



Fall-Nr.: IV 2014/94
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 13.12.2019
Entscheiddatum: 06.12.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 06.12.2016

Art. 28 IVG. Auf die gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzungen kann abgestellt werden. Der Beschwerdeführer hat demzufolge keinen Anspruch auf eine IV-Rente. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Dezember 2016, IV 2014/94).

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus,
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger

Geschäftsnr.

IV 2014/94

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Amanda Guyot,

GN Rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich im Juni 2003 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Er gab an, dass er keinen Beruf erlernt habe. In den letzten drei Jahren sei er als Hilfsarbeiter tätig gewesen. Wegen eines Rückenleidens sei er seit dem 2. September 2002 arbeitsunfähig.

A.b Der Hausarzt Dr. med. B.____ erklärte am 4. Juli 2003 (IV-act. 12), dass der Versicherte an einem chronischen Lumbovertebralsyndrom leide. In der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiter in der Metallverarbeitung sei er ab dem 23. September 2002 durchgehend zwischen 50 und 100 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 5. Februar 2003 sei ihm die bisherige Tätigkeit gar nicht mehr zumutbar. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine 60-70 %ige Arbeitsfähigkeit. Die C.____ AG berichtete am 17. Juli 2003 (IV-act. 14), dass sie den Versicherten vom 1. November 2000 bis 30. Juni 2003 als Mitarbeiter Blechbearbeitung beschäftigt habe. Der letzte effektive Arbeitstag sei der 1. September 2002 gewesen. Der Monatslohn habe ab dem 1. Januar 2002 Fr. 4'270.-- betragen (plus 13. Monatslohn). Gemäss dem IK-Auszug hatte der Versicherte im Jahr 2001 ein Erwerbseinkommen von Fr. 57'446.-- erzielt (IV-act. 13). Mit Verfügung vom 8. Januar 2004 (IV-act. 29) wies die IV-Stelle das Rentengesuch bei einem IV-Grad von 37 % ab. Zur Begründung führte sie an, dass in einer adaptierten Tätigkeit eine 65 %ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Nachdem der Versicherte gegen diese Verfügung Einsprache erheben liess (IV-act. 50), ordnete die IV-Stelle eine medizinische Begutachtung an (IV-act. 75).

A.c Im März 2005 wurde der Versicherte durch die ABI Aertzliche Begutachtungsinstitut GmbH (nachfolgend: ABI) polydisziplinär (allgemein-internistisch,



St.Galler Gerichte

orthopädisch und psychiatrisch) begutachtet (Gutachten vom 14. April 2005, IV-act. 99). Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten:

- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10: M54.5)
 - beginnende degenerative Veränderungen der unteren LWS (M47.87)
- chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (M53.0)
 - Status nach Verkehrsunfall am 14. Januar 2002 mit möglichem HWS-Distorsionsstrauma
 - Asthma bronchiale, anamnestisch Allergie auf Acetylsalicylsäure.

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2), und eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F68.0) angegeben. Die Gutachter erklärten, dass der Versicherte wegen einer verminderten körperlichen Belastbarkeit und wegen des Asthmas in seiner angestammten Tätigkeit in der metallverarbeitenden Industrie sowie auch in anderen, körperlich schweren Tätigkeiten seit September 2002 voll arbeitsunfähig sei. In körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten mit nur intermittierend schweren Anteilen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte trotz anamnestisch angegebener leichter Ängste und Depressionen voll arbeitsfähig. Mit Verfügung vom 6. Juni 2005 wies die IV-Stelle das Rentengesuch bei einem IV-Grad von 3 % ab. Auch gegen diese Verfügung liess der Versicherte Einsprache erheben (IV-act. 111).

A.d Die Klinik Valens informierte die IV-Stelle am 11. Oktober 2005 (IV-act. 160) über eine vom 20. September bis 11. Oktober 2005 dauernde stationäre Behandlung. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe seit dem 12. Oktober 2005 eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit. Dr. med. D.____, Spezialärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 25. Oktober 2005 (IV-act. 159), dass sie den Versicherten vom 17. November 2004 bis 19. September 2005 behandelt habe. Er leide an einer Anpassungsstörung und an einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen



Gründen, wobei beide Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Sie schliesse sich den Schlussfolgerungen des ABI vollumfänglich an. Dem angeforderten Austrittsbericht der Klinik Valens vom 18. Oktober 2005 (IV-act. 186) waren unter anderem die folgenden Diagnosen zu entnehmen: Somatoforme Schmerzstörung bei chronischem zervikozepalem und lumbo-spondylogem Schmerzsyndrom links, Abwesenheitszustände im Rahmen einer Konversionsstörung (Neurologie KSSG 6/05), angstbetonte, mittelgradig ausgeprägte Depression, Klaustrophobie und COPD.

A.e Im April 2006 wurde der Versicherte vom ABI erneut polydisziplinär (allgemein-internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch) begutachtet (Gutachten vom 9. Mai 2006, IV-act. 194). Die Gutachter erklärten, dass im Vergleich zur ersten Begutachtung keine neue Befundsituation bestehe. Aus polydisziplinärer Sicht seien dem Versicherten körperlich leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten weiterhin uneingeschränkt zumutbar. Die Gutachter wiesen ausserdem darauf hin, dass die von der Klinik Valens geäusserten Diagnosen einer Konversionsstörung, einer mittelgradig ausgeprägten Depression sowie einer somatoformen Schmerzstörung nicht nachvollzogen werden könnten. Die Klinikärzte hätten zudem nicht erklärt, weshalb sie lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als zumutbar erachteten.

A.f Die HNO-Klinik des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) berichtete am 28. Juni 2006 (IV-act. 206), dass der Verdacht eines Morbus Menière, am ehesten auf der linken Seite, bestehe. Der Versicherte habe angegeben, seit dem Auffahrunfall ca. 2-3 Mal pro Tag unter Schwindelbeschwerden zu leiden. Der Schwindel trete plötzlich auf. Es handle sich am ehesten um einen Drehschwindel. Gelegentlich werde dem Versicherten auch Schwarz vor den Augen. Die pancochleäre, im Tieftonbereich akzentuierte Hörminderung links und der am 16. Juni 2006 objektivierte Spontannystagmus nach rechts würden zu einem Morbus Menière passen. In der Computernystagmographie habe sich bei einem beidseitig herabgesetzten Erregbarkeitsniveau eine bessere Erregbarkeit linksseitig gezeigt.

A.g Mit Vorbescheid vom 12. Juli 2006 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Rentengesuchs an (IV-act. 204). Dagegen liess der Versicherte einen Einwand erheben (IV-act. 207). Im Austrittsbericht vom 14. August 2006 über einen stationären Aufenthalt vom 7. bis 9. August 2006 (IV-act. 211-4 f.) gab die HNO-Klinik des



KSSG an, dass es am 7. August 2006 erneut zu einem starken Drehschwindel, einer Hörminderung und einem Tinnitus links gekommen sei. Unter der Therapie nach Stennert-Schema und Betaserc habe der Versicherte eine rasche Regredienz des Schwindels und eine gute Besserung des Allgemeinbefindens gezeigt. Am 23. November 2006 berichtete die HNO-Klinik des KSSG über eine erneute Hospitalisation vom 6. bis 10. November 2006 (IV-act. 220). Als Diagnose gaben die Ärzte einen Morbus Menière links an. Sie erklärten ausserdem, dass es nach Beginn mit der Infusionstherapie und Antivertiginosa zu einer raschen Besserung gekommen sei. Eine erneute Kalorik habe wiederum keinen Spontannystagmus und keinen Provokationsnystagmus gezeigt und die vestibulospinalen Reflexe seien bland gewesen. Dieselbe Klinik berichtete am 12. Januar 2007 (IV-act. 225), dass der Morbus Menière beim Versicherten mit einem immer wieder auftretenden Drehschwindel und einem zunehmenden Hörverlust des linken Ohres einhergehe. Der Hörverlust werde erfahrungsgemäss nach einer gewissen Zeit in einer Taubheit enden. Seit Juni (2006) bis dato hätten sich drei Schwindelanfälle gezeigt, die jeweils 2-3 Wochen andauert hätten. Eine Gentamycintherapie würde die Arbeitsfähigkeit voraussichtlich verbessern.

