



Fall-Nr.: IV 2016/394
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 25.09.2019
Entscheiddatum: 03.07.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 03.07.2018

Beweiswürdigung verschiedener Arzt- und Klinikberichte und zweier polydisziplinärer Gutachten bei zwischenzeitlichen Operationen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Juli 2018, IV 2016/394).

Besetzung

Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug, Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2016/394

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana,

Rors

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 26. Juli/3. August 2010 (IV-act. 1) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Er habe keine Berufsausbildung und sei seit 1988 in der Schweiz. Seit Juli 1998 sei er als Betriebsmitarbeiter angestellt und werde es nach der Kündigung vom 7. Juli 2010 [aus betrieblichen Gründen, bereits im Herbst 2009 angekündigt, IV-act. 10-9] noch bis Oktober 2010 bleiben. Seit dem 11. Dezember 2009 habe er wegen eines Unfalls starke Rückenbeschwerden und zeitweilige Blockaden des rechten Beins. - In der Schadenmeldung UVG vom 6. Januar 2010 (UV-act. 1-24) war angegeben worden, der Versicherte habe am 11. Dezember 2009 in seiner Heimat einen Verkehrsunfall erlitten, bei dem ein anderes Auto von der linken Seite in seines gefahren sei (betreffender Lenker fahrerflüchtig), und er liege nun dort im Spital. - In einer Übersetzung des Berichts "Entlassungsbrief mit Epikrise" der entsprechenden ausländischen Klinik vom 25. Dezember 2009 (UV-act. 1-18 f.) war unter anderem ausgeführt worden, der Versicherte sei als Notfall wegen der Verletzung im Bereich des Brust-Weichteils der Wirbelsäule aufgenommen worden, die er bei einem Verkehrsunfall als Fahrer erlitten habe. Im Moment der Aufnahme habe er die Beine nicht aktiv (wohl:) elevieren können. Ein CT der Wirbelsäule habe einen verminderten vertikalen Durchmesser der Bandscheibe L1, einen freien spinalen Kanal und vorhandene degenerative Veränderungen ergeben. Bei angewandter Therapie sei es in den folgenden nächsten Stunden zur Besserung im Sinn von "Motilität" und Sensibilität der unteren Extremitäten gekommen.

A.b Dr. med. B.____, Facharzt für Neurochirurgie, gab im IV-Arztbericht vom 30. September 2010 (IV-act. 17) an, es bestünden eine Kontusion der Lendenwirbelsäule, eine Kontusion des Rückenmarks, ein St. n. Fraktur des ersten Lendenwirbels, eine Kyphose am thorakolumbalen Übergang, Deckplatteneinbrüche Th12 und L4, multisegmentale Osteochondrosen der BWS und LWS und ein Diabetes mellitus. Der



St.Galler Gerichte

Versicherte sei vom 11. bis 25. Dezember 2009 stationär behandelt worden. Er sei seit dem Unfall voll arbeitsunfähig und werde das für die bisherige Tätigkeit wahrscheinlich bleiben. Welche Arbeitsfähigkeit zumutbar sei, sei nach einer stationären Rehabilitation zu beurteilen. In einem Arztbericht vom 2. April 2010 (UV-act. 2-36 f.) hatte der Arzt erklärt, die paravertebrale Muskulatur des Versicherten sei nicht mehr verhärtet, man taste die Stufe bei L1/2. Es würden Druckdolenzen über den Facettengelenken der Lendenwirbelsäule im mittleren und unteren Bereich angegeben, ebenso Klopfempfindlichkeiten über den Dornfortsätzen.

A.c Dr. med. C.____, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie, gab im IV-Arztbericht vom 19. Oktober 2010 (IV-act. 19) unter anderem an, sie behandle den Versicherten seit 2001 (bei ihr war der Versicherte nach dem Unfall offenbar hierzulande zuerst gewesen, aus IV-act. 19-19; ältester Arztbericht Dr. B.____). Er habe (nach dem Unfall, bei dem er von der Strasse abgekommen und [sc. über oder in] eine einige Meter hohe Böschung geschlittert sei) Rückenschmerzen gehabt und die Beine eine Woche lang nicht bewegen können. Er klage weiterhin über Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine. Er nehme regelmässig NSAR und mache Physiotherapie. Wegen psychischer Leiden stehe er auch in psychiatrischer Betreuung. Seit dem 11. Dezember 2009 sei er voll arbeitsunfähig. - Den Beilagen war unter anderem zu entnehmen, dass beim Versicherten wegen Epilepsie (dokumentiert drei ab 2007 jährliche) Verlaufskontrollen in der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen stattgefunden hatten (IV-act. 19-9 ff.), wobei gemäss Bericht vom 15. Oktober 2009 ein V.a. primär generalisierte Epilepsie mit generalisierten tonisch klonischen Anfällen 09/2002 und 01/1992 und fraglich Juni 2003 diagnostiziert worden war (unter antikonvulsiver Therapie seit 2003 anamnestisch anfallsfrei). - Eine biplanare vertebro-spinale MRT (lumbosacral) eines radiologischen Zentrums vom 11. Januar 2010 (IV-act. 19-3) hatte soweit beurteilbar eine ossär konsolidierte LWK1-/LWK2-Fraktur mit partiellem posttraumatischem Blockwirbel ergeben, wobei es sich aufgrund fehlender Spongiosareaktionen offensichtlich um ein älteres Geschehen ohne Zusammenhang mit dem Unfallereignis handle, ausserdem eine ossär konsolidierte Deckplatteninfraktion LWK4 und ein residuelles Spongiosaedem LWK5 ohne Frakturachweis (Kontusion?).



St.Galler Gerichte

A.d Die Rehaklinik Bellikon ging in ihren Diagnosen in einem Austrittsbericht vom 7. Dezember 2010 (IV-act. 20) unter anderem von einer LWK-1-Kompressionsfraktur mit passagerem spinalem Schock, fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der LWS, einer leichtgradigen chronischen Wurzelirritation L3 rechts, Osteopenie, einer ringförmig konsolidierten Fraktur LWK1 und anamnestisch Deckplatteneinbrüchen Th11 und 12 aus. Es sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. Die zu erwartenden Verbesserungen der Funktion und Belastbarkeit hätten infolge Selbstlimitierung nicht erreicht werden können. Die Resultate der physischen Leistungstests seien nur teilweise verwertbar gewesen. Die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar, eine leichte bis mittelschwere, möglichst wechselbelastende Arbeit ohne häufig vorgeneigte Rumpfhaltung oder wirbelsäulenbelastende Zwangshaltung aber ganztags.

A.e Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen wies das Leistungsgesuch hinsichtlich der beruflichen Massnahmen mit Verfügung vom 7. Juni 2011 (IV-act. 32) ab. Solche seien nicht angezeigt. Dem Versicherten seien körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar, doch fühle er sich derzeit nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

A.f Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erklärte in einem IV-Arztbericht vom 30. August 2011 (IV-act. 37), es liege beim Versicherten eine längere depressive Reaktion nach dem Autounfall vom 11. Dezember 2009 vor. Er stehe seit dem 31. August 2010 bei ihr in Behandlung, in zweiwöchentlichen Abständen. Bis auf weiteres sei er voll arbeitsunfähig.

