



Fall-Nr.: IV 2018/189
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 31.08.2020
Entscheiddatum: 12.06.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 12.06.2020

Art. 28 und 29 IVG. Beweiswert eines Administrativgutachtens. Die von den Arztberichten der Behandler abweichenden Diagnosen der Gutachter sind vorliegend nachvollziehbar und einleuchtend. Eine Fremdanamnese, namentlich der Beizug von Akten der Kinderschutzbehörde oder Gespräche mit der Pflegemutter des Beschwerdeführers, war vorliegend nicht erforderlich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Juni 2020, IV 2018/189). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_515/2020.

Entscheid vom 12. Juni 2020

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Karin Huber-Studerus und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Felicia Sterren

Geschäftsnr.

IV 2018/189

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Florian Weishaupt, MLaw, Küng Rechtsanwälte & Notare AG, Haldenstrasse 10, 9200 Gossau SG,



gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich am 6. März 2015 (Posteingang) bei der IV-Stelle zum Bezug von Leistungen an (IV-act. 7), nachdem seine damalige Krankentaggeldversicherung ihn zur Früherfassung angemeldet hatte (siehe IV-act. 1 bis 5).

A.b. Vom 7. April 2015 bis 3. Juni 2015 befand sich der Versicherte in stationärer Behandlung in der Klinik Z.____, welche in psychiatrischer Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode und einen Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung diagnostizierte (IV-act. 47-5).

A.c. Anschliessend begab der Versicherte sich im Psychiatriezentrum Y.____ ab 5. Juni 2015 zuerst in ambulante und ab 7. Juli 2015 bis 9. November 2015 in teilstationäre tagesklinische Behandlung, wobei ihm eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, eine narzisstische Persönlichkeitsstörung, eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, ein Tinnitus aurium und ein beidseitiger Hörverlust durch Schallempfindungsstörung diagnostiziert und ab 5. Juni 2015 eine mehrmonatige 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Bericht vom 5. August 2015, act. G4.2/11-3 f.).

A.d. Mit psychiatrischem Gutachten vom 10. September 2015, in Auftrag gegeben von der Krankentaggeldversicherung, hielt Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik, fest, die Befunderhebung habe sich wegen der spärlichen, vagen, widersprüchlichen und inkonsistenten Angaben des Versicherten



sowie seiner exzessiven Symptompräsentation schwierig gestaltet. Sie schilderte einen eindrucksvollen psychopathologischen Befund bei einem exzessiv aggravierenden, wenn nicht simulierenden Versicherten. Insbesondere wegen der Inkonsistenzen sowie unklarer und lückenhafter Angaben hätten sich deutliche Hinweise auf bewusstseinsnahe Simulationstendenzen (und bezüglich Suchtmittelgebrauch Dissimulationstendenzen) ergeben. Die Symptompräsentation sei so dominant und eindrucksvoll gewesen, dass eventuell vorhandene bewusstseinsnahe Symptompräsentationen nicht sicher hätten erschlossen werden können. Bei insgesamt flacher Affektamplitude seien die Affektäusserungen (Weinen) maskenhaft. Der Versicherte habe während der gesamten Befunderhebung unauthentisch und wenig spürbar gewirkt. Sichere Hinweise für eine depressive Stimmungslage hätten sich trotz seiner exzessiven Jammrigkeit daher nicht gefunden. Der Versicherte sei nicht durch eine allfällig vorhandene Hörminderung beeinträchtigt gewesen. Eine sichere Diagnose sei wegen exzessiver Aggravations- und Demonstrationstendenzen nicht möglich. Es bestehe ein dringender Verdacht auf Simulationsverhalten mit bewusstseinsnaher unklarer und aggravierender Symptompräsentation. Zu erwägen wäre eine negative therapeutische Reaktion im Sinne eines Behandlungsartefakts nach Beginn der psychiatrischen Behandlung vor dem Hintergrund einer bewusstseinsnahen Symptompräsentation mit Leistungsbegehren und/oder einer hysteriformen Persönlichkeitsakzentuierung. In keinem Fall würde eine dieser diagnostischen Erwägungen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben (act. G4.2/13, insbesondere act. G4.2/13-6 f.). Sollte die Einschätzung eines exzessiven Aggravationsverhaltens mit Simulation zutreffen, so würde rein medizinisch-theoretisch eine volle Arbeitsfähigkeit in jeder für den Exploranden geeigneten Tätigkeit vorliegen (act. G4.2/13-8).

