



**Fall-Nr.:** IV 2014/41  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.10.2019  
**Entscheiddatum:** 09.08.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 09.08.2016**

**Art. 16 ATSG. Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung mehrerer psychiatrischer Gutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. August 2016, IV 2014/41).**

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2014/41

Parteien

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Urs Schlegel, Bahnhofstrasse 7, 9470 Buchs SG,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand



### Rente

### Sachverhalt

A.

A.aA. \_\_\_ meldete sich im Dezember 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Er gab an, er habe in seinem Herkunftsland ein Studium begonnen, dieses aber nicht abgeschlossen. Seit dem Jahr 2004 habe er als Produktionsmitarbeiter gearbeitet, wofür er einen Lohn von 4'225 Franken pro Monat erhalten habe. Infolge eines am 11. Mai 2008 erlittenen Unfalls könne er nicht mehr arbeiten. Die Suva richte ihm ein Taggeld aus. Am 9. Dezember 2008 gab die Hausärztin Dr. med. B. \_\_\_ telefonisch an (IV-act. 6), der Versicherte leide an den Folgen eines Polytraumas mit Hirn-, Wirbelsäulen- (Frakturen C6/7) und Thoraxtrauma (Claviculafrakturen, Scapulafraktur links). Es bestehe der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Aktuell könne dem Versicherten keine Erwerbstätigkeit zugemutet werden. Ebenfalls am 9. Dezember 2008 berichtete die Arbeitgeberin des Versicherten (IV-act. 13), dieser habe seit dem 1. September 2004 als Produktionsmitarbeiter für sie gearbeitet. Der Lohn habe sich ab dem 1. Januar 2008 auf 54'925 Franken pro Jahr belaufen. Am 14. Januar 2009 untersuchte der Psychiater Dr. med. C. \_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) den Versicherten persönlich. Er berichtete am 30. Januar 2009 (IV-act. 21), er habe keine psychische Störung feststellen können, die die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zusätzlich zu den Folgen des Polytraumas beeinträchtigen würde. Im jetzigen Zeitpunkt könne noch nicht beurteilt werden, ob eine psychosomatische oder eine somatoforme Fehlverarbeitung der Unfallfolgen eingetreten sei. Die Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsspitals Zürich berichtete am 29. Juli 2009 (IV-act. 40), der Versicherte habe beim Unfall vom 11. Mai 2008 ein Schädel-Hirn-Trauma mit einer ausgedehnten Skalpiertung frontal, eine Wirbelsäulenverletzung (Kondylenfraktur rechts, Fraktur C6 mit Facettenfraktur links und Bogen rechts sowie Processus spinosus, Processus transversus-Fraktur C7 rechts) sowie ein Thoraxtrauma (Claviculafrakturen beidseits, Scapula-Corpus-Fraktur links, Rippenserienfrakturen 1–4 paravertebral dorsal rechts) erlitten. Da er über ein Jahr nach dem Unfall noch an persistierenden Beschwerden leide, müsse von einer Chronifizierung ausgegangen werden. Aktuell könne noch keine



sichere Prognose bezüglich des weiteren Verlaufs abgegeben werden.

Leidensadaptierte Tätigkeiten seien dem Versicherten uneingeschränkt zumutbar. Die RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ notierte am 28. August 2009 (IV-act. 41), die Klinik für Unfallchirurgie habe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten angegeben. Die abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung der Hausärztin Dr. B.\_\_\_\_ überzeuge nicht. Die IV-Stelle verglich den im Auszug aus dem individuellen AHV-Beitragskonto für das Jahr 2007 angegebenen Lohn von 55'598 Franken mit dem Medianwert der Hilfsarbeiterlöhne im Jahr 2007 im Betrag von 60'263 Franken. Angesichts des Umstandes, dass der effektiv erzielte Lohn 8,39 Prozent unter dem Medianwert gelegen hatte, führte die IV-Stelle eine „Parallelisierung“ der Vergleichseinkommen durch, indem sie den Medianwert um  $8,39 - 5 = 3,39$  Prozent herabsetzte. Angesichts der vollständigen Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten resultierte ein Invaliditätsgrad von minus fünf Prozent (IV-act. 42). Mit einem Vorbescheid vom 7. September 2009 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass er bei einem Invaliditätsgrad von null Prozent (das Invalideneinkommen entsprach nun dem Valideneinkommen) keinen Anspruch auf eine Rente habe, weshalb sie sein Rentenbegehren abweisen werde (IV-act. 45).