A.h Im Juni 2007 wurde der Versicherte durch das ABI ergänzend otorhinolaryngologisch untersucht (Gutachten vom 5. Juli 2007, IV-act. 236). Dr. med. E.____ gab als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine vestibulo-cochleäre Funktionsstörung links im Sinne eines Morbus Menière links an. Er erklärte, dass der Versicherte anamnestisch seit Juni 2006 ca. drei bis fünf Drehschwindelattacken erlitten habe. Die Schwindelbeschwerden hätten jeweils drei bis vier Stunden gedauert. Die Drehschwindelepisoden seien teilweise von einer Hörverschlechterung und einem Tinnitus begleitet worden. Dr. E.____ gab weiter an, dass er keine pathologischen Nystagmen habe objektivieren können. Es habe sich eine symmetrische kalorische Reaktion mit diskretem Überwiegen der linksseitigen labyrinthären Reaktion gezeigt, wobei der CP-Wert in der Norm gelegen habe. Die Anamnese spreche trotzdem für das Vorliegen eines Morbus Menière. In otoneurologischer Hinsicht bestehe sowohl eine qualitativ als auch quantitativ verminderte Arbeitsfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit bestehe zum jetzigen Zeitpunkt eine 70 %ige Arbeitsfähigkeit.

A.i Dr. med. F.____ berichtete am 28. September 2007 (IV-act. 244), dass er im Zentrum G.____ ein funktionelles MRI der LWS im Sitzen habe anfertigen lassen. Die linksseitigen



Beinschmerzen könnten wohl durch den ausgeprägt engen Spinalkanal auf der Höhe L4/L5 beidseits erklärt werden. Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 8./9. Februar 2008 (IV-act. 252), dass der Versicherte an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit Impulsdurchbrüchen vor dem Hintergrund einer Verarbeitungsstörung bei somatischen Problemen sowie familiären und persönlichen Konflikten leide. Als Differentialdiagnose gab er eine posttraumatische Belastungsstörung an. Der Versicherte sei wegen des Schmerzgeschehens, des Kraftmangels sowie motivational nicht mehr in der Lage, eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

A.j Mit Verfügung vom 14. November 2008 (IV-act. 277) sprach die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 40 % ab dem 1. Juni 2007 eine Viertelsrente zu. Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 9. Juni 2009 (IV 2009/4) teilweise gut und wies die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die IV-Stelle zurück (IV-act. 294). Das Gericht erwog, dass sich anhand der Aktenlage nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad beurteilen lasse, ob sich die Rückensituation einschränkend auf dessen Arbeitsfähigkeit auswirke. Während die HNO-Klinik des KSSG erklärt habe, dass die bisherigen Schwindelanfälle zwei bis drei Wochen gedauert hätten, sei Dr. E.____ von drei bis vier Stunden dauernden Drehschwindelattacken ausgegangen. Zudem habe der Versicherte bereits bei der ersten ABI-Begutachtung über Schwindel, Übelkeit, Brechreiz und Schwarzsehen berichtet. Anhand der aktuellen Aktenlage könne auch nicht entschieden werden, ob die psychiatrische Beurteilung der ABI-Gutachter zutreffender sei als jene von Dr. H.____. Dr. H.____ berichtete am 18. Juli 2009 über einen stationären Gesundheitszustand (IV-act. 305). Dr. F.____ bezeichnete den Gesundheitszustand am 6. August 2009 ebenfalls als unverändert (IV-act. 307).

A.k Im September 2009 wurde der Versicherte durch die Medas Zentralschweiz polydisziplinär begutachtet (Gutachten vom 22. Dezember 2009, IV-act. 317). Der Versicherte machte anlässlich der Untersuchung geltend, unter tendenziell progredienten Dauerschmerzen im unteren Rücken und linken Bein mit distaler Begrenzung oberhalb des Aussenknöchels zu leiden. Des Weiteren habe er Dauerschmerzen in der oberen Brustwirbelsäule. An fünf bis sechs Tagen pro Woche träten streng rechtsseitige Kopfschmerzen auf. Einmal täglich bis alle drei Tage erleide



er eine Drehschwindelattacke, die Sekunden bis Stunden andauere. Er habe Angst vor Stürzen und in engen Räumen habe er Platzangst. Dr. med. I.____, Rheumatologie FMH, stellte fest, dass fast alle neuro-radiologischen Untersuchungen einen normal weiten Spinalkanal, keine sicheren Anzeichen für eine Neurokompression, aber leichte Dehydratationen der Bandscheiben L4/5 und L5/S1 mit dorsalen Protrusionen gezeigt hätten. Lediglich das funktionelle MRI von Dr. med. J.____ falle aus dem Rahmen. Dieser habe angeblich eine hochgradige birezessale Enge L4/5, dies im Stand ausgeprägter als im Sitzen oder gar im Liegen, festgestellt und eine Bedrängung der Wurzel L4 rechts durch eine intraforaminale Diskushernie postuliert. Das funktionelle MRT habe sich im klinischen Kontext noch nicht als Routinediagnostikum durchgesetzt, sodass dessen Aussagekraft unklar sei. Bei der aktuellen rheumatologischen Untersuchung hätten sich erneut verschiedene Inkonsistenzen gefunden. Die aktuellen rheumatologischen Diagnosen seien denjenigen von Ende 2002 und des Jahres 2004 sehr ähnlich. Namentlich leide der Versicherte an einem chronischen lumbospondylogenen und an einem chronischen zervikospondylogenen Schmerzsyndrom links bei den bekannten degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, lumbal zusätzlich begleitet von der lumbosakralen Übergangsanomalie mit Hemisakralisation von LWK5 links. Analog zur Beurteilung des Orthopäden Dr. K.____ vom April 2006 sei dem Versicherten eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit nur intermittierend schweren Anteilen uneingeschränkt zumutbar. In seiner angestammten Tätigkeit sei er mangels Wechselbelastung voll arbeitsunfähig. Dr. med. L.____, Fachärztin FMH für HNO, erklärte, dass sie bei der aktuellen Untersuchung keinen Hinweis auf eine zentrale oder peripher-vestibuläre Funktionsstörung gefunden habe. Gegen die Diagnose eines Morbus Menière spreche, dass bereits anlässlich der ersten Schwindelattacke im Jahr 2006 eine ausgeprägte Hörminderung links aufgefallen sei und dass ein Tinnitus links fehle. Hinzu komme, dass bisher nie eine peripher-vestibuläre Funktionsstörung links gemessen worden sei. Bei einem Morbus Menière wäre zudem zu erwarten gewesen, dass heute, nach einer längeren Anamnese mit häufigen Schwindelepisoden und Innenohrstörungen, auch im anfallsfreien Intervall eine vestibuläre Unterfunktion links hätte objektiviert werden können. Mit grösster Wahrscheinlichkeit leide der Versicherte daher an einer rezidivierenden, passageren, peripher-vestibulären Funktionsstörung unklarer Genese. Bei früheren Untersuchungen sei nie eine kalorische Prüfung des Vestibularapparates durchgeführt worden. Zudem



St.Galler Gerichte

sei offenbar gar nicht jeder akute Schwindelanfall mit einer vestibulären Störung einhergegangen, da mehrmals gar kein Nystagmus habe objektiviert werden können. Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit betrage aufgrund der Verletzungsgefahr und der Gefahr von Schaden an Material und Maschine bei plötzlichem Schwindel 0 %. In einer adaptierten Tätigkeit sei der Versicherte voll arbeitsfähig. Dr. med. M.____, FMH Innere Medizin, speziell Lungenkrankheiten, stellte eine schwere, akut nicht reversible Obstruktion fest. In einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten schätzte er die Arbeitsfähigkeit auf 100 %. Dr. med. N.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, gab als Diagnosen eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen und eine ängstlich-depressive Anpassungsstörung, deren Intensität und Ausprägungsgrad einer leichten depressiven Episode entspreche, an. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung habe er nicht diagnostizieren können, da der Versicherte sich bei der Untersuchung nicht mit einem vorherrschenden, andauernden, schweren und quälenden Schmerz präsentiert habe. Auch dissoziative Phänomene hätten nicht beobachtet werden können. Die Anpassungsstörung schränke den Versicherten in seinen kognitiven Fähigkeiten nicht ein, dieser habe aber psychisch vermindert belastbar und vermehrt aggressiv gewirkt. Die Anpassungsstörung könne durch das ausgeprägte Krankheitsgefühl sowie die dysfunktionale Krankheitsüberzeugung nicht erklärt werden. Das Antidepressivum sei lediglich im subtherapeutischen Bereich nachweisbar gewesen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. In polydisziplinärer Hinsicht schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als "Mitarbeiter Blechbearbeitung" auf 0 %. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe seit Mai 2003 (Bericht über die EFL) eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit. Die in qualitativer Hinsicht bestehenden Einschränkungen wegen der Störung des Gleichgewichtsorgans bestünden seit dem 23. Juni 2006. RAD-Arzt Dr. med. O.____ notierte am 4. Januar 2010, die Medas-Gutachter hätten nachvollziehbar ausgeführt, dass der Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (IV-act. 318).

