



Fall-Nr.: IV 2016/392
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.03.2020
Entscheiddatum: 01.02.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 01.02.2019

Art. 28 Abs. 1 IVG: Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens bejaht. Rentenanspruch unter Annahme einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. Februar 2019, IV 2016/392). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_190/2019.

Entscheid vom 1. Februar 2019

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

IV 2016/392

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller, Engulgasse 214, 9053 Teufen,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) mit Gesuch vom 14. September 2001 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Am 19. September 2001 erteilte die IV-Stelle dem Versicherten aufgrund der im Rahmen ihrer Abklärungen festgestellten Hörbeeinträchtigung eine Kostengutsprache für Hörgeräte (IV-act. 9). Am 20. Januar 2006 meldete sich der Versicherte erneut an, dieses Mal zum Bezug einer Rente bzw. beruflicher Massnahmen (IV-act. 10). Er beklagte seit einem Arbeitsunfall vom 11. November 2004, bei welchem ihm gemäss seinen Angaben beim Heben einer Lastwagenblache ein Stück Holz ins Gesicht geflogen sei, diverse gesundheitliche Beschwerden, insbesondere Schmerzen an verschiedenen Stellen, sowie eine Sehstörung mit Gesichtsfeldeinschränkung (vgl. IV-act. 215 S. 2). Gemäss einem von der IV-Stelle bei der ABI Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH (nachfolgend: ABI) in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten vom 12. März 2007 konnten keine objektivierbaren Befunde erhoben werden, welche die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur oder für eine adaptierte Tätigkeit eingeschränkt hätten (IV-act. 64). Allerdings übernahm der regionale ärztliche Dienst (RAD) entsprechend einer Stellungnahme vom 22. Juni 2007 nur die gutachterliche Schätzung bezüglich der adaptierten Arbeitsfähigkeit, während er hinsichtlich der angestammten Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit ausging, da sich der Versicherte in dieser gefahrgeneigten Tätigkeit selber als nicht mehr arbeitsfähig sehe (vgl. IV-act. 72). Nach der Abweisung des Rentenbegehrens durch die IV-Stelle (vgl. IV-act. 77 i.V.m. 87) und einem Rückweisungsentscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen zur weiteren Abklärung (IV-act. 108) gab die IV-Stelle beim ABI eine polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung in Auftrag. Auch in dieser konnten gemäss dem Gutachten vom 2. Februar 2010 aus neurologischer, ophthalmologischer und allgemeininternistischer Sicht keine Befunde oder Diagnosen erhoben werden, welche die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer körperlich leichten und mittelschweren, intermittierend auch schweren Tätigkeit eingeschränkt hätten. Aus psychiatrischer



Sicht wurden eine leichte depressive Episode sowie eine Somatisierungsstörung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt, weshalb bezogen auf eine ganztägige Erwerbstätigkeit eine Leistungseinbusse von 20 % angenommen wurde (IV-act. 133 S. 1 ff.). Nach einem negativen Vorbescheid vom 28. September 2010 (vgl. IV-act. 153 und 154) teilte der damalige Rechtsvertreter des Versicherten mit, dass letzterer notfallmässig und stationär in die psychiatrische Klinik B.____ habe eingewiesen werden müssen (IV-act. 156). Nach dem Erhalt weiterer medizinischer Berichte (vgl. IV-act. 157 ff.) gab die IV-Stelle eine erneute psychiatrische Begutachtung beim ABI in Auftrag (IV-act. 174 und 175). Im psychiatrischen Gutachten vom 3. November 2011 wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, und eine Somatisierungsstörung angegeben. Der Gutachter kam zum Schluss, dass sich das Zustandsbild seit der letzten psychiatrischen Begutachtung im ABI nicht wesentlich verändert habe, weshalb weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % vorliege. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung lasse sich durch die psychiatrischen Befunde nicht hinreichend objektivieren (IV-act. 185). Nach einem entsprechenden Vorbescheid (IV-act. 189) lehnte die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten mit Verfügung vom 25. Januar 2012 ab (IV-act. 192). Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 17. März 2014 ab. Auf diesen Entscheid wird für eine detailliertere Darstellung des Sachverhalts bis zu diesem Zeitpunkt, insbesondere für die Darlegung der Ausführungen in den bis dahin ergangenen medizinischen Berichten und Gutachten verwiesen (IV-act. 214 und 215). Auf eine gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 17. März 2014 erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil vom 12. Mai 2014 nicht ein (IV-act. 220).

B.

B.a. Am 3. Juni 2014 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 221 S. 1 ff.).

B.b. In einem Schreiben an die IV-Stelle vom 30. Juni 2014 hielt Dr. med. C.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, Gemeinschaftspraxis D.____, Hausarzt des Versicherten, fest, dass der Gesundheitszustand des Versicherten nach wie vor sehr schlecht sei und daher eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe. Auch aus psychiatrischer Sicht liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor (IV-act. 232 S. 1).

B.c. Am 1. Juli 2014 berichtete Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Ophthalmologie, dass sich der Versicherte am 13. Juni 2014 vorgestellt und berichtet habe, dass er am 5. Mai



2014 beim Kippen ein Kipfenster auf den Kopf bekommen habe. Dabei sei sein Hörgerät zerstört worden und er sehe seitdem mit dem rechten Auge nur noch vernebelt. Dr. E.____ hielt fest, dass er anlässlich der Untersuchung keine durch den Unfall verursachte Minderung der Sehschärfe am rechten Auge habe feststellen können. Die Funduskopie habe keine Anzeichen einer Netzhautveränderung ergeben und es hätten sich keine Zeichen einer contusio bulbi gezeigt. Der Augendruck habe im Normalbereich gelegen. Da eine contusio bulbi nicht auszuschliessen gewesen sei, werde der Netzhautbefund in sechs Wochen nochmals kontrolliert (IV-act. 231 S. 1, 238 S. 8 und 242 S. 9). Ebenfalls am 1. Juli 2014 berichtete Frau Dr. med. F.____, Spezialärztin Neurologie FMH, Neurologisches Zentrum G.____, dass sich der Versicherte bei ihr nach einem Haushaltsunfall vom 5. Mai 2014 wegen einer Zunahme der schwindelartigen Beschwerden vorgestellt habe. Allerdings erwähnte sie in diesem Bericht auch, dass sich der Versicherte nicht unmittelbar nach dem Unfall bei ihr gemeldet habe. Seinerzeit habe kein Anlass für eine genauere neurologische Kurzabklärung bestanden. Aktuell habe sich der Versicherte notfallmässig eine Beurteilung seines Zustandsbildes für die IV-Stelle gewünscht, da er für die Prüfung seines neuen Gesuchs um IV-Leistungen aktuelle ärztliche Beurteilungen einzureichen habe. Als Diagnosen anlässlich des Haushaltsunfalls nannte Dr. F.____ im Wesentlichen eine Kopfkontusion, parieto-occipital durch ein herabfallendes Oberlicht, Sturz mit Rippenanprall ventral rechts, Schulterkontusion rechts, Kontusion auricular rechts sowie ein blutunterlaufendes Auge rechts. Weiter führte sie aus, dass ein am 20. Juni 2014 angefertigtes MRI cerebral (vgl. IV-act. 228 S. 5, 232 S. 11 und 242 S. 14) im Vergleich zu einer Voruntersuchung vom 14. Februar 2014 (vgl. IV-act. 232 S. 10) unverändert einzelne unspezifische, wenige Millimeter grosse Glioseherde im fronto-parietalen Marklager beidseits ohne Krankheitswert, aktuell ohne Hinweis auf neu aufgetretene intracraniell posttraumatische Veränderungen, ergeben habe. Die klinisch neurologische Untersuchung habe konkordant zum extern veranlassten cerebralen MRI vom 20. Juni 2014 keinen Anhaltspunkt für eine traumatisch bedingte central-neurologische Schwindelgenese ergeben. Die weiterhin bestehenden occipitalen Kopfschmerzen mit schmerzbedingt etwas eingeschränkter HWS-Beweglichkeit imponierten vorrangig muskulär, weshalb eine analgesierende-muskelrelaxierende Medikation zu empfehlen sei. Der beklagte Schwindel, welcher schon vorher angegeben worden sei, sei auch "vor dem allgemeinen psychophysischen Zustand des