A.bAm 8. Oktober 2009 liess der Versicherte einwenden (IV-act. 48), die Suva richte nach wie vor ein volles Taggeld aus. Kürzlich habe sie eine stationäre Behandlung in der Rehaklinik Bellikon in die Wege geleitet. Schon dies zeige, dass der Fall nicht als abgeschlossen angesehen werden könne. Die IV-Stelle beschloss daraufhin, die Ergebnisse des stationären Aufenthaltes abzuwarten (IV-act. 49). Am 8. November 2010 liess der Versicherte mitteilen, dass ihm die Suva eine Invalidenrente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent zugesprochen habe (IV-act. 56). Den Akten der Suva liess sich entnehmen, dass der Versicherte am 11. Juni 2010 vom Suva-Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, einem Facharzt für orthopädische Chirurgie, untersucht worden war (Suva-act. 113). Dr. E.\_\_\_\_ hatte berichtet, der Versicherte leide an einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung, an einer mässiggradig eingeschränkten Beweglichkeit der Halswirbelsäule, an einer mässig eingeschränkten Beweglichkeit der linken Schulter, an einer verminderten Kraft im linken Arm sowie an einer Hypästhesie im linken Oberarm. Es handle sich dabei um dauernde und erhebliche Unfallfolgen. Die bisherige Tätigkeit als Maschinenführer sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Leichte bis mittelschwere, leidensadaptierte



## St.Galler Gerichte

Tätigkeiten seien aber während sechs Stunden täglich zumutbar. Dieselbe Arbeitsfähigkeitsschätzung hatten auch die Ärzte der Rehaklinik Bellikon in ihrem Austrittsbericht vom 17. Dezember 2009 abgegeben (Suva-act. 92). Sowohl die Ärzte der Rehaklinik Bellikon als auch der Suva-Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ hatten auf Verdeutlichungstendenzen und auf eine Symptomausweitung hingewiesen. Die Hausärztin Dr. B.\_\_\_\_ hatte gar von einer massiven Aggravation gesprochen. Im Auftrag der Suva hatte der Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_ am 8. September 2010 den Versicherten consiliarisch untersucht. Er hatte berichtet (Suva-act. 118), der Versicherte leide entweder an einer organischen depressiven Störung oder an einer sonstigen depressiven Episode im Sinne einer atypischen oder einer larvierten Depression. Welche der beiden Diagnosen zutreffe, müsste neurologisch abgeklärt werden, denn die Beantwortung der Frage hänge davon ab, ob die Störung eine hirnorganische Grundlage habe. Jedenfalls sei die depressive Störung als eine Unfallfolge zu qualifizieren. Die körperlichen und psychischen Funktionsstörungen fielen bereits im häuslichen Alltag und im Zusammenleben mit dem Versicherten dermassen ins Gewicht, dass keine Restarbeitsfähigkeit angenommen werden könne. Mit einer Verfügung vom 21. Oktober 2010 hatte die Suva dem Versicherten per 1. November 2010 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent zugesprochen (nicht nummeriertes Suva-act.). Die RAD-Ärzte Dr. med. F.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_ notierten am 9. August 2011 (IV-act. 68), dass die Schlussfolgerungen von Dr. F.\_\_\_\_ erheblich von jenen des RAD-Arzt Dr. C.\_\_\_\_ abwichen und dass die von verschiedenen Ärzten geäusserten Hinweise für das Vorliegen einer Symptomausweitung respektive einer Selbstlimitierung nicht gewürdigt worden seien. Bei dieser Aktenlage empfehle sich eine polydisziplinäre Begutachtung.

A.clm September 2011 meldete sich der Versicherte zum Bezug einer Hilflosenentschädigung an (IV-act. 74). Er gab an, er benötige die Hilfe Dritter beim An- und Auskleiden, beim Baden und Duschen, bei der Körperreinigung nach der Verrichtung der Notdurft, bei der Fortbewegung im Freien und bei der Pflege gesellschaftlicher Kontakte. Zudem sei er auf eine lebenspraktische Begleitung angewiesen. Die Hausärztin Dr. B.\_\_\_\_ bestätigte diese Angaben am 10. Oktober 2011 (IV-act. 79). Am 28. März 2012 führte sie auf entsprechende Fragen der IV-Stelle hin (vgl. IV-act. 87) ergänzend aus (IV-act. 90), dem Versicherten sei es zumutbar, sämtliche alltäglichen Lebensverrichtungen ausser die Fortbewegung im Freien und die



Pflege gesellschaftlicher Kontakte selbständig auszuführen. Teilweise sei er auf eine lebenspraktische Begleitung angewiesen. Die Hilfsbedürftigkeit sei rein unfallbedingt. Am 27. April 2012 leitete die IV-Stelle das Gesuch um die Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung unter Hinweis auf den Art. 66 Abs. 3 ATSG an die Suva zur Behandlung weiter (IV-act. 91).

