



Fall-Nr.: IV 2014/267
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 14.05.2020
Entscheiddatum: 11.06.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 11.06.2015

Art. 28 IVG. Beweiswürdigung Gutachten. Beweiskraft der gutachterlichen Beurteilung, dass keine Einschränkungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehen, bejaht. Kein Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Juni 2015, IV 2014/267). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_518/2015.

Entscheid Versicherungsgericht, 11.06.2015

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen Marie Löhner und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Entscheid vom 11. Juni 2015

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Sutter, Haus Eden, Paradiesweg 2,
Postfach, 9410 Heiden,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 2. Juni 2008 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 5; zur vorangegangenen Meldung zur Früherfassung des RAV vom 15. Mai 2008 siehe IV-act. 1). Anlässlich des FI-Gesprächs vom 7. Juli 2008 gab der seit 9. Juni 2008 behandelnde Hausarzt des Versicherten, B.____, FMH Allg. Medizin mit Naturheilverfahren, RAD-Arzt Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, an, der Versicherte leide u.a. an einer totalen Aphonie und Schluckstörungen; differentialdiagnostisch wird eine hypochondrische Störung erwähnt. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsinstructor sei er durch den Verlust der Stimme vollumfänglich eingeschränkt (Protokoll vom 11. Juli 2008, IV-act. 23; vgl. auch Bericht des Hausarztes vom 28. August 2008, IV-act. 26). RAD-Arzt Dr. C.____ hielt in der Stellungnahme vom 4. November 2008 fest, es sei nicht auszuschliessen, dass der Versicherte an einer schweren psychischen Störung leide. Differentialdiagnostisch müsse an eine dissoziative Störung, an eine schwere psychotisch-depressive Störung oder auch an eine Erkrankung aus dem schizophrener Formenkreis gedacht werden. Einer exakten diagnostischen Beurteilung komme insofern eine grosse Bedeutung zu, als sie die Basis für eine spezifische, die Arbeitsfähigkeit allenfalls massgeblich beeinflussende Therapie darstelle. Aus diesem Grund müsse der Versicherte unter Hinweis auf die Mitwirkungspflicht aufgefordert werden, sich in eine fachärztlich-psychiatrische Behandlung zu begeben (IV-act. 28). Mit Schreiben vom 24. November 2008 forderte die IV-Stelle den Versicherten auf, sich fachärztlich-psychiatrisch behandeln zu lassen (IV-act. 30). Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bestätigte, dass er den Versicherten seit 4. Dezember 2008 behandle (IV-act. 31). Im Bericht vom 9. Februar 2009 an den Hausarzt diagnostizierte er einen Verdacht auf eine somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes (ICD-10: F45.31; schwere Dysphagie) und des respiratorischen Systems (ICD-10: F45.33; zunächst Aphonie, inzwischen Hypophonie), eine atypische depressive Episode (ICD-10: F33.8) und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Anteilen (ICD-10: Z73.1). Aus seiner Sicht sei eine stationäre psychosomatische



St.Galler Gerichte

Behandlung oder Rehabilitation dringend indiziert, wenn sich somatisch keine neuen Aspekte ergeben würden (IV-act. 34-2 f.). Am 4. Mai 2009 berichtete Dr. D.____ der IV-Stelle, dass die letzte Behandlung im Januar 2009 stattgefunden habe und die Behandlung auf Wunsch des Versicherten beendet "oder pausiert" worden sei (IV-act. 34).