A.I Auf eine Rückfrage hin erklärte Dr. I.____ von der Medas Zentralschweiz am 12. April 2010 (IV-act. 345), dass er als Spezialarzt FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation und Rheumatologie FMH qualifiziert sei, bildgebende Verfahren des Bewegungsapparates zu interpretieren. Des Weiteren seien radiologische Befunde



St.Galler Gerichte

selten derart typisch, dass nur eine einzige Interpretation in Frage komme. Die Methode des Upright MRI (früher fMRI genannt) habe sich im klinischen Alltag noch nicht etabliert. Der Nachweis der Sensitivität, Spezifität und Reliabilität dieser diagnostischen Methode sei noch nicht erbracht. Dies zeige sich auch darin, dass die Schweizer Universitätskliniken die Upright-MRI-Methode bisher nicht übernommen hätten. Hinzu komme, dass der Versicherte seine Schmerzen als immer gleich beschreibe und sich keine klare Abhängigkeit von der Körperposition habe finden lassen. Die Neurochirurgie des KSSG habe in ihrem Bericht vom 22. April 2009 ebenfalls nicht auf die Upright MRI-Befunde vom 30. August 2007 abgestellt. Zum HNO-Gutachten hielt Dr. I.____ fest, dass Dr. L.____ den Schwindel bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt habe, obwohl dessen Ursache unklar sei.

A.m RAD-Arzt Dr. O.____ hielt am 28. Mai 2010 fest (IV-act. 357), dass die subjektive Angabe von Schwindel so gut wie nicht objektiviert werden könne, was die arbeitsmedizinische Leistungsbeurteilung erschwere. Korrekterweise sei der Schwindel von der Medas als leistungseinschränkend berücksichtigt worden, indem sie gefahrgeneigte Tätigkeiten ausgeschlossen habe. Zur Patellafraktur, die sich der Versicherte am 16. Februar 2010 zugezogen hatte (IV-act. 349-1), führte der RAD-Arzt aus, dass eine solche normalerweise drei Monate nach dem Ereignis verheilt sein sollte.

A.n Mit Verfügung vom 28. Mai 2010 (IV-act. 358) eröffnete die IV-Stelle dem Versicherten, dass die Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats hin aufgehoben werde, da der Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 5 % ergeben habe. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte Beschwerde (IV-act. 362). Dr. med. P.____ von der orthopädischen Chirurgie des KSSG berichtete am 23. August 2010 (IV-act. 365), dass er den Versicherten zuletzt am 28. April 2010 beurteilt habe. Es habe sich eine vollständig konsolidierte Patellafraktur ohne grössere Stufenbildung gezeigt. Bei vollständiger Kniegelenksstreckung sei die Flexion noch eingeschränkt gewesen. Der Versicherte habe diffuse peripatelläre Schmerzen angegeben. Es seien keine speziellen therapeutischen Massnahmen mehr angezeigt.

A.o Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hiess die Beschwerde gegen die Rentenaufhebungsverfügung mit Entscheid vom 15. Februar 2012 (IV 2010/265)



St.Galler Gerichte

dahingehend gut, dass es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache zum Erlass einer neuen Verfügung zurückwies (IV-act. 372). Das Gericht erwog, dass das Verfügungsdispositiv nicht korrekt sei, da keine rechtskräftige Rentenverfügung existiere. Richtigerweise hätte die IV-Stelle eine Abweisungsverfügung erlassen müssen. Mit Vorbescheid vom 19. April 2012 (IV-act. 377) stellte die IV-Stelle bei einem IV-Grad von 5 % die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte einen Einwand erheben und weitere medizinische Berichte einreichen (IV-act. 381). Das psychiatrische Zentrum Q.____ hatte am 19. April 2012 berichtet, dass der Versicherte vom 8. März bis 21. Juli 2011 eine teilstationäre und danach eine ambulante Behandlung absolviert habe (IV-act. 381). Die Oberärztin Dr. med. R.____ hatte angegeben, dass der Versicherte aus psychiatrischer Sicht an einer generalisierten Angststörung (F41.1), an einer Agoraphobie (F40.4), an einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) und an einem Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung leide. Der Versicherte sei aufgrund des komplexen Gebildes von somatischen und psychiatrischen Diagnosen aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. RAD-Arzt Dr. med. S.____ notierte am 12. Juni 2012 (IV-act. 382), dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgeschlossen werden könne. Dr. R.____ berichtete am 6. September 2012 (IV-act. 394), dass der Versicherte weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig sei.

A.p Im Januar 2013 wurde der Versicherte durch das ABI polydisziplinär (allgemeininternistisch, psychiatrisch, orthopädisch, otorhinolaryngologisch) begutachtet (Gutachten vom 11. Juni 2013, IV-act. 402). Die Gutachter erklärten, dass bei den Untersuchungen wiederum die Schmerzen auf der linken Körperseite, welche sich vom Kopf bis zu den Zehen ausgedehnt hätten, im Vordergrund gestanden hätten. Dr. med. T.____ führte aus, dass die allgemeininternistische Untersuchung ausser einer Adipositas weitgehend unauffällig gewesen sei. Aus allgemeininternistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht eingeschränkt. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. U.____ gab an, dass der Versicherte zum einen an einer Schmerzfehlerverarbeitung leide, welche zu einer algogenen Verstimmung mit dysphorisch-aggressiven Reaktionen geführt habe. Zum anderen liege eine spezifische Phobie vor, welche in ihrem Ausmass jedoch nicht gravierend sei. Der Versicherte leide nicht an einer gravierenden chronischen Schmerzerkrankung. Zwar liege eine psychische Komorbidität vor, diese sei aber nicht von starker Ausprägung und Dauer.



Beim Asthma und beim Morbus Menière handle es sich um chronische körperliche Begleiterkrankungen. Der Versicherte habe von Treffen mit Landsleuten, von Ferienreisen in die Heimat und von Gruppenaktivitäten in der Tagesklinik berichtet. Angesichts des versicherungstechnischen Anliegens des Versicherten könnten die Fragen einer Therapieresistenz und eines mehrjährigen chronifizierten Verlaufs mit unveränderter oder progredienter Symptomatik nicht neutral beurteilt werden. Da die Foerster-Kriterien nicht erfüllt seien, könne von einer kaum eingeschränkten Fähigkeit zur Willensanstrengung ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Auch retrospektiv könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden, da sich der Zustand seit den Begutachtungen in den Jahren 2006 und 2009 nicht relevant verändert habe. Die von der Tagesklinik Q.____ gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode könne nicht bestätigt werden. Der Versicherte habe lediglich eine ernste, besorgte Stimmungslage gezeigt, jedoch keine vitale Traurigkeit, keine Antriebsstörung und keine Suizidalität aufgewiesen. Er habe in der Untersuchung frei kommunizieren können und sei emotional schwingungsfähig gewesen. Auch die Diagnose einer generalisierten Angststörung und jene einer Agoraphobie liessen sich nicht bestätigen, da der Versicherte das Haus verlasse. Der Versicherte habe angegeben, dass er sich in engen Räumen unwohl fühle, was die Diagnose einer spezifischen Phobie nahe lege. Die Diagnose einer Angststörung könne also bestätigt werden. Trotz dieser Phobie habe der Versicherte heute alleine mit dem Zug nach W.____ reisen können. Es sei daher davon auszugehen, dass die Angststörung eher leichtgradig und nicht arbeitsfähigkeitsrelevant sei. Der orthopädische Gutachter Dr. med. D. K.____ erklärte, dass das gesamte Beschwerdebild nach wie vor nur höchst unzureichend erklärbar sei. Aufgrund der objektivierbaren, gesamthaft allerdings eher leichtgradigen degenerativen Veränderungen an Hals- und Lendenwirbelsäule könne daselbst eine etwas verminderte Belastbarkeit begründet werden. Gleiches gelte für das rechte Knie. Unübersehbar seien erhebliche nichtorganische Faktoren vorhanden, die sich im Sinne eines nicht immer adäquat wirkenden Schmerzverhaltens und einer deutlichen Symptomausweitung und Selbstlimitation ausdrückten. Dem Versicherten seien spätestens seit der ersten Begutachtung im März 2005 körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Für körperlich adaptierte Arbeiten hätten in der Vergangenheit von Seiten des Bewegungsapparates keine erkennbaren Einschränkungen bestanden,