A.dAm 10. Mai 2012 erstattete die ärztliches Begutachtungsinstitut (ABI) GmbH ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 92). Die Sachverständigen führten aus, der Versicherte leide an chronischen Schulter-Arm-Hand-Beschwerden der adominanten linken Seite, an einem chronischen panvertebralen Schmerzsyndrom, an einem Status nach einem Autounfall mit einem Polytrauma sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Aus orthopädischer Sicht seien ihm körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung bestehe dagegen aus orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Der Einsatz des linken Arms oberhalb des Schulterniveaus und das Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm sollten aber vermieden werden. Aus neurologischer Sicht schränkten die kognitiven Defizite, für die keine hirnorganische Grundlage nachweisbar sei, die Arbeitsfähigkeit nicht ein. Aufgrund der Kopfschmerzen seien dem Versicherten aber körperlich schwere Tätigkeiten und Tätigkeiten, die in lauten Räumen ausgeübt werden müssten, aus neurologischer Sicht nicht mehr zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig. Die Einschätzung des Psychiaters Dr. F.\_\_\_\_ sei nicht nachvollziehbar. Kein anderer Facharzt habe auch nur annähernd die von Dr. F.\_\_\_\_ festgestellten gravierendsten Einbussen bestätigt. Die Zusprache einer Invalidenrente der Suva bei einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent gestützt auf die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ mache „das Ganze noch unverständlicher“. Aus allgemeininternistischer Sicht habe ebenfalls keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können. Gesamthaft seien dem Versicherten leidensadaptierte Tätigkeiten uneingeschränkt zumutbar. Der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ notierte am 25. Mai 2012 (IV-act. 93), das Gutachten der ABI GmbH sei überzeugend. Gestützt darauf sei von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten auszugehen, wobei auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter die von den



Sachverständigen der ABI GmbH beschriebenen Anforderungen an eine leidensadaptierte Tätigkeit erfülle.

A.eMit einem Vorbescheid vom 9. August 2012 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 99), dass sie plane, sein Rentenbegehren abzuweisen. Gemäss den Ergebnissen der medizinischen Abklärungen sei er nämlich in der Lage, ein „mindestens“ ebenso hohes Einkommen wie vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung zu erzielen, weshalb er nicht in einem rentenbegründenden Ausmass invalid sei. Die Suva, die eine Kopie dieses Vorbescheides erhalten hatte, ersuchte am 17. August 2012 um die Zustellung einer Kopie des Gutachtens der ABI GmbH (IV-act. 100). Bereits am 8. Juni 2012 hatte sie das Gesuch um die Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung abgewiesen (nicht nummeriertes Suva-act.). Am 11. September 2012 liess der Versicherte gegen den Vorbescheid einwenden (IV-act. 102), sein Gesundheitszustand habe sich sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht verschlechtert. Aktuell seien medizinische Abklärungen im Gange. In dieser Situation wäre eine Verfügung betreffend sein Rentenbegehren verfrüht. Am 29. Oktober 2012 liess er ergänzend ausführen (IV-act. 113), das Gutachten der ABI GmbH überzeuge nicht. Es widerspreche in neurologischer und in psychiatrischer Hinsicht den übrigen medizinischen Berichten. Zudem habe sich der psychische Gesundheitszustand des Versicherten nach der Begutachtung weiter verschlechtert. Der Versicherte werde am 14. November 2012 erstmals einen Psychiater (Dr. med. I.\_\_\_\_) aufsuchen, um sich von diesem behandeln zu lassen. Der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ notierte am 16. November 2012 (IV-act. 114), die Einwände des Versicherten gegen das Gutachten der ABI GmbH seien nicht stichhaltig, doch sei es möglich, dass sich dessen Gesundheitszustand zwischenzeitlich verschlechtert habe. Zur Beantwortung der Frage nach einer solchen Verschlechterung werde vom Psychiater Dr. I.\_\_\_\_ sechs Monate nach dem Behandlungsbeginn ein Bericht eingeholt werden müssen.