vom 30. April 2009 hielt PD Dr. med. E.____, FMH medizinische Radiologie, betreffend eine cranio-cerebrale CT sowie eine CT Hals Thorax Abdomen fest, es bestehe eine auffallende Hypodensität der gesamten Glandula parotis und Glandula submandibularis, DD Adenose, Verdacht auf winzige Hiatusgleithernie; inhomogene Lebersteatose; geringe Sigmadiverticulose; Status nach Bauchdeckenoperation mit Netzeinlage; mit 4,7 cm vergrösserte und abgerundete Prostata. Nebenbefundlich bestehe ein infratentorielles symmetrisches bis 12 mm messendes Hygrom beidseits. Im Übrigen habe sich ein normales cranio-cervico-thoraco-abdomino-pelvines CT gezeigt (IV-act. 35). Nachdem die neuerliche somatische Diagnostik keine weiteren diagnostischen und therapeutischen Aspekte ergeben habe, hielt RAD-Arzt Dr. C.____ eine vollstationäre, sechs bis neun Monate dauernde, psychosomatische Behandlung bzw. Rehabilitation für dringend indiziert. Dies habe auch Dr. D.____ bestätigt. Diese Massnahme diene einerseits dazu, die bisher zum Teil nur vermuteten psychiatrischen Diagnosen zu festigen und sei andererseits dazu angetan, den Gesundheitsschaden zu verbessern (Stellungnahme vom 20. Mai 2009, IV-act. 36). Mit Schreiben vom 22. Mai 2009 forderte die IV-Stelle den Versicherten auf, sich einer sechsmonatigen stationären psychosomatischen Behandlung zu unterziehen (IV-act. 37). Der Versicherte orientierte die IV-Stelle am 8. Juni 2009 über die bisher in Anspruch genommenen Behandlungen und über ein Fortschreiten der Genesung seit einer Ende April 2009 in Anspruch genommenen Globuli-Therapie. Deshalb beantrage er eine Verschiebung bis Ende September 2009 des geforderten Klinikaufenthalts (IV-act. 38). Der Hausarzt bestätigte am 24. September 2009 eine Verbesserung des Gesundheitszustands (IV-act. 42). Daraufhin gelangte RAD-Arzt Dr. C.____ zum Schluss, dass mit der geforderten vollstationären Therapie noch zuzuwarten sei, um den Heilungsverlauf nicht zu gefährden. Sollte der Versicherte in drei Monaten keine Anzeichen einer eingliederungswirksamen Verbesserung seiner Funktionsstörung erkennen lassen, sei ihm die ursprünglich geplante psychiatrisch-psychosomatische Behandlung aufzuerlegen (Stellungnahme vom 1. Oktober 2009, IV-act. 43).



A.c Der Hausarzt berichtete am 29. Dezember 2009, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich weiter verbessert. Es bestehe im jetzigen Zustand keine reelle Chance auf eine angepasste Tätigkeit oder Anstellung (IV-act. 46). Am 27. Januar 2010 (Datum Posteingang IV-Stelle) ergänzte der Hausarzt auf Nachfrage der IV-Stelle, nach Rücksprache mit dem Versicherten dürfte eine Eingliederung in etwa 9 bis 12 Monaten möglich werden (IV-act. 49).

A.d Am 9. März 2010 wurde der Versicherte von RAD-Arzt F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht, nachdem die Einholung eines Verlaufsberichts bei Dr. D.____ aus Kostengründen gescheitert war (IV-act. 51 und 56). Im RAD-Abklärungsbericht vom 26. März 2010 diagnostizierte Dr. F.____ eine Schmerzverarbeitungsstörung bei Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und anamnestisch Hinweise auf einen Status nach depressiver Episode (ICD-10: F32). Aufgrund der dokumentierten Vorgeschichte und der anamnestischen Angaben müsse davon ausgegangen werden, dass eine komplette Arbeitsunfähigkeit für eine erwerbliche Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt bis zum heutigen Tag vorgelegen habe. Der Gesundheitszustand sei noch als instabil zu betrachten und sollte nach Ausschöpfung aller Therapieoptionen, insbesondere der besprochenen teilstationären psychiatrischen Behandlung in ca. einem Jahr nochmals überprüft werden. Sollte sich der Zustand und die Arbeitsunfähigkeit bis dahin nicht ändern, wäre eine umfangreiche medizinische Abklärung sowohl des somatischen, aber insbesondere auch des psychiatrischen Gesundheitszustands unter dem Aspekt der Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung zu empfehlen (IV-act. 60).

A.e Auf Rückfrage der IV-Stelle vom 14. Mai 2010 hin begab sich der Versicherte in die psychiatrische Behandlung in das Psychiatrie-Zentrum G.____ (IV-act. 66 bis 68).

