



Fall-Nr.: IV 2009/4
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 08.07.2020
Entscheiddatum: 09.06.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 09.06.2009

Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung. Anforderungen an medizinische Gutachten. Nach zweimaliger Begutachtung durch das ABI zeigen MRI-Bilder sowie die Diagnostizierung eines Morbus Menière eine zumindest teilweise Objektivierbarkeit der geklagten Beschwerden. Rückweisung zur Neubegutachtung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Juni 2009, IV 2009/4).

Vizepräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug,
Versicherungsrichter Franz Schlauri; Gerichtsschreiberin Miriam Lendfers

Entscheid vom 9. Juni 2009

in Sachen

G.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. rer. publ. Michael B. Graf, St. Leonhard-Strasse 20,
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a G.____, Jahrgang 1959, meldete sich im Juni 2003 wegen eines Rückenleidens zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Seine Arbeit als Mitarbeiter in der Blechbearbeitung bei der A.____ AG war ihm per Ende Juni 2003 aus gesundheitlichen Gründen gekündigt worden (IV-act. 15-1; 15-4). Mit Verfügung vom 8. Januar 2004 lehnte die IV-Stelle einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 37% ab (IV-act. 30). Auf Einsprache von Rechtsanwalt lic. rer. publ. Michael B. Graf vom 6. Februar 2004 (IV-act. 34) widerrief die IV-Stelle diese Verfügung am 16. März 2004 (IV-act. 50) und gab beim Ärztlichen Begutachtungsinstitut GmbH, Basel (ABI), eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten in Auftrag. Im ABI-Gutachten vom 14. April 2005 finden sich insbesondere folgende Diagnosen: chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik, chronisch zervikozephalales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik, Asthma bronchiale, Angst und depressive Störung, gemischt. Für die angestammte schwere körperliche Tätigkeit bestehe volle Arbeitsunfähigkeit. In einer optimal adaptierten Tätigkeit sei der Versicherte hingegen voll arbeitsfähig (IV-act. 82-17 f.).

A.b Gestützt auf dieses ABI-Gutachten verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. Juni 2005 einen Rentenanspruch des Versicherten (IV-act. 88). Einer erneuten Einsprache des Versicherten (IV-act. 91; 100) folgte am 21. September 2005 wiederum ein Widerruf der Verfügung (IV-act. 105). Vom 20. September 2005 bis 11. Oktober 2005 hielt sich der Versicherte stationär in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Bewegungsapparates in Valens auf. Im Bericht vom 18. Oktober 2005 werden unter anderem die Diagnosen somatoforme Schmerzstörung bei chronischem zerviko-zephalen und lumbospondylogenen Schmerzsyndrom links, Abwesenheitszustände im Rahmen einer Konversionsstörung und COPD genannt (IV-act. 137-1). Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte am 4. April 2006 erneut im ABI begutachtet. Das Gutachten vom 9. Mai 2006 ist in Bezug auf die Diagnosen und



die Arbeitsfähigkeitsschätzung identisch mit dem ersten Gutachten vom 14. April 2005 (IV-act. 145-20 ff.).