A.fAm 7. Mai 2013 forderte die IV-Stelle Dr. I.\_\_\_\_ auf (IV-act. 117), über die Behandlung, über den Behandlungserfolg, über das weitere Vorgehen und über die Prognose zu berichten und Stellung zum Gutachten der ABI GmbH zu nehmen. Am 8. Mai 2013 antwortete Dr. I.\_\_\_\_ (IV-act. 118), er habe den Versicherten erst zweimal ambulant in seiner Praxis gesehen. Auf seine Veranlassung hin sei der Versicherte



anschliessend in der Klinik J.\_\_\_\_ stationär behandelt worden. Deshalb könne er die gestellten Fragen nicht beantworten. Am 17. Mai 2013 forderte die IV-Stelle den zuständigen Arzt der Klinik J.\_\_\_\_, Dr. K.\_\_\_\_, auf (IV-act. 120), über die Behandlung, über den Behandlungserfolg, über das weitere Vorgehen und über die Prognose zu berichten und Stellung zum Gutachten der ABI GmbH zu nehmen. Am 19. Juni 2013 erstattete Dr. K.\_\_\_\_ einen formalisierten Arztbericht (IV-act. 122). Als Diagnosen führte er eine mittelgradige depressive Episode und ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren an. Er berichtete, der Versicherte sei vom 17. Dezember 2012 bis zum 25. Januar 2013 stationär behandelt worden. Dabei habe eine Verbesserung des psycho-physischen Zustandes erreicht werden können, die aber nach dem Austritt aus der Klinik nur für eine kurze Zeit angehalten habe. Bis auf weiteres sei der Versicherte nicht arbeitsfähig. Am 26. Juli 2013 wies die IV-Stelle Dr. K.\_\_\_\_ darauf hin, dass er die gestellten Fragen nicht vollständig beantwortet habe (IV-act. 124). Am 9. August 2013 antwortete Dr. K.\_\_\_\_ (IV-act. 125), zur Behandlung, zum Behandlungserfolg, zum weiteren Vorgehen und zur Prognose habe er sich bereits geäussert. Im Laufe der stationären Behandlung seien kognitive Einbussen festgestellt worden. Diese seien wahrscheinlich organisch bedingt. Da bereits Dr. F.\_\_\_\_ am 22. Mai 2012 über ängstlich-depressive Beschwerden berichtet habe und da die Rehaklinik Bellikon schon im Jahr 2009 kognitive Einbussen erwähnt habe, sei davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem Unfall längerfristig unverändert schlecht sei, die Beschwerden aber phasenweise mehr oder weniger ausgeprägt seien. Schon im geschützten Rahmen sei der Versicherte sehr rasch von Aufgaben überfordert gewesen. Ein Arbeitsversuch in der freien Wirtschaft werde mit grosser Sicherheit scheitern. Der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ hielt am 23. August 2013 fest, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der Begutachtung durch die ABI GmbH nicht wesentlich verschlechtert habe, weshalb auf das Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 126). Im Auftrag der Suva erstattete der Psychiater Dr. med. L.\_\_\_\_ am 29. Oktober 2013 ein psychiatrisches Gutachten (nicht nummeriertes Suva-act.). Er führte aus, der Versicherte leide an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und an einer mittelgradigen depressiven Episode. Nebst einer dysfunktionalen Schmerzverarbeitungskomponente spielten auch eine Verdeutlichung und eine bewusste Präsentation von Verhaltenseinschränkungen eine Rolle. Der Versicherte verfüge nach wie vor über Ressourcen, welche ihm eine Arbeitsleistung im



Umfang des vor dem Unfall Geleisteten erlauben würden. Allerdings blockiere ihn die verunglückte Verarbeitung des Unfallgeschehens. Von Bedeutung sei, dass die Angaben des Versicherten und der Akten zur Schuldfrage in Bezug auf den Unfall widersprüchlich seien. Sollte der Versicherte den Unfall seinen Beteuerungen zum Trotz selbst verschuldet haben, dürfte die Verarbeitung des Unfallgeschehens für ihn einen unlösbaren inneren Konflikt verursachen. Falls ihn keine Schuld am Unfall träfe, müsste er dagegen theoretisch in der Lage sein, die Unfallfolgen adäquat zu verarbeiten. Die Arbeitsfähigkeit könne gesamthaft kaum zuverlässig geschätzt werden. Zumindest seien dem Versicherten aber leichte Tätigkeiten während vier Stunden pro Tag zumutbar. Mit einer Verfügung vom 9. Januar 2014 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten ab (IV-act. 127). Die Suva teilte dem Versicherten am 14. Januar 2014 mit, dass sie sich dem Entscheid der IV-Stelle anschliessen werde (nicht nummeriertes Suva-act.).

B.

