

BL_GERICHTE 720 2021 329 / 48 vom 23. September 2010

BL Gerichte, 2010-09-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_2021_329___48

FR: BL_GERICHTE 720 2021 329 / 48 du 23 septembre 2010

IT: BL_GERICHTE 720 2021 329 / 48 del 23 settembre 2010

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 2

Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C_455/2021, E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

E. 3

Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. September 2021 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2). 4.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). 4.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist. 4.3 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

4.4 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1).

4.5 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungsoder Prozentvergleichs (BGE 114 V 313 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29). 4.6 Auf ein Revisionsgesuch oder eine Neuanschuldung nach rechtskräftiger Verneinung eines Rentenanspruchs hat die Verwaltung nur einzutreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 IVV). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 E. 2). Tritt die Verwaltung auf ein Revisionsgesuch oder eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2; BGE 117 V 198 E. 4b). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1; BGE 117 V 198 E. 3a).

5.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund

ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. 5.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen). 5.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 5.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

E. 6

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

7.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

7.2. Die Unfallversicherung veranlasste bei der ABI ein polydisziplinäres Gutachten. Dr. med. D., FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. E., FMH Orthopädische Chirurgie, Dr. med. F., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. med. G., FMH Neurologie, kamen nach persönlicher Untersuchung des Versicherten zum Schluss, dass keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen würden. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie ein chronisches zervikovertebrales und -zephales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0), chronische Beschwerden im Hand- und Ellbogenbereich beidseits (ICD-10 M79.60), einen Status nach undislozierter Rippenserienfrakturen V bis IX anterior rechts im Rahmen eines Auffahrunfalls am 25. November 2018 (ICD-10 T91.2), chronische Beschwerden im ventralen Beckenabschnitt beidseits (ICD-10 M79.65), einen Status nach konservativ behandelte Kalkaneusfraktur links (ICD-10 T93.2), einen Status nach OSG-Distorsion rechts am 29. November 2016 (ICD-10 T93.3), einen episodischen Spannungskopfschmerz (ICD-10 G44.2), narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), eine anamnestic unklare Polyallergie seit 2020 (ICD-10 T78.4) und einen anamnestic rezidivierenden Priapismus (ICD-10 N48.3). Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung führten die Gutachter aus, dass der Explorand hauptsächlich somatische Beschwerden am Bewegungsapparat beklage. Diese seien in der orthopädischen und neurologischen Untersuchung ausführlich evaluiert worden. Es könne ein chronisches zervikovertebrales und -zephales Schmerzsyndrom bei leichten bis mässiggradigen degenerativen Veränderungen festgestellt und chronische Beschwerden im Hand- und Ellbogengelenk beidseits zur Kenntnis genommen werden. Die Befunde seien insgesamt als gering zu werten und könnten lediglich für belastende, schwere Tätigkeiten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, nicht jedoch für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, wie sie der Explorand früher ausgeübt habe. Aus psychiatrischer Sicht könne entgegen den subjektiven Angaben des Exploranden ebenfalls kein gravierender Befund erhoben werden. Festzustellen sei eine leichte affektive Störung im Rahmen der Depression, zudem seien narzisstische Persönlichkeitszüge zu konstatieren. Psychiatrisch könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zugeordnet werden. Aus allgemeininternistischer bzw.

anderweitiger somatischer Sicht bestünden ebenfalls keine Befunde und Diagnosen, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Wesentliche Belastungsfaktoren würden nicht vorliegen, die Ressourcen seien sowohl medizinisch, persönlich wie auch auf der beruflichen Ebene vollauf gegeben. In Bezug auf die Konsistenz führten die Gutachter aus, dass sich vor allem bezogen auf die Alltagssituation keine plausiblen Gründe eruieren lassen würden, weshalb sich der Explorand subjektiv arbeitsunfähig fühle. Er habe einen ausgefüllten Alltag, unternehme Spaziergänge, fahre Auto, könne die Kinder betreuen und sei nicht wesentlich eingeschränkt. In Bezug auf die angestammte Tätigkeit bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Die Arbeitsfähigkeit sei unfallbedingt vom 26. November 2018 bis 28. Februar 2019 aufgehoben gewesen. Ab März 2019 habe keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestanden. Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit müsse leichte bis mittelschwere Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg, ohne wiederholten Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Schulterniveaus und ohne Einnahme von Zwangshaltungen des Kopfes beinhalten. Eine derartige Tätigkeit sei während acht bis achteinhalb Stunden pro Tag möglich und es bestehe eine 100 %-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