Versicherten" zu beurteilen. Sie merkte überdies an, dass entgegen früherer Untersuchungen die Prüfung der Okulomotorik nicht gelungen sei. Der Versicherte habe nämlich angegeben, keine Folgebewegungen ausführen zu können, da er für Blickrichtungen den Kopf drehen müsste. Unter Ablenkung habe sich jedoch eine unauffällige Augenmotilität gezeigt. Auch habe sich der Versicherte bei Standtests teilweise demonstrativ schwankend verhalten (IV-act. 228 S. 1 ff., 238 S. 9 ff., 242 S. 10 ff. und 267 S. 1 ff.). Dr. F.____ reichte der IV-Stelle auch einen Bericht zu den Untersuchungen vom 7. und 17. Februar 2014 ein. Darin hatte sie festgehalten, dass der aktuelle Kopfschmerz weder dem bekannten Muster einer Migräneattacke noch einem typischen Spannungskopfschmerz entspreche. Der vom Versicherten beschriebene Kopfschmerz stehe für diesen in einer engen Assoziation mit den Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, weshalb er auf ein cerebrales MRI gedrängt habe, welches allerdings keinerlei Zeichen einer Hirnathrophie und keine Hinweise auf signifikante mikroangiopathische Veränderungen ergeben habe. Somit sei davon auszugehen, dass sich die beklagten neurokognitiven Defizite wahrscheinlich auf der Basis der affektiven Störung etabliert hätten. Darüber hinaus bestehe kein Anhaltspunkt für eine vaskuläre Kopfschmerzgenese. Weiter habe der Versicherte angegeben, dass er nach der Operation des Nervus ulnaris bei Loge de Guyon Syndrom im Oktober 2013 die Finger immer noch nicht richtig strecken könne. Man habe ihm allerdings wiederholt erklärt, dass sich das Defizit bei dem älteren Kompressionsschaden nicht mehr erhole. Der Versicherte habe auch noch angegeben, postoperativ bestünden linksseitige Schulterbeschwerden; er könne den Arm nicht mehr über die Horizontale heben. Dr. F.____ hielt dazu fest, dass der Versicherte aufgrund der beklagten Schulterschmerzen für ein MRI der linken Schulter angemeldet worden sei (IV-act. 267 S. 6 ff.; vgl. ferner IV-act. 232 S. 4 ff.). In dem am 19. Februar 2014 durchgeführten MRI habe keine Affektion des Nervus axillaris und somit kein neurologisches Krankheitsbild gefunden werden können. Lediglich eine geringgradige AC-Gelenksarthrose habe sich erfassen lassen, welche die Beschwerdesymptomatik jedoch nicht eindeutig erklären könne (IV-act. 267 S. 5).

B.d. Am 18. Juli 2014 machte der Rechtsvertreter des Versicherten gegenüber der IV-Stelle geltend, dass sich die relevante Verschlechterung des psychischen Zustandes seines Mandanten insbesondere aus einem Verlaufsbericht der behandelnden



Psychiaterin Dr. med. H.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 24. September 2013 ergebe, verbunden mit der laufend bescheinigten Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen (IV-act. 235). Im entsprechenden Bericht hatte Dr. H.____ ausgeführt, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit dem letzten Verlaufsbericht vom 5. Mai 2012 verschlechtert habe. Neben der immer noch vorhandenen depressiven Symptomatik habe sich subjektiv auch der Visus verschlechtert. Eine Aggravation liege nicht vor, vielmehr handle es sich um eine somatoforme autonome Funktionsstörung. Ausserdem lägen eine mittelgradige bis schwere depressive Episode sowie eine Somatisierungsstörung vor. Der Versicherte leide neben der Visus-Verschlechterung seit einem Jahr immer mehr an plötzlichen Bewusstseinsstörungen, wobei es auch zu körperlichen Verletzungen komme. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte nicht arbeitsfähig (vgl. IV-act. 236). Der Rechtsvertreter des Versicherten führte gegenüber der IV-Stelle weiter aus, dass dieser Bericht lange vor der neuerlichen Verletzung vom 5. Mai 2014 mit Kopfkontusionen entstanden sei. Bezüglich des psychischen Zustandes sei auch die schwierige familiäre Situation des Versicherten zu berücksichtigen. Dr. H.____ habe ausgeführt, dass die persistierende Symptomatik ohne weiteres erklärbar sei und zwar nicht im Sinne einer rezidivierenden Depression, sondern im Sinne eines chronifizierten Zustandes. Auch der Hausarzt Dr. C.____ habe den Versicherten voll arbeitsunfähig geschrieben. Die Sehschärfe habe in den letzten beiden Jahren kontinuierlich abgenommen und der Zustand bezüglich Vergesslichkeit habe sich stark verschlechtert. Die geplante augenärztliche Untersuchung sei abzuwarten und der Versicherte sollte einer neuropsychologischen Abklärung unterzogen werden. Insgesamt sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in den letzten zwei Jahren ausgewiesen (IV-act. 235).