B.aAm 20. Januar 2014 erhob der Versicherte (nachfolgend: der Beschwerdeführer) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 9. Januar 2014 (act. G 1). Er beantragte die Zusprache einer ganzen Rente ab dem 1. Mai 2009 und die Einholung eines polydisziplinären (orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen) Gutachtens. Zur Begründung führte er aus, er verstehe nicht, weshalb seine Beschwerden nicht ernstgenommen würden. Sein Gesundheitszustand habe sich weiter verschlechtert; es seien noch medizinische Abklärungen im Gange. Am 30. April 2014 liess der nun anwaltlich vertretene Beschwerdeführer ergänzend ausführen (act. G 5), das Gutachten der ABI GmbH überzeuge nicht. Die ABI GmbH habe den Beschwerdeführer auftragswidrig nicht chirurgisch, internistisch und neuropsychologisch untersucht. Die Schlussfolgerungen des neurologischen Sachverständigen bezüglich des Vorliegens hirnorganischer kognitiver Beeinträchtigungen widersprächen mehreren neuropsychologischen Testergebnissen. Das psychiatrische Teilgutachten überzeuge ebenfalls nicht, denn die behandelnden Psychiater und Dr. F.\_\_\_\_ seien zu völlig anderen Schlussfolgerungen gelangt und hätten diese im Gegensatz zum psychiatrischen Sachverständigen der ABI GmbH überzeugend begründet. Gesamthaft sei belegt, dass der Beschwerdeführer sowohl aus neurologischer als auch aus psychiatrischer Sicht nicht mehr arbeitsfähig sei. Wenn aber davon ausgegangen



## St.Galler Gerichte

würde, der Beschwerdeführer sei noch arbeitsfähig, müsste ein „Leidensabzug“ berücksichtigt werden.

B.bAm 13. Juni 2014 beantragte die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G 8). Zur Begründung führte sie aus, es könne ohne weiteres auf das Gutachten der ABI GmbH abgestellt werden. Einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung komme ohnehin nur ausnahmsweise ein „invalidisierender“, das heisst einen Rentenanspruch begründender Charakter zu. Leichte bis mittelschwere depressive Störungen gälten zudem gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung als im Prinzip therapeutisch behandelbar. Solange die Behandlungsoptionen nicht ausgeschöpft seien, liege keine Invalidität vor. Ein Tabellenlohnabzug sei nicht gerechtfertigt.

B.cAm 20. August 2014 liess der Beschwerdeführer an seinen Anträgen festhalten (act. G 11). Sein Rechtsvertreter führte aus, das ihm erst jetzt zur Kenntnis gebrachte Gutachten von Dr. L. \_\_\_ belege, dass nicht auf das Gutachten der ABI GmbH abgestellt werden könne.

B.dDie Beschwerdegegnerin hielt am 15. September 2014 ebenfalls an ihrem Antrag fest (act. G 13).

## Erwägungen

1.

Eine versicherte Person, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, die während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und die nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist, hat einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (Art. 28 Abs. 1 IVG). Für die Bemessung der Invalidität wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zum



Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen würde, wenn sie gesund geblieben wäre (Art. 16 ATSG).

2.

2.1 Bei der Ermittlung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist entscheidend, wie sich die Gesundheitsbeeinträchtigung auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt, das heisst, welche erwerbsrelevanten Einschränkungen die Gesundheitsbeeinträchtigung verursacht und welche erwerbsrelevanten Ressourcen der versicherten Person trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch zur Verfügung stehen. Dabei handelt es sich um eine medizinische Frage, die entsprechend von Fachärzten zu beantworten ist. Vorliegend haben sich nebst diversen behandelnden Ärzten als begutachtende Fachärzte der Psychiater Dr. F.\_\_\_\_, die ABI GmbH und der Psychiater Dr. L.\_\_\_\_ zu dieser Frage geäußert.

2.2 Der Consiliarbericht von Dr. F.\_\_\_\_ ist äusserst knapp ausgefallen. Die Befundschilderung ist spärlich. Der Bericht enthält auch keine Auseinandersetzung mit den früheren Berichten der behandelnden Ärzte, insbesondere der Rehaklinik Bellikon, wo der Beschwerdeführer ebenfalls bereits psychiatrisch und neuropsychologisch untersucht worden war. Dies ist als ein erheblicher Mangel des Berichts von Dr. F.\_\_\_\_ zu qualifizieren, zumal seine Diagnose und seine Arbeitsfähigkeitsschätzung erheblich von jenen der behandelnden Ärzte abweichen. Dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ lässt sich sodann entnehmen, dass sich seine Schlussfolgerungen massgebend auf die fremdanamnestic Angaben des Sohnes des Beschwerdeführers stützen. Dieser Umstand disqualifiziert den Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ als zuverlässige Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ohne weiteres. Der Sohn des Beschwerdeführers hat nämlich keine zuverlässigen Angaben zum Gesundheitszustand seines Vaters machen, sondern nur wiedergeben können, wie er seinen Vater subjektiv erlebe. Diese Angaben haben also zum Vorneherein nicht objektiv sein können. Zudem hat der Sohn möglicherweise – bewusst oder unbewusst – mit seinen Angaben die Zusprache einer möglichst hohen Sozialversicherungsleistung begünstigen wollen. Wenn überhaupt, dann hätte Dr. F.\_\_\_\_ die Angaben des Sohnes allenfalls ergänzend berücksichtigen dürfen. Seine Schlussfolgerungen hätten sich aber hauptsächlich auf den von ihm erhobenen Befund und auf die Vorakten stützen müssen. Gerade angesichts des