A.e. Mit Arztbericht vom 5. Oktober 2015 diagnostizierte Dr. C.____, Oberarzt, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Psychiatriezentrum Y.____, eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.80) und eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) sowie nicht näher bezeichnete Rückenschmerzen. Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit 100% arbeitsunfähig und bei weiterer Behandlung voraussichtlich ab Januar 2016 in einer angepassten Tätigkeit 50% arbeitsfähig (IV-act. 57).

A.f. Mit Stellungnahme vom 8. Dezember 2015 ging der RAD in Übereinstimmung mit Dr. B.____ von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit spätestens ab Gutachtenszeitpunkt aus



St.Galler Gerichte

(IV-act. 60). Mit Vorbescheid vom 8. Dezember 2015 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 63).

A.g. Im Abschlussbericht über die teilstationäre Behandlung vom 2. Juli bis 9. November 2015 vom 14. Dezember 2015 diagnostizierte Dr. C. ___ eine mittelgradige depressive Episode, eine narzisstische Persönlichkeitsstörung, einen Tinnitus aurium und einen beidseitigen Hörverlust durch Schallempfindungsstörung. Im Verlauf hätten narzisstische Persönlichkeitsanteile im Sinne einer inadäquat anmutenden Selbstüberhöhung, Externalisierungsneigung und Tendenz zur bereitwilligen Einnahme einer Opfer- bzw. Krankenrolle rasch imponiert. Der Versicherte habe die Schwere und Dysfunktionalität seiner Störung (u.a. selbstinvalidisierende Krankenrolle, narzisstische Selbstüberhöhung) nur teilweise erkennen können, weshalb eine stationäre Psychotherapie in der Psychiatrischen Klinik X. ___ aufgeleitet worden sei. Der Versicherte habe den Eintrittstermin um einen Monat verzögert und plötzlich über täglichen, teils extensiven Alkoholkonsum sowie eine Freundin gesprochen, die ihm im November bei Aufräumarbeiten behilflich sein würde. In dieser Situation sei, wie phasenweise auch schon zuvor, der Eindruck von fehlender Transparenz gegenüber dem Behandlungsteam entstanden. In den letzten Wochen bis zum geplanten Übertritt in die Psychiatrische Klinik X. ___ sei es zu vielen Fehlzeiten gekommen, wobei der Versicherte sich schliesslich gar nicht mehr in der Tagesklinik gemeldet habe. Der Versicherte leide unter einer schweren Persönlichkeitsstörung, die sich im teilstationären Setting nur bedingt habe behandeln lassen, unter anderem aufgrund fehlender Behandlungskontinuität und teils fehlender Offenheit des Patienten mit Tendenz zur „doppelten Buchführung“. Der zweifellos grosse Leidensdruck des Beschwerdeführers mit immer wieder depressiven Einbrüchen habe teils gemildert werden können (IV-act. 71-6 ff.).

A.h. Mit Einwand vom 18. Januar 2016 und Ergänzung vom 21. Januar 2016 ersuchte der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt J. Jakob, um Rentenzusprache und reichte weitere medizinische Unterlagen ein. Er teilte insbesondere mit, er sei seit 28. Dezember 2015 für drei Monate in stationärer Behandlung in der Psychiatrischen Klinik X. ___ (IV-act. 68 und 71).



A.i. Mit Austrittsbericht vom 29. März 2016 über den stationären Aufenthalt vom 28. Dezember 2015 bis 21. März 2016 attestierten die Behandler der Psychiatrischen Klinik X.____ dem Versicherten als Hauptdiagnosen eine narzisstische Persönlichkeitsstörung sowie einen schädlichen Gebrauch von Alkohol. Zum Entlassungszeitpunkt wurde der Versicherte als zu 100% arbeitsunfähig über 14 Tage beurteilt (IV-act. 88). Auf Nachfrage der IV-Stelle ergänzten die Behandler am 4. Mai 2016, bei der Entlassung sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen worden. Die Arbeitsfähigkeit könne aber stufenweise, beginnend bei 40% mit prognostisch erreichbarer vollständiger Leistungsfähigkeit sowohl für den Bezugsberuf als auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wiederhergestellt werden (IV-act. 93-5).