B.e. In einem Bericht an die IV-Stelle vom 31. August 2014 nannte Dr. H.____ die folgenden Diagnosen: Somatoforme autonome Funktionsstörung, mittelgradige depressive Episode und Somatisierungsstörung. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit liege seit dem Jahr 2013 und bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Seit dem Verlaufsbericht vom 24. September 2013 habe es keine wesentlichen Veränderungen gegeben. Oft könne der Versicherte nicht genau sagen, was er gesehen habe. Das Augenfeld sei von der linken und der rechten Seite her so eingeengt, dass



St.Galler Gerichte

der Visus sehr eingeschränkt sei, weshalb der Versicherte häufig den Augenarzt aufsuche. Subjektiv fühle sich der Versicherte in der letzten Zeit noch schlechter. Er habe Probleme mit dem Atmen, sodass er eine panische Angst verspüre. Auch hätten sich die Kopfschmerzen, der Schwindel und die Rückenschmerzen nach dem Unfall am Fenster noch verschlechtert (IV-act. 242 S. 1 ff.; vgl. ferner IV-act. 238 S. 1 ff.).

B.f. In einer Mitteilung vom 3. November 2014 lehnte die IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf berufliche Massnahmen ab, da solche zurzeit nicht möglich seien (IV-act. 251).

B.g. In einem der IV-Stelle am 28. Juli 2015 eingereichten Bericht erklärte Dr. E.____, dass aus ophthalmologischer Sicht in der letzten Zeit keine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Eine ambulante Untersuchung habe vom 31. März 2015 bis zum 19. Mai 2015 stattgefunden. Seither sei der Versicherte bei der Augenklinik des Kantonsspitals St. Gallen in Behandlung. Er leide immer wieder unter Kopfschmerzen und gelegentlichen Doppelbildern, Augentränen und Juckreiz (IV-act. 262).

B.h. Am 26. August 2015 erklärte Dr. C.____ gegenüber der IV-Stelle, dass dem Versicherten die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei und dass dabei eine um 100 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehe (IV-act. 269).

B.i. In einem Bericht an die IV-Stelle vom 10. September 2015 verneinte Dr. H.____ die Zumutbarkeit der bisherigen sowie jeder anderen Tätigkeit. Die Diagnosen hätten sich nicht verändert. Der Versicherte weise immer mehr kognitive Defizite auf. Zudem leide er an einer depressiven Symptomatik und an einer Somatisierungsstörung (IV-act. 272).

B.j. Am 29. September 2015 reichte der Rechtsanwalt des Versicherten einen psychologischen Bericht vom 4. September 2015 sowie einen dazugehörigen neuropsychologischen Begleitbrief vom 21. September 2015 des Ambulatoriums der Klinik I.____ ein (IV-act. 274, 276 und 277). In diesen Berichten waren die behandelnden Ärzte aufgrund der von ihnen am 26 und 31. August 2015 durchgeführten Untersuchungen davon ausgegangen, dass beim Versicherten eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung bestehe. Im Vordergrund der Auffälligkeiten stünden Leistungsminderungen betreffend die Verarbeitungsgeschwindigkeit, die komplexen Aufmerksamkeitsdimensionen, die



visuell-konstruktive Verarbeitung sowie betreffend einzelne anamnestische Funktionsbereiche. Die psycho-affektive Befindlichkeit im Sinne der depressiven Symptomatik des Versicherten müsse im Kontext der Befundinterpretation hervorgehoben werden. Depressive Episoden könnten sich negativ auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken. Zudem sei der Versicherte inhaltlich stark auf seinen gesundheitlichen Zustand fokussiert, was mitunter die begrenzte Aufmerksamkeitskapazität erkläre. Die vom Versicherten beschriebenen kognitiven Einschränkungen entsprächen dem erhobenen neuropsychologischen Leistungsprofil, wenngleich die subjektiv wahrgenommene Gedächtnisproblematik nicht in dem beschriebenen Ausmass habe objektiviert werden können (IV-act. 277 S. 3 und 276 S. 1).

B.k. Die IV-Stelle gab am 29. Dezember 2015 ein polydisziplinäres Gutachten bei der Medizinischen Gutachtenszentrum Region St. Gallen GmbH (nachfolgend: MGSG) in Auftrag (vgl. IV-act. 282 und 285). Am 10. Februar 2016 untersuchten Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger, Dr. med. K.____, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, und Dr. med. L.____, Spezialarzt Orthopädie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, von der MGSG den Versicherten (vgl. IV-act. 293). Im psychiatrischen Teilgutachten vom 11. Februar 2016 nannte Dr. J.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende leichte bis mittelgradige depressive Störung, bestehend seit etwa März 2011, bei Status nach mittelgradiger depressiver Episode mit somatischem Syndrom bestehend von etwa Januar 2010 bis Februar 2011. Aus psychiatrischer Sicht hätten sich beim Versicherten nach einer unauffälligen Kindheits- und Persönlichkeitsentwicklung über Jahre hinweg keine psychischen Störungen mit Krankheitswert erheben lassen. Im Zusammenhang mit einer anhaltenden Schmerzsymptomatik mit Symptomausweitung nach einem Arbeitsunfall im November 2004 und den damit einhergehenden psychosozialen Belastungen mit Arbeitslosigkeit, finanziellen Problemen und familiären Belastungen nach dem Tod der Mutter habe sich beim Versicherten seit etwa Januar 2010 eine mittelgradige depressive Episode mit einem somatischen Syndrom entwickelt. Daher sei vom __ November 2010 bis zum __. Februar 2011 eine stationäre psychiatrische Behandlung in der psychiatrischen Klinik B.____ erfolgt, wodurch eine Besserung des psychischen Zustandsbildes habe erreicht



werden können. Seit der stationären Behandlung lasse sich eine leichte bis mittelgradige depressive Störung erheben. Im ABI-Gutachten vom 3. November 2011 sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, diagnostiziert worden. Ein typisch episodenhafter Verlauf sei nicht auszumachen, jedoch sei es durchaus vorstellbar, dass im damaligen Untersuchungszeitpunkt eine leichte Störung vorgelegen habe. Die anhaltende leichte bis mittelgradige depressive Störung stehe im Zusammenhang mit der anhaltenden Schmerzsymptomatik und mit psychosozialen Problemen, weshalb es sich nicht um eine eigenständige, von der Schmerzsymptomatik unabhängige depressive Erkrankung handle. Es bestehe somit keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere. Die psychosozialen Faktoren kämen jedoch nicht als alleinige Ursache der depressiven Störung in Frage. Die depressive Störung sei durch eine überwiegend bedrückte Stimmung mit verminderter Freude, Lust und wechselnden Unruhezuständen sowie durch eine Antriebsminderung gekennzeichnet. Auch würden kognitive Störungen mit subjektiven Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit angegeben, wobei sich im Rahmen der psychiatrischen Exploration keine kognitiven Störungen hätten erheben lassen. Allerdings seien im Rahmen einer testpsychologischen Untersuchung vom August 2015 leichte bis mittelgradige neuropsychologische Funktionsstörungen beschrieben worden. Diese kognitiven Defizite seien im Zusammenhang mit der depressiven Störung zu sehen. Hinzu kämen ein negativistisches, auf die körperlichen Beschwerden und die soziale Situation mit Zukunftsängsten eingeeengtes Denken sowie vom Versicherten angegebene Schlafstörungen. Diese hätten sich jedoch durch eine Medikation verbessert. Auch gebe der Versicherte an, dass sich die psychische Situation seit der stationären Behandlung in der Tagesklinik B. ___ gebessert habe und er sich seit Jahren in unveränderter psychiatrischer Verfassung befinde. Die aktuelle Therapie und Medikation erscheine *lege artis*. Trotz der beschriebenen psychischen Störung zeigten sich beim Versicherten auch mobilisierbare und vorhandene Ressourcen: Er pflege gute soziale Kontakte und er sei relativ gut kommunikationsfähig, obwohl er die deutsche Sprache nicht sicher beherrsche. Es zeige sich auch nicht in allen Lebensbereichen eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus. Die vom Versicherten beklagten Beschwerden seien nur teilweise in sich konsistent. Er habe ungenaue anamnestische Angaben mit unpräzisen Schilderungen der Beschwerden gemacht. Aufgrund der anhaltenden leichten bis



