

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/94 vom 6. Dezember 2016

Sg Versicherungsgericht, 2016-12-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_94

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/94 du 6 décembre 2016

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/94 del 6 dicembre 2016

Regeste

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).

Erwägungen

E. 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 ausgeglichen 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).

E. 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 Rückweisungsurteil 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 Rückweisungsurteils 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 Arbeitsunfähigkeit 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 anspruchrelevante 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 Bewusstseinsstrübung 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 Bewusstseinsstrübungen 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 %.

E. 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 Validenkariere. 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 (Fr. 57'446.-- ÷ 1902 x 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.

E. 4

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

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