diagnose einer generalisierten Angststörung revidieren und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-infantilen Zügen als Diagnose stellen müssen. Der Beschwerdeführer leide seit Beginn der Behandlung unter andauernden Anspannungen und Besorgtheit, einer massiven Selbstwertproblematik, einer Abneigung, sich auf persönliche Kontakte einzulassen inklusive konsequentem sozialem Rückzug, einem ausgeprägt eingeschränkten Lebensstil und der Sorge um die körperliche Sicherheit. Ausserdem leide er mindestens seit Beginn der Behandlung unter einer anhaltenden Störung der Affektkontrolle und gemischten dissoziativen Anfällen. Die somatischen Leiden, insbesondere die Gleichgewichtsstörung, seien in den letzten Jahren offenbar marginalisiert worden. Dies habe entweder zur Dekompensation einer Persönlichkeitsstörung oder zum Ausbruch einer Persönlichkeitsänderung mit ängstlich-infantilen Zügen geführt. Die ABI-Gutachter hätten sich mit diesem Problem jedoch nicht auseinandergesetzt. Seines Erachtens brauche es diesbezüglich eine seriöse psychiatrische Abklärung.

C.c Am 29. August 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie an, dass die Einwände gegen das ABI als Institution nicht stichhaltig seien. Rechtlich erhebliche Einwände seien ausschliesslich gegen einzelne Gutachter möglich, nicht jedoch generell gegen eine Gutachterstelle. Die vor allem in früheren Jahren gegen das ABI erhobenen Vorwürfe hätten nicht erhärtet werden können. Das damalige Strafverfahren gegen Dr. M.____ sei rechtskräftig eingestellt worden. Das ABI gelte genauso wie die anderen MEDAS als unabhängig und repräsentiere zusammen mit diesen weitgehend den medizinischen Sachverstand in der Schweiz, welcher zur interdisziplinären Begutachtung zur Verfügung stehe. Es sei nicht einzusehen, wieso dem ABI-Gutachten kein voller Beweiswert zuerkannt werden könnte. Es gehe nicht an, weitere Abklärungen zu verlangen, nur weil die bisherigen Untersuchungen nicht zum gewünschten Ergebnis geführt hätten.

C.d Der Rechtsvertreter verzichtete auf eine Replik (act. G 6).



Erwägungen:

1.

1.1 Vorab ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör verletzt hat, indem sie sich mit den im Einwand vorgebrachten Argumenten nicht genügend auseinandergesetzt habe.

1.2 Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Die Begründungspflicht ist ein wesentlicher Bestandteil des in Art. 29 Abs. 2 BV verfassungsrechtlich verankerten Anspruchs auf rechtliches Gehör. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung soll die Begründungspflicht zum einen verhindern, dass sich die Verwaltungsbehörde von unsachlichen Motiven leiten lässt. Zum anderen soll sie es der betroffenen Person ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. In der Entscheidbegründung müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Verwaltungsbehörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 124 V 180, E. 1a mit Hinweisen).

1.3 Aus der Verfügungsbegründung geht hervor, dass sich die Beschwerdegegnerin mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung vollumfänglich auf das ABI-Gutachten gestützt hat. Auch der Einkommensvergleich und der daraus resultierende IV-Grad sind in der Verfügungsbegründung nachvollziehbar dargelegt worden. Der Rechtsvertreter hat hauptsächlich medizinische Einwände vorgebracht und zu deren Untermauerung zusätzliche medizinische Berichte eingereicht. Die Beschwerdegegnerin hat den Einwand sowie die dazugehörigen medizinischen Berichte dem Ärztlichen Begutachtungsinstitut (ABI) zur Stellungnahme vorgelegt und deren Stellungnahme wiederum vom RAD überprüfen lassen. Beide Stellungnahmen hat sie der Verfügung beigelegt. Diese Vorgehensweise war korrekt, da den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter der Beschwerdegegnerin das Fachwissen fehlt, um die Begründetheit