mittelgradigen depressiven Störung bei einem Zustand nach einer mittelgradigen depressiven Episode erschienen die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, der Antrieb, die Interessen, die Motivation, die Kontaktfähigkeit und Dauerbelastbarkeit beeinträchtigt. Auch seien aufgrund der depressiven Episode leichte bis mittelgradige kognitive Einschränkungen anzunehmen, sodass das Lenken eines Lastkraftwagens aus psychiatrischer Sicht nicht zumutbar sei. In der angestammten Tätigkeit sei somit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe seit etwa März 2011 eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum. Für den Zeitraum Januar 2010 bis Februar 2011 sei eine 60%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Bei adaptierten Tätigkeiten sollte es sich um Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck (Stressbelastung), ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte, ohne Lenken eines Lastkraftwagens und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung handeln (IV-act. 293 S. 25 ff. und S. 79 ff.). In der internistischen Beurteilung vom 25. Februar 2016 nannte Dr. K.____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte fühle sich aus internistischer Sicht gesund und voll leistungsfähig. Diese Beurteilung entspreche auch der internistischen gutachterlichen Einschätzung (IV-act. 293 S. 51 ff. und S. 75 ff.). Dr. L.____ gab in seiner orthopädischen Beurteilung vom 29. April 2016 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Cervicovertebralsyndrom bei Osteochondrose und eine Unkarthrose, speziell C4-7 mit Diskushernien und Kontakt zur Nervenwurzel C7 links ohne neurale Kompression, eine Pseudolumboischialgie links bei Osteochondrose L4 bis S1 mit Diskushernie L4/5 und Anhebung der Nervenwurzel L4 rechts ohne neurale Kompression und einen degenerierten TFCC mit Arthrose des distalen Radioulnargelenks und Status nach Dekompression und Neurolyse des Nervus ulnaris links August 2013 an. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine Acromioclaviculargelenksarthrose rechts sowie eine Adipositas. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse einer von ihm bei der Orthopädie und Physiotherapie M.____ in Auftrag gegebenen Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vom 26. und 27. April 2016 hielt er fest, dass das Ausmass der demonstrierten abnormen Befunde anlässlich der körperlichen Untersuchung nur inkomplett habe plausibilisiert werden können. Die EFL habe keine Symptomausweitung, jedoch nur eine mässige Konsistenz ergeben. Infolge Selbstlimitierung und Inkonsistenz bei den Handkrafttests seien die diesbezüglichen



Resultate für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Die Nackenschmerzen, die abnormen Untersuchungsbefunde der Halswirbelsäule, die lumbalen Schmerzen sowie die pathologischen objektiven Befunde der Lendenwirbelsäule könnten partiell mit den auf dem MRI ersichtlichen Befunden erklärt werden. Die angegebene Hyposensibilität der Finger links könne hingegen nicht objektiviert werden, da keine neurale Kompression vorliege. Schon gar nicht objektivierbar sei eine Hyposensibilität der rechten Finger, da rechts radiologisch keine Nervenwurzel tangiert sei. Nachdem radiologisch links keine neurale Kompression vorliege, könne auch die Ausstrahlung der Schmerzen in die Grosszehe links sowie die bei der Untersuchung angegebene Hyposensibilität medial am linken Oberschenkel und Unterschenkel nicht nachvollzogen werden. Dr. L. ___ kam aus rein orthopädischer Sicht zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit als Chauffeur bei voller Stundenpräsenz 50 % betrage, da es sich dabei um eine vorwiegend sitzende, mittelschwere Tätigkeit handle und da beim Heben von Gewichten Einschränkungen bestünden. Der vorangehende Zeitraum könne retrospektiv orthopädisch nicht beurteilt werden. Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufig inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen und ohne Kraftanwendung des linken Handgelenks könnten seit dem Zeitpunkt der Begutachtung bei voller Stundepräsenz zu 100 % zugemutet werden (IV-act. 293 S. 2 ff.). In der Konsensbeurteilung vom 2. Mai 2016 kamen die Gutachter zum Schluss, dass die angestammte Tätigkeit dem Versicherten nicht mehr zumutbar sei. Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte, ohne Lenken eines Lastkraftwagens und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung könnten dem Versicherten seit März 2011 zu 70 % zugemutet werden. Seit dem Begutachtungszeitpunkt sollte es sich zusätzlich um eine körperlich leichte Tätigkeit in temperierten Räumen handeln, die abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufig inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen und ohne häufige Kraftanwendung des linken Handgelenks ausgeführt werden könnten (IV-act. 293 S. 59. i.V.m. 293 S. 2).

B.I. Mit dem Vorbescheid vom 29. Juli 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie das Rentenbegehren in der Annahme einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in



St.Galler Gerichte

adaptierter Tätigkeit und einer invaliditätsbedingten Erwerbseinbusse von 27 % abweisen werde (IV-act. 297).