Umstandes, dass die Angaben des Sohnes erheblich von den von den behandelnden Ärzten beschriebenen Befunden abgewichen sind, ist das Vorgehen von Dr. F.\_\_\_\_, auf diese Angaben abzustellen, ohne sich mit den davon abweichenden Berichten der behandelnden Ärzte auseinander zu setzen, nicht nachvollziehbar. Zudem hat sich Dr. F.\_\_\_\_ unverständlicherweise nicht mit den deutlichen Hinweisen auf eine Aggravation beziehungsweise Verdeutlichungstendenzen auseinandergesetzt. Weder die Diagnose noch die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ vermögen deshalb zu überzeugen. Der Umstand, dass die Suva (trotz der in den Berichten der behandelnden Ärzte enthaltenen zahlreichen Hinweise auf Verdeutlichungstendenzen und Aggravation) auf den unzureichend begründeten und nicht nachvollziehbaren Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ abgestellt und dem Beschwerdeführer gestützt darauf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent zugesprochen hat, ist nicht nachvollziehbar.

2.3Im Gegensatz zum Consiliargutachten von Dr. F.\_\_\_\_ stimmt das Gutachten der ABI GmbH im Wesentlichen mit den Berichten der behandelnden Ärzte überein. Entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers hat sich der neurologische Sachverständige Dr. med. M.\_\_\_\_ mit den in den Vorberichten erwähnten neurokognitiven Funktionsbeeinträchtigungen auseinander gesetzt. Er hat überzeugend begründet, dass sich anhand der gesamten Akten nur eine milde traumatische Hirnverletzung objektivieren lasse, da bereits in einem MRI vom 17. Dezember 2009 keine Auffälligkeiten mehr ersichtlich gewesen seien. Hinsichtlich der in den Berichten der Rehaklinik Bellikon erwähnten leicht- bis mittelgradigen Funktionsbeeinträchtigungen hat er zu Recht darauf hingewiesen, dass diese von den Neuropsychologen der Rehaklinik Bellikon selbst bereits nur als fraglich überzeugend beurteilt worden seien, da Verdeutlichungstendenzen und motivationale Aspekte die Testergebnisse verfälscht hätten. Die Diagnosen und die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. M.\_\_\_\_ sind überzeugend.

2.4Auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ vermag zu überzeugen. Seine Begründung ist zwar eher knapp ausgefallen, insbesondere was die Auseinandersetzung mit dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ betrifft. Allerdings kann daraus nicht abgeleitet werden, dass sich Dr. N.\_\_\_\_ nur oberflächlich mit den Vorakten auseinander gesetzt oder den Beschwerdeführer nur ungenügend untersucht hätte. Zudem hat sich Dr. N.\_\_\_\_ auf die Berichte des RAD-Arztes Dr. C.\_\_\_\_ und der behandelnden Ärzte