bevor sich der Versicherte am 16. Februar 2010 eine Patellafraktur zugezogen habe. Diese habe wohl vorübergehend zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten geführt, die aufgrund allgemeiner Erfahrung höchstens drei Monate gedauert haben dürfte. Anschliessend habe die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten wieder 100 % betragen. Der HNO-Gutachter Dr. med. E.____ erklärte, dass aufgrund der audiologischen Untersuchungsbefunde mit moderater Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit rechts sowie pancochleärer Schallempfindungsschwerhörigkeit links zum jetzigen Zeitpunkt qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden. Die initiale Verdachtsdiagnose eines Morbus Menière habe sich nicht bestätigt. Obwohl sich anamnestisch die Ausprägung der Stärke der Drehschwindelattacken über die Jahre eher reduziert habe, träten die Beschwerden etwa gleich häufig auf und dauerten bis zu zwei Stunden an. Aufgrund der Häufigkeit sowie der Ausprägung der Schwindelattacken sei der Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit zu 15 % arbeitsunfähig. Die otorhinolaryngologische Begutachtung im Jahr 2007 habe eine 30 %ige Arbeitsunfähigkeit ergeben. Die Symptomatik habe sich in der Zwischenzeit verbessert, sodass seit dem Jahr 2010 von der 15 %igen Einschränkung ausgegangen werden könne. Dr. med. X.____ gab an, dass die lungenfunktionelle Messung eine leichte bis mittelschwere Obstruktion gezeigt habe. Der Versicherte leide an einem Asthma bronchiale, das unter Inhalationstherapie bei nicht maximal ausgebauter antiobstruktiver Therapie nur mässig gut kontrolliert sei. Unter Belastung habe keine Arbeitshypoxämie festgestellt werden können. Aufgrund der vorliegenden Befunde betrage die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bzw. für alle körperlich schweren Arbeiten 100 %. Für körperlich vorwiegend leichte und nur gelegentlich mittelschwere Arbeiten ohne Kälte-, Nässe und Staubexposition bestehe eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit. In polydisziplinärer Hinsicht schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit April 2005 auf 0 %. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe wegen der Schwindelbeschwerden seit dem Jahr 2010 eine 15 %ige Arbeitsunfähigkeit.

A.q Am 2. Oktober 2013 stellte die IV-Stelle dem ABI diverse Rückfragen (IV-act. 403). Die Gutachter antworteten am 29. Oktober 2013 (IV-act. 406), dass die Ängste in Bussen, Liften und Menschenansammlungen aufträten. Daraus könne geschlossen werden, dass die spezifische Phobie wahrscheinlich in allen geschlossenen Räumen ohne klare Fluchtmöglichkeit auftrete. Interessant sei jedoch, dass der Versicherte



offenbar in der Lage gewesen sei, mit dem Zug nach W.____ zu reisen. Die spezifische Phobie habe insoweit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, als dem Versicherten Tätigkeiten in unterkellerten, fensterlosen, engen Räumen nicht zumutbar seien. Bei der Begutachtung habe keine verwertbare plethysmographische Messung vorgenommen werden können, da der Versicherte das Sitzen in einer geschlossenen Kabine nicht lange genug toleriert habe. Allein aufgrund von Schnarchen und Apnoen im Nachtschlaf lasse sich keine Diagnose stellen. Im Übrigen habe ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom bei Behandlung mittels CPAP-Therapie in der Regel keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Pneumologen Dr. Y.____ und Dr. M.____ seien im Jahr 2009 bzw. 2013 bezüglich der Arbeitsfähigkeit zum gleichen Schluss gelangt.

A.r Mit Vorbescheid vom 18. November 2013 (IV-act. 410) kündigte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 20 % die Abweisung des Rentengesuchs an. Zur Begründung führte sie an, dass der Versicherte ohne Behinderung in seiner angestammten Tätigkeit unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung ein Jahreseinkommen von Fr. 65'501.-- hätte erzielen können. Mit Behinderung sei ihm eine adaptierte Tätigkeit mit einer 15 %igen Leistungseinschränkung zumutbar. Gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) könne der Versicherte in einem Pensum von 85 % ein Jahreseinkommen von Fr. 52'510.-- erzielen. Dagegen liess der Versicherte am 10. Dezember 2013 einwenden (IV-act. 413), dass er zu 100 % arbeitsunfähig sei. Mit Verfügung vom 17. Januar 2014 (IV-act. 416) wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab. Zum Einwand hielt sie fest, dass der Versicherte keine neuen medizinischen Tatsachen bekannt gegeben habe.

B.

B.a Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 13. Februar 2014 Beschwerde und beantragte die Zusprache einer Rente (act. G 1). Er machte geltend, dass ihm auch leichte Tätigkeiten nur noch in Teilzeit möglich seien. Seine Beschwerden verstärkten sich von Jahr zu Jahr und seien sehr vielseitig. Er leide an Asthma, einem Lungenleiden, an Panikattacken, schweren Depressionen, Angstzuständen und Hüft-, Rücken- und Nackenbeschwerden. Für ihn sei nicht nachvollziehbar, wie er mit diesen Beschwerden einer Arbeit nachgehen sollte. Am 6.



St.Galler Gerichte

März 2014 stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (act. G 4).

B.b Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 8. April 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Sie brachte vor, dass das ABI-Gutachten ausführlich sei und dass dessen Schlussfolgerungen zusammen mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung als begründet erschienen. Demnach sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit zu 85 % arbeitsfähig sei.

B.c Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) wurde am 15. April 2014 bewilligt (act. G 6). Am 26. Mai 2014 beantragte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers die unentgeltliche Rechtsverteidigung (act. G 8). Diesem Gesuch wurde am 27. Mai 2014 entsprochen und Rechtsanwältin K. Herzog zur unentgeltlichen Rechtsbeiständin des Beschwerdeführers ernannt (act. G 9).

B.d Mit Replik vom 11. Juli 2014 (act. G 13) beantragte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers die Vornahme weiterer Abklärungen durch das Gericht resp. eventualiter durch die Beschwerdegegnerin. Sie machte geltend, dass das Gericht mit dem Urteil vom 9. Juni 2009 empfohlen habe, ein neues polydisziplinäres Gutachten bei einem nicht vorbefassten Begutachtungsinstitut in Auftrag zu geben. Trotzdem habe die Beschwerdegegnerin erneut das ABI mit der polydisziplinären Begutachtung beauftragt. Beim neuen Gutachten vom 11. Juni 2013 handle es sich zudem nur um eine Verlaufsbeurteilung. Dies widerspreche den gerichtlichen Vorgaben diametral. Hinzu komme, dass zwei der ursprünglichen Gutachter, Dr. K.____ und Dr. E.____, erneut eingesetzt worden seien. Es sei offensichtlich, dass dieselbe Gutachterstelle bzw. dieselben Gutachter ihre ursprüngliche Beurteilung nicht in Zweifel ziehen und diese kaum kritisch betrachten würden. Das ABI sei vorbefasst und könne den Sachverhalt daher nicht unabhängig beurteilen. Des Weiteren hätten Dr. K.____ auch bei der aktuellen Begutachtung keine Bilddokumente zur Verfügung gestanden, weshalb schon aus diesem Grund nicht auf die orthopädische Beurteilung abgestellt werden könne. Dr. E.____ habe dem Beschwerdeführer im Jahr 2007 eine 70 %ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Er habe den Verlauf des Morbus Menière damals als normalerweise progredient mit Zunahme der Anfallshäufigkeit und Zunahme des Hörverlustes



St.Galler Gerichte

bezeichnet. Ohne nachvollziehbare Begründung sei Dr. E.____ von dieser Begründung abgewichen und habe lediglich noch eine 15 %ige Arbeitsunfähigkeit angegeben. Schliesslich könne der Einfluss einer Schmerzverarbeitungsstörung auf die Arbeitsfähigkeit erst beurteilt werden, wenn eine beweistaugliche somatische Abklärung vorliege. Dies sei nicht der Fall, weswegen die psychiatrische Beurteilung nicht als Beweisgrundlage herangezogen werden könne.

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 14 f.)