B.m. In seinem Einwand vom 19. September 2016 wies der Versicherte auf die zahlreichen Unfälle hin, die er erlitten habe. Zudem machte er geltend, dass seine Aufnahmefähigkeit nicht nur wegen der Hörprobleme, sondern auch wegen der Sehprobleme eingeschränkt sei. Überdies sei er wegen einer neu aufgetretenen schlafassoziierten Atemstörung dem Zentrum für Schlafmedizin des KSSG zugewiesen worden, wobei der Abschlussbericht des KSSG vom 5. September 2016 ein leichtgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom ergeben habe (IV-act. 298 S. 1 ff.). Den entsprechenden Bericht legte er bei (vgl. IV-act. 298 S. 8 ff.). Weiter machte er geltend, dass das Gutachten in neurologischer/orthopädischer Hinsicht zu einem grenzwertigen Befund gekommen sei. Zudem gehe aus dem Gutachten hervor, dass keine Eignung für eine feine Fingerarbeit vorliege und er seine Finger nicht mehr vollumfänglich strecken könne, sodass unklar sei, welche Tätigkeit ihm überhaupt noch zugemutet werden könne. Des Weiteren bemängelte er die psychiatrische Schätzung einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit. Zu Unrecht seien ihm persönliche und familiäre Ressourcen zuerkannt worden. Vielmehr habe er mit einer schwierigen familiären und persönlichen Situation zu kämpfen. Er beantragte ein neues psychiatrisches Gutachten sowie eine neuropsychologische Abklärung (IV-act. 298 S. 3 ff.).

B.n. Mit Verfügung vom 10. Oktober 2016 lehnte die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten in der Annahme einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit und einem Invaliditätsgrad von 27 % ab. Zum Einwand des Versicherten führte sie aus, dass im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung weitere Fachrichtungen direkt eingeschlossen worden wären, soweit sich dafür eine Notwendigkeit gezeigt hätte. Dies sei nicht der Fall gewesen. Bei der Zumutbarkeit der attestierten Arbeitsfähigkeit sei von einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auszugehen. Demnach sei die Annahme einer 70%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit gerechtfertigt (IV-act. 299).

C.

C.a. Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 14. November 2016 Beschwerde erheben (act. G 1). Darin beantragte er, dass die



St.Galler Gerichte

Verfügung vom 10. Oktober 2016 aufzuheben und ihm spätestens ab Dezember 2014 eine halbe IV-Rente zuzusprechen sei. Eventualiter sei die Angelegenheit in Aufhebung der Verfügung an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Zudem stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsvertretung (act. G 1 S. 2).

C.b. Am 22. November 2016 reichte der Beschwerdeführer Unterlagen ein, um seine Bedürftigkeit im Hinblick auf das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege auszuweisen (act. G 4 und 4.1).

C.c. In ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Januar 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 7).

C.d. Am 24. Januar 2017 hiess die verfahrensleitende Richterin das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Verfahren vor Versicherungsgericht gut (act. G 8).

C.e. In der Replik vom 22. Februar 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinen in der Beschwerde gestellten Anträgen unverändert fest (act. G 10). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (vgl. act. G 11 und 12).

Erwägungen

1.

Im vorliegenden Verfahren strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

2.

2.1. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses



Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist gemäss 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 wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichen Arbeitsmarkt definiert. Die Invalidität ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.2. Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen 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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis).

3.

Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Ablehnung des Rentenbegehrens in erster Linie auf das psychiatrisch-orthopädisch-internistische Gutachten des MGSG vom 4. Mai 2016, in welchem dem Beschwerdeführer für eine adaptierte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % attestiert worden ist (vgl. act. G 7 i.V.m. IV-act. 293). Demgegenüber bemängelt der Beschwerdeführer dieses Gutachten in verschiedenen Punkten, worauf nachfolgend genauer einzugehen ist (vgl. act. G 1 und 10).

3.1



3.1.1 Der Beschwerdeführer beanstandet, dass das Gutachten keine neuropsychologische Abklärung beinhalte. Überdies kritisiert er die Aussage des psychiatrischen Gutachters, wonach die im Bericht des Ambulatoriums der Klinik I.____ vom September 2015 genannten kognitiven Defizite im Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik zu sehen seien. Diese Schlussfolgerung erachtet der Beschwerdeführer als willkürlich. Er kritisiert, dass den kognitiven Funktionseinschränkungen keine eigenständige Bedeutung zuerkannt worden sei (act. G 1 S. 3 f.; vgl. ferner act. G 10 S. 3). Die Beschwerdegegnerin ist hingegen der Ansicht, dass eine neuropsychologische Abklärung nicht notwendig gewesen sei, zumal im Zeitpunkt der Begutachtung bereits ein neuropsychologischer Bericht vorgelegen habe. Überdies seien die neuropsychologischen Untersuchungen von allen gängigen Untersuchungsdisziplinen zur Objektivierung von geklagten Beschwerden am wenigsten geeignet (act. G 7 S. 3).

3.1.2 Mit der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen, dass im Rahmen der Begutachtung durch die Ärzte des MGSG keine weitergehenden neuropsychologischen Abklärungen angezeigt gewesen sind. Zum einen scheinen die Gutachter keine Veranlassung für weitergehende neuropsychologische Abklärungen gesehen zu haben und zum anderen hat im Gutachtenszeitpunkt bereits ein neuropsychologischer Bericht des Ambulatoriums der Klinik I.____ vorgelegen (vgl. IV-act. 276 und 277), welchem auch der Beschwerdeführer Gewicht beimisst. Denn er beruft sich in der Beschwerde unter Verweis auf diesen Bericht auf das Bestehen kognitiver Einschränkungen (vgl. act. G 1 S. 3 f.). Die im neuropsychologischen Bericht der Klinik I.____ erwähnten kognitiven Einschränkungen werden im Gutachten weder ignoriert noch kategorisch negiert. Vielmehr wird im Gutachten nachvollziehbar dargelegt, dass allfällige kognitive Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der psychischen Störung zu sehen seien, wobei noch ein negativistisch eingengtes Denken hinzukomme (IV-act. 293 S. 44). Übereinstimmend dazu hält auch der psychologische Bericht der Klinik I.____ fest, dass die psycho-affektive Befindlichkeit im Sinne der depressiven Symptomatik im Kontext der Befundinterpretation hervorgehoben werden müsse. Die depressiven Episoden könnten sich negativ auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken. Zudem sei der Beschwerdeführer inhaltlich stark auf seinen gesundheitlichen Zustand fokussiert, was mitunter die begrenzte Aufmerksamkeitskapazität erkläre (IV-act. 277 S. 3). Die Ursache der erhobenen neuropsychologischen Funktionsstörungen bleibe letztlich