A.g Das Ärztliche Begutachtungsinstitut (ABI) gab im Gutachten vom 25. Oktober 2012 (IV-act. 64; Begutachtungen am 13. bis 15. August 2012) bekannt, es lägen als Hauptdiagnosen (verkürzt wiedergegeben) ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom und der Verdacht auf eine primär generalisierte Epilepsie vor. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Schmerzverarbeitungsstörung, der Diabetes mellitus Typ II und eine Adipositas. In sämtlichen körperlich mittelschwer und schwer belastenden Tätigkeiten sei der Versicherte seit dem 11. Dezember 2009 nicht mehr arbeitsfähig. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen -



St.Galler Gerichte

spätestens ab 7. Dezember 2010 - eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum. Die Leistung sei wegen vermehrten Pausenbedarfs um 20 % reduziert.

A.h Im ersten halben Jahr 2012 hatten diverse Infiltrationen (IV-act. 49, 45, 52, 56, 58) stattgefunden und am 24. August 2012 wurde in der Klinik E.____ eine dorsale Aufrichtungsspondylodese Th11 bis L2 mit TLIF L1/2 (IV-act. 64-29) vorgenommen.

A.i Dr. C.____ teilte in ihrem Arztbericht vom 13. Mai 2013 (IV-act. 78, mit zahlreichen Beilagen) mit, der Versicherte sei immer noch voll arbeitsunfähig. - Dr. D.____ gab am 19. Juni 2013 (IV-act. 81) an, eventuell könne ab Februar 2014 im Umfang von 20 % mit einer Wiederaufnahme der Tätigkeit gerechnet werden. Am 24. März 2014 (IV-act. 104) erklärte sie, zurzeit sei der Versicherte wegen starker Schlafstörungen, Insuffizienzgefühlen, plagenden Sensibilitätsstörungen und Schmerzen im rechten Bein trotz leichter affektiver Verbesserung noch voll arbeitsunfähig. Später werde er eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % wieder erreichen können. - Der Versicherte hatte am 27. September 2013 (IV-act. 89-2) mitgeteilt, am 7. Oktober 2013 werde eine weitere Operation stattfinden.

A.j Am 11. September 2014 (IV-act. 112) reichte der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter unter anderem einen Operationsbericht vom 30. August 2014 ein (betreffend eine mikrochirurgische Dekompression extraforaminell L5/S1 rechts am 28. August 2014). - Nachdem eine Verlaufsbeurteilung beim ABI veranlasst worden war (IV-act. 116), wandte sein Rechtsvertreter ein, eine solche sei unnötig, denn der Versicherte sei dort als Simulant dargestellt worden, habe danach aber noch zweimal operiert werden müssen. Sobald sich der Gesundheitszustand stabilisiert haben werde, werde er (der Rechtsvertreter) informieren, erwarte aber zunächst Eingliederungsmassnahmen, da der Versicherte keine Arbeit mehr habe. Eine gegen ein Festhalten an der Beurteilungsanordnung (Zwischenverfügung vom 23. September 2014, IV-act. 119) gerichtete Beschwerde wurde nach einem Widerruf der Verfügung (IV-act. 127) abgeschrieben (IV-act. 137).

A.k Nach Einholen von Arztberichten von Dr. D.____ vom 26. April 2015 (IV-act. 146; Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, ggw. mittelgradiger Ausprägung mit somatischem Syndrom, auf dem Hintergrund eines chronischen



St.Galler Gerichte

Schmerzsyndroms), von Dr. B.____ vom 21. Mai 2015 (IV-act. 150) und von Dr. C.____ vom 11. September 2015 (IV-act. 157; Diagnose u.a. Depression), welche alle eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bescheinigten, wurde eine Begutachtung bei einer nach dem Zufallsprinzip zu bestimmenden Stelle vorgesehen (vgl. IV-act. 164).

A.l Die Unfallversicherung wies am 11. Dezember 2015 (UV-act. 9) eine Einsprache gegen ihre Verfügung vom 29. April 2015 ab, mit der sie dem Versicherten ab Mai 2015 eine Rente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 24 % (bei voller Arbeitsfähigkeit in adäquater Tätigkeit und bei 15 % Abzug vom Tabellenlohn; nebst einer Integritätsentschädigung bei einer Einbusse von 15 %) zugesprochen hatte.

A.m Die Begutachtungsstelle PMEDA Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen gab im polydisziplinären Gutachten vom 15. August 2016 (IV-act. 187) bekannt, es lägen beim Versicherten eine lumbale radikuläre Neuropathie mit Schmerzausstrahlung in das rechte Bein, Hypästhesie, Hypalgesie und Parästhesie in L5 rechts, Iliopsoasparese Kraftgrad 4, Grosszehenheberparese rechts Kraftgrad 4, Hemireithosenanästhesie, eine chronische Lumbago, Defekt nach Wurzelkompression L5 rechts, Wurzelläsion von L1 und L2 DD Hemikaudaläsion rechts nach LWK-1-Fraktur mit Hüftbeugerparese rechts, ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom bei St. n. Spondylodese sowie nach Aufrichtungsspondylodese mit deutlich eingeschränkter Funktion im Bereich der LWS und fixierter BWS-Kyphose, sowie eine Ischialgie rechts bei St. n. Spondylodese L3/4 rechts und nach Aufrichtungsspondylodese Th11/L2 vor. Eine Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte und eine vergleichbare Tätigkeit bestehe seit 2009 auf Dauer wegen des spinalen Defektsyndroms nicht mehr. In körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit (Pensum wie Rendement 100 %) auszugehen. Das Syndrom sei allein unfallbedingt. Es gebe weder Hinweise auf eine namhafte Aggravation noch auf ebensolche Inkonsistenzen, eine Malcompliance oder eine gestörte Willensbildung oder Einsichtsfähigkeit.

A.n Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt das Gutachten am 19. August 2016 (IV-act. 188) den versicherungsmedizinischen Anforderungen entsprechend.



St.Galler Gerichte

A.o Mit Vorbescheid vom 24. August 2016 (IV-act. 191) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Rechtsvertreter des Versicherten eine Abweisung dessen Leistungsgesuchs in Aussicht (kein Invaliditätsgrad).

A.p Mit Einwand vom 28. September 2016 (IV-act. 198) hielt der Rechtsvertreter des Versicherten dafür, dieser sei höchstens zu 50 bis 60 % arbeitsfähig. Es sei eine Stellungnahme von Dr. D.____ einzuholen, um zu klären, ob sie, die 2014 von einer möglichen positiven Entwicklung ausgegangen sei, die Einschätzung des Gutachtens teile. Ausserdem stehe dem Versicherten für eine bestimmte Zeit wohl eine volle (bzw. ganze) Rente zu.