B.f Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers reichte am 13. November 2014 eine Honorarnote über den Betrag von Fr. 3'212.35 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) ein (act. G 16). Sie wies darauf hin, dass der Sachverhalt überaus kompliziert und langwierig sei und die Fallakten über 800 Seiten beinhalteten.

B.g Am 19. Dezember 2014 reichte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers einen Bericht von Dr. med. Z.____ vom 21. November 2014 ein (act. G 18). Dieser hatte als Diagnose u.a. einen Status nach cervicocephalem Akzelerations-/Dezelerationstrauma vom "head contact"-Typ im Rahmen der Frontalkollision im Jahr 2002 mit rechtsseitigen Cervicocephalgien, posttraumatischer Labyrinthopathie links mit hochgradiger pantonaler sensori-neuraler Schwerhörigkeit links und peripher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung links mit Funktionsstörung des posturalen Kontrollsystems und reduzierter neuro-muskulärer Leistung der unteren Extremitäten angegeben. Dr. Z.____ hatte erklärt, dass die Frontalkollision im Jahr 2002 für die audio-neuro-otologische Symptomatik mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ursächlich gewesen sei. Gemäss den Aussagen des Beschwerdeführers sei er bisher nicht komplett neuro-otologisch untersucht worden. Ausserdem seien bisher keine gezielte Abklärung im Bereich des cervico-cranialen Übergangs mit der diagnostisch-therapeutischen Methode nach N. Bogduk und keine funktionaloptometrische Untersuchung erfolgt.

B.h Am 8. April 2015 teilte Rechtsanwältin A. Guyot mit, dass sie die anwaltliche Vertretung des Beschwerdeführers im vorliegenden Verfahren übernommen habe (act. G 20).



St.Galler Gerichte

B.i Am 8. August 2016 bat das Gericht die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (act. G 22), die Untersuchungsberichte betreffend die von Dr. Z.____ geplanten Abklärungen sowie allfällige weitere, nach Beschwerdeerhebung aufgelaufene medizinische Berichte, die für das vorliegende Verfahren relevant seien, einzureichen.

B.j Die Rechtsvertreterin teilte am 1. September 2016 mit (act. G 23), dass keine funktionaloptometrische Untersuchung stattgefunden habe. Zudem reichte sie eine ergänzende Honorarnote über Fr. 732.90 sowie diverse neue medizinische Berichte ein. Dr. rer. nat. med. pract. AA.____ vom Institut AB.____ AG hatte am 29. Januar und 12. Februar 2012 eine Intervention (diagnostische Blockaden C5/6) durchgeführt (act. G 23.1 und 23.2). Die Psychiatrische Klinik AC.____ hatte am 12. November 2014 über eine Hospitalisation vom 24. Juli bis 18. Oktober 2014 berichtet (act. G 23.4). Als Diagnosen waren eine mittelgradige depressive Episode, eine generalisierte Angststörung und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren genannt worden. Dieselbe Klinik hatte am 24. März 2015 über eine Behandlung vom 17. Februar bis 10. März 2015 berichtet (act. G 23.5). Als Diagnosen waren eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und eine Agoraphobie mit Panikstörung angegeben worden. Der Klinikaustritt war wegen eines Todesfalls in der Familie erfolgt. Vom 30. März bis 28. April 2015 wurde der stationäre Aufenthalt fortgesetzt. Im Austrittsbericht vom 3. Juni 2015 (act. G 23.6) hatte die Klinik eine depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und eine Agoraphobie mit Panikstörung genannt. Am 3. März 2016 hatte dieselbe Klinik über einen stationären Aufenthalt vom 18. November 2015 bis 12. Januar 2016 berichtet (act. G 23.7). Des Weiteren war am 15. August 2016 eine Hospitalisation im KSSG wegen eines symptomatischen tachykarden Vorhofflimmerns erfolgt (act. G 23.8).

B.k Am 30. September 2016 reichte die Rechtsvertreterin noch einen Bericht des behandelnden Psychiaters ein (act. G 25). Dr. med. AD.____ hatte am 29. September 2016 berichtet (act. G 25.1), dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung ohne psychotische Symptome (F33.2), an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und an einer Agoraphobie mit Panikstörung leide. Der Beschwerdeführer sei seit Beginn der Behandlung am 20.



St.Galler Gerichte

März 2014 aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsunfähig. Anamnestisch sei davon auszugehen, dass diese Arbeitsunfähigkeit bereits seit Jahren bestehe.

B.I Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme (vgl. act. G 26).

B.m Am 9. November 2016 bewilligte das Gericht die unentgeltliche Rechtsverbeiständung durch Rechtsanwältin A. Guyot (act. G 27) für das Beschwerdeverfahren für die Zeit ab 8. April 2015 (act. G 28).

Erwägungen

1.

1.1 Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 17. Januar 2014 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint. Der Beschwerdeführer hat sich im Juni 2003 zum Leistungsbezug angemeldet. Seither ist nie ein rechtskräftiger Entscheid über den Rentenanspruch ergangen. Gemäss dem geltenden Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Nun ist aber nach dem (lückenfüllend geschaffenen) Übergangsrecht der 5. IV-Revision die altrechtliche Regelung des Rentenbeginns weiter anzuwenden, sofern das Wartejahr vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens (1. Januar 2008) zu laufen begonnen hat und die Anmeldung bis spätestens Ende Juni 2008 erfolgt ist (vgl. das vom Bundesamt für Sozialversicherungen herausgegebene IV-Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007 sowie die Modifikation in BGE 138 V 475). Dies ist vorliegend der Fall, weshalb die altrechtliche Regelung des Rentenbeginns anwendbar ist. Nach aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG entsteht der Rentenanspruch – unabhängig vom Datum der Anmeldung – unmittelbar mit der Erfüllung des Wartejahres. Ein Anspruch auf Nachzahlung besteht grundsätzlich nur für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate (aArt. 48 Abs. 2 IVG). Der Beschwerdeführer macht geltend, seit September 2002 arbeitsunfähig zu sein (vgl. Bericht des Hausarztes Dr. B. ___ vom 4. Juli 2003). Ein Rentenanspruch könnte folglich frühestens ab September 2003 bestehen. Strittig ist im vorliegenden Verfahren demnach, ob der Beschwerdeführer ab September 2003 einen Anspruch auf eine IV-Rente hat oder nicht.



1.2 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 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent 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 ist 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad 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 könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.

2.1 Um das Invalideneinkommen und damit den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. In medizinischer Hinsicht liegen insbesondere vier Gutachten im Recht, nämlich die ABI-Gutachten vom 14. April 2005 und vom 9. Mai 2006 (inklusive otorhinolaryngologisches Teilgutachten vom 5. Juli 2007), das Medas-Gutachten vom 22. Dezember 2009 und das ABI-Gutachten vom 11. Juni 2013.



2.2 Vorab ist auf das Argument der Rechtsvertreterin, wonach die Beschwerdegegnerin nach dem Rückweisungs Urteil vom 9. Juni 2009 entgegen der Empfehlung des Versicherungsgerichts wieder ein Gutachten beim ABI in Auftrag gegeben habe und es sich bei diesem Gutachten vom 11. Juni 2013 zudem nur um ein Verlaufsgutachten gehandelt habe, einzugehen. Die Rechtsvertreterin hat übersehen, dass aufgrund des Rückweisungs Urteils vom 9. Juni 2009 eine umfassende Begutachtung (und nicht nur eine Verlaufsbeurteilung) durch die Medas Zentralschweiz erfolgt ist (Gutachten vom 22. Dezember 2009, IV-act. 317). Die anschliessende Verlaufsbeurteilung vom Januar 2013 (Gutachten vom 11. Juni 2013) ist nur deshalb wieder dem ABI in Auftrag gegeben worden, weil die Medas den Auftrag wegen einer angeblichen Morddrohung seitens des Beschwerdeführers abgelehnt hatte (IV-act. 393). Der Beschwerdeführer ist also durch zwei unterschiedliche Institutionen umfassend begutachtet worden. Die Argumentation der Rechtsvertreterin ist daher nicht stichhaltig.