A.c Die IV-Stelle stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 12. Juli 2006 erneut die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 155). Mit Einwand vom 20. Juli 2006 liess der Versicherte das Gutachten kritisieren und einen Bericht der HNO-Klinik, Hals- und Gesichtschirurgie, des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 28. Juni 2006 einreichen. Darin wird der Verdacht auf Morbus Menière links geäussert (IV-act. 158; 159). Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, betrachtete adaptierte Tätigkeiten im Arztbericht vom 14. September 2006 als zu 100% zumutbar. Aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms sei jedoch von einer reduzierten Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 163-3). Die IV-Stelle beauftragte das ABI mit einer HNO-ärztlichen Abklärung, die am 12. Juni 2007 stattfand. Der ABI-Gutachter Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Oto-Rhino-Laryngologie, diagnostizierte im Bericht vom 5. Juli 2007 eine vestibulo-cochleäre Funktionsstörung links im Sinn eines Morbus Menière links. Sturzgefährdete Arbeiten, das berufsmässige Führen eines Kraftfahrzeugs und eine auditiv qualifizierende Tätigkeit mit höheren auditiven Anforderungen sowie Anforderungen an das Richtungshören seien für den Versicherten nicht geeignet. In einer angepassten Tätigkeit mit diesen qualitativen Einschränkungen wäre eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% zumutbar (IV-act. 188-5). Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, berichtete am 28. September 2007, er sei der hartnäckigen und therapierefraktären Lumboischialgie links, für die nie eine eindeutige Erklärung gefunden worden sei, nachgegangen und habe ein funktionelles MRI der LWS anfertigen lassen. Durch den ausgeprägt engen Spinalkanal auf Höhe L4/5 beidseits seien die linksseitigen Beinschmerzen wohl erklärt. Interessanterweise habe der Versicherte rechts eine intraforaminale, kleine, luxierte Diskushernie ebenfalls auf Höhe L4/5, die aber anscheinend auch symptomatisch sei. Die Frage, ob dem Versicherten adaptierte Tätigkeiten zumutbar wären, könne er nicht beantworten (IV-act. 196-2 f.). Eine Rückfrage der IV-Stelle zum ABI-Teilgutachten von Dr. C.____ beantwortete dieser am 6. Dezember 2007 (IV-act. 202). Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 9. Februar 2008 von einer mehrjährigen anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit Impulsdurchbrüchen vor dem Hintergrund einer Verarbeitungsstörung bei somatischen Problemen sowie familiären und persönlichen



St.Galler Gerichte

Konflikten und nannte die Differentialdiagnose der posttraumatischen Belastungsstörung. Der Versicherte sei für jegliche Tätigkeit voll arbeitsunfähig (IV-act. 204-5; 204-8).

A.d Mit Vorbescheid vom 11. Juli 2008 kündigte die IV-Stelle an, dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 40% ab 1. Juni 2007 eine Viertelsrente zusprechen zu wollen (IV-act. 215). Trotz widersprechenden Einwands des Rechtsvertreters des Versicherten vom 12. September 2008 (IV-act. 220) verfügte die IV-Stelle am 14. November 2008 gemäss Vorbescheid (act. G 1.1.1).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde des Rechtsvertreters des Versicherten vom 5. Januar 2009. Er beantragt die Aufhebung der Verfügung und die Ausrichtung einer ganzen Rente samt Kinderrenten ab Juni 2002. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtsverbeiständung und Rechtspflege zu gewähren, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Bei der ersten ABI-Begutachtung seien die Gutachter fälschlicherweise von einer mangelhaften Compliance in Bezug auf die Einnahme des Medikaments Zoloft ausgegangen. Sie hätten dabei übersehen, dass die behandelnde Psychiaterin das Medikament umgestellt habe. Nach allgemeiner Lebenserfahrung habe die vermeintliche Falschaussage des Beschwerdeführers dazu geführt, dass die Gutachter ihm überhaupt nicht mehr geglaubt hätten. Entsprechend hätten sie die von ihm geschilderten Beschwerden nicht ernst genommen. Zudem sei keine bildgebende Diagnostik vorgelegen, welche angesichts der Beschwerden für eine korrekte Diagnosestellung unverzichtbar gewesen wäre. Das zweite Gutachten des ABI zementiere die Einschätzung im ersten Gutachten. Entgegen den Berichten der behandelnden und konsiliarisch urteilenden Fachärzte werde eine Verschlechterung des Gesundheitszustands verneint. Die ABI-Gutachter hätten den Beschwerdeführer auch hinsichtlich Schwindel nicht ernst genommen und hätten nicht gemerkt, dass er an einem Morbus Menière leide. Die eindeutigen Pathologien der LWS, die das funktionelle MRI vom August 2007 ergeben habe, seien von der Beschwerdegegnerin nicht berücksichtigt worden. Die vom behandelnden Psychiater attestierte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers scheine die Beschwerdegegnerin nicht zur Kenntnis genommen zu haben. Selbst wenn