A.q Mit Verfügung vom 14. Oktober 2016 (IV-act. 201) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle das Leistungsgesuch, namentlich den Rentenanspruch, des Versicherten ab.

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pederngana für den Betroffenen am 16. November 2016 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache sei zur Vornahme von Eingliederungsmassnahmen, eventuell zur Rentenzusprache, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, eventualiter sei dem Beschwerdeführer eine bis Ende 2015 befristete volle (bzw. ganze) Invalidenrente auszurichten, ausserdem sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung zu gewähren. Der Beschwerdeführer sei bald 62 Jahre alt. Ein Entscheid des Gerichts vor seiner Pensionierung sei nicht wahrscheinlich. Die Sache würde sich für einen Vergleich eignen. Der Beschwerdeführer habe nach einem Autounfall mit Überschlag, bei dem er eine Fraktur des LWK1 und Deckplatteneinbrüche auf Höhe Th12 und LWK4 erlitten habe, diverse gesundheitliche Probleme. Gemäss dem ABI-Gutachten, worin die Schmerzen des Beschwerdeführers auf eine Schmerzverarbeitungsstörung zurückgeführt worden seien, sei ein Wirbelsäuleneingriff für unnötig gehalten worden, offenbar im Unterschied zur Auffassung der Wirbelsäulenchirurgen der Klinik E.____. Diese hätten den



Beschwerdeführer operiert und es sei besser geworden. Die PMEDA, die mit dem Selbstverständnis antrete, dass sie mit ungerechtfertigten Versicherungsansprüchen aufräume, und die wohl kaum als neutral zu bezeichnen sei, habe in allen Teilgutachten festgehalten, dass der Beschwerdeführer (in seiner Arbeitsfähigkeit) eingeschränkt sei. Allerdings sei er dies danach nicht bei leichter Tätigkeit, denn schliesslich könne er mit dem Flugzeug in seine Heimat fliegen (Flugzeit eine Stunde und 40 Minuten!) und er verbringe seine Zeit im Garten. Diese Einschätzung sei medizinisch nicht nachvollziehbar. Seinen Garten mit kleinen Obstbäumen habe der Beschwerdeführer schon vor dem Unfall gehabt. Pflanzen oder am Boden arbeiten könne er nicht. Lange sitzen könne er ebenfalls nicht, deshalb habe er Liegestühle. Dr. D.____ ermutige ihn, in sein Gärtchen zu gehen, weil das für sein psychisches Befinden gut sei. Die letzte Operation habe eine Besserung gebracht und der psychiatrische Befund habe sich ebenfalls gebessert. Die Angaben des begutachtenden Psychiaters genügten indessen nicht, für die Vergangenheit eine psychische Störung von Krankheitswert auszuschliessen. Der Beschwerdeführer sei offenbar am Tag der Begutachtung (oder einen Tag zuvor) aus seiner zweiten Heimat zurückgekehrt und sei in guter Stimmung gewesen. Das sei ein Momentbild. Daraus lasse sich nichts für die Vergangenheit und nichts für die Zukunft ableiten. Der Gutachter der Psychiatrie habe, wohl um sein "Resultat" nicht zu verwässern, auf jegliche Testdiagnostik verzichtet. Er verdiene dann auch besser, weil er weniger auswerten müsse. Eine sorgfältige Abklärung verderbe das Geschäft doppelt, weil man länger zu tun habe (tieferer Stundenansatz) und weil man vielleicht zu einer einschränkenden Diagnose komme oder sich ernsthaft mit früheren Diagnosen (und der ganzen Krankengeschichte einschliesslich des Lebens des Beschwerdeführers mit einer Ehefrau, die sich [später] erhängt habe, und mit dreien, die ihn verlassen hätten) auseinandersetzen müsse. Wie Rechtsanwalt G.____ festhalte, arbeite die PMEDA häufig mit Textbausteinen (sc.: wie die Textstelle aus einem andern Gutachten zeige); in der (betreffenden) zwölfseitigen Konsensbeurteilung finde sich dreizehnmal derselbe Baustein. Bei der vorliegenden Begutachtung sei der Konsens, dass der Beschwerdeführer reisen und gärtnern könne. Was "in den Garten gehen" genau heisse, habe offensichtlich niemand interessiert. Die Begutachtungsstelle sei ausgezogen, den Versicherten das Fürchten zu lehren; sie sei nicht objektiv. Das zeige die beigelegte Einladung an die Versicherungen, ihre Mittel nicht zu verschwenden. - Im betreffenden Schreiben vom 2. Juni 2014 war die



Präsentation von Ergebnissen einer Auswertung von medizinischen Begutachtungen im Bereich der Taggeldversicherung angekündigt worden, wonach die Mehrzahl der Arbeitsunfähigkeitsschätzungen einer an den Grundregeln der Versicherungsmedizin orientierten Überprüfung nicht standgehalten habe.

C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Dezember 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. Das Gutachten habe vollen Beweiswert. Im Gegensatz zu behandelnden Ärzten folge die PMEDA strikt versicherungsmedizinischen Prämissen, klammere also geltend gemachte Leiden ohne Krankheitswert bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung konsequent aus. Auch der Gutachter der Psychiatrie habe seine Schätzung auf die sorgfältig erhobenen Befunde abgestützt. Er habe nicht für die Vergangenheit eine psychische Störung des Beschwerdeführers ausgeschlossen, sondern die Vorakten gewürdigt und schlüssig dargelegt, weshalb die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. D. ___ aus seiner Sicht nicht zutrefte. Die Ausführungen würden zudem mit der psychiatrischen Beurteilung des ABI-Gutachtens übereinstimmen. Es sei zu Recht ausgeführt worden, dass auch aufgrund des Aktivitätsniveaus des Beschwerdeführers die Ressourcen für eine Erwerbstätigkeit gegeben seien. Dr. D. ___ dagegen habe bei ihrer Schätzung auch die somatische Einschränkung des Beschwerdeführers mitberücksichtigt. Anfechtungsgegenstand sei einzig der allfällige Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Auf den Antrag bezüglich beruflicher Massnahmen sei daher nicht einzutreten, zumal der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei, weshalb nicht einmal ein Anspruch auf die niederschwelligste der beruflichen Massnahmen, die Arbeitsvermittlung, gegeben wäre.

D.

Am 5. Januar 2017 ist dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) entsprochen worden.

E.