medizinischer Einwendungen beurteilen zu können. Neben der medizinischen Kritik am Gutachten hat der Rechtsvertreter im Einwand zudem geltend gemacht, dass das Gutachten schon deshalb nicht beweiskräftig sei, weil es vom nicht neutralen und nicht unabhängigen ABI erstellt worden sei. Das ABI hat sich in der oben genannten Stellungnahme zu diesen Vorwürfen geäußert. Aus dem Umstand, dass die Beschwerdegegnerin die Stellungnahme des ABI der Verfügung beigelegt hat, muss die Schlussfolgerung gezogen werden, dass sie sich den darin enthaltenen Äusserungen des ABI angeschlossen hat. Zwar ist das ABI nicht auf jeden einzelnen Kritikpunkt eingegangen. Die Beschwerdegegnerin muss ihre Entscheide jedoch nur soweit begründen, dass den Betroffenen eine sachgerechte Anfechtung des Entscheides möglich ist. Das bedeutet, dass die Betroffenen die Gründe kennen müssen, auf denen der Entscheid basiert. Dazu reicht es im vorliegenden Fall aus, dass der Beschwerdeführer Kenntnis davon gehabt hat, dass die Beschwerdegegnerin überzeugt ist, die Sachverständigen hätten ihre medizinischen Entscheide unabhängig und objektiv gefällt. Die Beschwerdegegnerin hat demzufolge die Begründungspflicht und damit den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör nicht verletzt. Dies zeigt sich im Übrigen auch darin, dass der Rechtsvertreter durchaus in der Lage gewesen ist, in der Beschwerdeschrift (wie auch im Einwand) zum Entscheid in materieller Hinsicht ausführlich und detailliert Stellung zu nehmen.

2.

Der Rechtsvertreter hat geltend gemacht, das ganze Begutachtungssystem der Invalidenversicherung gewährleiste keine unabhängige und neutrale Begutachtung. Zur Begründung hat er insbesondere wirtschaftliche Gründe angeführt (vgl. Ziff. B.b.). Das ABI-Gutachten taugt daher nicht als alles entscheidendes Beweisstück zur Beurteilung, ob ein Rentenanspruch bestehe. Bezüglich dieser generellen Befangenheitsvorwürfe kann auf BGE 137 V 210 verwiesen werden. In diesem Grundsatzentscheid hat sich das Bundesgericht eingehend mit der Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen in der Invalidenversicherung durch externe Begutachtungsinstitute wie die Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS), zu welchen auch die ABI GmbH zählt, auseinandergesetzt und deren Verwendung auch im Gerichtsverfahren an sich als verfassungskonform erklärt. Vor dem Hintergrund dieses Grundsatzentscheides erscheint die vom Rechtsvertreter behauptete fehlende



Unabhängigkeit des ABI als unbegründet, zumal er lediglich pauschale Vorwürfe gegen die ABI-Gutachter erhoben hat. Der Vorwurf der Manipulation von Gutachten durch die ABI-GmbH hat sich nie erhärten lassen. Die entsprechenden Strafverfahren sind rechtskräftig eingestellt worden. Dieser Vorwurf kann deshalb nicht Anlass dazu geben, Jahre später Gutachten des ABI pauschal als unglaubwürdig zu qualifizieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Mai 2014, 8C_660/2013 E. 4.2.2). Der Rechtsvertreter hat denn auch nicht geltend gemacht, dass sich die Sachverständigen im Rahmen des den Beschwerdeführer betreffenden Gutachtens strafbar gemacht hätten. Hinzu kommt, dass der Rechtsvertreter vor der Begutachtung keine Einwände gegen das Begutachtungsinstitut und die begutachtenden Personen vorgebracht hat, obwohl er von der Beschwerdegegnerin über diese Möglichkeit informiert worden ist (siehe IV-act. 72). Es erscheint daher geradezu rechtsmissbräuchlich, nach der Begutachtung generelle Befangenheitsvorwürfe gegen die Begutachtungsstelle vorzubringen und die Unverwertbarkeit des Gutachtens zu verlangen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Mai 2014, 8C_660/2013 E. 4.2.1). Das ABI-Gutachten ist folglich verwertbar.