A.j. Mit Stellungnahme vom 2. September 2016 hielt der RAD fest, die versicherungsmedizinische Relevanz der gestellten Diagnosen sei unklar. Es sei deshalb eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag zu geben (IV-act. 109). Die Begutachtung erfolgte durch die ABI Begutachtungsinstitut GmbH (nachfolgend: ABI; vgl. IV-act. 104, 108 und 113).

A.k. Mit Gutachten vom 27. März 2017 stellten die ABI-Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (H90.3), Tinnitus beidseits (H93.1) und Hyperakusis beidseits (H93.2). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie insbesondere eine leichte depressive Episode, Störung durch Cannabinoide bei anhaltendem Konsum, akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge, ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik und anamnestisch Asthma bronchiale (IV-act. 121-31 f.). Der Beschwerdeführer sei in einer körperlich leichten bis mittelschweren adaptierten Tätigkeit (keine Tätigkeiten unter gesteigertem Umgebungsgeräuschpegel oder Tätigkeiten, welche ein gutes Sprachverständnis unter Störlärm voraussetzten, keine Tätigkeiten in staubiger Umgebung) ab 2014 durchgehend 90% arbeitsfähig (90% Leistungsfähigkeit wegen vermehrter Ruhepausen zwecks Erholung, vollschichtig realisierbar; IV-act. 121-33 f. und 121-30 f.). Es bestehe eine Diskrepanz zwischen der gutachterlichen Beurteilung und der Selbsteinschätzung des Versicherten, welcher sich kaum oder nicht mehr arbeitsfähig fühle. Der abgenommene Medikamentenspiegel für Quetiapin sei im subtherapeutischen Bereich gelegen, was Hinweis für eine mangelnde Compliance sein



St.Galler Gerichte

könne (IV-act. 121-33). Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne nicht bestätigt werden. Der Versicherte sei vor seiner Erkrankung in der Sozialisation recht wenig auffällig gewesen (IV-act. 121-18). Beruflich wäre eine Reintegration dringend anzustreben, jedoch aufgrund der ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung nicht erfolgsversprechend (IV-act. 121-34).

A.i. Mit Mitteilung vom 29. August 2017 wurden berufliche Massnahmen abgewiesen, da der Beschwerdeführer sich nicht in der Lage fühlte, an Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken (IV-act. 140).

A.m. Mit Vorbescheid vom 18. September 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 143). Dagegen erhob der Versicherte, nun vertreten durch Rechtsanwalt Florian Weishaupt, am 7. November 2017 Einwand (IV-act. 147). Nach Rückfrage bei den ABI-Gutachtern (vgl. IV-act. 151) stellte die IV-Stelle dem Versicherten erneut die Abweisung seines Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 153).

A.n. Mit Verfügung vom 26. April 2018 wies die IV-Stelle das Gesuch um Invalidenrente ab (IV-act. 154).

B.

B.a. Gegen diese Verfügung erhebt A.____ am 30. Mai 2018 Beschwerde. Er beantragt, ihm sei ab 6. März 2016 eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei ein neutrales Obergutachten in Auftrag zu geben, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Das ABI-Gutachten könne den Widerspruch zwischen seiner Beurteilung und den zahlreichen kohärenten Arztberichten, welche den Beschwerdeführer als 100% arbeitsunfähig wegen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung beurteilten, nicht erklären. Die Gutachter hätten keine umfassende Familienanamnese erhoben, womit das Gutachten in dieser Hinsicht mangelhaft sei. Stattdessen stütze das Gutachten sich vorbehaltlos auf die Exotenmeinung von Dr. B.____, welche lediglich einen Verdacht geäussert habe. Wann ein Verhalten nur verdeutlichend und wann die Grenze zur Aggravation überschritten sei, bedürfe einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung. Der Beschwerdeführer habe sich nicht von sich aus bei der Beschwerdegegnerin angemeldet. Eine bewusste Verdeutlichungsabsicht sei daher nicht anzunehmen. Es