A.f Der Hausarzt bescheinigte gegenüber der Arbeitslosenversicherung, dass der Versicherte im Rahmen eines behinderungsangepassten Arbeitsversuches ab dem 9. September 2010 zu 50% vermittlungsfähig sei (IV-act. 78-4). Dr. med. H.____, der den Versicherten als Oberarzt im Psychiatrie-Zentrum G.____ vom 2. Juni bis 8. Juli 2010 während drei Konsultationen ambulant behandelt hatte, teilte am 26. Oktober 2010 mit, aus psychiatrischer Sicht habe keine Diagnose gestellt werden können (IV-act. 80). Im



St.Galler Gerichte

der IV-Stelle am 10. November 2010 zugestellten neurologischen Bericht vom 28. September 2010 gab Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, an, die Beurteilung dieses mittlerweile bereits über 4-jährigen Verlaufs falle auch ihm schwer, zumal konsistente organische Befunde nur begrenzt vorlägen. Gesichert sei offensichtlich lediglich eine Laryngitis/Pharyngitis im Winter 2006. Er diagnostizierte einen Status nach Hypopharyngo-Laryngitis 12/2006 mit protrazierter Schluck- und Sprechstörung sowie einen Verdacht auf fibromyalgieforme Störung (DD sekundäre Form, DD somatoform; IV-act. 81). RAD-Arzt Dr. C.____ vertrat in der Stellungnahme vom 15. November 2010 die Auffassung, es sei keine medizinisch zu begründende Invalidität ausgewiesen (IV-act. 82).

A.g Mit Vorbescheid vom 5. April 2011 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 91). Dagegen erhob er am 24. Mai 2011 Einwand (IV-act. 95; vgl. auch die ergänzende Begründung vom 11. Juli 2011 u.a. mit einem Bericht des Hausarztes vom 23. Mai 2011, IV-act. 97). Am 13./21. Februar 2012 schlossen die J.____ GmbH als Arbeitgeberin, der Versicherte und die IV-Stelle eine Vereinbarung für die Einarbeitungszeit mit Einarbeitungszuschuss für eine Tätigkeit des Versicherten im Kundendienst und in der Projektleitung für die Dauer vom 1. März bis 28. August 2012 (IV-act. 114; vgl. ferner die Kostengutsprache für einen Einarbeitungszuschuss vom 7. März 2012, IV-act. 118). Am 6. November 2012 (IV-act. 123) liess der Versicherte der IV-Stelle einen Bericht der Medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel vom 2. Februar 2012 zukommen. Die dortigen Experten, die zur Beurteilung einer immunologischen Erkrankung hinzugezogen wurden, diagnostizierten darin eine unklare Schluck- und Sprechstörung mit passagerer, diffuser Muskelsteifigkeit seit 12/2006 sowie einen Status nach Hypopharyngo-Laryngitis 12/2006. Es hätten sich keine sicheren Hinweise auf eine immunologische Erkrankung ergeben (IV-act. 125). Am 11. Dezember 2012 teilte die J.____ GmbH mit, sie sehe sich leider gezwungen, das Arbeitsverhältnis per Ende Februar 2013 mit dem Versicherten aufzulösen, da dieser nicht zu 100% einsatzfähig sei (IV-act. 128). Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 21. Dezember 2012 mit, es bestehe kein Anspruch auf berufliche Massnahmen. Der Versicherte könne sich beim RAV anmelden (IV-act. 131).