7.3 Am 19. Juli 2019 diagnostizierte der Psychiater Dr. med. H. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Der Beschwerdeführer denke immer wieder an den Unfall, träume davon und erschrecke, wenn er eine Autohupe höre. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit bezeichnete er als ungünstig. Er beschrieb den psychischen Status des Patienten als deprimierthoffnungslos, antriebslos, ängstlich, agitiert, ratlos und gedankenkreisend um depressive Inhalte. Die beschriebenen psychischen Symptome würden die bisherige Tätigkeit als Koch verunmöglichen.

7.4 Der behandelnde Psychiater Dr. med. I. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 17. Februar 2020, dass der Patient seit der Praxisaufgabe von Dr. H. sich nun bei ihm in Behandlung befinde. Er diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, leichte Episode (ICD-10 F33.01), einen Status nach Auffahrkollision am 26. November 2018 mit leichtem Schädel-Hirn-Trauma und Rippenserienfraktur 5-9 rechts und osteodiskogene Spinalkanalstenosen HWK4/5 und 5/6. Die Prognose der Arbeitsfähigkeit sei unsicher. Der Patient beschreibe sich aufgrund der Unfallfolgen und der privaten Lebenssituation als verzweifelt. Beruflich habe er mehrere Rückschläge erfahren. Er sei immer wieder unruhig, nervös und nehme daher das Medikament Bilol. Seit dem Unfall habe er frontotemporal lokalisierte Kopfschmerzen, Schmerzen in der rechten Hand, im Becken und im Nacken.

7.5 Im Bericht des J. vom 24. März 2021 stellte M. Sc. K. , FSP Fachpsychologin für Neuropsychologie, die Diagnosen einer neuropsychologischen Störung multifaktorieller Ätiologie, eine posttraumatische Belastungsstörung, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine chronische Zervikobrachialgie und Thoraxschmerzen, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS) und eine Dormicum-Abhängigkeit. Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung würden sich deutliche Auffälligkeiten in allen untersuchten Bereichen wie Aufmerksamkeit, Schnelligkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen und visuellräumlichen Funktionen zeigen. Klinisch stehe eine deutliche Unkonzentriertheit mit einer erhöhten internen Ablenkbarkeit im Vordergrund. Die Befunde seien durch massive Aufmerksamkeitsfluktuationen erklärbar. Eine Weiterführung der psychiatrischen Behandlung und ein kognitives Training