3.

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



Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

4.

4.1 In medizinischer Hinsicht liegen insbesondere der Bericht des Rheumatologen Dr. E.____ vom 23. September 2009, der Austrittsbericht der Klinik Valens vom 11. Januar 2010, die Berichte des Psychiaters Dr. F.____ vom 4. Juni 2010, 28. April 2011 und 15. Februar 2012, die Berichte des Otorhinolaryngologe Dr. H.____ vom 20. Oktober 2010 und 9. Januar 2012, das ABI-Gutachten vom 25. Oktober 2011 und die Stellungnahme des ABI vom 16. Februar 2012 sowie die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. L.____ vom 25. November 2011 und 16. April 2012 bei den Akten.

4.2 Der Rechtsvertreter hat geltend gemacht, dass das ABI-Gutachten schon in formeller Hinsicht mangelhaft sei, da es keine Literaturhinweise enthalte. Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden: Namentlich bei den Richterinnen und Richtern, die den Beweiswert eines Gutachtens überprüfen, handelt es sich um medizinische Laien. Dies bedeutet, dass sie nicht über das Fachwissen verfügen, um ein Gutachten bis ins kleinste Detail zu überprüfen; sie können lediglich beurteilen, ob das Gutachten insgesamt konsistent ist, d.h. ob es mit Bezug auf die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (vgl. z.B. BGE 125 V 351 E 3a). Eine medizinisch-wissenschaftliche Auseinandersetzung mit verschiedenen Untersuchungsmethoden, diagnostischen Verfahren etc. würde dabei zu weit gehen. Es ist daher nicht zwingend notwendig, dass die Sachverständigen ihre Aussagen und Untersuchungen mit Literaturhinweisen versehen. Hinzu kommt, dass Gutachter ohnehin in der Wahl der geeigneten Prüfmethode frei sind. Fehlende Literaturhinweise sind daher nicht geeignet, einem Gutachten von vornherein den Beweiswert abzuspochen. Im Übrigen ist gerichtsnotorisch, dass Literaturhinweise in Gutachten eher selten zu finden sind. Würde ein Gutachten allein aus diesem Grund als nicht



nachvollziehbar erachtet werden, müssten praktisch alle bisher erstellten Gutachten zuhanden der IV-Stellen und Gerichte als mangelhaft qualifiziert werden.

4.3 Der Rechtsvertreter hat sodann argumentiert, dass sich der psychiatrische Gutachter nicht ausreichend mit den Vorakten auseinandergesetzt habe. Er habe nicht hinreichend begründet, weshalb seine Einschätzung von jener von Dr. F.____ abweiche. Während Dr. F.____ Anfang Juni 2010 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen, Ende April 2011 eine leichte bis mittelgradige depressive Episode und Mitte Februar 2012 eine schwere depressive Episode mit somatischen Symptomen diagnostiziert hat, hat Dr. K.____ im Juni 2011 lediglich einen Status nach Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion diagnostiziert. Dr. F.____ hat im Februar 2012 berichtet, dass sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers seit Behandlungsbeginn, d.h. seit Februar 2010, stets verschlechtert habe. Er leide seither unter andauernden Anspannungen und Besorgtheit, einer massiven Selbstwertproblematik, einer Abneigung, sich auf persönliche Kontakte einzulassen inklusive konsequentem sozialem Rückzug, einem ausgeprägt eingeschränkten Lebensstil und der Sorge um die körperliche Sicherheit. Die psychiatrische Begutachtung hat im Juni 2011 stattgefunden. Der Beschwerdeführer hat seinen Tagesablauf damals wie folgt umschrieben: Meistens gehe er um 22.30 Uhr ins Bett und stehe um 7 Uhr auf. Tagsüber sei er meistens in der Wohnung: Er lese Zeitungen, schaue fern, beschäftige sich mit dem PC oder telefoniere mit Verwandten und Bekannten. Er habe 20 Bekannte, mit denen er regelmässig telefoniere. Kleinere Spaziergänge seien möglich, er erledige auch kleinere Einkäufe. Abends unterhalte er sich mit seiner Freundin, spiele mit ihr oder sehe fern. Am Wochenende würden sie oft Bekannte einladen oder selber Bekannte besuchen. Er habe sehr gerne Besuch, dies sei für ihn eine willkommene Abwechslung (IV-act. 77 S. 10). Eine Depression ist eine affektive Störung, die insbesondere durch gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Antriebslosigkeit und verminderte Leistungsfähigkeit gekennzeichnet ist (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Auflage, Berlin 2011, S. 449). Der geschilderte Tagesablauf lässt sich weder mit den Befunden von Dr. F.____, insbesondere dem geltend gemachten konsequenten Rückzug, noch mit den Symptomen einer depressiven Störung vereinbaren. Demgegenüber überzeugt die Schlussfolgerung von Dr. K.____, dass zurzeit keine depressiven Verstimmungen feststellbar seien und daher lediglich ein Status nach einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion



diagnostiziert werden könne. Dr. F.____ hat sodann eine massive Akzentuierung der infantil-ängstlichen Persönlichkeitszüge an der Grenze zu einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung/Persönlichkeitsänderung diagnostiziert. Grund dafür sei die Marginalisierung der somatischen Leiden, insbesondere der Gleichgewichtsstörung. Die Persönlichkeitsstörung/Persönlichkeitsveränderung drücke sich durch Ängstlichkeit, allgemeine Unsicherheit, ständige Anspannungen, Magen-Darm-Beschwerden und ständige Sorgen aus. Dr. K.____ hat überzeugend begründet, weshalb er beim Beschwerdeführer keine eigentliche Persönlichkeitsstörung hat diagnostizieren können. Auch Angstsymptome hat er keine feststellen können: Der Beschwerdeführer leide tagsüber nicht unter Ängsten, könne auch nachts relativ gut schlafen, könne sich frei ausserhalb seiner Wohnung bewegen und geniesse es, soziale Kontakte zu pflegen. Er ängstige sich einzig vor der Zukunft, da die Freundin langsam ungeduldig werde, weil sie ihn finanziell unterstütze. Es ist mit Dr. K.____ daher davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer lediglich unreife Persönlichkeitszüge vorliegen. Sodann hat Dr. K.____ noch eine Somatisierungsstörung festgestellt. Er hat diese überzeugend damit begründet, dass das Ausmass der geklagten körperlichen Beschwerden (Sensibilitätsstörungen, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen) und die subjektive Krankheitsüberzeugung durch die somatischen Befunde nicht hinreichend hätten objektiviert werden können. Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende Somatisierungsstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die Somatisierungsstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: 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 (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 131 V 49 E 1.2). Dr. F. ___ hat sich zu dieser sog. Überwindbarkeitspraxis des Bundesgerichts nicht geäußert. Demgegenüber ist Dr. K. ___ zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer die (nicht umstrittene) dissoziative Störung und die Somatisierungsstörung mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwinden könne, da sich keine schweren, lebensgeschichtlichen Belastungen finden liessen, Hinweise auf unbewusste Konflikte fehlten und kein primärer Krankheitsgewinn vorhanden sei. Die bisherigen therapeutischen Bemühungen seien gescheitert, weil der Beschwerdeführer wenig Motivation gezeigt habe, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um seine Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen. Dieser Schlussfolgerung von Dr. K. ___ kann nichts entgegengehalten werden. Es ist daher mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist.