St.Galler Gerichte

A.h Am 3. Januar 2013 fand eine interne Besprechung statt, an der u.a. die RAD-Ärzte Dr. C.____ und F.____ teilnahmen. Die Gesprächsteilnehmer kamen zum Schluss, dass rückwirkend gesehen bis zum Bericht des Psychiatrie-Zentrums G.____ eine volle Erwerbsunfähigkeit vorgelegen habe, die einen befristeten Rentenanspruch begründe. Ab Behandlungsbeginn vom 2. Juni 2010 seien durch den dort behandelnden Psychiater keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr bestätigt worden. Damit sei der Versicherte aus rein psychiatrischer Sicht ab diesem Zeitpunkt zu 100% arbeitsfähig beurteilt worden (IV-act. 132). Mit Vorbescheid vom 15. Januar 2013 stellte die IV-Stelle dem Versicherten eine ganze Rente befristet für die Dauer vom 1. Mai 2009 bis 31. Januar 2011 in Aussicht (IV-act. 135). Dagegen erhob der Versicherte am 18. Februar 2013 Einwand (IV-act. 141). Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte am 21. Oktober 2013 polydisziplinär (allgemein-internistisch, psychiatrisch, gastroenterologisch und otorhinolaryngologisch) in der ABI Aertzliches Begutachtungsinstitut GmbH untersucht. Im Gutachten vom 18. November 2013 stellten die Experten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine dissoziative Störung (ICD-10: F44.4), einen Verdacht auf Hyperventilationssyndrom, eine chronische Pharyngitis mit intermittierender Dysphagie und Dysphonie, eine Refluxoesophagitis Grad I und einen Status nach Hiatushernienoperation 12/2006. Beim Versicherten könnten weder somatisch noch psychiatrisch Befunde erhoben oder Diagnosen gestellt werden, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken würden (IV-act. 158-2 ff.). RAD-Arzt Dr. C.____ hielt die gutachterliche Beurteilung für beweiskräftig (Stellungnahme vom 13. Dezember 2013, IV-act. 159). Mit neuerlichem Vorbescheid vom 7. Februar 2014 stellte die IV-Stelle die Rentenabweisung in Aussicht (IV-act. 164). Dagegen erhob der Versicherte am 17. März 2014 Einwand und reichte einen Arbeitsvertrag mit der K.____ GmbH vom 12. November 2013 ein (gemäss welchem der Versicherte vom 1. Dezember 2013 bis 31. August 2014 mit einem Beschäftigungsgrad von 60% als Mitarbeiter Verkaufsdienst angestellt sei; die Tätigkeit werde in der Regel im "Home Office" erledigt; IV-act. 166; siehe ferner die "aerztliche Einsprache" vom Hausarzt vom 27. Februar 2014, IV-act. 165). Am 11. April 2014 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 168).

B.



St.Galler Gerichte

B.a Gegen die Verfügung vom 11. April 2014 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 20. Mai 2014. Der Beschwerdeführer beantragt darin unter Kosten- und Entschädigungsfolge 1. deren Aufhebung und die Zusprache einer ganzen Rente; 2. sei ihm "mit Wirkung ab 1. Mai 2009 eine ganze, ab 1. März 2012 bis am 31. Juli eine halbe, ab 1. März 2012 wieder eine volle und ab 1. Dezember 2013 mindestens eine Viertelsrente" zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen zurückzuweisen. Im Wesentlichen bringt er vor, das ABI-Gutachten sei nicht beweiskräftig (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 16. Juli 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4).

B.c In der Replik vom 23. Februar 2015 hält der Beschwerdeführer unverändert an der Beschwerde fest und bringt weitere Mängel an der gutachterlichen Beurteilung vor (act. G 17).

B.d Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Duplik verzichtet (act. G 19).

Erwägungen:

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

1.1 Anspruch auf eine Invalidenrente hat eine versicherte Person, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen nicht wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, während einer einjährigen Wartefrist durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid ist (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze IV-Rente, wenn sie mindestens zu 70% invalid ist; bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% besteht ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Anspruch auf eine



halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]); sie umfasst mit anderen Worten die erwerblichen Folgen der Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.3 Die Invalidität setzt daher voraus, dass der Gesundheitsschaden sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden sind. Dabei sind die rechtsanwendenden Behörden auf die Einschätzung der medizinischen Lage durch Fachpersonen angewiesen, die den Gesundheitszustand beurteilen und dazu Stellung nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Aufgabe der IV-Stelle und der Sozialversicherungsgerichte ist es zu würdigen, ob die ärztlichen Aussagen und Einschätzungen eine zuverlässige Beurteilung des Leistungsanspruchs erlauben. Ist dies der Fall, so ist gestützt auf diese medizinischen Feststellungen und, in der Regel, anhand eines Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) der Invaliditätsgrad zu bemessen. Festzuhalten ist sodann, dass in Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer Invalidität nicht ausreichen; vielmehr ist im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung erforderlich, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklär- und objektivierbar sind (BGE 139 V 556 E. 5.4).