im Rahmen einer Ergotherapie seien empfehlenswert. 7.6 Die RAD-Ärztin Dr. med. L. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrer Stellungnahme vom 23. April 2021 aus, dass nicht auf den neuropsychologischen Bericht des J. vom 24. März 2021 abgestellt werden könne, da darin die Schwere der angeblichen neuropsychologischen Störung nicht quantifiziert worden sei. Aufgrund des unauffälligen objektiven psychopathologischen Befunds, den der Gutachter Dr. F. erhoben habe, seien keine weiteren Abklärungen erforderlich. Es könne weiterhin auf das ABI-Gutachten vom 7. September 2020 abgestellt werden. 7.7 Der RAD-Arzt Dr. med. M. , Facharzt für Orthopädie, physikalische und rehabilitative Medizin, legte in seiner Stellungnahme vom 18. August 2022 dar, dass die posttraumatische Belastungsstörung, welche im Bericht von Dr. H. vom 19. Juli 2019 und im Bericht des J. vom 24. März 2021 diagnostiziert wurde, bereits ausführlich im Rahmen des polydisziplinären ABI-Gutachtens und der RAD-Stellungnahme vom 23. April 2021 abgeklärt worden sei. Eine erneute oder erweiterte CT Untersuchung sei nicht notwendig, da es nicht um die Kausalität, sondern um die funktionellen Einschränkungen hinsichtlich der Leistungsfähigkeit und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gehe. 8.1. In der Verfügung vom 14. September 2021 stützte sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf die Ergebnisse des polydisziplinären Gutachtens der ABI vom 7. September 2020. Sie ging demgemäss davon aus, dass der Versicherte in einer angepassten Tätigkeit seit dem 1. März 2019 vollständig arbeitsfähig sei. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie in Erwägung 5.3 hiervoor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und seine Schlussfolgerungen begründet sind. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse im Gutachten der ABI vom 7. September 2020 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Vielmehr erfüllt das ABI-Gutachten sowohl in formeller Hinsicht als auch inhaltlich die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Die Gutachter hatten Kenntnis von sämtlichen bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen, sie setzten sich in angemessener Weise mit den geäusserten Beschwerden auseinander und begründeten die Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise. Insgesamt bestehen keine Anhaltspunkte, dass die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2016, 9C_410/2016, E. 2.2.1 mit Hinweis, in: SVR 2016 IV Nr. 53 S. 178) nicht lege artis erfolgt wäre. Selbst wenn die Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten stellenweise etwas knapp ausfallen, setzt sich Dr. F. dennoch hinreichend mit der Biographie, dem beruflichen Werdegang und den Alltagsaktivitäten des Versicherten auseinander. Seine Feststellungen des Befunds und dessen funktionellen Auswirkungen vermitteln insgesamt ein einleuchtendes und stimmiges Bild über den Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es wird deutlich, aus welchen Gründen nicht von einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen werden kann. Das lediglich leichtgradige depressive Zustandsbild und die nicht krankheitswertigen narzisstischen Persönlichkeitszüge vermögen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht zu erklären. Die entsprechenden Darlegungen im ABI-Gutachten vermögen zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann. 8.2 Daran vermögen die

Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Soweit er zunächst geltend macht, dass auf das ABI-Gutachten nicht abgestellt werden könne, weil dieses von der Unfallversicherung veranlasst worden sei und daher ein Parteigutachten darstelle, kann ihm nicht gefolgt werden. Das ABI-Gutachten wurde zwar von der Unfallversicherung in Auftrag gegeben. Dies bedeutet aber nicht, dass es im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren von vornherein unbeachtlich wäre (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2012, 8C_360/2011 E. 4.1). Dies gilt vorliegend umso mehr, da das ABI-Gutachten auch die unfall-fremden Beschwerden beurteilt und insgesamt ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand des Versicherten vermittelt. Dieses überzeugt – wie vorstehend in Erwägungen 8.1 dargelegt – sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerung, wonach die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt sei. Unter diesen Umständen durfte die IV-Stelle, ohne den Untersuchungsgrundsatz zu verletzen, auf eine weitere Begutachtung verzichten und auf das von der Unfallversicherung veranlasste Gutachten abstellen. 8.3 Der Beschwerdeführer moniert weiter, dass erst nach differenzierter Abklärung des Verkehrsunfalls beurteilt werden könne, ob er an einer posttraumatischen Belastungsstörung leide. Der Traumatisierung sei im ABI-Gutachten nicht gebührend nachgegangen worden. Dieser Auffassung kann ebenfalls nicht gefolgt werden. Vielmehr führte Dr. F. im psychiatrischen Teilgutachten nachvollziehbar aus, dass die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung nicht bestätigt werden könne. Der Beschwerdeführer habe zwar einen relativ schweren Unfall erlitten, er sei dabei aber nicht lebensgefährlich verletzt worden. Auch fahre er seit dem Unfall wieder Auto. Ferner habe er explizit berichtet, gut schlafen zu können und keine Angstträume zu haben. Er leide auch nicht unter Nachhallerinnerungen. Damit seien weder die Voraussetzungen noch die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung vorhanden. Auch wenn Dr. F. nicht sämtliche Diagnosekriterien prüfte, ist seine Beurteilung, wonach der Beschwerdeführer keine posttraumatische Belastungsstörung aufweise, schlüssig. Zudem gibt es keinen fachärztlichen Bericht, der diese Beurteilung in Frage zu stellen vermöchte. Zwar diagnostizierte Dr. H. in seinem Bericht vom 19. Juli 2019 eine posttraumatische Belastungsstörung. Die Diagnose begründete er aber nicht substantiell. Er wies lediglich darauf hin, dass der Beschwerdeführer immer wieder an den Unfall denke, davon träume und ausserdem erschrecke, wenn er eine Autohupe höre. Dr. I. stellte in seinem Bericht vom 17. Februar 2020 keine Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, was mit der Beurteilung von Dr. F. übereinstimmt. Auch aus dem Ergebnis der neuropsychologischen Untersuchung im J. vom 24. März 2021 kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, denn die untersuchende Neuropsychologin M. Sc. K. stellte die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung nicht selbst, sondern übernahm sie aus dem Zuweisungs-schreiben. 8.4 Die Kritik des Beschwerdeführers, dass das Schädelhirntrauma nicht genügend abgeklärt worden sei, verfängt ebenfalls nicht. Die bisher behandelten Fachärzte diagnostizierten unmittelbar nach dem Unfallereignis kein schweres Schädelhirntrauma, sondern lediglich eine Gehirnerschütterung (vgl. Bericht des N. vom 29. November 2018; UVG-Dossier act. 89). Diese Diagnose wurde fachgerecht auf eine klinische Untersuchung und auf eine mehrfach durchgeführte Bildgebung des Schädels abgestützt. Dr. med. O., FMH Neurologie, berichtete am 14. Februar 2019, dass die klinisch neurologische Untersuchung im N. regelrecht ausgefallen sei, ebenso seien zwei MRI des Neurocraniums unauffällig gewesen (vgl. UVG-Dossier act. 96). Auch im MRI des Neurocraniums vom 24. September 2019 wurden altersentsprechend normale Befunde