4.4 Der Rechtsvertreter hat weiter vorgebracht, dass aufgrund des Sturzereignisses vom 1. Dezember 2009 und den weiteren Symptomen (Schwindel, Übelkeit, Schlaflosigkeit, Lustlosigkeit, Kraftlosigkeit, Konzentrationsstörungen etc.) eine neurologische Abklärung hätte durchgeführt werden müssen. Dr. I. ___ hat eine neurologische Untersuchung durchgeführt (vgl. Gutachten S. 14, Ziff. 4.2.2.2 [Neurologischer Status]). Hierzu war er auch befähigt, da unter das Fachgebiet der Rheumatologie auch Krankheiten des Nervensystems fallen (vgl. http://www.hirslanden.ch/global/de/startseite/gesundheitsmedizin/themen_beitraege/krankheiten_behandlungsmethoden/fachgebiete_fmhrheumatologie.html, besucht am 14. Oktober 2014). Zwar hat Dr. I. ___ die meisten neurologischen Tests wegen der geltend gemachten lumbalen Schmerzen sowie wegen teilweise heftiger Gegeninnervation durch den Beschwerdeführer nicht richtig durchführen können (vgl. Ziff. A.I.). Aus der unterlassenen Mitwirkung bei der klinischen Untersuchung kann der Beschwerdeführer jedoch keinen Vorteil für sich ableiten, da



nur ein nachgewiesener Gesundheitsschaden eine Invalidität begründen kann. Dr. I.____ ist zum Schluss gekommen, dass die klinisch vorhandenen Auffälligkeiten des linken Beines weder durch eine Affektion des Bewegungsapparates noch durch eine neurologische Ursache erklärt werden könnten; sowohl die Sensibilitätsstörungen als auch die demonstrierten Paresen seien ganz diffus verteilt, es sei kein radikuläres oder peripher-neurologisches Muster zu erkennen gewesen. Gegen eine relevante neurogene Parese spreche auch, dass keine Atrophie der entsprechenden Muskeln vorliege. Diese Aussagen überzeugen. Dr. I.____ hat zwar noch angegeben, dass zur Erhöhung der diagnostischen Sicherheit gelegentlich eine neurologische Abklärung inklusive elektrophysiologische Untersuchung durchgeführt werden sollte. Im Sozialversicherungsverfahren gilt allerdings "nur" der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Es ist davon auszugehen, dass Dr. I.____ eine entsprechende Abklärung in Auftrag gegeben hätte, wenn er eine solche für den Nachweis eines invalidisierenden Gesundheitsschadens als notwendig erachtet hätte. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht darauf verzichtet, eine (weitere) neurologische Abklärung in Auftrag zu geben. Der Rechtsvertreter hat Dr. I.____ zudem vorgeworfen, seine Schlussfolgerungen nicht hinreichend begründet zu haben. Obwohl dem Sachverständigen bei der Untersuchung eine ungewöhnliche Schonhaltung und Schonbewegung bei massiver Schräghaltung des Oberkörpers nach rechts begleitet von einem Tremor aufgefallen sei und er von einer möglichen ISG-Dysfunktion gesprochen habe, habe er ohne stichhaltige Begründung oder Abklärung eine Schmerzverarbeitungsstörung/Symptomausweitung angenommen. Insbesondere seien der Sturz und seine aktenkundigen Folgen unerwähnt geblieben. Der Beschwerdeführer ist nach dem Sturzereignis am 1. Dezember 2009 in der Klinik Valens und vor allem im Kantonsspital eingehend untersucht worden. Eine körperliche Ursache für den Sturz hat jedoch nicht gefunden werden können, weshalb das Kantonsspital erklärt hatte, dass am ehesten von einem psychogenen Stupor auszugehen sei. Die Sachverständigen haben die Bewusstseinsverluste daher als dissoziatives Symptom eingeordnet. Die geltend gemachten Folgen des Sturzereignisses, d.h. der Schwindel und die Gleichgewichtsstörungen, fallen sodann nicht in das Fachgebiet der Rheumatologie, sondern in jenes der Otorhinolaryngologie. Des Weiteren hat Dr. I.____ ausführlich begründet, weshalb beim Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine ISG-Dysfunktion vorliege (vgl. S. 17 des ABI-