2.

Vorab ist zu beurteilen, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt worden ist. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf das ABI-Gutachten vom 18. November 2013 ab (IV-act. 168). Der



Beschwerdeführer hält dieses aus verschiedenen Gründen für nicht beweiskräftig (act. G 1 und G 17).

2.1 Hinsichtlich der Auftragsvergabe kritisiert der Beschwerdeführer, dass diese für ihn nicht transparent gemacht worden sei (act. G 17, Rz 4). Die Erteilung des Auftrags erfolgte durch die Plattform SuisseMED@P, wie aus den Akten klar ersichtlich ist (IV-act. 145). Ein Mangel in der Auftragsvergabe ist somit zu verneinen.

2.2 Sodann hält es der Beschwerdeführer für "hinterhältig", dass er allgemeininternistisch nicht wie in Aussicht gestellt von Dr. med. L.____ (IV-act. 151), sondern von Dr. med. M.____ exploriert worden sei (act. G 17, Rz 5). Angesichts dessen, dass sich aus dem Gutachten keine Anhaltspunkte für eine unsachliche Begutachtung oder anderweitige Nachteile durch den Wechsel der Gutachterperson ergeben, erübrigen sich Weiterungen zur erst im Rahmen der Replik erhobenen formellen Rüge.

2.3 Der Beschwerdeführer rügt weiter, die ABI-Gutachter seien zum Schluss gekommen, dass weder somatische noch psychiatrische Befunde oder Diagnosen hätten gestellt werden können, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkten. Dabei würden sie allerdings den behandelnden Ärzten sowie dem RAD widersprechen, der in seinem Bericht vom 9. März 2010 von einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund der vorliegenden Beschwerden ausgegangen sei (act. G 1, Rz 8 f.; act. G 17, Rz 11 und Rz 26).

2.3.1 Den ABI-Gutachtern lagen sämtliche relevanten Vorakten vor und sie setzten sich damit im Gutachten auseinander (IV-act. 158-4 ff., -11, -14 und -19 ff.). Die Gutachter kamen zum Schluss, dass sich daraus keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergäben, die sich aus der jeweils eigenen Fachrichtung mit Befunden begründen liessen (IV-act. 158-20).

2.3.2 Diese Einschätzung stimmt mit der Aktenlage im Wesentlichen überein. Im radiologischen Bericht vom 30. April 2009 werden keine relevanten Befunde erhoben (IV-act. 35; vgl. auch die diesbezügliche Würdigung des RAD-Arztes Dr. C.____ in IV-act. 36-2). Dr. D.____ äusserte sich in der konsiliarischen Beurteilung nicht zu den allfälligen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 34-2 f.).



Dr. H.____ gab an, dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden und keine Diagnose gestellt werden könne. Indessen verwies er auf "gravierende somatische Beschwerden", ohne dass sich solche aus den Akten ergeben oder von Dr. H.____ nachvollziehbar aufgeführt werden (IV-act. 80). Solche können insbesondere auch nicht dem neurologischen Bericht von Dr. I.____ entnommen werden, der ausdrücklich darauf hinwies, dass ihm die Beurteilung des Beschwerdeführers schwer falle (IV-act. 81-5 f.; vgl. auch die Würdigung der Einschätzung von Dr. I.____ durch die Experten der Medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Basels in IV-act. 125-4). Damit vereinbar ist ebenfalls der Bericht der Experten der Medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Basels vom 2. Februar 2012, worin ausgeführt wurde, dass sich zusammenfassend aus der Anamnese und aus den vorliegenden Befunden keine sicheren Hinweise auf eine immunologische Erkrankung ergäben (IV-act. 125).