Mit Replik vom 10. März 2017 beantragt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers den Beizug der Unfallversicherungsakten. Mit Wirkung ab 1. Mai 2015 werde dem Beschwerdeführer eine UVG-Invalidenrente von 24 % ausgerichtet; davor sei ein volles Taggeld bezahlt worden. Man könne daher davon ausgehen, dass bis zum genannten Zeitpunkt eine vollständige Invalidität vorgelegen habe. Den behandelnden Ärzten unterstelle die Beschwerdegegnerin, wegen der Nähe zu den Versicherten Aussagen überwiegend zu deren Gunsten zu machen. Umgekehrt lobe sie die PMEDA, die mit invalidenversicherungsrechtlichen Fragestellungen bestens vertraut sei, und gestehe damit selber ein, dass die Institution vorwiegend Gutachten für die IV als Auftraggeberin erstelle. Ein Arzt behandle aber mehrere Auftraggeber und sei daher von keinem wirtschaftlich abhängig. Wenn also behandelnden Ärzten Voreingenommenheit unterstellt werde, müsse dies erst recht für die PMEDA gelten, die von der IV lebe. Allein im Jahr 2016 habe sie für etwa eine halbe Million Franken (der genaue finanzielle Umfang sei nicht mitgeteilt worden; bei multidisziplinären Gutachten beginne das Honorar bei Fr. 9'000.-- und steige pro Fachdisziplin um Fr. 1'660.-- an) Gutachten (48 an der Zahl) für die Beschwerdegegnerin erstellt. Als AG sei die Begutachtungsstelle (im Unterschied zu den übrigen MEDAS-Stellen) notwendigerweise gewinnorientiert ausgelegt. Sie könne das nur durch oberflächliche Arbeitsweise (unter anderem mit Textbausteinen) oder durch ein Wachstum des Auftragsvolumens bewältigen, zu dem sie den Goodwill der Beschwerdegegnerin und anderer IV-Stellen benötige. In ihrem Geschäftsmodell seien die lukrativen Aufträge diejenigen, die "freihändig" vergeben würden; die IV-Ablehnungsgutachten seien dabei willkommene Werbung in Versicherungskreisen. Dass als Verwaltungsratspräsident Prof. F. ___ und als weiteres Mitglied des Verwaltungsrats ein Verwandter amte, widerspreche den Regeln einer guten Unternehmensführung. Es könne so keine Gewähr für eine unabhängige Begutachtung durch die ihm weisungsbefugt unterstellten Gutachter sichergestellt werden. Der Professor gelte (gerichtsnotorisch) als befangener Gutachter (wie die Beschwerdeschrift im Verfahren IV 2016/375 vor Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen zeige). Er sei im Gegensatz etwa zur MEDAS Zentralschweiz nicht einer neutralen, fairen Begutachtung gemäss Statuten verpflichtet. Es sei geboten, die PMEDA und alle ihre Gutachter als befangen abzulehnen. Die "Begutachtung" beim Gutachter der Psychiatrie sei nicht leitliniengerecht und wie in anderen Fällen (zum Beweis beigelegt eine andere



Beschwerdeschrift) unachtsam durchgeführt worden. Das sei letztlich eine Missachtung der Auftraggeberin (Beschwerdegegnerin) und ein zynischer Umgang mit seinem "Patientenmaterial". Es fehle insbesondere eine Auseinandersetzung mit den vier geschiedenen Ehen des Beschwerdeführers. Es frage sich, ob angenommen werde, die Behandlung bei Dr. D.____ mache der Beschwerdeführer nur zum Spass. Die Auseinandersetzung mit dem Beschwerdeführer wie mit den Angaben und Diagnosen der behandelnden Psychiaterin sei zu kurz geraten. In der psychiatrischen Beurteilung müssten gemäss den Leitlinien relevante Befunde und Diagnosen von anderen beteiligten Disziplinen ausreichend berücksichtigt werden. Der Beschwerdeführer wirke seltsam unbeschwert, weil er die psychischen Konflikte auf körperlicher Ebene austrage. Der "Fließbandgutachter" habe also auch ein weiteres Element missachtet, nämlich den kulturellen Hintergrund des Probanden. Dieser sehe keinen Zusammenhang zwischen seinen körperlichen invalidisierenden Beschwerden und der Psyche. Deshalb nützten beim Beschwerdeführer nur Psychopharmaka (bis zu einem gewissen Grad), eine Gesprächstherapie hingegen nicht. Das Gutachten sei nicht objektiv. Nötigenfalls sei ein neues, neutrales Gutachten in Auftrag zu geben.

F.

Die Beschwerdegegnerin hat von der Möglichkeit, zur Replik Stellung zu nehmen, keinen Gebrauch gemacht.

G.

Am 17. Oktober 2017 gibt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bekannt, dieser habe seinen Garten, in dem er ja ohnehin nichts machen können, so dass er immer mehr verwildert sei, und um dessen Pflege er nicht stets Dritte bitten wollen, auf Ende März 2017 einem neuen Pächter übergeben. Des Weiteren sei der Gerichtsentscheid zeitlich vorzuziehen, da der Beschwerdeführer von der Sozialhilfe abhängig sei, welche ihn zu einer frühzeitigen (aber mit reduzierter Rente verbundenen) Pensionierung dränge. - Letzterem Antrag wurde stattgegeben (vgl. act. G 18).

Erwägungen

1.



1.1 Im Streit liegt die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14. Oktober 2016, mit welcher sie das Leistungs-, namentlich das Rentengesuch des Beschwerdeführers vom 3. August 2010, abwies. - Berufliche Massnahmen hatte sie früher mit Verfügung vom 7. Juni 2011 abgewiesen, weil sich der Beschwerdeführer, dem körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar seien, damals nicht in der Lage gefühlt habe, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. - Mit der Beschwerde lässt der Beschwerdeführer im Hauptstandpunkt beantragen, die Sache sei zur Vornahme von Eingliederungsmassnahmen, eventuell zur Rentenzusprache, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ein berufliche Massnahmen betreffendes neues Gesuch vor der Beschwerde ist nach Lage der Akten nicht gestellt worden. Ein entsprechender Anfechtungsgegenstand liegt demnach nicht vor. Diesbezüglich ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

1.2 Streitgegenstand bildet vielmehr der allfällige Rentenanspruch des Beschwerdeführers. - Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

2.

2.1 Nach Art. 28 IVG besteht der 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 Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2 Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Der Arzt sagt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (vgl. BGE 107 V 17 = ZAK 1982 S. 34). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte



sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 99 f. E. 4, BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

2.3 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29ter IVV; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S K. vom 26. März 2004, I 19/04).

3.

3.1 Der Beschwerdeführer meldete sich infolge von Gesundheitsschädigungen an, die er durch einen Autounfall vom 11. Dezember 2009 erlitten habe. Der Beschwerdeführer war nach dem Unfall während zweier Wochen im Ausland hospitalisiert gewesen. Zu einem Zeitpunkt vor dem 13. Januar 2010 war er durch Dr. C.____, bei der er schon längere Zeit in Behandlung gestanden hatte, beim Neurologen Dr. B.____ angemeldet worden. Beide behandelnden Ärzte attestierten ihm (gut neun bzw. zehn Monate nach dem Unfall, Berichte vom 19. Oktober 2010 und 30. September 2010) noch immer volle Arbeitsunfähigkeit. Vom 21. Oktober bis 2. Dezember 2010 fand in der Folge ein Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon statt. Diese Spezialklinik für traumatologische Akutrehabilitation, berufliche Integration und medizinische Expertisen gab bekannt, der Beschwerdeführer sei (zwar für schwere rückenbelastende Arbeit nicht mehr, aber) für eine adaptierte leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags arbeitsfähig. Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beruhte, wenn sie auch nicht geradezu die Dimension einer Begutachtung aufwies, nicht nur auf einer Erhebung der Anamnese und der Befunde (Bewegungsapparat allgemein, Neurostatus, internistischer Befund), sondern auch auf einer Kenntnisnahme von der Schadenmeldung UVG, vom Austrittsbericht der ausländischen Klinik ("Entlassungsbrief"), vom Bericht (vom 2. April 2010, UV-act. 2-36 f.) von Dr. B.____ über die Untersuchung vom 31. März 2010 und von einem CT vom 11.