Gutachten). Zwar ist richtig, dass Dr. I.____ eine ganz ungewöhnliche Schonhaltung und sehr ausgedehnte Schonbewegungen sowie eine massive Schräghaltung des Oberkörpers nach rechts aufgefallen sind und bei Aufforderung zu Bewegungen des linken Beines an beiden Beinen ein sakkadierter Tremor aufgetreten ist. Dr. I.____ hat jedoch erklärt, dass er für die demonstrierten Schonhaltungen und Schonbewegungen kein Korrelat in einer Erkrankung des Bewegungsapparates gefunden habe. Bei beiden Knie- und Hüftgelenken seien keine eindeutigen Bewegungseinschränkungen feststellbar gewesen. Die nachgewiesenen Veränderungen an der LWS könnten das klinische Gesamtbild mit Sicherheit nicht begründen. Wiederum ist anzumerken, dass der Gutachter wegen heftiger Gegeninnervation seitens des Beschwerdeführers viele rheumatologische Tests, u.a. die Bewegungsprüfung der LWS, nicht hat durchführen können, was dem Beschwerdeführer jedoch nicht zum Vorteil gereichen kann. Gestützt auf die erhobenen Befunde hat Dr. I.____ erklärt, dass ein dringender Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung bestehe, wobei wohl aufgrund des inadäquaten Schonverhaltens eine lokoregionäre Symptomausweitung eingetreten sei. Diese Diagnose wird im Übrigen durch den Untersuchungsbericht von Dr. E.____ gestützt; dieser hatte bereits im September 2009 über Hinweise auf eine beginnende Schmerzverarbeitungsstörung berichtet. Der Argumentation des Rechtsvertreters, Dr. I.____ habe die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung nicht ausreichend begründet, kann somit nicht gefolgt werden. Insbesondere auch nicht, weil es sich "lediglich" um einen dringenden Verdacht bzw. eine Differentialdiagnose gehandelt hat. Durch die bildgebenden Befunde ausgewiesen und unbestritten ist, dass beim Beschwerdeführer wegen mässigen degenerativen Diskopathien der LWS mit u.a. kleiner Diskushernie paramedian links L1/2 ohne Hinweise für eine Neurokompro-mittierung die Diagnose eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms gestellt werden kann. Nachvollziehbar ist auch, dass dem Beschwerdeführer deshalb Tätigkeiten mit starker und mittelstarker Rückenbelastung nicht mehr zugemutet werden können, dass er aber in körperlich leichten Tätigkeiten mit nur leichter Rückenbelastung sowie der Möglichkeit zu Wechselpositionen, zu 100 % arbeitsfähig ist.

4.5 Der Rechtsvertreter hat schliesslich noch eingewendet, dass das ORL-Gutachten nicht überzeuge. Es sei nicht nachvollziehbar begründet worden, weshalb die von Dr. H.____ festgestellten Resultate nur teilweise hätten bestätigt werden können. Die