bestünden keine Anhaltspunkte für eine Aggravation. Der Beschwerdeführer sei von den Ärzten, welche ihn über längere Zeit behandelt hätten, zu 100% arbeitsunfähig geschrieben worden, wobei diese keine Diskrepanzen zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und objektivierbaren Befunden dokumentiert hätten. Eine Vielzahl von Hinweisen, welche von den ABI-Gutachtern völlig ignoriert worden seien, würden darauf hindeuten, dass der Beschwerdeführer bereits seit der Kindheit an verschiedenen schweren Persönlichkeitsstörungen gelitten habe. Die Überforderung, als Erwachsener funktionieren zu müssen, zeige sich beim Beschwerdeführer sehr deutlich. Als eindrückliches Beispiel sei das Gespräch des Eingliederungsverantwortlichen mit ihm und seiner damaligen Arbeitgeberin zu nennen, in welchem der Beschwerdeführer aus Sicht des Eingliederungsverantwortlichen mit seinen unhaltbaren Behauptungen und selbstüberschätzenden Äusserungen Irritationen bei der Arbeitgeberin ausgelöst habe. Der Beschwerdeführer sei immer fleissig und arbeitsam gewesen. Er habe sich vollkommen auf den beruflichen Erfolg konzentriert, bis es irgendwann einfach nicht mehr gegangen sei. Zusammenfassend sei das ABI-Gutachten weder umfassend (fehlende Familienanamnese) noch in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend (krasser, unzureichend begründeter Widerspruch zur Beurteilung der Behandler). Der Beschwerdeführer habe deshalb Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (act. G1).

B.b. Mit Beschwerdeantwort vom 18. Juli 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Im Gegensatz zu behandelnden Ärzten klammere das ABI Leiden ohne Krankheitswert bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung konsequent aus. Die Berichte der Behandler seien genügend gewürdigt worden. Im Weiteren sei der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung überwiegend zugunsten ihrer Patienten aussagen würden. Im ABI-Gutachten werde dargelegt, dass die Sozialisation des Beschwerdeführers recht wenig auffällig gewesen sei, bis zu dessen Eintritt in die psychiatrische Klinik Z.____ keine psychischen Erkrankungen oder Behandlungen bekannt gewesen seien und sich die Berufsbiographie nicht auffällig gezeigt habe. Dass die Persönlichkeitsstörung im späten Kindesalter oder in der Adoleszenz begonnen habe, sei demnach nicht nachgewiesen. Vor diesem Hintergrund sei die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu Recht verneint worden. Ob eine Fremdanamnese nötig sei,



St.Galler Gerichte

sei in erster Linie eine medizinische Ermessensfrage. Auch aus den Qualitätsleitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie für versicherungspsychiatrische Gutachten ergebe sich nichts Anderes. Somit mindere das Nichteinholen einer Fremdanamnese den Beweiswert des ABI Gutachtens nicht (act. G4).

B.c. Mit Replik vom 6. September 2018 betont der Beschwerdeführer, es würden eindeutig Hinweise bestehen, dass er bereits früher an verschiedenen, schweren Persönlichkeitsstörungen gelitten habe. Die Behauptung des psychiatrischen Teilgutachters, wonach der Beschwerdeführer vor seiner Erkrankung wenig auffällig gewesen sei, sei falsch. Er habe an einer zerrütteten Kindheit gelitten und sei fremdplatziert worden. Eine Fremdanamnese in Form einer Befragung der Pflegemutter dränge sich unter diesen Umständen geradezu auf (act. G6).

B.d. Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G8).

Erwägungen

1.

1.1. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind. Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).



1.2. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

1.3. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen).

1.4. Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung genügenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) darf voller Beweiswert zuerkannt werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2018, 9C_86/2018, E. 5.1, mit Hinweisen). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entspricht es einer Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mit Blick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten aussagen und ihre Berichte deshalb zurückhaltend zu werten sind (vgl. hierzu etwa BGE 125 V 351 E. 3b/cc oder BGE 135 V 465 E. 4.5). Dabei handelt es sich um eine Richtlinie, die als solche mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) vereinbar ist. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation



entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkant oder ungewürdigt geblieben sind (Entscheid des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.2 mit Hinweisen). Zudem ist auch dem Umstand, dass die ärztliche Beurteilung von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge trägt, Rechnung zu tragen (Entscheid des Bundesgerichts vom 23. Januar 2019, 9C_804/2018, E. 2.2 mit Hinweisen).

1.5. Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 157 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

2.

2.1. Der Beschwerdeführer macht geltend, das ABI-Gutachten sei mangelhaft. Auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die ABI-Gutachter könne nicht abgestellt werden. Stattdessen sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen oder ein neutrales Obergutachten in Auftrag zu geben. Es ist deshalb zu prüfen, ob das ABI-Gutachten die rechtlichen Anforderungen erfüllt und eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zulässt.