Dezember 2009. Es fanden ausserdem eine neurologische Konsiliaruntersuchung und diverse bildgebende diagnostische Massnahmen und namentlich Basistests zu verschiedenen Tätigkeiten (etwa Heben, Tragen, Handkraft, Arbeit über Kopfhöhe, Sitzen usw.) statt. Psychiatrische Aspekte brachte der Beschwerdeführer beim Aufenthalt soweit ersichtlich nicht zur Sprache. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Rehaklinik Bellikon nach mehrwöchiger Beobachtungszeit erscheint, zumindest was die damalige somatische medizinische Sachlage betrifft, stichhaltig. Die Psyche des Beschwerdeführers hatte in der Klinik nicht zu ärztlichen Bemerkungen Anlass gegeben. Wie sich aus dem Folgenden (aus dem Begutachtungsergebnis des ABI) ergibt, ist auch keine Ergänzung aufgrund eines die Arbeitsfähigkeit einschränkenden psychiatrischen Leidens zu machen.

3.2 Im August 2012 ist der Gesundheitszustand (samt Arbeitsfähigkeit) des Beschwerdeführers, der gemäss dem Bericht von Dr. D. ___ vom 30. August 2011 bereits seit August 2010 in ihrer psychiatrischen Behandlung stand und der voll arbeitsunfähig sei, durch das ABI polydisziplinär begutachtet worden. Für eine körperlich leichte - im Unterschied zur Beurteilung der Rehaklinik Bellikon aber nicht auch für mittelschwere - adaptierte Tätigkeit wurde ihm insgesamt aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert. Die Begutachtung erfolgte in Kenntnis der Vorakten, nach Aufnahme des allgemeininternistischen Status, Laboruntersuchungen sowie Teilbegutachtungen in psychiatrischer, orthopädischer und neurologischer Hinsicht (jeweils mit Anamnese- und Befundaufnahme). Es lagen gemäss Gutachten ein CT der BWS und LWS einschliesslich sagittaler und koronarer Reformationen und 3D-Darstellung sowie ein MRI der gesamten Wirbelsäule, je vom 25. Mai 2012 (Uniklinik Balgrist), vor. Alle ABI-Untersuchungen fanden vor der thorakolumbalen Operation vom 24. August 2012 in der Klinik E. ___ statt. - Der Gutachter der Orthopädie hielt jedoch im Hinblick auf die bei Erstellung des Gutachtens (Gutachtensdatum vom Oktober 2012) bereits bekannte Behandlung durch jene Klinik fest, invasive Massnahmen sollten bei deutlichen Hinweisen auf Schmerzausweitung nur mit grösster Zurückhaltung indiziert werden, da von ihnen keine klare Beschwerdebesserung erwartet werden könne. Im Übrigen wies er darauf hin, dass eine Spondylarthrose (wie dort diagnostiziert) auf den aktuellen Bilddokumenten gar nicht festzustellen sei. Das vermeintlich differenzierte Ansprechen auf Infiltration von fünf oder mehr Segmenten sei ausserdem kaum dazu geeignet, eine



Spondylodese zu indizieren. - Der Gutachter der Neurologie befasste sich sogar bereits insofern mit den Folgen jener Operation - den Experten hatte gemäss dem Gutachten bereits der Austrittsbericht der Klinik E.____ vom 29. August 2012 vorgelegen - , als er deswegen eine vorläufige (volle) Arbeitsunfähigkeit (für sechs Wochen) annahm. - Der Gutachter der Psychiatrie erhob und beschrieb die Befunde und gelangte zum Ergebnis, dass ausser einer Schmerzverarbeitungsstörung, welche die Arbeitsfähigkeit nicht tangiere, keine psychiatrische Diagnose zu stellen sei. Aufgrund der ausgeprägten (nicht krankheitswertigen) subjektiven Krankheitsüberzeugung zeige der Beschwerdeführer wenig Motivation, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen. Die hierzu nötige Willensanstrengung aufzubringen, sei ihm aber zumutbar. Das von der behandelnden Psychiaterin beschriebene depressive Zustandsbild sei nach ihrer Definition sehr leichtgradig. Bei der Begutachtung hätten sich keine Hinweise auf eine depressive Störung gefunden. Der Gutachter setzte sich zudem mit der Frage nach Einschränkungen und mit den Ressourcen auseinander und beachtete auch das Alltagsverhalten des Beschwerdeführers. - Die Begutachtung basiert somit auf umfassenden Abklärungen. Das Ergebnis ist nachvollziehbar begründet worden. Es kann darauf (für den betreffenden Zeitraum) abgestellt werden. - Der das ABI-Begutachtungsergebnis betreffende Einwand des Beschwerdeführers, wonach das Institut die Schmerzen auf eine Schmerzverarbeitungsstörung zurückgeführt habe, während in der Folge aber ein Wirbelsäuleneingriff vorgenommen worden und eine Besserung eingetreten sei, gibt nicht Anlass für einen Zweifel. Der betreffende Gutachter hatte mit entsprechender Begründung eine gute Prüfung der Voraussetzungen einer Operationsindikation befürwortet und diesbezüglich Zurückhaltung empfohlen, was nicht Grund zur Beanstandung gibt.

3.3 Nach der Operation in der Klinik E.____ vom 24. August 2012 attestierte Dr. C.____ dem Beschwerdeführer am 13. Mai 2013 weiterhin (wie schon ab 2009) eine volle Arbeitsunfähigkeit. Dr. D.____ rechnete am 19. Juni 2013 mit einer allfälligen Wiederaufnahme der Tätigkeit durch den Beschwerdeführer zu 20 % auf Februar 2014, also auf acht Monate hinaus. Am 30. Januar 2014 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. B.____ operiert; der Arzt machte dorsolaterale transpedikuläre Spondylodesen L3/4. Er berichtete, nach der Operation in der Klinik E.____ hätten sich die Schmerzen des Beschwerdeführers im thorakolumbalen Übergang gebessert gehabt und auch nach



der Operation vom 30. Januar 2014 habe er eine langsame Besserung der Kreuzschmerzen erfahren. Ab April 2014 habe er dann über eine langsame Verschlechterung mit Zunahme der ins rechte Bein ausstrahlenden Schmerzen berichtet. Am 28. August 2014 nahm Dr. B.____ bei einer weiteren Operation eine mikrochirurgische Dekompression extraforaminell L5/S1 rechts vor (vgl. IV-act. 112-3 ff.). Die behandelnden Ärzte (Dr. D.____ am 26. April 2015, Dr. B.____ am 31. Mai 2015 und Dr. C.____ am 11. September 2015) bescheinigten weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit.