offen, jedoch werde von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen, wobei die psychiatrischen Diagnosen die Befunde gut miterklären bzw. erklären könnten (IV-act. 276 S. 1). Auch Dr. F.____ ist in ihrem Bericht zu den Untersuchungen vom 7. und 17. Februar 2014 davon ausgegangen, dass sich die beklagten neurokognitiven Defizite wahrscheinlich auf der Basis der affektiven Störung etabliert hätten (IV-act. 267 S. 7). Die im Gutachten enthaltene Aussage, dass allfällige kognitive Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der psychischen Symptomatik zu sehen seien, erscheint unter Berücksichtigung der weiteren ärztlichen Berichte somit keineswegs als willkürlich, sondern vielmehr als stimmig und schlüssig. Dr. J.____ weist in seinem psychiatrischen Gutachten allerdings auch darauf hin, dass sich im Rahmen der psychiatrischen Exploration gar keine kognitiven Störungen hätten erheben lassen (IV-act. 293 S. 44). Im Bericht der Klinik I.____ ist ebenfalls angemerkt, dass die subjektiv wahrgenommene Gedächtnisproblematik nicht im beschriebenen Ausmass habe objektiviert werden können (vgl. IV-act. 277 S. 3). Der psychiatrische Gutachter Dr. J.____ sowie die behandelnden Ärzte der Klinik I.____ haben somit nicht gänzlich objektivieren können, ob tatsächlich kognitive Einschränkungen vorhanden gewesen sind. Demnach ist gerade nicht davon auszugehen, dass sich durch weitere neuropsychologische Abklärungen noch bessere Erkenntnisse hinsichtlich der kognitiven Einschränkungen hätten erheben lassen. Dazu kommt, dass laut einem Bericht von Dr. F.____ zu den Untersuchungen vom 7. und 17. Februar 2014 ein cerebrales MRI weder Zeichen einer Hirnathrophie enthalten noch Hinweise auf signifikante mikroangiopathische Veränderungen gezeigt hat (IV-act. 267 S. 7). Ein nach dem Haushaltsunfall vom 5. Mai 2014 angefertigtes MRI cerebral hat ebenfalls keinen Hinweis auf neu aufgetretene intracranielle posttraumatische Veränderungen ergeben (vgl. IV-act. 228 S. 5., 238 S. 9, 242 S. 10 und 267 S. 1). Während das psychiatrische ABI-Gutachten vom 3. November 2011 aufgrund der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ausgegangen ist (vgl. IV-act. 185), attestiert Dr. J.____ in der Annahme einer leichten bis mittelschweren depressiven Störung eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Insofern wird eine leichte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes anerkannt, wobei auch allfällig vorhandene kognitive Einschränkungen berücksichtigt sind. Allfälligen



kognitiven Defiziten wird überdies im Rahmen der von Dr. J.____ umschriebenen Adaptionskriterien Rechnung getragen (vgl. IV-act. 293 S. 25 ff. und S. 79 ff.).

3.2

3.2.1 Weiter bemängelt der Beschwerdeführer, dass ihm Ressourcen zuerkannt würden, die er gar nicht besitze. Die früher noch geschilderten ausserfamiliären Kontakte beschränkten sich schon längere Zeit auf ein absolutes Minimum. Dass er zusammen mit seiner Ehefrau wohne, sei ja eine Notwendigkeit. Bereits einen Besuch der Tochter mit deren Kleinkindern ertrage er nicht, weshalb er sich nach kurzer Zeit zurückziehe. Die Spaziergänge unternehme er insbesondere deswegen, um alleine zu sein und sich an einem ruhigen Ort zu erholen. Die im Gutachten vorgenommene Beurteilung, wonach jemand schon alleine aufgrund der Tatsache, dass er den Ehepartner manchmal zum Einkauf begleite oder Spaziergänge unternehme, über genügend Ressourcen verfüge, um zu arbeiten, sei unhaltbar. Es sei ja gerade empfohlen, diejenigen Menschen, welche von einer psychischen Erkrankung gefährdet seien, ins tägliche Leben einzubinden. Überdies beständen bei ihm familiäre Belastungen, wie beispielsweise die epileptische Erkrankung eines Enkels oder die Tochter, welche an Narkolepsie leide (act. G 1 S. 4 ff.; vgl. ferner act. G 10 S. 4). Demgegenüber erachtet die Beschwerdegegnerin die Behauptung als unzutreffend, dass im psychiatrischen Teilgutachten die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers allein aus dessen privaten Aktivitätsniveau abgeleitet werde. Vielmehr habe Dr. J.____ seine Arbeitsfähigkeitsschätzung in erster Linie auf objektive Faktoren abgestützt. Das private Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers sei von Dr. J.____ im Rahmen der durchzuführenden Indikatorenprüfung erwähnt worden. Diesbezüglich habe Dr. J.____ zu Recht festgehalten, dass eine gewisse soziale Einbettung des Beschwerdeführers gegeben sei. So lebe dieser mit seiner Ehefrau zusammen und habe auch soziale Kontakte zu seinen erwachsenen Kindern, Freunden und Bekannten. Auch habe der Beschwerdeführer bei der Begutachtung relativ gut kommunikations- und kontaktfähig gewirkt (act. G 7 S. 4).

3.2.2 Dem Beschwerdeführer ist darin zuzustimmen, dass es unhaltbar wäre, einzig aufgrund des Zusammenlebens mit dem Ehepartner oder gelegentlicher Spaziergänge auf eine Arbeitsfähigkeit zu schliessen. Wie die Beschwerdegegnerin jedoch zu Recht



vorbringt, beruht die psychiatrische Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. J.____ nicht lediglich auf der Beurteilung der Alltagsaktivitäten oder des sozialen Umfeldes des Beschwerdeführers. Vielmehr stützt Dr. J.____ seine Schätzung der Arbeitsfähigkeit auf eine eingehende Begutachtung des Beschwerdeführers unter Beleuchtung unterschiedlicher Aspekte (vgl. IV-act. 293 S. 25 ff.). Dass im Rahmen der durchzuführenden Indikatorenprüfung auch diejenigen Alltagsaktivitäten sowie diejenigen sozialen Kontakte, welche ressourcenmobilisierend wirken können, genannt werden (vgl. IV-act. 293 S. 46 f.), ist nicht zu beanstanden.

3.3

3.3.1 Weiter zweifelt der Beschwerdeführer sinngemäss den Bericht von Dr. E.____ vom 28. Juli 2015 an, wonach beim Beschwerdeführer in letzter Zeit aus ophthalmologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Schliesslich habe er sich bei Dr. E.____ nicht freiwillig in Behandlung befunden, sondern er leide an tränenden und juckenden Augen sowie an Doppelbildern. Es hätten noch weitere Berichte bei der Augenklinik des Kantonsspitals St. Gallen eingeholt werden müssen (act. G 10 S. 4). Die Beschwerdegegnerin beruft sich demgegenüber auf den Bericht von Dr. E.____ (vgl. act. G 7 S. 4).