2.2. Das ABI-Gutachten stützt sich unstreitig auf die vollständigen Vorakten sowie auf persönlichen Untersuchungen durch die Gutachter der Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Oto-Rhino-Laryngologie und Psychiatrie und Psychotherapie. Eine Notwendigkeit für den Beizug weiterer Fachgebiete ergibt sich aus den Akten nicht und wurde auch von den Gutachtern nicht als erforderlich erachtet. Die Gutachter setzten sich mit den Angaben des Beschwerdeführers sodann auseinander, indem sie seine Ausführungen zusammengefasst wiedergaben und anhand ihrer Untersuchungsbefunde sowie der Vorakten in ihre Beurteilung einfliessen liessen. Somit erfüllt das Gutachten die



Anforderungen, die geklagten Beschwerden berücksichtigt zu haben und in Kenntnis der Vorakten erfolgt zu sein. Zu prüfen bleibt, ob das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen beruht, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten genügend begründet sind.

2.3. Der Beschwerdeführer rügt, das ABI-Gutachten erkläre nicht ansatzweise den Widerspruch in der Beurteilung gegenüber früheren Arztberichten, namentlich der Kliniken Z.___, Y.___ und X.___ sowie der Arztpraxis W.___.

2.3.1. Der Beschwerdeführer trat im Jahr 2015 zur Behandlung seines Tinnitus in die Klinik Z.___ ein (vgl. auch IV-act. 88-4, wo der Beschwerdeführer selbst angab, er sei in der Klinik Z.___ auf der Tinnitusstation behandelt worden). Demensprechend legte die Klinik Z.___ den Fokus sowohl ihrer Abklärungen als auch ihrer Behandlung auf diese Erkrankung. Eine allfällige depressive Erkrankung war lediglich von untergeordneter Bedeutung. Auffällig ist, dass die depressive Symptomatik bei Eintritt klinisch unauffällig war und bei Austritt als leicht eingestuft wurde, obwohl sich die Stimmung des Beschwerdeführers aufgehellt hatte (IV-act. 47-4 f.). Die seitens der Klinik Z.___ gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode ist deshalb nicht nachvollziehbar. Die Klinik Z.___ stellte sodann bloss eine Verdachtsdiagnose auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung. Aufgrund der relativ kurzen Behandlungsdauer und des Behandlungsschwerpunktes, welcher auf den Tinnitus gelegt wurde, wäre etwas anderes auch nicht überzeugend. Die blossen Verdachtsdiagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung weckt somit keine Zweifel am Ergebnis des ABI-Gutachtens.

2.3.2. Der Beschwerdeführer verweist auf den Arztbericht vom 5. Oktober 2015, mit dem Dr. C.___ vom Psychiatricentrum Y.___ ihm eine narzisstische Persönlichkeitsstörung attestierte. Dr. C.___ war damit der erste Facharzt, der diese Störung nicht bloss als Verdachtsdiagnose stellte. Er prognostizierte jedoch gleichzeitig eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit und sah den Beschwerdeführer ab Januar 2016 als zu 50% arbeitsfähig (IV-act. 57). Zudem hielt Dr. C.___ in seinem Abschlussbericht vom 14. Dezember 2015 fest, das Auftreten des Beschwerdeführers habe nach aussen auch klar theatralische und nicht ganz stimmig wirkende Elemente gehabt. Phasenweise sei der Eindruck von fehlender Transparenz gegenüber dem Behandlungsteam entstanden. Der Beschwerdeführer habe eine Tendenz zur „doppelten Buchführung“ (IV-act. 71-6 ff.). Gegenüber Dr. B.___ äusserte Dr. C.___, der Beschwerdeführer verhalte sich manipulativ. Unoffenheit und Kalkül würden mit



hineinspielen. Dr. C.____ sei nicht sicher, ob er den Beschwerdeführer in die Psychiatrische Klinik X.____ zuweisen solle (vgl. act. G4.2/13-4). Dr. C.____ sprach teilweise lediglich von narzisstischen Persönlichkeitsanteilen (IV-act. 57) statt von einer Persönlichkeitsstörung. Zwar gelangte er zum Schluss, es liege eine narzisstische Persönlichkeitsstörung vor. Aus seinen Berichten und den Angaben gegenüber Dr. B.____ gehen jedoch gerade auch das manipulative und das dramatisierende Verhalten des Beschwerdeführers hervor, welche zwar zum Krankheitsbild einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung gehören können, aber auch zu Unsicherheiten in der medizinischen Einschätzung beitragen, sodass Dr. C.____ zeitweise sogar unsicher war, ob er den Beschwerdeführer an die Psychiatrische Klinik X.____ zuweisen solle.