3.4 Die erforderliche nachfolgende Begutachtung durch die PMEDA basierte gemäss dem Gutachten vom 15. August 2016 (IV-act. 187) zunächst auf der Kenntnisnahme von den zahlreichen Vorakten. Es wurden - im Juni 2016 - in internistischer, neurologischer, neurochirurgischer, orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht die Anamnese, die geklagten Beschwerden und die Befunde erhoben. Gemeinsam gelangten die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführer wegen des spinalen Defektsyndroms keine Arbeitsfähigkeit für die bisherige oder eine vergleichbare Tätigkeit mehr aufweise, hingegen für eine körperlich leichte, wechselbelastende oder überwiegend im Sitzen auszuübende Tätigkeit voll arbeitsfähig sei.

3.4.1 Der Beschwerdeführer beklagte namentlich chronische Lumbalgien mit Ausbreitung bis zur rechten Grosszehe und eine proximale Schwäche des rechten Beins (vgl. IV-act. 187-36, 31, 37, 42, 46), dazu Ameisenlaufen im rechten Bein (vgl. IV-act. 187-37), Nackenschmerzen ohne Ausstrahlung bei längerem Sitzen (Autofahren) und (seit ca. September 2015) Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenks bei Einnehmen einer Hockstellung oder bei Kniebeugen (vgl. IV-act. 187-42, vgl. IV-act. 187-46), ausserdem, dass er ohne Medikamente nicht ein- und durchschlafen könne und manchmal etwas vergesse. Daneben erwähnte er die Epilepsie (vgl. IV-act. 187-46). - Eine internistische Hauptdiagnose wurde nicht erhoben.

3.4.2 Bei der neurologischen Beurteilung wurde festgehalten, dass die objektivierten Befunde schlüssig eine erhebliche qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit belegten, weshalb schwere Arbeiten, Arbeiten mit lumbaler Zwangshaltung oder mit überwiegendem Gehen und Stehen als nicht mehr leidensgerecht zu betrachten seien. In wechselbelastenden oder überwiegend im Sitzen ausgeübten, körperlich leichten



Tätigkeiten sei von einer voll erhaltenen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die anamnestisch aufscheinende rege Alltagsaktivität und Selbständigkeit (Versorgung des Haushalts, rege Gartenarbeit, Führen eines Personenwagens) würden mit dieser Einschätzung in Einklang stehen.

3.4.3 Neurochirurgisch wurden ergänzend ein MRI der Wirbelsäule (technisch bedingt nicht weiter aussagekräftig als das ausreichende CT) und ein CT thorakal bis lumbal beurteilt. Im CT hätten sich allseits korrekt eingesetzte Implantate ohne jedwede Lockerungszeichen gefunden. Die Spondylodesen würden somit suffizient eingebracht und intakt erscheinen. Auch hier wurde darauf hingewiesen, dass die anamnestisch angegebenen Beschwerden mit den objektiven klinischen Befunden korrelierten. Des Weiteren hielt auch dieser Gutachter fest, die anamnestisch aufscheinende Alltagsaktivität und Selbständigkeit (namentlich die geschilderte regelmässige Gartenarbeit, die Versorgung des Haushalts, das Unternehmen von Fernreisen) seien durchaus gut mit einer Arbeitsfähigkeit zumindest in angepassten leichten Tätigkeiten vereinbar. Von den zu empfehlenden Massnahmen wie Gewichtsreduktion und regelmässiges Schwimmen sei kein Einfluss auf die qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten; das Defektsyndrom sei weitgehend fixiert.

3.4.4 Bei der orthopädischen Untersuchung wurde zusätzlich ein MRI des rechten Knies vom 20. Oktober 2015 beurteilt, das eine mediale Meniskushinterhornläsion zeigte, nach Angaben des Gutachters Knieschmerzen, aber keine namhafte funktionelle Störung bewirke und sich allenfalls durch eine Kniearthroskopie beheben lasse. Der Gutachter gab bekannt, die durchgeführte MRI-/CT-Diagnostik habe eine konsekutiv bilaterale, rechtsbetonte Einengung der Neuroforamina mit direktem osteodiskalem Kontakt zur Nervenwurzel L5 ohne eindeutige Nervenkompression beschrieben. Bei der klinischen Untersuchung habe die deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der LWS imponiert. Für die geklagten Nackenschmerzen sei die muskuläre Dysbalance im Rahmen einer Haltungsinsuffizienz verantwortlich zu machen. Das Wirbelsäulenleiden lasse nur noch leichte körperliche Arbeiten unter Ausschluss von Körperzwangshaltungen und in Wechselbelastung zu.

3.4.5 Der Gutachter der Psychiatrie erklärte, der AMDP-konform erhobene psychiatrische Befund sei, bezogen auf die objektiven Kriterien, regelrecht gewesen.



Eine psychische Beeinträchtigung sei auch in der Gegenübertragung nicht spürbar gewesen, insbesondere seien die Achsensymptome einer depressiven Störung nicht evident. Der Beschwerdeführer beschreibe vielmehr einen gut strukturierten Tagesablauf mit Aktivitäten, Interessen und sozialen Kontakten. Anhaltspunkte für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren ergäben sich vor dem Hintergrund eines nicht evidenten seelischen Konflikts und bei keiner erkennbaren namhaften Schmerzbeeinträchtigung im klinischen Eindruck nicht, ebenso wenig solche für eine posttraumatische Belastungsstörung als Folge des Verkehrsunfalls. Der Gutachter befasste sich ferner mit den abweichenden Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsschätzungen. Er erwähnte namentlich, dass die Angaben der ambulant behandelnden Psychiaterin zu Schweregrad und Symptomen des Leidens diskrepant seien zu den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers, zu den von ihr eingeleiteten Behandlungsmassnahmen, insbesondere zur geringen medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungsintensität, und zu den Feststellungen im ABI-Gutachten. In keinem anderen ärztlichen Bericht werde anhand von ICD-10-konformen Kriterien ausreichend eine namhafte depressive Beeinträchtigung beschrieben. Gegen eine solche psychische Beeinträchtigung des Beschwerdeführers sprächen insbesondere seine gute soziale Eingebundenheit, seine Alltagsselbständigkeit und -kompetenz und die in der Gegenübertragung fehlende psychische Beeinträchtigung.

3.4.6 Aus dem oben Dargelegten ergibt sich, dass die PMEDA-Begutachtung die beklagten Leiden mit den betreffenden medizinischen Disziplinen allseitig erfasste. Die einzelnen Gutachter beschrieben und berücksichtigten die jeweiligen objektiven Befunde und begründeten ihre Ergebnisse. Die Gesamtschlussfolgerung wurde im Zusammenwirken der mehreren Experten gefunden, was dem Gutachten ein erhebliches Gewicht in der Beweiswürdigung gibt.