St.Galler Gerichte

von einer Restarbeitsfähigkeit auszugehen wäre, hätte die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad falsch berechnet. Dem Beschwerdeführer sei ein Leidensabzug von 25% zuzugestehen (act. G 1). Am 20. Januar 2009 liess der Beschwerdeführer das Gesuchsformular für die unentgeltliche Prozessführung einreichen (act. G 4).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 24. Februar 2009 die Abweisung der Beschwerde. Die Berichte der HNO-Klinik des KSSG seien vom ABI hinreichend gewürdigt worden. Das Gutachten sei von einem qualifizierten Begutachtungsinstitut vorgenommen worden und basiere auf einer umfassenden Kenntnis des Sachverhalts. Insgesamt entspreche es den Anforderungen der Rechtsprechung. Der Arztbericht von Dr. B.____ vom 14. September 2006 stimme mit der Konklusion des ABI überein. Gemäss Bericht der Rheumatologie des KSSG vom 8. Juli 2008 sei eine klare Zuordnung der LWS-Beschwerden und strukturellen Störungen nicht sicher möglich. Laut Stellungnahme des IV-internen Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 4. November 2008 bestätige die Rheumatologie, dass vor allem die Schmerzausweitung bei muskulärer Dekonditionierung und nicht somatische Begleitfaktoren im Vordergrund stünden. Dr. E.____ habe in seinem Bericht vom 9. Februar 2008 den bereits bekannten medizinischen Sachverhalt beschrieben. Seine Einschätzung vermöge keine Zweifel an der Richtigkeit der Angaben im Gutachten zu wecken noch die Angaben im Gutachten zu widerlegen und selbst zu überzeugen. Betreffend Bemessung des Invaliditätsgrads betont die Beschwerdegegnerin, sie habe einen Leidensabzug von 10% berücksichtigt. Ein höherer Abzug sei nicht gerechtfertigt (act. G 5).

B.c Der zuständige Abteilungspräsident bewilligte am 26. Februar 2009 des Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung; act. G 7).

B.d Mit Schreiben vom 3. März 2009 wies der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers das Gericht darauf hin, dass Dr. D.____ dem Beschwerdeführer neu das opioide Analgetikum Oxycontin verschrieben habe, und beantragt die Einholung eines Verlaufsberichts (act. G 8).



St.Galler Gerichte

B.e Am 27. März 2009 ersuchte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers um Anordnung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL). Dies werde vom KSSG unterstützt (act. G 10).

B.f Auf Aufforderung des Gerichts reichte die Beschwerdegegnerin am 23. April 2009 unter anderem ein Schreiben von Dr. D.____ vom 16. Februar 2009 ein, in dem dieser erklärt, nicht bereit zu sein, den Versicherten für eine EFL anzumelden. Es sei nicht geregelt, wer die Kosten übernehmen würde und zudem gehe er mit Sicherheit davon aus, dass dies sowieso scheitern würde (act. G 12.1).

B.g Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte dem Gericht am 4. Mai 2009 einen Bericht von Prof. Dr. med. F.____ vom 22. April 2009 ein (act. G 14).

Erwägungen:

1.

1.1 Angefochten ist eine Verfügung, die nach Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 ergangen ist. Mangels einer übergangsrechtlichen Norm rechtfertigt es sich allerdings, für die vor diesem Zeitpunkt massgebenden Verhältnisse (Rentenanspruch mit Anspruchsbeginn bei Anmeldung unter altem Recht) die im Folgenden zitierten, bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen anzuwenden.

1.2 Mit der angefochtenen Verfügung vom 14. November 2008 hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab 1. Juni 2007 eine Viertelsrente zugesprochen. Der Beschwerdeführer lässt die Zusprechung einer höheren Rente (ab einem früheren Zeitpunkt) beantragen. Strittig ist demnach zunächst der Rentenanspruch. Zum Streitgegenstand gehört aber notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet hat.