2.3.3. In diesem Zusammenhang ist mit dem RAD festzuhalten, dass die Behandler ihre Einschätzung als Therapeuten auf das bio-psycho-soziale Modell abstützen, wohingegen die Gutachter aus versicherungsmedizinischer Sicht keine krankheitsfremden Faktoren berücksichtigen dürfen. Zudem ist der Übergang von einer blossen Persönlichkeitsakzentuierung zu einer Persönlichkeitsstörung fließend. Die Einstufung als das eine oder das andere beinhaltet deshalb bis zu einem gewissen Grad ärztliches Ermessen. Selbst bei Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ist nicht per se eine Arbeitsunfähigkeit gegeben. Invalidenversicherungsrechtlich kommt es grundsätzlich nicht auf die Diagnose an, sondern darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. IV-act. 149-2 f.; zum vorrangigen Beweiswert von Administrativgutachten E. 1.4 vorstehend; zur Relevanz einer Diagnose für die Arbeitsfähigkeit Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2018, 9C_273/2018, E. 4.2 mit Hinweisen).

2.3.4. Vorliegend ging auch Dr. C.____ von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (vorderhand im Umfang von 50%) aus. Die im Psychiatriezentrum Y.____ ebenfalls gestellte Diagnose einer bipolaren affektiven Störung wurde von den späteren Behandlern nicht bestätigt. Die ärztliche Einschätzung Dr. C.____s, wonach eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, vermag nach dem Gesagten keine erheblichen Zweifel an jener des ABI-Gutachtens, in welchem lediglich von akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitszügen ausgegangen wird, zu wecken.

2.3.5. Der Beschwerdeführer beruft sich sodann auf die Berichte der Psychiatrischen Klinik X.____. Er lässt dabei unerwähnt, dass die Behandler der Psychiatrischen Klinik X.____ ihm nach einer kurzen Vorlaufphase von 14 Tagen eine Arbeitsfähigkeit von vorderhand 40%, rasch steigerbar auf eine volle Leistungsfähigkeit, sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt attestierten (IV-



act. 88 und 93-5). Wiederum ist zu berücksichtigen, dass die Berichte der Psychiatrischen Klinik X.____ von Behandlern ausgestellt wurden, welche sich im Zweifel erfahrungsgemäss eher zugunsten ihrer Patienten äussern und den therapeutischen Blickwinkel vertreten (E. 1.4 vorstehend). Die unterschiedliche Einschätzung der gezeigten Symptomatik als Persönlichkeitsstörung im Gegensatz zur blossen Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung zerstört damit den Beweiswert des ABI-Gutachtens nicht.

2.3.6. Der Beschwerdeführer nimmt sodann Bezug auf die Arztberichte der behandelnden Arztpraxis W.____. Dort befindet der Beschwerdeführer sich seit dem 6. April 2016 in Behandlung. Im Arztbericht vom 20. Juli 2016 antwortete med. prakt. W.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, auf die Frage, in welchem Umfang eine angepasste Tätigkeit dem Beschwerdeführer möglich sei: "Ich kann es noch nicht beurteilen. Zurzeit steht die medizinische Behandlung im Vordergrund." (IV-act. 99-4). Daraus wie auch aus den übrigen Angaben dieses Berichtes ergibt sich, dass zu jenem Zeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit aus therapeutischen Gründen verneint wurde. Aspekte, welche im Rahmen der Begutachtung unerkant oder ungewürdigt geblieben wären, ergeben sich hingegen nicht, sodass sich eine Abweichung vom ABI-Gutachten gestützt darauf nicht rechtfertigt. Hinzu kommt, dass die von med. prakt. W.____ delegierte Psychotherapeutin lic. phil. / M SC UZH D.____ im Zusammenhang mit den ursprünglich geplanten beruflichen Massnahmen mit E-Mail vom 13. Juni 2017 mitteilte, der Beschwerdeführer sehe sich in der Lage, mit wenigen Stunden pro Tag zu starten (IV-act. 129). Dies ergibt nur Sinn, wenn auch die Behandler davon ausgingen, dass beim Beschwerdeführer innert absehbarer Zeit zumindest eine teilweise Arbeitsfähigkeit vorliege. Andernfalls hätten sie interveniert und dargelegt, weshalb berufliche Massnahmen ihres Erachtens nicht möglich seien. Dass med. prakt. W.____ kurze Zeit später eine vorläufig volle Arbeitsunfähigkeit attestierte (IV-act. 99-8) ist in dem Kontext zu sehen, dass der Beschwerdeführer sich selbst seit 2015 stets mit grossem Nachdruck als weitgehend bzw. vollständig arbeitsunfähig bezeichnete (vgl. beispielhaft IV-act. 71-7, wo von einer "selbstinvalidisierenden Krankheitsrolle" die Rede ist).

