

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/394 vom 3. August 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-08-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2016_394

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/394 du 3 août 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/394 del 3 agosto 2010

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

1.1 Im Streit liegt die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14. Oktober 2016, mit welcher sie das Leistungs-, namentlich das Rentengesuch des Beschwerdeführers vom 3. August 2010, abwies. - Berufliche Massnahmen hatte sie früher mit Verfügung vom 7. Juni 2011 abgewiesen, weil sich der Beschwerdeführer, dem körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar seien, damals nicht in der Lage gefühlt habe, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. - Mit der Beschwerde lässt der Beschwerdeführer im Hauptstandpunkt beantragen, die Sache sei zur Vornahme von Eingliederungsmassnahmen, eventuell zur Rentenzusprache, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ein berufliche Massnahmen betreffendes neues Gesuch vor der Beschwerde ist nach Lage der Akten nicht gestellt worden. Ein entsprechender Anfechtungsgegenstand liegt demnach nicht vor. Diesbezüglich ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. 1.2 Streitgegenstand bildet vielmehr der allfällige Rentenanspruch des Beschwerdeführers. - Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

E. 2

2.1 Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. 2.2 Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Der Arzt sagt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (vgl. BGE 107 V 17 = ZAK 1982 S. 34). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V

99 f. E. 4, BGE 141 V 281 E. 5.2.1). 2.3 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29ter IVV; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S K. vom 26. März 2004, I 19/04).

E. 3

3.1 Der Beschwerdeführer meldete sich infolge von Gesundheitsschädigungen an, die er durch einen Autounfall vom 11. Dezember 2009 erlitten habe. Der Beschwerdeführer war nach dem Unfall während zweier Wochen im Ausland hospitalisiert gewesen. Zu einem Zeitpunkt vor dem 13. Januar 2010 war er durch Dr. C.____, bei der er schon längere Zeit in Behandlung gestanden hatte, beim Neurologen Dr. B.____ angemeldet worden. Beide behandelnden Ärzte attestierten ihm (gut neun bzw. zehn Monate nach dem Unfall, Berichte vom 19. Oktober 2010 und 30. September 2010) noch immer volle Arbeitsunfähigkeit. Vom 21. Oktober bis 2. Dezember 2010 fand in der Folge ein Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon statt. Diese Spezialklinik für traumatologische Akutrehabilitation, berufliche Integration und medizinische Expertisen gab bekannt, der Beschwerdeführer sei (zwar für schwere rückenbelastende Arbeit nicht mehr, aber) für eine adaptierte leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags arbeitsfähig. Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beruhte, wenn sie auch nicht geradezu die Dimension einer Begutachtung aufwies, nicht nur auf einer Erhebung der Anamnese und der Befunde (Bewegungsapparat allgemein, Neurostatus, internistischer Befund), sondern auch auf einer Kenntnisnahme von der Schadenmeldung UVG, vom Austrittsbericht der ausländischen Klinik ("Entlassungsbrief"), vom Bericht (vom 2. April 2010, UV-act. 2-36 f.) von Dr. B.____ über die Untersuchung vom 31. März 2010 und von einem CT vom 11. Dezember 2009. Es fanden ausserdem eine neurologische Konsiliaruntersuchung und diverse bildgebende diagnostische Massnahmen und namentlich Basistests zu verschiedenen Tätigkeiten (etwa Heben, Tragen, Handkraft, Arbeit über Kopfhöhe, Sitzen usw.) statt. Psychiatrische Aspekte brachte der Beschwerdeführer beim Aufenthalt soweit ersichtlich nicht zur Sprache. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Rehaklinik Bellikon nach mehrwöchiger Beobachtungszeit erscheint, zumindest was die damalige somatische medizinische Sachlage betrifft, stichhaltig. Die Psyche des Beschwerdeführers hatte in der Klinik nicht zu ärztlichen Bemerkungen Anlass gegeben. Wie sich aus dem Folgenden (aus dem Begutachtungsergebnis des ABI) ergibt, ist auch keine Ergänzung aufgrund eines die Arbeitsfähigkeit einschränkenden psychiatrischen Leidens zu machen. 3.2 Im August 2012 ist der Gesundheitszustand (samt Arbeitsfähigkeit) des Beschwerdeführers, der gemäss dem Bericht von Dr. D.____ vom 30. August 2011 bereits seit August 2010 in ihrer psychiatrischen Behandlung stand und der voll arbeitsunfähig sei, durch das ABI polydisziplinär begutachtet worden. Für eine körperlich leichte - im Unterschied zur Beurteilung der Rehaklinik Bellikon aber nicht auch für mittelschwere - adaptierte Tätigkeit wurde ihm insgesamt aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert. Die Begutachtung erfolgte in Kenntnis der Vorakten, nach Aufnahme des allgemeininternistischen Status, Laboruntersuchungen sowie Teilbegutachtungen in psychiatrischer, orthopädischer und neurologischer Hinsicht (jeweils mit Anamnese- und