3.3.2 Es steht ausser Frage, dass der Beschwerdeführer bei Dr. E.____ in Behandlung gewesen ist. Dr. E.____ erwähnt in seinem Bericht vom 28. Juli 2015 auch, dass der Beschwerdeführer immer wieder unter Kopfschmerzen und gelegentlichen Doppelbildern, Augentränen und Juckreiz leide. Gleichwohl hat Dr. E.____ keine ophthalmologischen Befunde erhoben, welche Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten (vgl. IV-act. 262). Vielmehr hat Dr. E.____ bereits in seinem Bericht vom 1. Juli 2014 erwähnt, dass er keine durch den Haushaltsunfall vom 5. Mai 2014 verursachte Minderung der Sehschärfe am rechten Auge des Beschwerdeführers habe feststellen können. Die Funduskopie habe keine Anzeichen einer Netzhautveränderung ergeben und es hätten sich keine Zeichen einer contusio bulbi mehr gezeigt. Der Augendruck habe im Normalbereich gelegen. Da eine contusio bulbi anfänglich nicht vollständig auszuschliessen gewesen war, hat Dr. E.____ jedoch eine weitere Kontrolle des Netzhautbefundes angeordnet (IV-act. 231 S. 1, 238 S. 8 und 242 S. 9). Doch auch bei dieser scheinen keine signifikanten neuen Befunde erkannt



worden zu sein. Denn in dem Bericht an die IV-Stelle vom 28. Juli 2015 hat Dr. E.____ erklärt, dass aus ophthalmologischer Sicht in der letzten Zeit keine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (IV-act. 262). Angesichts dessen, dass bereits in der ophthalmologischen Beurteilung des ABI-Gutachtens vom 12. März 2007 sowie in derjenigen des Verlaufsgutachtens des ABI vom 2. Februar 2010 trotz seitens des Beschwerdeführers beklagter Sehprobleme keine ophthalmologischen Befunde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben worden sind (vgl. IV-act. 64 S. 18 ff. und 133 S. 26) und mangels gegenteiliger aktueller ärztlicher Einschätzungen, ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung von Dr. E.____ abgestellt hat. Auch hat der Beschwerdeführer keine augenärztlichen Berichte eingereicht, welche auf eine Arbeitsunfähigkeit aus ophthalmologischer Sicht hindeuten könnten. Alleine aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer bei Dr. E.____ in Behandlung gewesen ist, kann er jedenfalls keine Arbeitsunfähigkeit für sich ableiten. Überdies haben auch die Gutachter keine Veranlassung für eine weitergehende augenärztliche Abklärung gesehen.

3.4 Die seitens des Beschwerdeführers vorgetragene Einwände hinsichtlich des Gutachtens des MGSG vom 4. Mai 2016 erweisen sich nach dem Gesagten als unbegründet. Das Gutachten beruht auf eigenständigen Abklärungen. Die medizinischen Vorakten und die von dem Beschwerdeführer geklagten Beschwerden sind berücksichtigt worden. Die bescheinigte Arbeitsfähigkeit leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Das Gutachten hat auch die abweichenden psychiatrischen Einschätzungen von Dr. H.____ hinsichtlich der Schwere der depressiven Erkrankung berücksichtigt und sich mit früheren gutachterlichen Einschätzungen auseinandergesetzt (vgl. IV-act. 293 S. 28 ff., S. 44 f. und S. 48). Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen im Gutachten nicht berücksichtigt worden wären. In ihrer Konsensbeurteilung vom 2. Mai 2016 sind Dr. J.____, Dr. K.____ und Dr. L.____ zum Schluss gekommen, dass dem Beschwerdeführer Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung (gemeint ist damit wohl ohne erhöhten Zeitdruck, vgl. IV-act. 293 S. 105), ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte, ohne Lenken eines Lastkraftwagens und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung seit März 2011 zu 70 % zugemutet werden könnten. Seit dem Begutachtungszeitpunkt sollte es sich zusätzlich um eine körperlich leichte Tätigkeit in



temperierten Räumen handeln, die abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufig inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen und ohne häufige Kraftanwendung des linken Handgelenks ausgeführt werden könnten (IV-act. 293 S. 59). Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des polydisziplinären Gutachtens kann nach dem Gesagten abgestellt werden.

4.

In einem nächsten Schritt ist die Frage zu beantworten, inwiefern der Beschwerdeführer seine medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit von 70 % auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch verwerten kann.

4.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass für ihn aufgrund seiner vielfältigen Einschränkungen keine Berufe in Frage kämen. Die seitens der Gutachter postulierten Voraussetzungen für eine adaptierte Tätigkeit würden auf einen geschützten Arbeitsplatz hinweisen (vgl. act. G 1 S. 5). Es sei undenkbar, dass er bei Sehproblemen, beidseitiger Schwerhörigkeit und Schwindel sowie einem zusätzlich limitierten Sitz-, Stand- und Gehvermögen Überwachungsfunktionen wahrnehmen könne (vgl. act. G 10 S. 3 f.). Bei Kontroll-, Sortier-, Prüf- und Verpackungsarbeiten würde sich die Augenproblematik verschärfen (act. G 10 S. 5). Kurierfahrten, die häufigeren Kundenkontakt beinhalteten, seien aufgrund der Konzentrationsstörungen sowie der Ohr- und Sehproblematik ebenfalls nicht möglich (vgl. act. G 10 S. 3 i.V.m. S. 5). Für eine Empfangstätigkeit würde er eine völlig ungeeignete Erscheinung darstellen und es würde ihm auch an diesbezüglichen Fähigkeiten mangeln, da bei einer solchen Tätigkeit geistige Flexibilität sowie Sprachkenntnisse gefordert seien (vgl. act. G 10 S. 5). Demgegenüber ist die Beschwerdegegnerin der Ansicht, dass Hilfsarbeitern eine Vielzahl von Stellen im Produktions- und Dienstleistungssektor offen stünden. In Industrie und Gewerbe würden körperlich anstrengendere Arbeiten, welche der Beschwerdeführer invaliditätsbedingt nicht mehr ausüben könne, zunehmend durch Maschinen verrichtet, wobei den Überwachungsfunktionen grosse und wachsende Bedeutung zukomme. Für den Beschwerdeführer geeignete Tätigkeiten seien etwa leichtere Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten, leichtere Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung, eine Beschäftigung an einem Empfang oder leichtere Lieferdienste (vgl. act. G 7 S. 5).