stützen können, die allesamt zu ähnlichen Ergebnissen gelangt waren, das heisst in denen keine sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkende Diagnose angegeben und entsprechend keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden waren. Bei dieser (im Zeitpunkt der Begutachtung) übereinstimmenden Aktenlage schadet die knappe Begründung deshalb nicht. Der Sachverständige Dr. L.\_\_\_\_ hat später zwar mit einer ausführlichen und grundsätzlich nachvollziehbaren Begründung aufgezeigt, dass die Diagnosestellung von Dr. N.\_\_\_\_ zu oberflächlich ausgefallen sein, das heisst der Komplexität der psychischen Fehlverarbeitung der Unfallfolgen nur unzureichend Rechnung getragen haben könnte. Im Ergebnis hat Dr. L.\_\_\_\_ dann allerdings ebenfalls eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, womit er die Diagnosestellung von Dr. N.\_\_\_\_ letztlich doch als korrekt bestätigt hat. Angesichts der überzeugenden Herleitung dieser Diagnose durch Dr. L.\_\_\_\_ besteht kein ernsthafter Zweifel daran, dass der Beschwerdeführer tatsächlich an einer somatoformen Schmerzstörung gelitten hat. Allerdings hat Dr. L.\_\_\_\_ zusätzlich eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Er hat ausgeführt, dass er angesichts der Vielzahl der Symptome der depressiven Störung eigentlich eine schwergradige depressive Episode hätte diagnostizieren müssen, dass dies aber nicht dem klinischen Bild entsprochen hätte. Seines Erachtens hat es sich um eine über eine oft vorkommende comorbide Komponente bei somatoformen Störungen hinausgehende, eigenständige depressive Störung gehandelt. Er ist davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer noch depressiver wäre, wenn er sich nicht in die somatoforme Störung geflüchtet hätte. Diese Ausführungen erscheinen als grundsätzlich nachvollziehbar. Dem Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ lässt sich allerdings entnehmen, dass auch er zu einem wesentlichen Teil auf die Angaben des Sohnes des Beschwerdeführers abgestellt haben dürfte, denn laut dem Gutachten hat Dr. L.\_\_\_\_ ein eineinhalb Stunden dauerndes Gespräch mit dem Sohn geführt, der dabei unter anderem angegeben hatte, er habe aufgrund der Unfallfolgen seines Vaters die eigene Unternehmung aufgeben müssen; auch seine Ehe sei wegen seines Vaters gescheitert. Anders als noch bei der Befragung durch Dr. F.\_\_\_\_ war der Sohn bei der Befragung durch Dr. L.\_\_\_\_ also bereits selbst direkt und erheblich von den Beschwerden seines Vaters betroffen, weshalb seine Angaben gegenüber Dr. L.\_\_\_\_ noch stärker subjektiv gefärbt gewesen sein dürften als die Angaben gegenüber Dr. F.\_\_\_\_. Bei der Durchsicht des Gutachtens von Dr. L.\_\_\_\_ kann sich der medizinische Laie des Eindrucks nicht



erwehren, dieser habe den Angaben des Sohnes ein zu starkes Gewicht eingeräumt und seine Schlussfolgerungen damit zumindest teilweise auf eine ungeeignete Grundlage gestützt. Diese Zweifel am Beweiswert des Gutachtens von Dr. L.\_\_\_\_ werden zusätzlich dadurch genährt, dass Dr. K.\_\_\_\_ ebenfalls eine mittelgradige depressive Störung diagnostiziert, aber gleichzeitig darauf hingewiesen hatte, im Bezug zum Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ sei keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszumachen. Diese Angabe ist widersprüchlich, denn im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. F.\_\_\_\_ war der Beschwerdeführer gar nicht depressiv gewesen, wie sämtliche übrige psychiatrische Berichte aus jener Zeit belegen. Aufgrund dieses Widerspruchs ist nicht nur die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung im Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ in Frage gestellt. Auch die Diagnose im Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ muss angezweifelt werden, denn dieser hatte dieselbe Diagnose gestellt, aber ebenfalls nicht auf eine zwischenzeitliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers hingewiesen. Noch weniger überzeugend sind die Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Dres. K.\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_. Dr. K.\_\_\_\_ hat eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert, was sich anhand der von ihm geschilderten Befunde und angesichts der Diagnose nicht erklären lässt und zudem in einem erheblichen Widerspruch zu den früheren Arbeitsfähigkeitsschätzungen (ausser jener von Dr. F.\_\_\_\_) steht, ohne dass Dr. K.\_\_\_\_ dies hätte begründen können. Der Sachverständige Dr. L.\_\_\_\_ hat selbst eingeräumt, dass er eigentlich gar keine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgeben könne – nur um gleich anschliessend doch eine abzugeben. Vor diesem Hintergrund kann seine Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht überzeugen.

2.5 Angesichts der Vorakten und der von den Dres. M.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_ aus der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers gewonnenen Erkenntnisse hat keine Notwendigkeit für eine erneute neuropsychologische Testung bestanden.

2.6 Das orthopädische Teilgutachten der ABI GmbH vermag ebenfalls zu überzeugen. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist eine internistische Untersuchung im Rahmen der allgemeinen Fallführung durchgeführt worden. Ein Grund dafür, dass zusätzlich noch eine chirurgische Untersuchung hätte durchgeführt werden müssen, ist nicht ersichtlich. Gesamthaft sind die Sachverständigen der ABI GmbH zwar zu einem leicht anderen Ergebnis als die Ärzte der Rehaklinik Bellikon und der Suva-Kreisarzt