2.

2.1 Unter Invalidität wird bei als Gesunden voll erwerbstätigen Personen die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise



Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach aArt. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn der Versicherte mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn er wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes 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 abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a).

3.



Nachfolgend ist auf die medizinische Aktenlage einzugehen.

3.1

3.1.1 Im ersten ABI-Gutachten vom 14. April 2005 erwähnte der orthopädische Teilgutachter unter Verweis auf einen nicht näher bezeichneten Bericht über eine MR-Tomographie am KSSG Diskusdegenerationen auf mehreren Ebenen ohne sichere Zeichen einer Kompression neuraler Strukturen. Knöchernerne Strukturanomalien oder Zeichen einer Instabilität lägen nicht vor, was sich gut mit dem klinischen Befund in Übereinstimmung bringen lasse. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden würden sich durch die objektivierbaren Befunde aus somatischer Sicht nur sehr unzureichend erklären lassen. Insbesondere müsse der Verdacht auf eine erhebliche Selbstlimitierung gestellt werden. Festgehalten wurden darüber hinaus Hinweise des Beschwerdeführers auf Schwindel, Übelkeit und zeitweiliges Schwarzsehen (IV-act. 82-12). Auffällig ist, dass dem Gutachter offenbar kein einziges Röntgen- oder sonstiges Bild vorlag. Er hielt fest, dass ein für den 9. März 2004 (gemeint wohl: 2005) geplantes MRT nicht stattgefunden habe. Aufgrund der schon seit langem bestehenden, weitgehend unveränderten Beschwerden und der fehlenden klinischen Hinweise auf das Vorliegen einer neurologischen Ausfallsymptomatik sei allerdings fraglich, ob durch eine weitere MRT neue Erkenntnisse gewonnen werden könnten (IV-act. 82-11).

3.1.2 Im zweiten ABI-Gutachten vom 9. Mai 2006 wurde offenbar Einblick in MRI-Bilder der LWS vom 13. Mai 2004 genommen und eine diskrete Dehydratation der Bandscheiben L4/5 und L5/S1 beschrieben. Weiter wurde auf eine Diskusprotrusion L4/5 rechtsbetont sowie L5/S1 verwiesen ohne relevante Myelon- oder Neurokompression insbesondere nicht linksseitig (IV-act. 145-14). Erneut wurde das Schmerzverhalten als überwiegend inadäquat und ungewöhnlich beschrieben. Der orthopädische Teilgutachter erkannte ein deutliches Aggravationsverhalten mit wechselnden Befunden bei bewusster und unbewusster Untersuchung mit Ablenkungsmanöver. Die vorgesehene, schliesslich aber nicht durchgeführte MRI-Bildgebung vom April 2005 sei irrelevant, da auch bei einer möglichen Foraminalstenose mit Konsequenzen eine entsprechende Neurologie sowie auch



typische Schmerzausbreitung vorliegen müsste (IV-act. 145-15 f.).