3.4.7 Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers unzutreffend eingeschätzt oder dem Vergleich mit diesen Beschäftigungen bei der PMEDA-Begutachtung der Arbeitsfähigkeit zu grosses Gewicht beigemessen worden wäre. Die Teilhabe an anderen Lebensbereichen als der beruflichen Tätigkeit ist zur Beurteilung der Konsistenz der Leistungsfähigkeit von grosser Bedeutung (vgl. dazu die 3. A. vom Juni 2016 der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten



der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP in SZS 2016 435 ff., 477). Entsprechend beschreibt die Rechtsprechung einen solchen Indikator als bei der Beurteilung von psychischen Leiden relevant (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Auch dass die lebensgeschichtlichen Gegebenheiten ungenügend berücksichtigt worden sein sollten oder die Begutachtung zu oberflächlich erfolgt wäre, wird durch keinen Anhaltspunkt ersichtlich.

3.4.8 Der Beschwerdeführer lässt beanstanden, dass der Gutachter der Psychiatrie keine Testdiagnostik eingesetzt habe. Bei der psychiatrischen Exploration kommt dem schematischen, testmässigen Erfassen der Psychopathologie nach bestimmten Skalen, die auf den Angaben und Einschätzungen der versicherten Person selbst beruhen, jedoch höchstens ergänzende Funktion zu; entscheidend ist die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 3. Juni 2008, 9C_531/2007 E. 2.2.4). Angesichts der erwähnten Abstützung auf die erhobenen Befunde ergibt sich kein Grund zur Beanstandung. Die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin hat keine Aspekte enthalten, die bei der Begutachtung unberücksichtigt geblieben wären (vgl. hierzu Bundesgerichtsurteil vom 14. Dezember 2017, 8C_616/2017 E. 6.2.2; BGE 137 V 210 E. 2.2.2 und 1.3.4).

3.4.9 Des Weiteren moniert der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine mangelnde Objektivität (vgl. zum entsprechenden Anspruch Art. 29 Abs. 1 BV) der PMEDA (und ihrer Gutachter), da sie (als gewinnorientiertes Unternehmen) sich aus den zahlreichen Aufträgen der Beschwerdegegnerin finanziere und unter anderem die Invalidenversicherung dazu eingeladen habe, ihre Mittel nicht zu verschwenden (Schreiben "Vermeidung ungerechtfertigter ... Leistungen" vom 2. Juni 2014: Einladung zu einer Veranstaltung mit Präsentation von Ergebnissen einer Auswertung von medizinischen Begutachtungen und mit Aufzeigen von Möglichkeiten künftiger Begrenzung von unzureichend begründeten Leistungsgesuchen). Die wirtschaftliche Abhängigkeit der MEDAS-Stellen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.4.1) bringt, wie die Rechtsprechung festgehalten hat, tatsächlich eine latente Gefährdung der Verfahrensfairness mit sich. Dieser ist mit Verfahrensgarantien zu begegnen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.4.2, 2.4.4, 2.5 und 3.1 ff.). So sind die Aufträge den Gutachterstellen nach dem Zufallsprinzip zuzuweisen und die Mitwirkungsrechte der versicherten



Person sind zu wahren, wie es vorliegend auch der Fall war. Obwohl die vorgebrachten Ausstandsgründe (Auftragsvolumen, Rechtsform usw.) schon vor der Begutachtung hätten vorgebracht werden können und rechtsprechungsgemäss so früh wie möglich, d.h. bei erster Gelegenheit nach Kenntnisnahme, geltend gemacht werden müssen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 30. September 2013, 8C_115/2013, E. 2.2), ist vorliegend eine (angenommene) Befangenheit der Gutachter nicht nach Bekanntgabe der Namen der entsprechenden Stelle und der Gutachter (vgl. IV-act. 180), auch nicht im Einwandverfahren, sondern erst in der Beschwerde - und damit verspätet - gerügt worden. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung schafft jedoch das Auftrags- und Honorarvolumen für sich allein ohnehin keine wirtschaftliche Abhängigkeit einzelner Experten von den IV-Stellen, die als Ausstandsgrund zu qualifizieren wäre. Und selbst ein Anstellungsverhältnis eines Arztes zum Versicherungsträger liesse für sich allein nicht auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 25. Oktober 2016, 8C_354/2016, E. 5.2 und 5.3). Mit der eingelegten Einladung von 2014 und diversen anderen, die Gutachterstelle allgemein und den Institutsleiter betreffenden Ausstandsgründen hat sich das Bundesgericht im Urteil vom 30. März 2017, 9C_19/2017 (vgl. auch Urteil vom 4. Januar 2017, 8C_548/2016), befasst und eine daraus sich ergebende Befangenheit verneint, worauf verwiesen werden kann. Da schliesslich keine Anhaltspunkte für eine konkrete Voreingenommenheit oder anderweitige Befangenheit eines Gutachters ersichtlich geworden sind, kann auch nicht von einem diesbezüglichen Mangel des Gutachtens ausgegangen werden.

3.5 Den abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte ist bei diesen Gegebenheiten im Vergleich zu den auf Aktenkenntnis und polydisziplinärer Abklärung beruhenden Begutachtungen weniger Beweiswert beizumessen; auf sie ist deshalb nicht abzustellen. Dass sich der Beschwerdeführer in (psychiatrischer) Behandlung befindet, ändert hieran nichts, steht doch hier nicht die Indikation zu einer Behandlung, sondern die möglichst objektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Frage (vgl. hierzu Bundesgerichtsentscheid vom 25. Mai 2007, I 514/2006, und Bundesgerichtsentscheid vom 22. April 2014, 9C_184/2014). In adaptierter Tätigkeit bestand gemäss den Begutachtungsergebnissen ab Dezember 2010 (im vorliegend massgeblichen Beurteilungszeitraum) mit Ausnahme von (für die Erfüllung einer



Wartezeit nicht ausreichenden) vorübergehenden Arbeitsunfähigkeitsphasen nach den Operationen keine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von über 20 % mehr.

4.