2.3.7. Zusammenfassend ist die Diskrepanz zwischen dem ABI-Gutachten und den Berichten der Behandler nicht so gross, wie der Beschwerdeführer geltend macht. Die Einschätzung der Gutachter ist nachvollziehbar und aus den im Recht liegenden Berichten der Behandler drängt sich keine abweichende Beurteilung auf.

2.4. Der Beschwerdeführer bringt vor, das ABI-Gutachten sei mangelhaft, weil keine Fremdanamnese, namentlich keine Befragung seiner Pflegemutter und kein Beizug von



Akten der Kinderschutzbehörde stattgefunden habe. Die Argumentation des ABI-Gutachtens, wonach die Sozialisation wenig auffällig gewesen sei, sei falsch.

2.4.1. Dem ist entgegenzuhalten, dass aus den Berichten der Behandler ebenfalls keine Fremdanamnese ersichtlich ist, auf welche die ABI-Gutachter hätten eingehen müssen. Auch hat der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung nicht von sich aus umfassendere Angaben zu seiner Kindheit und Jugend sowie der Zeit bei Pflegeeltern gemacht – wozu er ohne weiteres Gelegenheit gehabt hätte. Der Beschwerdeführer hat aber einen Lebenslauf mitgebracht (IV-act. 121-17), woraus zu folgern ist, dass er durchaus in der Lage gewesen wäre, relevante Fakten aus der Kindheit vorzubringen, zu substantiieren und zu belegen. Zudem ergibt sich aus den Akten und ist unstrittig, dass der Beschwerdeführer sich erstmals 2015 – und damit im Alter von __ Jahren – in psychiatrische Behandlung begeben hat (IV-act. 88-2; vgl. auch IV-act. 43-2). Da der Beschwerdeführer zuvor nie psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen hat, bestand auch kein Grund für eine vertiefte Anamnese oder Fremdanamnese zu seiner Kindheit und Jugend.

2.4.2. Der Beschwerdeführer hat die obligatorische Schulzeit auf Sekundarschulniveau abgeschlossen und im Jahr 2002 ein eidgenössisches Fähigkeitszeugnis als Detailhandelsangestellter erworben (IV-act. 9-2). Danach war er bis __ bei der V.___ angestellt und machte verschiedene Weiterbildungen im Verkauf und der Lehrlingsausbildung. Ab __ arbeitete er als Kundenberater bei der T.___, wobei er __ ein Zertifikat als Versicherungsvermittler VBV des Berufsbildungsverbands der Versicherungswirtschaft erlangte (IV-act. 4-2 f., 6 und 9-1; vgl. auch IV-act. 121-16). Da er vor seiner Krankschreibung ab 4. August 2014 in einer Festanstellung zu 100% berufstätig war, kann die Arbeitsunfähigkeit frühestens dann eingetreten sein. Dabei ist zu beachten, dass der Beschwerdeführer ursprünglich im Jahr 2014 und zu Beginn des Jahres 2015 nicht wegen einer psychischen Beeinträchtigung, sondern wegen einer protrahierten Rhinosinusitis teilweise vollständig, teilweise zu 50% arbeitsunfähig geschrieben worden ist (vgl. etwa act. G4.2/1-6). Erstmals aus psychischen Gründen krankgeschrieben wurde der Beschwerdeführer im Jahr 2015. Die Aussage der ABI-Gutachter, wonach die Sozialisation wenig auffällig gewesen sei, ist demnach nicht zu beanstanden.