Berichte von Dr. H.____ überzeugen aus den folgenden Gründen nicht: Erstens hat sich Dr. H.____ nicht oder nur ungenügend mit den Vorakten bzw. der Anamnese auseinandergesetzt: So hat er als Diagnose u.a. einen Status nach Schädelbruch mit passivem HWS-Abknicktrauma und Commotio cerebri et labyrinthi links am 1. Dezember 2009 angegeben. Aus dem Austrittsbericht der Klinik Valens geht allerdings klar hervor, dass ein vom Kantonsspital Graubünden durchgeführtes Schädel-CT unauffällig gewesen sei und dass bei der klinischen Untersuchung keine Zeichen für eine Commotio hätten festgestellt werden können. Sodann hat Dr. H.____ erklärt, der Beschwerdeführer sei beim Sturzereignis am 1. Dezember 2009 auf den Hinterkopf gefallen. Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik Valens ist er jedoch mit steifem Körper auf die rechte Seite gefallen. Des Weiteren geht aus den übrigen Akten nicht hervor, dass der Beschwerdeführer an Leseschwierigkeiten mit Verschwimmen der Buchstaben und begleitet von visuellem Unbehagen und Konzentrationsproblemen leiden soll. Es besteht hier auch eine gewisse Diskrepanz zur anlässlich der Begutachtung gemachten Aussage des Beschwerdeführers, dass er gerne Zeitungen lese und sich gerne am PC beschäftige. Zumindest wäre zu erwarten gewesen, dass er diese Einschränkungen gegenüber den Gutachtern erwähnt. Gleiches gilt für das geltend gemachte Druckgefühl und die stechenden Otagien links; auch diese Symptome hat der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern unerwähnt gelassen. Zweitens ist, wie das ABI in seiner Stellungnahme erwähnt hat, bekannt bzw. gerichtsnotorisch, dass Dr. H.____ jeweils sehr viele Untersuchungen durchführt, die letztlich nur wenig zur alltagsrelevanten Situation beitragen. Denn nicht von jedem leicht abweichenden Normbefund kann auf eine anspruchrelevante Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. Drittens überzeugen die Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. H.____ nicht. So hat er den IV-Grad und den Arbeitsunfähigkeitsgrad einander gleichgesetzt, obwohl es sich hierbei um Zahlenwerte handelt, die auf unterschiedliche Weise ermittelt werden. Auch entspricht der von ihm ermittelte Integritätsschaden ziffernmässig jeweils der Arbeitsunfähigkeit, obwohl der Integritätsschaden nichts mit der Arbeitsfähigkeit zu tun hat. Während Dr. H.____ die Arbeitsunfähigkeit aus neurotologischer Sicht im Oktober 2010 auf 30 % geschätzt hat, ist er im Januar 2012 von einer Arbeitsunfähigkeit von 45-50 % ausgegangen. Die Begründung scheint in der Verstärkung der Schwindelbeschwerden und Gleichgewichtsstörungen zu liegen. Aus dem Bericht von Dr. H.____ geht allerdings nicht hervor, wie sich die Zunahme dieser



Beschwerden geäussert hat (z.B. Schwindelattacken in kürzeren Abständen, oder stärker ausgeprägte Gleichgewichtsbeschwerden). Gerade davon hängt jedoch ab, ob bzw. wie in welchem Ausmass sich die Arbeitsfähigkeit verschlechtert hat; von Untersuchungszahlen alleine kann nicht auf den Arbeitsfähigkeitsgrad geschlossen werden. Und schliesslich hat Dr. H.____ keine Unterscheidung zwischen der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten und in der angestammten Tätigkeit gemacht. Gerade bei Vorliegen von Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen ist es offensichtlich, dass gewisse Tätigkeiten (insbesondere sturzgefährdende Tätigkeiten wie das Besteigen von Leitern) gar nicht mehr ausgeübt werden können. Dr. H.____ muss daher die Kenntnis des Begriffs der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit abgesprochen werden. Die angeführten Gründe lassen erhebliche Zweifel an der Qualität und Aussagekraft der Berichte von Dr. H.____ aufkommen. Demgegenüber überzeugt das Teilgutachten von Dr. J.____: Er hat sich gründlich mit den Vorakten auseinandergesetzt, die Zusammenhänge zwischen den Befunden und den gestellten Diagnosen sind nachvollziehbar und begründet und auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung ist evident. Einzig die Diagnose des Tinnitus auris beidseits überzeugt nicht, wobei hierbei ein Versehen angenommen werden kann: Denn in der Anamnese hat Dr. J.____ angegeben, dass der Beschwerdeführer einen Tinnitus negiert hat. Dr. H.____ hat scharfe Kritik am Gutachten von Dr. J.____ geübt. Ob diese Kritik berechtigt ist, könnte nur eine weitere otorhinolaryngologische Begutachtung aufzeigen. Bei näherer Betrachtung scheinen die Diagnosen von Dr. H.____ und Dr. J.____ allerdings nicht weit auseinanderzuliegen: So haben beide eine moderate Hochtonschwerhörigkeit links und eine Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems diagnostiziert. Eine Contusio labyrinthi (Innenohrschädigung), die ursächlich für Schwindelbeschwerden sein kann, hat Dr. J.____ im Gegensatz zu Dr. H.____ zwar nicht eruieren können. Was die Ursache einer organisch nachgewiesenen Gleichgewichtsfunktionsstörung ist, spielt für die Arbeitsfähigkeitsschätzung jedoch gar keine Rolle. Dr. J.____ hat schliesslich noch erklärt, dass die Befunde der von Dr. H.____ durchgeführten posturalen Prüfung in Anbetracht der subjektiven Beschwerden im Bereich des Achsenskeletts kaum verwertbar seien. Diese Aussage leuchtet ein; so hat Dr. H.____ in seinem Bericht vom Januar 2012 selber angegeben, dass die Koordinationsprüfungen wegen der Rücken- und Beinschmerzen nicht genau beurteilbar seien. Aufgrund der festgestellten, qualitativ erheblichen Mängel der