Befundaufnahme). Es lagen gemäss Gutachten ein CT der BWS und LWS einschliesslich sagittaler und koronarer Reformationen und 3D-Darstellung sowie ein MRI der gesamten Wirbelsäule, je vom 25. Mai 2012 (Uniklinik Balgrist), vor. Alle ABI-Untersuchungen fanden vor der thorakolumbalen Operation vom 24. August 2012 in der Klinik E. ___ statt. - Der Gutachter der Orthopädie hielt jedoch im Hinblick auf die bei Erstellung des Gutachtens (Gutachtensdatum vom Oktober 2012) bereits bekannte Behandlung durch jene Klinik fest, invasive Massnahmen sollten bei deutlichen Hinweisen auf Schmerzausweitung nur mit grösster Zurückhaltung indiziert werden, da von ihnen keine klare Beschwerdeverbesserung erwartet werden könne. Im Übrigen wies er darauf hin, dass eine Spondylarthrose (wie dort diagnostiziert) auf den aktuellen Bilddokumenten gar nicht festzustellen sei. Das vermeintlich differenzierte Ansprechen auf Infiltration von fünf oder mehr Segmenten sei ausserdem kaum dazu geeignet, eine Spondylodese zu indizieren. - Der Gutachter der Neurologie befasste sich sogar bereits insofern mit den Folgen jener Operation - den Experten hatte gemäss dem Gutachten bereits der Austrittsbericht der Klinik E. ___ vom 29. August 2012 vorgelegen - , als er deswegen eine vorläufige (volle) Arbeitsunfähigkeit (für sechs Wochen) annahm. - Der Gutachter der Psychiatrie erhob und beschrieb die Befunde und gelangte zum Ergebnis, dass ausser einer Schmerzverarbeitungsstörung, welche die Arbeitsfähigkeit nicht tangiere, keine psychiatrische Diagnose zu stellen sei. Aufgrund der ausgeprägten (nicht krankheitswertigen) subjektiven Krankheitsüberzeugung zeige der Beschwerdeführer wenig Motivation, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen. Die hierzu nötige Willensanstrengung aufzubringen, sei ihm aber zumutbar. Das von der behandelnden Psychiaterin beschriebene depressive Zustandsbild sei nach ihrer Definition sehr leichtgradig. Bei der Begutachtung hätten sich keine Hinweise auf eine depressive Störung gefunden. Der Gutachter setzte sich zudem mit der Frage nach Einschränkungen und mit den Ressourcen auseinander und beachtete auch das Alltagsverhalten des Beschwerdeführers. - Die Begutachtung basiert somit auf umfassenden Abklärungen. Das Ergebnis ist nachvollziehbar begründet worden. Es kann darauf (für den betreffenden Zeitraum) abgestellt werden. - Der das ABI-Begutachtungsergebnis betreffende Einwand des Beschwerdeführers, wonach das Institut die Schmerzen auf eine Schmerzverarbeitungsstörung zurückgeführt habe, während in der Folge aber ein Wirbelsäuleingriff vorgenommen worden und eine Besserung eingetreten sei, gibt nicht Anlass für einen Zweifel. Der betreffende Gutachter hatte mit entsprechender Begründung eine gute Prüfung der Voraussetzungen einer Operationsindikation befürwortet und diesbezüglich Zurückhaltung empfohlen, was nicht Grund zur Beanstandung gibt.

3.3 Nach der Operation in der Klinik E. ___ vom 24. August 2012 attestierte Dr. C. ___ dem Beschwerdeführer am 13. Mai 2013 weiterhin (wie schon ab 2009) eine volle Arbeitsunfähigkeit. Dr. D. ___ rechnete am 19. Juni 2013 mit einer allfälligen Wiederaufnahme der Tätigkeit durch den Beschwerdeführer zu 20 % auf Februar 2014, also auf acht Monate hinaus. Am 30. Januar 2014 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. B. ___ operiert; der Arzt machte dorsolaterale transpedikuläre Spondylodesen L3/4. Er berichtete, nach der Operation in der Klinik E. ___ hätten sich die Schmerzen des Beschwerdeführers im thorakolumbalen Übergang gebessert gehabt und auch nach der Operation vom 30. Januar 2014 habe er eine langsame Besserung der Kreuzschmerzen erfahren. Ab April 2014 habe er dann über eine langsame Verschlechterung mit Zunahme der ins rechte Bein ausstrahlenden Schmerzen berichtet. Am 28. August 2014 nahm Dr. B. ___ bei einer weiteren Operation eine mikrochirurgische Dekompression extraforaminell