4.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Dabei ist in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Lohn anzuknüpfen (vgl. etwa Bundesgerichtsentscheid 9C_422/2015 vom 7. Dezember 2015). Gemäss IK-Auszug (vgl. IV-act. 9-3) hatte der Beschwerdeführer an seiner letzten Stelle im Jahr 2005 Fr. 62'867.--, im Jahr 2006 Fr. 65'384.-- und im Jahr 2007 Fr. 70'813.-- (gemäss IV-act. 10-13 unter Einschluss von Fr. 16'336.15 Schichtzulagen und Fr. 2'723.95 Überzeitentschädigung) verdient. In den Jahren 2008 und 2009 hatte er gemäss den Beilagen zur Arbeitgeberbescheinigung vom 17. August 2010 (IV-act. 10) Einkommen von Fr. 74'920.65 (unter Einschluss eines Dienstaltersgeschenks von Fr. 3'000.--, einer Leistungsprämie von Fr. 1'000.--, von Schichtzulagen von Fr. 15'807.-- und von Überzeitentschädigung von Fr. 4'146.15) und Fr. 74'095.15 (unter Einschluss von Fr. 16'818.25 Schichtzulagen und von Fr. 1'824.20 Überzeitentschädigung) erzielt. Nach der Bescheinigung betrug der (wohl: Grund-) Monatslohn seit Januar 2010 Fr. 4'535.--, was auch dem hypothetischen Verdienst ohne Gesundheitsschädigung entsprechen würde (mal 13). Danach ergäbe sich ein Jahreseinkommen 2010 von lediglich noch Fr. 58'955.--.

4.2 Zu beachten ist zum einen, dass die erzielten Einkommen (ohne Angabe zu 2010) im Vergleich zu den in den betreffenden Jahren im statistischen Mittel für einfache und repetitive Arbeit im privaten Sektor bezahlten Löhnen (gemäss Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2012, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 234, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik) deutlich überdurchschnittlich waren. Das war nach der Aktenlage auf die Schichtarbeit, insbesondere auf die Nachtschichttätigkeit, des Beschwerdeführers und die entsprechenden Schichtzulagen zurückzuführen. Zum



anderen ist zu berücksichtigen, dass dem Beschwerdeführer schon im Herbst 2009 eine Kündigung des betreffenden Arbeitsverhältnisses aus betrieblichen Gründen angekündigt worden und dass diese am 7. Juli 2010 ausgesprochen worden ist. Es fragt sich daher, ob der Beschwerdeführer als Gesunder bei einer für das Valideneinkommen vorausgesetzten langfristigen Prognose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch an einer anderen Stelle ein vergleichbares Einkommen mit Schichtzulagen hätte erzielen können. Das kann angenommen werden. Die - weniger ins Gewicht fallende - Überzeitenschädigung ist hingegen bei der Bestimmung des Valideneinkommens ausser Acht zu lassen. Denn zum einen kann in aller Regel nicht davon ausgegangen werden, dass eine versicherte Person ohne den invalidisierenden Gesundheitsschaden bis zu ihrer altersbedingten Pensionierung weiterhin Überstunden geleistet hätte (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Januar 2008, IV 2007/285). Wer dies in grossem Umfang tut, arbeitet über das Zumutbare hinaus (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Januar 2009, IV 2007/358). Zum andern lässt sich nicht annehmen, der Beschwerdeführer hätte an einer im Gesundheitsfall hypothetisch angetretenen Stelle die Gelegenheit gehabt, Überstundenarbeit zu leisten.

4.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität keine Erwerbstätigkeit mehr aus, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte beigezogen werden (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 7. April 2016, 9C_783/2015; BGE 139 V 592 E. 2.3; BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Es kann davon ausgegangen werden, dass ein ausgeglichener Arbeitsmarkt, wie er zur Abgrenzung zum Risiko der Arbeitslosigkeit für die Invaliditätsbemessung massgeblich ist, für den Beschwerdeführer auch mit seinen krankheitsbedingten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit noch ausreichend viele Arbeitsmöglichkeiten bietet. Da der Beschwerdeführer zwar in der Belastungsfähigkeit des Rückens und somit bei schweren und mittelschweren Arbeiten eingeschränkt ist, nach der Aktenlage aber medizinisch nicht ausgeschlossen ist, dass er die (leichte, adaptierte) Arbeit weiterhin (auch) in Schicht- (einschliesslich Nachtschicht-) Form leistet, kann angenommen werden, dass der entsprechende, ihn beim Valideneinkommen über die ansonsten statistisch unterdurchschnittliche Einkommen anhebende Lohnanteil auch beim Invalideneinkommen hinzuzuschlagen ist.



4.4 Es ergeben sich daher Verhältnisse, bei denen sowohl Validen- wie Invalideneinkommen ausgehend vom selben Lohn zu bestimmen sind. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 20. April 2010, 9C_215/2010 E. 5.2). Da der Beschwerdeführer nach medizinischen Angaben (gemäss ABI abgesehen von dem die Arbeitsunfähigkeit von 20 % begründenden Pausenbedarf) vollzeitlich arbeitsfähig ist und keine ausserordentlichen Umstände ersichtlich sind, kommt kein Abzug von mehr als 10 %, jedenfalls aber kein Maximalabzug (von 25 %), in Frage.

4.5 Selbst für die Zeit, für welche eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in adaptierten Tätigkeiten von 20 % anzunehmen ist, bestand demnach keine Invalidität rentenbegründenden Ausmasses (bei 10 % Abzug 28 %, nämlich $1 - [0.8 \times 0.9]$).

5.

Es ergibt sich nach dem Dargelegten zusammenfassend, dass bei Ablauf einer möglichen Wartezeit am 11. Dezember 2010 zwar für schwere und mittelschwere Arbeit volle Arbeitsunfähigkeit, für eine adaptierte Tätigkeit aber wieder eine volle (oder, sollte die Arbeitsfähigkeitsschätzung des ABI auch auf diesen Zeitraum ausgedehnt werden, jedenfalls eine 80-prozentige) Arbeitsfähigkeit bestand, so dass die entsprechende Voraussetzung von Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG für das Entstehen eines Invalidenrentenanspruchs nicht vorlagen. Hieran vermag die (damalige) Leistung eines vollen Taggelds (für Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit) durch die Unfallversicherung, deren Rentenanspruchsbeginn unter anderem vom durch die ärztliche Behandlung voraussichtlich erreichten Endzustand (von Fortsetzung keine namhafte Besserung mehr zu erwarten) abhängt (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG), nichts zu ändern. Da ein IV-Rentenanspruch im Dezember 2010 nicht entstand, hätte der Beschwerdeführer später die Wartezeit (mit anschliessender weiterdauernder rentenbegründender Invalidität) erneut zu bestehen gehabt (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 18. Februar 2016, 9C_942/2015 E. 3.3.3), was vorliegend nicht erfüllt ist. - Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch daher zu Recht abgelehnt.

6.



St.Galler Gerichte

6.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

6.2 Nach Art. 69 Abs. 1bis 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 200 bis 1000 Franken festgelegt. Der Beschwerdeführer ist im Verfahren unterlegen, weshalb ihm die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen sind. Zufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) am 5. Januar 2017 ist er jedoch von deren Bezahlung zu befreien.

6.3 Der Staat ist aufgrund der unentgeltlichen Rechtsverteidigung zu verpflichten, für die Kosten seiner Rechtsvertretung aufzukommen. Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese ist in Anwendung von Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes (sGS 963.70) um einen Fünftel auf Fr. 2'800.-- zu reduzieren.

6.4 Wenn seine wirtschaftlichen Verhältnisse es ihm gestatten, kann der Beschwerdeführer zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden (vgl. Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit.



3.

Der Staat entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).