2.3 In somatischer Hinsicht sind im jüngsten ABI-Gutachten als Diagnosen ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, anamnestisch mit Ausstrahlung ins linke Bein, aktuell ohne erkennbare neurologische Komponente, ein chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom links, chronische belastungsabhängige Knieschmerzen rechts, eine periphere vestibulo-cochleäre Funktionsstörung links, ein Tinnitus links, eine Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit rechts und ein Asthma bronchiale angegeben worden. Im Vordergrund der Untersuchungen hätten, wie auch bei früheren Abklärungen, die Schmerzen auf der linken Körperseite, welche sich vom Kopf bis zu den Zehen ausgedehnt hätten, gestanden. Der orthopädische Gutachter Dr. K.____ hat angegeben, dass das gesamte Beschwerdebild nach wie vor nur höchst unzureichend erklärbar sei. Aufgrund der objektivierbaren, gesamthaft allerdings eher leichtgradigen degenerativen Veränderungen an der HWS und LWS sowie im rechten Knie könne eine etwas verminderte Belastbarkeit begründet werden. Körperlich schwere Tätigkeiten wie die angestammte Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer spätestens seit der ersten ABI-Begutachtung im März 2005 nicht mehr zumutbar. In einer adaptierten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit bestehe hingegen eine volle Arbeitsfähigkeit. Die Patellafraktur, die sich der Beschwerdeführer am 16. Februar 2010 zugezogen habe, dürfte lediglich zu einer vorübergehenden, höchstens drei Monate dauernden vollen Arbeitsunfähigkeit geführt haben. Dr. K.____ hat den



Beschwerdeführer bereits bei der ersten ABI-Begutachtung untersucht und ist damals zum gleichen Ergebnis gekommen. Bei der zweiten ABI-Begutachtung im April 2006 ist der Beschwerdeführer u.a. rheumatologisch begutachtet worden. Dr. AE.____ ist ebenfalls zum Schluss gekommen, dass sich die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden und die ausgeprägte subjektive Behinderungsüberzeugung durch rein organisch-pathologisch-morphologische Befunde nicht erklären liessen. Aus diesem Grunde bestehe für geeignete mittelschwere Tätigkeiten auch keine relevante Funktionseinschränkung bezüglich der funktionellen Belastung der Wirbelsäule. Dr. AE.____ hat die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. K.____ bestätigt (IV-act. 194-16). Im September 2009 ist der Beschwerdeführer durch den Medas-Gutachter und Rheumatologen Dr. I.____ untersucht worden. Dieser hat erklärt, dass die aktuellen rheumatologischen Diagnosen denjenigen von Ende 2002 und des Jahres 2004 sehr ähnlich seien. Analog zur Beurteilung von Dr. K.____ hat er dem Beschwerdeführer für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bescheinigt. Die gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzungen aus rheumatologischer und orthopädischer Sicht stimmen somit überein. Die Rechtsvertreterin hat moniert, dass Dr. K.____ bei der aktuellsten Begutachtung keine Bilddokumente zur Verfügung gestanden hätten und bereits aus diesem Grund nicht auf seine Beurteilung abgestellt werden könne. Tatsächlich hat Dr. K.____ im Gutachten vom 11. Juni 2013 erklärt, dass ihm keine Bilddokumente vorlägen. Auf die Anfertigung neuer Röntgenbilder hat er zum Schutz des Beschwerdeführers vor unnötiger Strahlenbelastung mit der Begründung verzichtet, dass dieser bei im Wesentlichen gleichbleibenden Beschwerden bereits wiederholt ausführlich bildgebend abgeklärt worden sei, ohne dass eine klare Begründung für die diffusen Beschwerden hätte gefunden werden können, dass eine konkrete Fragestellung gefehlt habe und dass von neuen Röntgenbildern kaum ein für die versicherungsmedizinische Beurteilung auf orthopädischer Ebene relevanter Informationsgewinn zu erwarten gewesen wäre (IV-act. 402-30). Die medizinischen Sachverständigen haben bei der Wahl der geeigneten Untersuchungsmethoden im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz einen gewissen Ermessensspielraum. Dem Gericht fehlt denn auch das Fachwissen, um beurteilen zu können, welche medizinischen Untersuchungen im konkreten Fall notwendig sind. Dr. K.____ hat eingehend und plausibel begründet, weshalb er auf die Anfertigung aktueller



Bildaufnahmen verzichtet hat. Es ist daher davon auszugehen, dass neue Röntgenaufnahmen keine weiteren Erkenntnisse bezüglich der geltend gemachten Beschwerden am Bewegungsapparat gebracht hätten, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung gehabt hätten. Bezüglich der Ergebnisse des fMRI resp. Upright MRI ist anzumerken, dass Dr. I.____ überzeugend dargelegt hat, weshalb die Resultate des im August 2007 durchgeführten fMRI bzw. Upright MRI an seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung nichts zu ändern vermögen. So bestehe ein Interpretationsspielraum bei der Beurteilung radiologischer Befunde, die Methode des Upright MRI sei im klinischen Alltag noch nicht etabliert, der Nachweis der Sensitivität, Spezifität und Reliabilität dieser diagnostischen Methode sei nicht erbracht und beim Beschwerdeführer habe sich keine klare Abhängigkeit der Schmerzen von der Körperposition finden lassen (siehe Schreiben vom 12. April 2010, IV-act. 345). Mit Bezug auf die Patellafraktur ist anzumerken, dass eine gesundheitliche Verschlechterung für den Rentenanspruch erst relevant ist, wenn sie mehr als drei Monate gedauert hat (siehe Art. 88a Abs. 2 IVV). Die Angabe von Dr. K.____, dass die Patellafraktur höchstens eine dreimonatige Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt hat, wird von RAD-Arzt Dr. O.____ gestützt (Stellungnahme vom 28. Mai 2010, IV-act. 357). Zudem hat Dr. P.____ am 28. April 2010, d.h. bereits etwas mehr als zwei Monate nach dem Kniescheibenbruch am 16. Februar 2010, eine vollständig konsolidierte Patellafraktur ohne grössere Stufenbildung festgestellt. Die Beurteilung von Dr. K.____, wonach die Patellafraktur nicht zu einer länger als drei Monate dauernden Arbeitsunfähigkeit geführt hat, überzeugt daher. Demnach ist auf die übereinstimmende Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter abzustellen. Aus rheumatologischer und orthopädischer Sicht hat also mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nie eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit in einer körperlich adaptierten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit bestanden. In der angestammten Tätigkeit in der Metallverarbeitung ist der Beschwerdeführer demgegenüber spätestens seit März 2005 zu 100 % arbeitsunfähig.

2.4 Im Teilgutachten vom 5. Juli 2007 hat der HNO-Gutachter Dr. E.____ erklärt, dass der Beschwerdeführer anamnestisch seit Juni 2006 ca. drei bis fünf Drehschwindelattacken von jeweils drei bis vier Stunden Dauer gehabt habe. Dr. E.____ war damals noch von der Diagnose eines Morbus Menière ausgegangen und hat die Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auf 30 % geschätzt. Demgegenüber



hat Dr. L.____ von der Medas Zentralschweiz bei der Begutachtung im September 2009 keinen Hinweis für eine zentrale oder peripher-vestibuläre Funktionsstörung gefunden und die Diagnose eines Morbus Menière nicht bestätigt. Sie hat darauf hingewiesen, dass bisher nie eine peripher-vestibuläre Funktionsstörung links gemessen worden sei. Mit grösster Wahrscheinlichkeit leide der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden, passageren, peripher-vestibulären Funktionsstörung unklarer Genese. Dr. L.____ hat die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wegen der Gefahr von Schaden an Material und Maschine bei plötzlichem Schwindel auf 0 % geschätzt. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe aber eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit. Dr. I.____ hat am 12. April 2010 ergänzend festgehalten, dass Dr. L.____ den Schwindel in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt habe, obwohl dessen Ursache unklar sei. Im Gutachten vom 11. Juni 2013 hat Dr. E.____ dem Beschwerdeführer wegen einer peripheren vestibulo-cochleären Funktionsstörung links eine 15 %ige Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit attestiert. Er hat erklärt, dass sich die initiale Verdachtsdiagnose eines Morbus Menière nicht bestätigt habe. Die 15 %ige Arbeitsunfähigkeit begründete er mit Arbeitsabsenzen wegen der fünf Minuten bis zwei Stunden dauernden Drehschwindelattacken. Anamnestisch habe sich die Ausprägung und die Stärke der Drehschwindelattacken über die Jahre eher reduziert, sodass es nur noch im Jahre 2009 zu einer notfallmässigen Spitaleinweisung gekommen sei. Die zeitliche Häufigkeit sei in etwa unverändert geblieben. Bezüglich der Frequenz und Dauer der Schwindelattacken sind dem Gutachten unterschiedliche Angaben zu entnehmen: Die HNO-Klinik des KSSG hat am 28. Juni 2006 über zwei bis dreimal pro Tag plötzlich auftretenden Schwindel berichtet. Am 23. November 2006 hat dieselbe Klinik erklärt, dass der Beschwerdeführer zwischen Juni und November 2006 drei Schwindelanfälle erlitten habe, die jeweils zwei bis drei Wochen angedauert hätten. Dr. E.____ hat in seinem Teilgutachten vom 5. Juli 2007 von drei bis fünf Drehschwindelattacken im Zeitraum Juni 2006 bis Juni 2007 gesprochen und die Dauer auf drei bis vier Stunden festgesetzt. Während der Beschwerdeführer gemäss dem Gutachten vom 14. April 2005 bereits anlässlich der ersten ABI-Begutachtung über Schwindel geklagt hat, hat er dies gegenüber Dr. L.____ negiert und erklärt, erst seit Juni 2006 an Schwindelbeschwerden zu leiden. Dr. L.____ hat angegeben, dass seit Juni 2006 zwei bis drei Mal pro Woche akute Drehschwindelattacken aufgetreten seien, die zwischen 30 Minuten und sieben Stunden angedauert hätten. Zusätzlich "überfielen" den