dokumentiert und es wurde festgehalten, dass keine frischen oder subakuten Infarkte, keine Mikroblutungen oder anderweitige Blutungsresiduen bestünden. Der ABI-Gutachter Dr. G. bestätigte, dass kein relevantes Schädelhirntrauma festgestellt werden könne. Auch das CT, das nach dem Unfall am 30. November 2018 angefertigt wurde, zeigte keine intrakranielle Blutung, kein Subduralhämatom und keine anderweitigen posttraumatischen Veränderungen. Das J. berichtete am 24. März 2021, dass das lowdose CT weder Blutungen, noch Defektzonen noch Atrophien zeige. Damit ist kein relevantes Schädelhirntrauma ausgewiesen. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, gestützt auf das lowdose CT sei nicht ersichtlich, ob Mikroblutungen vorhanden seien, und deshalb weitere Abklärungen für notwendig erachtet, ist ihm entgegen zu halten, dass ein nachträgliches hochauflösendes CT wohl kaum zielführend wäre. Allfällige Mikroblutungen nach dem Unfallereignis könnten heute wahrscheinlich auch auf einem hochauflösenden CT nicht mehr sichtbar gemacht werden. Weiter hat er auch keine Veränderung des Gesundheitszustands, die nach der Begutachtung aufgetreten wäre, geltend gemacht. Solche Hinweise ergeben sich auch nicht aus den medizinischen Akten.

E. 9

Nach dem Gesagten steht fest, dass das Gutachten der ABI vom 7. September 2020 eine zuverlässige Beurteilung des Gesundheitszustands und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Es besteht daher in antizipierte Beweiswürdigung kein Grund, weitere (fach-)ärztliche Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2008, 9C_561/2007, E. 5.2.1 und BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Da dem Beschwerdeführer seit März 2019 die Ausübung sowohl der angestammten als auch einer angepassten Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist, war er nicht während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig. Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 14. September 2021, mit welcher ein Rentenanspruch verneint wurde, nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde deshalb abzuweisen. 10.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend unterliegt der Beschwerdeführer, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist nun allerdings mit Verfügung vom 25. Juli 2022 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen werden. 10.2 Eine Parteientschädigung wird bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht zugesprochen. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 25. Juli 2022 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 28. September 2022 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 3 Stunden 30 Minuten geltend gemacht, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen angemessen ist. Nicht zu beanstanden sind die geltend gemachten Auslagen in der Höhe von Fr. 17.60. Dem Rechtsvertreter ist demnach ein Honorar in der Höhe von Fr.

772.85 (3.5 Stunden à Fr. 200.-- [§ 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003] und Auslagen von Fr. 17.60 inkl. 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. 10.3 Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten werden kann. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 3. Dem Beschwerdeführer wird keine Parteientschädigung ausgerichtet. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 772.85 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse bezahlt.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.