3.1.3 Aufgrund der Klaustrophobie des Beschwerdeführers wurde die Kernspintomographie der Wirbelsäule schliesslich am 17. August 2006 unter Narkose durchgeführt. Es zeigten sich dehydrierte Disci in den Lumbalsegmenten L4/5 und L5/S1 mit geringgradig nicht komprimierender breitbasiger Diskushernie. Eine Kompression neuraler Strukturen wurde nicht nachgewiesen (IV-act. 163-7). Ein funktionelles MRI vom 30. August 2007 zeigte eine bei kurzen Pedikeln anlagebedingte Enge des Spinalkanals und der Neuroforamina, eine dehydrierte, nur leicht höhengeminderte Bandscheibe L4/5 mit diskreter Spondylose und einer breitbasigen Protrusion, die zusammen mit den ausgeprägten Hypertrophien der Ligg. flava im Rahmen der Spondylarthrosen zu einer ausgeprägten birezessalen Stenose und einer Einengung des Duralschlauches auf etwa 8mm in den Medianen führe. Zudem finde sich in Höhe L4/5 eine breitbasige foraminale Diskushernie rechts, die an die L4-Wurzel heranreiche, die allerdings noch partiell von einer Fettlamelle umgeben sei (IV-act. 196-5). Dr. D. ___ bezeichnete die linksseitigen Beinschmerzen durch diese Befunde am 28. September 2007 als "wohl erklärt" (IV-act. 196-2). Seitens des KSSG wurde am 8. Juli 2008 festgehalten, bei einer Kernspintomographie vom 18. Mai 2007 habe sich eine subligamentäre breitbasige Hernierung der Bandscheibe L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 beidseits und vermuteter intermittierender Nervenwurzelirritation sowie mässige Spondylarthrosen der unteren LWS gezeigt, in der lumbalen Myelographie und im Myelo-CT vom 22. Mai 2007 sei eine bilateral leichte Verkürzung der Nervenwurzel rechtsseitig bei ansonsten sich unauffällig darstellenden Nervenwurzeln und allseits normal weitem Spinalkanal aufgefallen. Das lumbospondylogene Schmerzsyndrom könne einer lumbalen Strukturstörung nicht klar zugeordnet werden (IV-act. 226-2 f.).

3.1.4 Im zweiten ABI-Gutachten vom 9. Mai 2006 war Bildgebung als unnötig betrachtet worden. Die Bilder vom 30. August 2007 zeigten schliesslich jedoch neben einer Diskushernie und anderen Befunden eine ausgeprägte birezessale Stenose. Demgegenüber wird im Bericht des KSSG vom 8. Juli 2008 auf einen normal weiten Spinalkanal verwiesen (IV-act. 226-2). Das funktionelle FMRI vom 30. August 2007, das im FMRI Zentrum in Zürich angefertigt worden war (IV-act. 196-5), lag dem KSSG



offenbar nicht vor. Insgesamt ist das Bestehen einer Stenose und damit verbundenen Nervenwurzelkompressionen jedenfalls möglich, wodurch die vom ABI als nicht objektivierbar bezeichneten Schmerzangaben des Beschwerdeführers allenfalls objektiviert werden könnten. Seitens des KSSG wurde nicht zuletzt aus diagnostischen Gründen eine Facettengelenksinfiltration vorgeschlagen. Das erhöht gefundene, hoch sensible Capsel-reaktive Protein (CRP) in Verbindung mit einer anhaltenden Bandscheibendegeneration könne auch Ausdruck einer vermehrten lokalen entzündlichen Reizung sein, wozu seitens des KSSG als therapeutische Option eine Spondylodese, also eine Wirbelkörperversteifung, vorgeschlagen wurde, zumal eine intermittierende Reizung tief lumbaler Nervenwurzeln nicht sicher auszuschliessen sei (IV-act. 226-3). Bei der aktuellen Aktenlage lässt sich nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit beurteilen, ob die Rückensituation des Beschwerdeführers sich einschränkend auf dessen Arbeitsfähigkeit auswirkt und wenn ja, in welchem Ausmass. Diesbezüglich sind weitere Abklärungen angezeigt, wobei es notwendig scheint, dass im Rahmen der Begutachtung sämtliche MRI-/CT-Aufnahmen verfügbar sind und gegebenenfalls aktuelle Bilder erstellt werden. Dabei ist sinnvollerweise abzuklären, ob die von Prof. Dr. med. F.____ gemäss seinem Schreiben vom 4. Mai 2009 geplanten MRT- und Röntgenbilder erstellt wurden (vgl. act. G 14.1).

3.2

3.2.1 Im Juni 2006, also nur kurze Zeit nach der zweiten ABI-Begutachtung vom April 2006, fand in der HNO-Klinik des KSSG eine Vestibularisabklärung statt, die einen Verdacht auf Morbus Menière links, möglicherweise auch beidseitig, ergab. Die bereits seit einem Unfall 2002 bestehenden Schwindelbeschwerden hätten zugenommen. Wegen massiven Drehschwindels musste der Beschwerdeführer sich wiederholt in der Notfallambulanz des KSSG vorstellen. Gemäss Bericht der HNO-Klinik des KSSG vom 28. Juni 2006 wurde aufgrund der Kraftminderung und Sensibilitätsstörung im Bereich der linken Körperhälfte eine neurologische Untersuchung als angezeigt erachtet (IV-act. 157).