Beschwerdeführer zwei bis fünf Mal pro Woche noch andere Schwindelbeschwerden, wobei es sich hierbei nicht um einen Drehschwindel handle. Meistens dauerten diese Anfälle nur fünf bis zehn Minuten. Gegenüber Dr. Z.____ hat der Beschwerdeführer schliesslich angegeben, dass die Schwindelbeschwerden seit dem Autounfall im Jahr 2002 bestünden und manchmal bis zu zwei Stunden andauerten. Die Angaben des Beschwerdeführers zu den Schwindelbeschwerden variieren somit stark. Zudem handelt es sich um subjektive Angaben, die sich so gut wie nicht objektivieren lassen (siehe RAD-Stellungnahme vom 28. Mai 2010, IV-act. 357). Letztlich kann jedoch offen gelassen werden, ob die geltend gemachten Schwindelbeschwerden bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung zu berücksichtigen sind. Denn auch wenn mit Dr. E.____ von einer 15 %igen oder sogar von einer 30 %igen Arbeitsunfähigkeit aus otorhinolaryngologischer Sicht ausgegangen würde, hätte der Beschwerdeführer, wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, keinen Anspruch auf eine IV-Rente. Die Rechtsvertreterin hat im Beschwerdeverfahren einen Bericht von Dr. Z.____ vom 21. November 2014 eingereicht. Dieser hat als Diagnose u.a. eine peripher-zentrale vestibuläre Funktionsstörung links mit Funktionsstörung des posturalen Kontrollsystems und reduzierter neuro-muskulärer Leistung der unteren Extremitäten angegeben. Er hat weitere Untersuchungen angeordnet, die jedoch entweder nicht stattgefunden haben (funktionaloptometrische Untersuchung) oder nicht zu weiterführenden Erkenntnissen bezüglich der Schwindelbeschwerden geführt haben. Hinzu kommt, dass bekannt bzw. gerichtsnotorisch ist, dass Dr. Z.____ jeweils sehr viele Untersuchungen durchführt, die letztlich nur wenig zur im Berufsalltag relevanten Situation beitragen. Denn nicht von jedem leicht abweichenden Normbefund kann auf eine anspruchsrelevante Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 11. November 2014, IV 2012/194 E. 4.5). Der Bericht von Dr. Z.____ vermag somit keine Zweifel an den Beurteilungen von Dr. E.____ und Dr. L.____ zu wecken. Somit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer wegen der Schwindelbeschwerden in einer adaptierten Tätigkeit ca. ab Juni 2006 maximal zu 30 % und spätestens ab dem Jahr 2010 maximal zu 15 % arbeitsunfähig gewesen ist.

2.5 Des Weiteren leidet der Beschwerdeführer gemäss Dr. X.____ an einem Asthma bronchiale (leichte bis mittelschwere Obstruktion, Gutachten vom 11. Juni 2013). Eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bzw. in allen körperlich schweren



Tätigkeiten hat sie verneint. In einer adaptierten, körperlich vorwiegend leichten und nur gelegentlich mittelschweren Tätigkeit bestehe aus pneumologischer Sicht hingegen eine volle Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzung stimmt mit jenen der ABI-Gutachter vom 14. April 2005 und 9. Mai 2006 sowie mit jener des Medas-Gutachters überein. Demzufolge ist der Beschwerdeführer aus pneumologischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig.

2.6 Somit bleibt noch die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zu ermitteln. Weder die psychiatrischen Gutachter des ABI (Dr. AF.____, Dr. AG.____ und Dr. U.____) noch jener der Medas (Dr. N.____) haben eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angegeben. Dr. AF.____ hat im Gutachten vom 14. April 2005 als Diagnosen eine Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2), und eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F68.0) genannt. Dr. AG.____ hat diese Diagnosen bestätigt. Dr. N.____ hat in seinem Gutachten ebenfalls die Diagnose einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen genannt. Zudem hat er eine ängstlich-depressive Anpassungsstörung, deren Intensität und Ausprägungsgrad einer leichten depressiven Episode entspreche, diagnostiziert. Dr. U.____ hat schliesslich als Diagnose eine spezifische Phobie und eine Schmerzfehlerverarbeitung mit algogener Verstimmung angegeben. Zwar unterscheiden sich die Diagnosen der psychiatrischen Gutachter teilweise leicht, was insbesondere auf den Zeitfaktor zurückzuführen ist, zumal zwischen der ersten und der letzten psychiatrischen Begutachtung mehr als acht Jahre liegen. Viel relevanter ist jedoch, dass die Gutachter die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht alle gleich eingeschätzt haben. Demgegenüber hat die Klinik Valens die Arbeitsfähigkeit für die Zeit nach dem Klinikaustritt am 11. Oktober 2005 in einer adaptierten Tätigkeit auf lediglich 50 % geschätzt (Aufenthalt vom 20. September bis 11. Oktober 2005). Als Diagnosen hat sie u.a. eine somatoforme Schmerzstörung, eine angstbetonte, mittelgradig ausgeprägte Depression und Abwesenheitszustände im Rahmen einer Konversionsstörung angegeben. Dr. N.____ hat dieser Einschätzung entgegnet, dass er keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung habe diagnostizieren können, weil sich der Beschwerdeführer bei der Untersuchung nicht mit einem vorherrschenden, andauernden, schweren und quälenden Schmerz präsentiert habe. Gemäss der ICD-10-Klassifikation ist die vorherrschende Beschwerde bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz,



der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann (siehe ICD-10: F45.4). Die Argumentation von Dr. N.____ überzeugt. Aus seinem Teilgutachten geht nämlich hervor, dass er bei der psychiatrischen Untersuchung auch das Schmerzverhalten beobachtet hat und der Beschwerdeführer auf ihn keinen schmerzerfüllten Eindruck gemacht hat (siehe z.B. IV-act. 317-87 ff.). Dr. N.____ hat weiter erklärt, dass er keine dissoziativen Phänomene habe beobachten können. Auch dem Austrittsbericht der Klinik Valens vom 18. Oktober 2005 sind keine Hinweise zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer während des Klinikaufenthalts unter Abwesenheitszuständen gelitten hätte. Aus dem Bericht ist ersichtlich, dass diese Diagnose offenbar im Rahmen eines neurologischen Konsiliums wegen einer unklaren Bewusstseinstörung am 29. Juni 2005 gestellt worden war. Allerdings ist unklar, worum es sich dabei tatsächlich gehandelt hat. Zudem sind den übrigen Akten keinerlei Hinweise für aufgetretene Bewusstseinstörungen zu entnehmen. Schliesslich hat sogar die behandelnde Psychiaterin Dr. D.____ am 25. Oktober 2005 und damit kurz nach dem Klinikaustritt erklärt, dass sie sich vollumfänglich den Schlussfolgerungen des ABI anschliesse. Der Bericht der Klinik Valens vermag somit keine Zweifel an den gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzungen zu wecken. Der behandelnde Psychiater Dr. H.____ hat dem Beschwerdeführer im Februar 2008 wegen des Schmerzgeschehens, des Kraftmangels sowie motivational eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Diese Einschätzung überzeugt nicht, weil einerseits eine fehlende Motivation keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermag und Dr. H.____ andererseits eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert und die Schmerzen in seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt hat, obwohl gemäss Dr. N.____ diese Diagnose nicht gestellt werden kann. Schliesslich hat die behandelnde Psychiaterin Dr. R.____ dem Beschwerdeführer wegen einer generalisierten Angststörung, einer Agoraphobie und einer mittelgradigen depressiven Episode am 19. April und 6. September 2012 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der im Bericht vom 19. April 2012 angegebene Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung hat sich offenbar nicht bestätigt, da Dr. R.____ diese Diagnose im aktuelleren Bericht vom 6. September 2012 nicht mehr genannt hat. Dr. U.____ hat der Einschätzung von Dr. R.____ entgegengehalten, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten Ängste (Angst vor Menschen, Bussen und Liften) mehrheitlich klaustrophobischen Charakter hätten.