4.2 Die Zumutbarkeit der Ausschöpfung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit ist unter Annahme eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes zu bestimmen. Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes gemäss Art. 16 ATSG ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher die konkrete Arbeitsmarktlage nicht berücksichtigt (BGE 134 V 70 f. E. 4.2.1). Er umschliesst einerseits ein Gleichgewicht zwischen dem Angebot von Stellen und der Nachfrage nach solchen. Andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offenhält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 276 E. 4b; Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C_485/2014, E. 2.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 3. Dezember 2003, I 349/01, E. 6.1 mit Hinweisen). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers gerechnet werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C_485/2014, E. 2.2 mit Hinweis auf Urteil vom 29. August 2007, 9C_95/2007, E. 4.3). Von einer Arbeitsgelegenheit kann allerdings nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts vom 28. April 2010, 8C_1050/2009, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen). In einem neueren Urteil hat das Bundesgericht festgehalten, dass die Verwertbarkeit in der Regel umso eingehender zu prüfen sei, je restriktiver das medizinische Anforderungsprofil umschrieben sei; zudem müsse davon ausgegangen werden, dass das Bedienen von Computern und automatisierten Maschinen sowie deren Überwachung und Kontrolle gewisse minimale Kenntnisse und Fähigkeiten verlangten, über welche Ungelernte, die immer nur einfach Hilfsarbeitertätigkeiten ausgeübt hätten, ohne eine entsprechende Ausbildung in der Regel nicht verfügten (Urteil 9C_304/2018 vom 5. November 2018, insb. E. 5.2.3). Das kann aber nicht so verstanden werden, dass bei einem restriktiven medizinischen Anforderungsprofil die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem in Betracht kommenden allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt generell eher zu



verneinen respektive dass davon auszugehen wäre, die versicherte Person könne gar kein Invalideneinkommen mehr erzielen. Vielmehr hat das Bundesgericht damit offenbar einen erhöhten Abklärungs- und Begründungsaufwand für „Grenzfälle“ gefordert, und zwar insbesondere mit Blick auf die Frage nach der Notwendigkeit von allfälligen Eingliederungsmassnahmen.

4.3 Dem Beschwerdeführer ist darin zuzustimmen, dass eine Tätigkeit am Empfang sich für ihn eher schwierig gestalten dürfte, da dabei teilweise doch recht hohe Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit gestellt werden und je nach Job auch diverse EDV-Kenntnisse oder spezifische Sprachkenntnisse notwendig sind. Auch kommen Kurierfahrten vermutlich nicht in Frage, da der Beschwerdeführer über seitens der Ärzte bisher nicht objektivierbare Sehprobleme klagt und beim Führen eines Fahrzeuges auch eine hohe Konzentration gefragt ist. Im MGS-Gutachten heisst es denn ja auch, dass das Lenken eines Lastkraftwagens nicht möglich ist und der Beschwerdeführer daher in seinem bisherigen Beruf als Lastwagenchauffeur nicht mehr arbeitsfähig ist (vgl. IV-act. 293 S. 59). Generell muss bei beklagten Konzentrationsschwierigkeiten, Schwindelgefühlen und Sehproblemen von gefahrgeneigten Tätigkeiten Abstand genommen werden, weshalb auch gewisse Maschinenbedienungstätigkeiten nicht in Frage kommen. Welche Anforderungen eine Tätigkeit konkret stellt und ob der Beschwerdeführer diesen gewachsen ist, ist in jedem einzelnen Fall individuell anzuschauen und zu prüfen. Unter Berücksichtigung der im Gutachten genannten Adaptionskriterien ist allerdings davon auszugehen, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt Stellen für den Beschwerdeführer bereithält. Zu denken ist beispielsweise an einfache Materialbewirtschaftungstätigkeiten oder Verpackungsarbeiten (vgl. IV-act. 293).

5.

Ausgehend von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2).

5.1 Für das Valideneinkommen ist massgebend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad



der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; BGE 135 V 59 E. 3.1 und 139 V 30 E. 3.3.2, je mit Hinweisen). Wenn sich das Valideneinkommen und Invalideneinkommen jedoch gleichlaufend entwickelt haben, kann die Frage, auf welches Jahr die Einkommen hochzurechnen sind, grundsätzlich offengelassen werden. Da hinsichtlich der beruflichen Situation des Beschwerdeführers keine Änderungen im Vergleich zum Urteil des Versicherungsgerichts vom 17. März 2014 (vgl. IV-act. 214) aktenkundig sind (der Beschwerdeführer hat namentlich keine neue Tätigkeit aufgenommen), kann somit auf das im letzten Urteil errechnete Valideneinkommen abgestellt werden. Die damalige Berechnung hat sich auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers abgestützt, wonach dieser im Jahr 2006 ein Einkommen von Fr. 58'800.-- verdient hätte (vgl. IV-act. 28). Dieses Jahreseinkommen ist sodann auf das Lohnniveau vom Jahr 2012 hochgerechnet worden, wodurch ein Valideneinkommen von Fr. 63'908.-- resultiert hat (vgl. IV-act. 214 S. 20). Für das Invalideneinkommen ist schon im Urteil vom 17. März 2014 auf den statistischen Durchschnittsverdienst gemäss der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik zugegriffen worden (vgl. IV-act. 214 S. 21). Da der Beschwerdeführer gemäss dem MGSG-Gutachten in seiner bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist (vgl. IV-act. 293 S. 59), ist sein Invalideneinkommen unter Beizug des LSE-Medianlohns für die mit Hilfsarbeiten beschäftigten Männer zu bestimmen. Demnach kann wiederum auf das im letzten Urteil für ein Pensum von 100 % errechnete und auf das Jahr 2012 hochindexierte Invalideneinkommen von Fr. 62'524.-- abgestellt werden (vgl. IV-act. 214 S. 21), wobei dieses nun entsprechend der 30%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. IV-act. 293 S. 59) zu kürzen ist. Unter Berücksichtigung einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ergibt sich somit ein Invalideneinkommen von Fr. 43'766.80. Sodann ist vorliegend angesichts des seit dem Urteil vom 17. März 2014 veränderten Gesundheitszustandes bzw. Arbeitsfähigkeitsgrades ein Tabellenlohnabzug gerechtfertigt. Denn bei der verbliebenen Arbeitsfähigkeit von 70 % handelt es sich um einen Mittelwert, der dem Umstand keine Rechnung trägt, dass der Beschwerdeführer seine verbliebene Leistungsfähigkeit nur schwankend und damit schwer planbar wird erbringen können. Für einen potentiellen, betriebswirtschaftlich-ökonomisch denkenden Arbeitgeber stellen die Leistungsschwankungen und damit die schlechte Planbarkeit hinsichtlich



des täglichen Arbeitsergebnisses des Beschwerdeführers erhebliche betriebswirtschaftliche Nachteile dar, die er lohnmindernd berücksichtigen muss. Zudem muss er das Risiko von vermehrten krankheitsbedingten Absenzen einkalkulieren. Das rechtfertigt zusammenfassend einen praxisgemässen Tabellenlohnabzug von 10 %, wodurch ein Invalideneinkommen von gerundet Fr. 39'390.10 resultiert.

5.2 Stellt man die beiden Vergleichseinkommen einander gegenüber, so resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 24'517.90 und ein Invaliditätsgrad von gerundet 38 % ($24'517.90 \times 100 / 63'908.--$). Aufgrund des unter 40 % liegenden Invaliditätsgrades besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Beschwerdegegenerin hat das Rentengesuch somit zu Recht verneint.

6.

6.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Oktober 2016 abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

6.2 Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30 bis HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- als angemessen. Diese ist



um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

6.3 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.

3.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).