3.2.2 Der ABI-Teilgutachter Dr. C.____ diagnostizierte am 5. Juli 2007 eine vestibulo-cochleäre Funktionsstörung links im Sinn eines Morbus Menière links. Eine Vorhersage über den weiteren Verlauf sei schwierig. Normalerweise seien die Beschwerden



progredient mit Zunahme der Anfallhäufigkeit und des Hörverlustes, andererseits kämen sogenannte ausgebrannte Formen vor mit Sistieren der anfallsartigen Drehschwindelbeschwerden. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei qualitativ und quantitativ vermindert im Sinn, dass sturzgefährdende Arbeiten und das berufsmässige Führen eines Kraftfahrzeugs für den Beschwerdeführer nicht geeignet seien. Des Weiteren sei eine auditiv qualifizierende Tätigkeit mit höheren auditiven Anforderungen sowie Anforderungen an das Richtungshören nicht geeignet. Ein erhöhter Umgebungsgeräuschpegel mit zusätzlicher Verschlechterung der auditiven Funktion und eine chronische Exposition gegenüber gehörgefährdendem Lärm sollte zudem vermieden werden. In einer derart angepassten Tätigkeit wäre dem Beschwerdeführer eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% zumutbar (IV-act. 188-5).

3.2.3 Das Gutachten von Dr. C.____ enthält keine Angaben zum Beginn der attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Gutachter wies darauf hin, bis zu Begutachtung sei es zu drei bis fünf Drehschwindelattacken von drei bis vier Stunden Dauer gekommen, wobei diese auch kürzer oder länger andauern könnten (IV-act. 188-4). Die Ärzte der HNO-Klinik des KSSG berichteten im Schreiben vom 12. Januar 2007 hingegen von bis dato drei Schwindelanfällen von jeweils zwei bis drei Wochen Dauer (IV-act. 176). Dr. C.____ hat sich in seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 2007 dazu zwar geäußert (IV-act. 202). Ob in seine Arbeitsfähigkeitsschätzung tatsächlich längerdauernde Schwindelattacken Eingang fanden, ist aber zumindest fraglich. Auch diesbezüglich sind weitere Abklärungen angezeigt.

3.2.4 Bereits bei der ersten ABI-Begutachtungen vom 8. März 2005 hatte der Beschwerdeführer von Schwindel, Übelkeit und Brechreiz sowie Schwarzsehen berichtet (IV-act. 82-9). Diese Angaben hatten jedoch nicht zu einer Abklärung in Richtung Morbus Menière geführt. Auch hier lag also eine organische Ursache vor, die zumindest einen Teil der geklagten Beschwerden wohl zu erklären vermag. Somit erscheint die Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit gemäss ABI-Gutachten auch vor diesem Hintergrund nicht als verlässlich.