2.3.3 Aus den zahlreichen, knapp begründeten hausärztlichen Einschätzungen ergeben sich ebenfalls keine Befunde, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermögen. Den bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten scheint der Hausarzt vielmehr das subjektive Empfinden des Beschwerdeführers zu Grunde gelegt zu haben, ohne hierfür eine medizinische Erklärung zu benennen (IV-act. 46, 49 ["Nach Rücksprache" mit dem Versicherten "dürfte eine Eingliederung in etwa 9 bis 12 Monaten möglich werden"] und 165). So verwies er im Bericht vom 28. August 2008, worin er eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte, hinsichtlich der erhobenen Befunde auf den Bericht der Abteilung Gastroenterologie/Hepatology des Departements Innere Medizin des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 23. Februar 2007. Die dort behandelnden Ärzte bescheinigten dem Versicherten lediglich für die Zeit der Hospitalisation vom 2. bis 21. Februar 2007 wegen "Hospitalisation, Erholung/ Rehabilitation" eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Des Weiteren ergeben sich dort keine objektiven Befunde, welche die vom Hausarzt mehr als ein Jahr danach bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigen könnten (IV-act. 26-5 ff.). In der Stellungnahme vom 27. Februar 2014 gelangte der Hausarzt in Übereinstimmung mit den ABI-Gutachtern zum Schluss, "dass die medizinischen Abklärungen keinen Grund für seine massiven Beschwerden finden konnten, ebenso wenig die psychologisch/ psychiatrischen Untersuchungen und die selber angestrebten Untersuchungen bis zur Universitätsklinik Basel" (IV-act. 165-1). Beim Vorhalt des Hausarztes, es müsse beim



Rentenentscheid die Grundregel "im Zweifelsfall für den Angeklagten" beachtet werden, übersieht er, dass der Grundsatz "in dubio pro assicurato" ("im Zweifel zu Gunsten des Versicherten") im Sozialversicherungsrecht unzulässig ist (BGE 129 V 477 E. 4.2.1) und die versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat (BGE 138 V 222 E. 6).

2.3.4 Der psychiatrische RAD-Untersuchungsbericht vom 26. März 2010 ist ebenfalls nicht geeignet, die Beweiskraft des ABI-Gutachtens zu erschüttern. Zwar wurde darin von einer "kompletten Arbeitsunfähigkeit für eine erwerbliche Tätigkeit" auf dem freien Arbeitsmarkt "bis zum heutigen Tag" ausgegangen. Der Gesundheitszustand wurde im Zeitpunkt der Untersuchung vom 9. März 2010 als "instabil" betrachtet und eine Eingliederungsfähigkeit verneint (IV-act. 60-5 f.). Diese Einschätzung ist indessen nicht überzeugend, ergeben sich doch aus der Befunderhebung (IV-act. 60-4) keine relevanten Beeinträchtigungen. Hinzu kommt, dass RAD-Arzt Dr. F.____ seine Beurteilung nicht auf eine selbst erhobene, objektive Grundlage stützt, sondern auf die "dokumentierte Vorgeschichte" und die "anamnestischen Angaben" (vgl. BGE 139 V 556 E. 5.4). In der bis dahin angefallenen Aktenlage ist - abgesehen von den nicht überzeugenden hausärztlichen Stellungnahmen (vgl. hierzu vorstehende E. 2.3.3) - keine aussagekräftige medizinische Einschätzung enthalten, die das Bestehen einer anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausweist.

2.3.5 Der Vorwurf des Beschwerdeführers, der psychiatrische Gutachter habe den Bericht des Psychiatrie-Zentrums G.____ vom "26. April 2010" nicht gewürdigt (act. G 17, Rz 26), zielt ins Leere. Denn wie sich aus der RAD-Stellungnahme 10. April 2013 ergibt (IV-act. 146-1), datiert der fragliche Bericht des Psychiatrie-Zentrums G.____ vom 26. Oktober 2010 (siehe hierzu IV-act. 80) und nicht wie im Auftragsschreiben an die ABI fälschlicherweise angegeben vom 26. April 2010 (IV-act. 147; zur vom RAD vorangegangenen falschen Datierung siehe IV-act. 146-2). Den Bericht vom 26. Oktober 2010 bezog der psychiatrische Gutachter bei seiner Beurteilung mit ein (IV-act. 158-15). Da dieser wie die medizinischen Fachpersonen des Psychiatrie-Zentrums G.____ aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneint hat (IV-act. 158-14 und IV-act. 80-5), mithin zum gleichen Schluss gelangte, war eine ausführliche Würdigung mangels Diskrepanz nicht erforderlich.