Berichte von Dr. H.____ sowie der Tatsache, dass die von Dr. J.____ gestellten Diagnosen nicht weit von jenen von Dr. H.____ abweichen, muss in antizipierter Beweiswürdigung davon ausgegangen werden, dass aus einer dritten otorhinolaryngologischen Abklärung keine weiteren, entscheiderelevanten Informationen gewonnen werden könnten. Es ist daher überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer wegen der leichten bis mittelschweren Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems seit dem Sturzereignis am 1. Dezember 2009 in sturzgefährdenden Tätigkeiten sowie in Tätigkeiten, die das Führen eines Motorfahrzeuges beinhalten, zu 100 % arbeitsunfähig ist. In anderen Tätigkeiten benötigt er vermehrte Pausen, weshalb er in einem ganztägigen Pensum in seiner Leistungsfähigkeit zu 25 % eingeschränkt ist. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur zu 100 % arbeitsunfähig ist. In körperlich leichten wechselbelastenden Tätigkeiten, die weder das Führen eines Motorfahrzeugs noch sturzgefährdende Tätigkeiten beinhalten, ist er in einem Pensum von 100 % zu 25 % in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt.

5.

Für die Berechnung des Valideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin richtigerweise auf das zuletzt erzielte Einkommen als Lastwagenchauffeur abgestellt. Dieses hat im Jahr 2008 Fr. 62'400.-- betragen. Unter Berücksichtigung des Wartejahres würde ein allfälliger Rentenanspruch ab dem 1. Dezember 2009 bestehen. Angepasst an die Nominallohnentwicklung hätte das Einkommen des Beschwerdeführers als Lastwagenchauffeur im Jahr 2009 Fr. 63'712.-- betragen. Dieser Betrag entspricht dem Valideneinkommen. Da eine Umschulung aufgrund der subjektiven Überzeugung des Beschwerdeführers, in allen Tätigkeiten nicht arbeitsfähig zu sein, nicht erfolgsversprechend ist, ist für die Bemessung des Invalideneinkommens auf das durchschnittliche Einkommen eines Hilfsarbeiters im Jahr 2009 gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik abzustellen. Dieses hat im Jahr 2009, aufgerechnet auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden, Fr. 61'240.-- betragen (IVG-Textausgabe 2012, Anhang 2). Die Beschwerdegegnerin hat keinen Tabellenlohnabzug vorgenommen. Aufgrund des ganztägigen Einsatzes bei reduzierter Leistungsfähigkeit ist ein Abzug von 10 % vom Tabellenlohn gerechtfertigt (vgl. Philipp Geertsens, Der Tabellenlohnabzug, in: Ueli Kieser/Miriam Lendfers, Jahrbuch zum



Sozialversicherungsrecht 2012, St. Gallen 2012, S. 148 ff.). Das Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 41'337.-- (Abzug von 25 % wegen verminderter Leistungsfähigkeit und 10 % Tabellenlohnabzug). Daraus resultiert ein nicht rentenbegründender IV-Grad von 35 %.

6.

6.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

6.2 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- ist dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Die Gerichtsgebühr ist durch den geleisteten Kostenvorschuss in derselben Höhe gedeckt. Dem Verfahrensausgang entsprechend 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 hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; die Gerichtsgebühr ist durch den geleisteten Kostenvorschuss in derselben Höhe gedeckt.