gelangt. Die Sachverständigen der ABI GmbH haben nämlich eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten attestiert, wobei sie – anders als die Ärzte der Rehaklinik Bellikon und der Suva-Kreisarzt – nicht nur körperlich leichte Tätigkeiten mit tiefen kognitiven Anforderungen als leidensadaptiert qualifiziert haben. Die Ärzte der Rehaklinik Bellikon und der Suva-Kreisarzt hatten einen zusätzlichen Pausenbedarf von zwei Stunden pro Tag attestiert, die Notwendigkeit dieser zusätzlichen Pausen aber nicht begründet. Der Suva-Kreisarzt scheint lediglich die (unbegründete) Arbeitsfähigkeitsschätzung der Ärzte der Rehaklinik Bellikon übernommen zu haben. Ein Grund für den angegebenen zusätzlichen Pausenbedarf ist nicht ersichtlich. Das Attest einer entsprechenden Arbeitsunfähigkeit von 25 Prozent für leidensadaptierte Tätigkeiten vermag daher nicht zu überzeugen. Vielmehr ist gestützt auf das Gutachten der ABI GmbH von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten auszugehen.

2.7 Die Sachverständigen der ABI GmbH sind retrospektiv aufgrund der beiden Austrittsberichte der Rehaklinik Bellikon aus den Jahren 2008 und 2009 und aufgrund des Berichtes der Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsspitals Zürich vom 29. Juli 2009 davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall während eines längeren Zeitraumes vollständig arbeitsunfähig gewesen war, sich sein Gesundheitszustand im Verlauf des ersten Halbjahres 2009 aber wieder soweit verbessert hatte, dass ihm von der Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsspitals Zürich zu Recht im Bericht vom 29. Juli 2009 wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten attestiert worden sei. Die Sachverständigen der ABI GmbH haben deshalb ab dem 29. Juli 2009 eine vollständige Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten attestiert, was grundsätzlich überzeugend ist, sich aber insofern als falsch erweist, als die Ärzte der Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsspitals Zürich ihre Angaben im Bericht vom 29. Juli 2009 auf die Ergebnisse einer Untersuchung vom 14. Mai 2009 (vgl. IV-act. 40–1 unten) gestützt hatten, weshalb nicht erst ab dem 29. Juli 2009, sondern bereits ab dem 14. Mai 2009 von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten auszugehen ist.

3.1 Der Beschwerdeführer hat vor dem Unfall als Hilfsarbeiter gearbeitet und dabei einen leicht unterdurchschnittlichen Lohn erzielt. Den Akten lässt sich kein Hinweis darauf entnehmen, dass er nur über eine unterdurchschnittliche Leistungsfähigkeit



verfügt hätte und dass diese der Grund für den vergleichsweise tiefen Lohn gewesen wäre. Überwiegend wahrscheinlich ist die Lohnhöhe auf arbeitsmarktliche Zwänge zurückzuführen. Der Beschwerdeführer hätte wohl eine besser entlohnte Tätigkeit ausgeübt, wenn sich ihm eine entsprechende Gelegenheit geboten hätte. Für die Bemessung der Invalidität ist der tatsächliche Arbeitsmarkt aber gar nicht massgebend. Relevant ist vielmehr der allgemeine, ausgeglichene Arbeitsmarkt. Auf diesem hätte der Beschwerdeführer einen durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn erzielt. Das Valideneinkommen entspricht also dem statistischen Medianwert der Hilfsarbeiterlöhne.

3.2 Da der Beschwerdeführer leidensadaptierte Hilfsarbeiten verrichten könnte, entspricht auch der Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens dem statistischen Medianwert der Hilfsarbeiterlöhne. Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades kann der Betrag dieser beiden Vergleichsgrössen mathematisch keine Rolle spielen, weshalb die Invalidität anhand des so genannten Prozentvergleichs zu bemessen ist. Der Invaliditätsgrad entspricht also dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, allenfalls korrigiert um einen Tabellenlohnabzug von maximal 25 Prozent (vgl. BGE 126 V 75). Angesichts einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten kann selbst bei Anwendung des nicht gerechtfertigten Maximalabzuges vom Tabellenlohn kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren. Der Beschwerdeführer hat folglich keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

3.3 Auch die Zusprache einer befristeten Rente fällt nicht in Betracht, denn der Beschwerdeführer ist lediglich ein Jahr – von Mai 2008 bis Mai 2009 – auch in leidensadaptierten Tätigkeiten arbeitsunfähig gewesen. Damit hätte er lediglich das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) erfüllt, was ihm aber nichts nützen würde, da er nach dem Ablauf des Wartejahres jedenfalls nicht invalid gewesen ist. Da das Wartejahr aber nicht „auf Vorrat“ erfüllt werden kann, sondern stets für das Jahr unmittelbar vor dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität geprüft werden muss, ob das Wartejahr erfüllt sei, ist das Wartejahr im Sinne des Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bei genauer Betrachtung effektiv nicht erfüllt, was aber für das Ergebnis irrelevant ist.

4.



Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. Der unterliegende Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen. Diese Gebühr ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.