2.4 Des Weiteren bezeichnet der Beschwerdeführer es als seltsam, dass die Gutachter eine neue Diagnose gestellt hätten, die bis anhin von keinem der behandelnden Ärzte aufgeführt worden sei. Im Gegensatz dazu würden frühere Diagnosen von den Gutachtern nicht wieder aufgenommen und es werde nicht abgeklärt, ob die früheren Diagnosen allenfalls zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt hätten (act. G 1, Rz 8; vgl. auch act. G 17, Rz 13 und Rz 17). Dem ist entgegenzuhalten, dass sich aus den Vorakten keine einhellige Diagnoseerhebung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen lässt. Zudem ist darin keine objektive Befundlage für eine längerdauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (vgl. vorstehende E. 2.3.1.); vielmehr wurde auf die Unklarheit der Beschwerdesymptomatik verwiesen (vgl. die Einschätzung von Dr. I.____: "mit letztlich bislang unklarer Beschwerdesymptomatik", IV-act. 81-2; "Die Beurteilung dieses mittlerweile bereits über 4-jährigen Verlaufes fällt auch mir schwer, zumal konsistente organische Befunde nur begrenzt vorliegen", IV-act. 81-5) bzw. eine psychiatrische Erkrankung ausgeschlossen (Bericht Dr. H.____ vom 26. Oktober 2010, IV-act. 80). Die Experten der Medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals Basels diagnostizierten eine "unklare" Schluck- und Sprechstörung und wiesen darauf hin, dass sich keine klare Diagnose stellen lasse. Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beschrieben sie nicht (IV-act. 125). Letztlich wies auch der Hausarzt darauf hin, dass die medizinischen Abklärungen keinen Grund für die massiven Beschwerden des Beschwerdeführers finden konnten (IV-act. 165). Die hinsichtlich der Diagnosestellung inkonsistente Aktenlage und die im Wesentlichen fehlenden objektiven Befunde bestätigen vielmehr die gutachterliche Beurteilung, dass keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne (IV-act. 158-20), zumal sich die Gutachter mit den Vorakten schlüssig auseinandergesetzt haben (IV-act. 158-11, 158-14 f., 158-19 f. und 158-22). Der Beschwerdeführer benennt denn auch keine konkreten Unvereinbarkeiten mit der Voraktenlage oder weitere Mängel, die Zweifel an den - ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - diagnostizierten Leiden (IV-act. 158-20) wecken.

2.5 Aus der Sicht des Beschwerdeführers hat der psychiatrische Gutachter übersehen, dass ein massiver sozialer Rückzug stattgefunden habe. Dieser habe es unterlassen, den Beschwerdeführer zu seinen früheren sozialen Kontakten zu befragen (act. G 1, Rz 8; vgl. auch die Kritik in act. G 17, Rz 15 und Rz 21). Der psychiatrische



Gutachter erhob eine ausführliche Sozialanamnese, worin der Beschwerdeführer u.a. die Verhältnisse vor seiner Erkrankung beschrieb ("einen Kochclub gegründet", "im Fussballclub gespielt", als Zuschauer an der Fussballweltmeisterschaft gewesen; IV-act. 158-12). Deshalb und da der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben über einen aktiven Alltag (regelmässiges Jassen mit dem Vater; Lesen der Tageszeitung und von Büchern; Sammeln von Kochrezepten; Spaziergänge; Treffen mit Nachbarn zum Kaffeetrinken; Training mit Hanteln und Crosstrainer; Pflege sozialer Kontakte zu drei ehemaligen Kollegen, zur Familie und zur Nachbarschaft, IV-act. 158-12; damit sind die im RAD-Untersuchungsbericht vom 26. März 2010 beschriebenen sozialen Verhältnisse vereinbar, IV-act. 60-3) verfügt, überzeugt der vom psychiatrischen Gutachter gezogene Schluss, dass kein sozialer Rückzug in allen Lebenslagen besteht (IV-act. 158-14), mithin der Beschwerdeführer unter diesem Aspekt noch über Ressourcen verfügt.