Auffällig sei, dass der Beschwerdeführer zur aktuellen Untersuchung ohne Begleitung mit dem Zug von AH.____ nach W.____ habe fahren können. Zudem verlasse der Beschwerdeführer das Haus. Die klaustrophobischen Ängste seien somit nicht sonderlich stark ausgeprägt, weshalb ihnen keine quantitative, sondern nur eine qualitative Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukomme (keine Tätigkeiten in unterkellerten, fensterlosen, engen Räumen). Auch in den neuesten psychiatrischen Berichten ist keine Diagnose einer generalisierten Angststörung angegeben worden (siehe Berichte der Psychiatrische Klinik AC.____ vom 24. März 2015, 3. Juni 2015 und 3. März 2016 sowie den Bericht von Dr. AD.____ vom 29. September 2016). Demnach ist nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer an einer generalisierten Angststörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit leidet. Die Argumentation von Dr. U.____, dass die klaustrophobischen Ängste nicht sehr stark ausgeprägt seien, überzeugt. Denn dass der Beschwerdeführer die gut zweistündige Zugfahrt nach W.____ alleine hat bewältigen können, beweist, dass er in der Lage ist, im Alltag mit den klaustrophobischen Ängsten umzugehen. Auch ist es ihm offenbar möglich, als Beifahrer stundenlange Fahrten mit dem Auto in seine Heimat zu unternehmen und Restaurants zu besuchen (IV-act. 402-22). Die klaustrophobischen Ängste haben somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinen quantitativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Mit Bezug auf die von Dr. R.____ diagnostizierte mittelgradige Depression hat Dr. U.____ ausgeführt, dass sich diese Diagnose nicht bestätigen lasse. Der Beschwerdeführer habe in der Untersuchung lediglich eine ernste, besorgte Stimmungslage gezeigt, jedoch keine vitale Traurigkeit, keine Antriebsstörung und keine Suizidalität aufgewiesen. Er habe in der Untersuchung frei kommunizieren können und sei emotional schwingungsfähig gewesen. Dass der Beschwerdeführer zumindest im Begutachtungszeitpunkt (Januar 2013) nicht an einer Depression mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gelitten hat, überzeugt auch vor dem Hintergrund, dass er, von Dr. U.____ auf seine Leiden angesprochen, lediglich die somatischen Beschwerden und die Ängste erwähnt hat (IV-act. 402-20). Auch hat er gegenüber Dr. U.____ nicht angegeben, dass es ihm in Bezug auf die depressive Symptomatik zwischenzeitlich, d.h. seit der Begutachtung durch die Medas Zentralschweiz im September 2009, schlechter gegangen wäre. Hinzu kommt, dass Dr. R.____ offenbar hauptsächlich die Schwindelbeschwerden und die Angstattacken als die Arbeitsfähigkeit einschränkend angesehen hat (IV-act. 394-3). Insgesamt vermögen



somit auch die Berichte und die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. R.____ die gutachterlichen Beurteilungen nicht in Zweifel zu ziehen. Mit Dr. U.____ ist somit in Übereinstimmung mit den gutachterlichen Einschätzungen von Dr. AF.____, Dr. AG.____ und Dr. N.____ davon auszugehen, dass aus psychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bis zum Verfügungszeitpunkt (17. Januar 2014) nie eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Ob nach Verfügungserlass eine Verschlechterung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten ist, wie dies die im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte der Psychiatrischen Klinik AC.____ vom 12. November 2014, 24. März 2015, 3. Juni 2015 und 3. März 2016 und der Bericht von Dr. AD.____ geltend machen, muss offen gelassen werden, weil der Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens nur den Sachverhalt bis zum Erlass der Verfügung (17. Januar 2014) umfasst.

2.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter in der Metallverarbeitung zwar voll arbeitsunfähig ist. In einer körperlich adaptierten, vorwiegend leichten und nur gelegentlich mittelschweren Tätigkeit ist der Beschwerdeführer wegen der Schwindelbeschwerden von ca. Juni 2006 bis Ende 2009 aber zu maximal 30 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem Jahr 2010 besteht maximal eine Arbeitsunfähigkeit von 15 %.

3.

3.1 Somit bleibt noch der Einkommensvergleich zu überprüfen. Der Beschwerdeführer hat zuletzt als Hilfsarbeiter in der Metallverarbeitung gearbeitet. Bei dieser Tätigkeit handelt es sich daher um die Validenkarriere. Der Beschwerdeführer ist bis September 2002 erwerbstätig gewesen. Im Jahr 2001 hat er ein Einkommen von Fr. 57'446.-- erzielt. Der frühestmögliche Rentenbeginn wäre der September 2003 (siehe Erw. 1.1), weshalb der Einkommensvergleich anhand der Löhne des Jahres 2003 vorzunehmen ist. Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2003 hat das Valideneinkommen somit Fr. 59'137.-- betragen ($\text{Fr. } 57'446.-- \div 1902 \times 1958$, siehe T 39 der Lohnentwicklung 2014 des Bundesamtes für Statistik). Das Invalideneinkommen ist anhand von Tabellenlöhnen zu berechnen, da dem Beschwerdeführer die angestammte, körperlich schwere Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist. Das



durchschnittliche Einkommen eines Hilfsarbeiters hat im Jahr 2003, aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden, Fr. 57'745.-- betragen (s. Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2006). Bei rein körperlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ist ein Tabellenlohnzug von 10 % angemessen. Bei einem (maximalen) Arbeitsunfähigkeitsgrad von 30 % und einem Tabellenlohnabzug von 10 % resultiert ein IV-Grad von aufgerundet 39 %. Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 15 % und einem 10 %igen Abzug vom Tabellenlohn beträgt der IV-Grad abgerundet 25 %. Der Beschwerdeführer hat somit weder einen unbefristeten noch einen befristeten Anspruch auf eine IV-Rente.

3.2 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 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. Die Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- ist dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

4.2 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 (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. In einem durchschnittlichen IV-Rentenfall spricht das Versicherungsgericht praxismässig eine pauschale Entschädigung von Fr. 3'500.-- zu. Im vorliegenden Fall hat Rechtsvertreterin K. Herzog für die Zeit bis und mit 13. November 2014 eine Honorarnote über den Betrag von Fr. 3'212.35 eingereicht (Stundenansatz von Fr. 250.--). Die Honorarnote von A. Guyot, die die Rechtsvertretung des Beschwerdeführers ab dem 8. April 2015 übernommen hat, hat Fr. 732.90 betragen (Stundenansatz von Fr. 250.--) Die Rechtsvertreterinnen haben den Beschwerdeführer



St.Galler Gerichte

erst im Beschwerdeverfahren vertreten, d.h. sie haben die Akten zuvor noch nicht gekannt. Das Aktendossier des Verwaltungsverfahrens umfasst 421 Seiten (beidseitig bedruckt) und enthält vier medizinische Gutachten. Streitgegenstand ist der Rentenanspruch ab dem Jahr 2003, also für den Zeitraum von über 10 Jahre gewesen. Die Rechtsvertreterin A. Guyot hat die Rechtsvertretung des Beschwerdeführers zwar erst nach Ablauf des Schriftenwechsels übernommen. Sie hat jedoch auf Aufforderung des Gerichts noch diverse medizinische Berichte eingeholt. Der vorliegende Fall ist somit klar überdurchschnittlich aufwändig gewesen, weshalb die geforderte Parteientschädigung von insgesamt Fr. 3'945.25 angemessen erscheint (Fr. 3'212.35 + Fr. 732.90). Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Somit entschädigt der Staat die Rechtsvertreterin K. Herzog mit Fr. 2'569.90 und die Rechtsvertreterin A. Guyot mit Fr. 586.30 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

4.3 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Parteientschädigung 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 Gerichtskosten von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.

3.



Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, K. Herzog, zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 2'569.90 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

4.

Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, A. Guyot, zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 586.30 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).