2.4.3. Zwar ist dem Beschwerdeführer zuzustimmen, wenn er vorbringt, dass er mehrere Jahre gearbeitet habe, lasse nicht ohne Weiteres den Schluss zu, dass keine psychische Störung vorbestanden habe. Offenkundig war der Beschwerdeführer aber während mehr als 15 Jahren (Lehrzeit eingeschlossen) in der Lage, berufstätig zu sein,



sodass jedenfalls keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorlag. Persönlichkeitsstörungen manifestieren sich sowohl nach der Definition von ICD-10 als auch DSM-5 in der Regel in der Kindheit und Jugend. Vorliegend traten die narzisstischen Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers jedoch erst in seinem 33. Lebensjahr im Zusammenhang mit seiner Arbeitsfähigkeit medizinisch in Erscheinung, sodass auch aus diesem Grund nicht zu beanstanden ist, dass das ABI-Gutachten eine blosse Persönlichkeitsakzentuierung diagnostizierte. Dass der Beschwerdeführer, wie er vorbringt, nur dadurch erwerbstätig sein konnte, weil er sich vollkommen auf den beruflichen Erfolg konzentrierte, ist angesichts der Tatsache, dass er über 15 Jahre lang berufstätig war, nicht überwiegend wahrscheinlich. Seine Behauptung, es würden sich eine Vielzahl von Hinweisen darauf finden, dass er bereits früher an verschiedenen, schweren Persönlichkeitsstörungen gelitten habe, findet in den Akten keine Stütze. Insbesondere werden in dem von ihm in diesem Zusammenhang angeführten Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik X.____ (IV-act. 88) lediglich seine eigenen Angaben gegenüber den Behandlern wiedergegeben. Angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer auch gegenüber seinen Behandlern teilweise wenig transparent war und sich widersprüchlich verhielt oder äusserte (vgl. etwa IV-act. 71-6 ff.), erwecken diese Angaben keinen Zweifel an der ABI-Begutachtung. Die von ihm besonders betonte Behauptung, er sei beziehungsgestört (was für sich genommen ohnehin keine Arbeitsunfähigkeit begründet), wird weder von den ABI-Gutachtern noch den Behandlern in dieser Form bestätigt.

2.5. Der Beschwerdeführer macht sodann geltend, ihm werde zu Unrecht Aggravation bzw. Simulation unterstellt. Dr. B.____ habe diesbezüglich lediglich einen Verdacht geäussert. Der psychiatrische ABI-Gutachter hielt jedoch lediglich fest, die bereits von Dr. B.____ beobachtete nach aussen gerichtete Beschwerdedarstellung habe sich auch in seiner Untersuchung gezeigt. Der Beschwerdeführer habe dabei wenig Rücksicht auf den Untersucher genommen und sich in seiner Selbstdarstellung schliesslich selber erschöpft, was im Rahmen von narzisstischen Persönlichkeitszügen mit wenig Einfühlungsvermögen und deutlicher Überzeugtheit von sich selber gesehen werden könne. Eine Simulation könne letztlich nur durch eine Beobachtung im wirklichen Leben festgestellt werden (IV-act. 121-19). Der psychiatrische ABI-Gutachter attestierte mithin weder Aggravation noch Simulation, sondern stellte lediglich eine nach aussen gerichtete Beschwerdedarstellung fest (siehe auch IV-act. 121-20). Folglich hat er nicht etwa wegen einer (vermuteten) Aggravation oder Simulation das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung verneint. Somit kommt die Rechtsprechung zu dieser Thematik im vorliegenden Fall nicht zur Anwendung.



2.6. Nach dem Gesagten ist das ABI-Gutachten umfassend (eine vertiefte Anamnese war nicht erforderlich) und leuchtet in seinen Schlussfolgerungen ein. Es ist demnach beweiskräftig, sodass darauf abzustellen ist.

3.

3.1. Nachdem auf das ABI-Gutachten vollumfänglich abzustellen ist, ist der Beschwerdeführer als zu 90% arbeitsfähig in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wie auch in jeder anderen adaptierten Tätigkeit anzusehen. Unstreitig resultiert bei einer solch hohen Arbeitsfähigkeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, selbst wenn ein Tabellenlohnabzug vorgenommen würde. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

3.2. 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. 1bis 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.

3.3. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer bezahlt unter Anrechnung des Kostenvorschusses von Fr. 600.-- die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.--.