2.6 Ebenfalls für unverständlich hält der Beschwerdeführer, dass eine chronische körperliche Begleiterkrankung vom psychiatrischen Gutachter verneint werde, obwohl sein Kollege im gleichen Gutachten von einem Hyperventilationssyndrom ausgegangen sei, bzw. die Hypophonie auch für den Psychiater hätte hörbar sein müssen (act. G 1, Rz 8; vgl. auch act. G 17, Rz 20). Angesichts dessen, dass der allgemeininternistische Gutachter hinsichtlich der Atmung des Beschwerdeführers einen Verdacht auf ein Hyperventilationssyndrom diagnostizierte, dieser "ungefährlichen" Beschwerdesymptomatik keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass, und dessen Lungenuntersuchung sowie die übrigen allgemeininternistischen Untersuchungen ferner unauffällig gewesen sind (IV-act. 158-10 f.), ist entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ein Mangel an der Einschätzung des psychiatrischen Gutachters, dass eine relevante chronische körperliche Begleiterkrankung fehle (IV-act. 158-14), nicht dargetan.

2.7 Schliesslich wendet der Beschwerdeführer ein, dass der otorhinolaryngologische Gutachter objektiv und bildgebend eine chronische Pharyngitis festgestellt habe. Eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu verneinen, weil sie unklarer Ätiologie sei, sei indessen nicht zulässig (act. G 1, Rz 9). Zwar sprach der otorhinolaryngologische Gutachter von einer unklaren Ätiologie der chronischen Pharyngitis. Allerdings verneinte er einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht mit der Begründung der



unklaren Ätiologie, sondern im Wesentlichen mit den erhobenen Befunden (vgl. hierzu IV-act. 158-18), die das "Ausmass der angegebenen Beschwerdesymptomatik" nicht erklären könnten (IV-act. 158-19).

2.8 Bei der Würdigung des ABI-Gutachtens fällt weiter ins Gewicht, dass es auf eigenständigen gründlichen Abklärungen beruht und für die streitigen Belange umfassend ist. Die medizinischen Vorakten wurden verwertet und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden berücksichtigt und gewürdigt. Der darin - unter Berücksichtigung der Ressourcen des Beschwerdeführers (vgl. die Auseinandersetzungen mit der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, IV-act. 158-14 und 158-21 f.) - gezogene Schluss, dass weder aus somatischer noch psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe festgestellt werden können (IV-act. 158-21), ist nachvollziehbar begründet. Ergänzend kann auf die plausiblen Ausführungen zum Gutachten von RAD-Arzt Dr. C.____ vom 13. Dezember 2013 verwiesen werden (IV-act. 159). Es besteht kein Anlass, von der gutachterlichen Beurteilung abzuweichen und das Bestehen einer aus objektiver Sicht nicht überwindbaren Erwerbsunfähigkeit im Sinn von Art. 7 Abs. 2 ATSG zu bejahen. Daran ändert die in der Replik erhobene Kritik an der Untersuchungsdauer und der Gutachtenprozedur (act. G 17, Rz 8 ff.) nichts, ergeben sich doch daraus keine inhaltlichen Mängel. Hinsichtlich der Untersuchungsdauer und der einmaligen Untersuchung ist zu ergänzen, dass die Gutachter ihre Beurteilung in Kenntnis der Voraktenlage abgaben (vgl. vorstehende E. 2.3.1). Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass - auch rückwirkend - eine Krankheit mit aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht relevanter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist und von weiteren Abklärungen auch keine zusätzliche Erhellung der Verhältnisse zu erwarten ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 9C_164/2008, E. 4.3).

3.

Ausgehend von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit kann eine konkrete Ermittlung des Invaliditätsgrads unterbleiben, da offensichtlich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad besteht.



4.

Nach dem Gesagten 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm daran anzurechnen. 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.