3.3 Der ABI-Psychiater Dr. H.____ wies im ersten Gutachten vom 14. April 2005 darauf hin, gemäss den somatischen Untersuchungsbefunden lasse sich die subjektive Krankheitsüberzeugung resp. das Ausmass der Beschwerden nicht objektivieren. Es müsse also von einer psychischen Überlagerung der geklagten Beschwerden ausgegangen werden. Diagnostisch handle es sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung, eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen. Dazu kämen auch leichte depressive Verstimmungen und Angstgefühle (IV-act. 82-16). Im zweiten ABI-Gutachten vom 9. Mai 2006 wurde ein ähnlicher psychischer Zustand wie bei der Erstbegutachtung bescheinigt (IV-act. 145-19). Demgegenüber hielt Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im Arztbericht vom 9. Februar 2008 unter anderem fest, der Beschwerdeführer berichte von ihm immer wieder überkommenden Gewaltphantasien und Aggressionen. Seine Tochter, die zwei Konsultationen beigewohnt habe, habe erzählt, dass der Vater häufiger wie innerlich weggetreten sei, nicht auf Zurufe antworte und sogar auf Rütteln hin kaum reagiere. Daran könne er sich jeweils nicht erinnern. In seiner Beurteilung kam Dr. E.____ zum Schluss, das chronifizierte Schmerzgeschehen in Kombination mit einer Verarbeitungsstörung sowie den konfliktinduzierten Verhaltensweisen des Beschwerdeführers liessen für ihn und für das soziale Arbeitsumfeld jegliche Tätigkeiten als nicht adaptierbar und unzumutbar erscheinen (IV-act. 204-8). Bei der aktuellen Aktenlage kann nicht entschieden werden, ob die psychiatrische Beurteilung der ABI-Gutachter zutreffender ist als jene von Dr. E.____. Insgesamt erscheint es aber jedenfalls als angezeigt, die somatische Seite gemäss den obigen Erläuterungen genauer abzuklären, weil erst im Anschluss daran überhaupt ersichtlich wird, ob und inwieweit ein organisches Korrelat für die Beschwerden vorliegt und inwieweit sich eine Schmerzverarbeitungsstörung entwickelt haben könnte. Alsdann wird auch die Leistungsfähigkeit in psychischer Hinsicht neu zu beurteilen und eine neue Gesamtsicht einzuholen sein.

3.4 Der Beschwerdeführer lässt im Beschwerdeverfahren die Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) beantragen (vgl. act. G 10). Dr. D.____ hielt diesbezüglich am 16. Februar 2009 fest, er wolle den Beschwerdeführer nicht für eine EFL beim KSSG anmelden, da nicht geregelt sei, wer die Kosten übernehmen würde und er mit Sicherheit davon ausgehe, dass dies sowieso scheitern werde (act. G 12.1). Ob es zweckmässig ist, eine EFL durchzuführen, werden



sinnvollerweise die den Beschwerdeführer im Rahmen der Rückweisung neu begutachtenden Mediziner entscheiden.

4.

Im Anschluss an die von der Beschwerdegegnerin vorzunehmenden weiteren medizinischen Abklärungen wäre gegebenenfalls ein Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen bzw. eine Eingliederungspflicht seitens der Beschwerdegegnerin neu zu überprüfen. Neben Arbeitsvermittlung, die vorliegend zweifellos sinnvoll wäre, käme möglicherweise die Ausrichtung von Einarbeitungszuschüssen (Art. 18a IVG) in Frage.

5.

5.1 Die Beschwerde ist unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 14. November 2008 teilweise gutzuheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese weitere Abklärungen vornehme. Diese haben eine sorgfältige polydisziplinäre medizinische Begutachtung zu beinhalten. Da das ABI sich bereits mehrfach zum Fall geäussert hat, ohne dass es zu einer insgesamt überzeugenden, den Anforderungen an den Beweiswert von Gutachten genügenden Beurteilung gekommen wäre, ist zu empfehlen, die polydisziplinäre Neubegutachtung bei einem anderen, mit der Sache bisher nicht vorbefassten Begutachtungsinstitut in Auftrag zu geben. Im Anschluss an die medizinische Beurteilung hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen erneut zu überprüfen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxismässig als volles Obsiegen (ZAK 1987 S. 268 Erw. 5a). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich, sodass ihr als nicht von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten befreiter selbstständiger öffentlich-rechtlicher Anstalt die ganze Gerichtsgebühr aufzuerlegen ist.



5.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

5.4 Die am 26. Februar 2009 bewilligte unentgeltliche Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) wird bei diesem Verfahrensausgang gegenstandslos.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 14. November 2008 teilweise gutgeheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese im Sinn der Erwägungen weitere Abklärungen vornehme und anschliessend über die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers neu verfüge.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.- zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.