L5/S1 rechts vor (vgl. IV-act. 112-3 ff.). Die behandelnden Ärzte (Dr. D.____ am 26. April 2015, Dr. B.____ am 31. Mai 2015 und Dr. C.____ am 11. September 2015) bescheinigten weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit. 3.4 Die erforderliche nachfolgende Begutachtung durch die PMEDA basierte gemäss dem Gutachten vom 15. August 2016 (IV-act. 187) zunächst auf der Kenntnisnahme von den zahlreichen Vorakten. Es wurden - im Juni 2016 - in internistischer, neurologischer, neurochirurgischer, orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht die Anamnese, die geklagten Beschwerden und die Befunde erhoben. Gemeinsam gelangten die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführer wegen des spinalen Defektsyndroms keine Arbeitsfähigkeit für die bisherige oder eine vergleichbare Tätigkeit mehr aufweise, hingegen für eine körperlich leichte, wechselbelastende oder überwiegend im Sitzen auszuübende Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. 3.4.1 Der Beschwerdeführer beklagte namentlich chronische Lumbalgien mit Ausbreitung bis zur rechten Grosszehe und eine proximale Schwäche des rechten Beins (vgl. IV-act. 187-36, 31, 37, 42, 46), dazu Ameisenlaufen im rechten Bein (vgl. IV-act. 187-37), Nackenschmerzen ohne Ausstrahlung bei längerem Sitzen (Autofahren) und (seit ca. September 2015) Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenks bei Einnehmen einer Hockstellung oder bei Kniebeugen (vgl. IV-act. 187-42, vgl. IV-act. 187-46), ausserdem, dass er ohne Medikamente nicht ein- und durchschlafen könne und manchmal etwas vergesse. Daneben erwähnte er die Epilepsie (vgl. IV-act. 187-46). - Eine internistische Hauptdiagnose wurde nicht erhoben. 3.4.2 Bei der neurologischen Beurteilung wurde festgehalten, dass die objektivierten Befunde schlüssig eine erhebliche qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit belegten, weshalb schwere Arbeiten, Arbeiten mit lumbaler Zwangshaltung oder mit überwiegendem Gehen und Stehen als nicht mehr leidensgerecht zu betrachten seien. In wechselbelastenden oder überwiegend im Sitzen ausgeübten, körperlich leichten Tätigkeiten sei von einer voll erhaltenen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die anamnestisch aufscheinende rege Alltagsaktivität und Selbständigkeit (Versorgung des Haushalts, rege Gartenarbeit, Führen eines Personenwagens) würden mit dieser Einschätzung in Einklang stehen. 3.4.3 Neurochirurgisch wurden ergänzend ein MRI der Wirbelsäule (technisch bedingt nicht weiter aussagekräftig als das ausreichende CT) und ein CT thorakal bis lumbal beurteilt. Im CT hätten sich allseits korrekt eingesetzte Implantate ohne jedwede Lockerungszeichen gefunden. Die Spondylodesen würden somit suffizient eingebracht und intakt erscheinen. Auch hier wurde darauf hingewiesen, dass die anamnestisch angegebenen Beschwerden mit den objektiven klinischen Befunden korrelierten. Des Weiteren hielt auch dieser Gutachter fest, die anamnestisch aufscheinende Alltagsaktivität und Selbständigkeit (namentlich die geschilderte regelmässige Gartenarbeit, die Versorgung des Haushalts, das Unternehmen von Fernreisen) seien durchaus gut mit einer Arbeitsfähigkeit zumindest in angepassten leichten Tätigkeiten vereinbar. Von den zu empfehlenden Massnahmen wie Gewichtsreduktion und regelmässiges Schwimmen sei kein Einfluss auf die qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten; das Defektsyndrom sei weitgehend fixiert. 3.4.4 Bei der orthopädischen Untersuchung wurde zusätzlich ein MRI des rechten Knies vom 20. Oktober 2015 beurteilt, das eine mediale Meniskushinterhornläsion zeigte, nach Angaben des Gutachters Knieschmerzen, aber keine namhafte funktionelle Störung bewirke und sich allenfalls durch eine Kniearthroskopie beheben lasse. Der Gutachter gab bekannt, die durchgeführte MRI-/CT-Diagnostik habe eine konsekutiv bilaterale, rechtsbetonte Einengung der Neuroforamina mit direktem osteodiskalem Kontakt zur Nervenwurzel L5 ohne eindeutige Nervenkompression beschrieben. Bei der klinischen Untersuchung habe die deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der LWS imponiert. Für die geklagten

Nackenschmerzen sei die muskuläre Dysbalance im Rahmen einer Haltungsinsuffizienz verantwortlich zu machen. Das Wirbelsäulenleiden lasse nur noch leichte körperliche Arbeiten unter Ausschluss von Körperzwangshaltungen und in Wechselbelastung zu. 3.4.5 Der Gutachter der Psychiatrie erklärte, der AMDP-konform erhobene psychiatrische Befund sei, bezogen auf die objektiven Kriterien, regelrecht gewesen. Eine psychische Beeinträchtigung sei auch in der Gegenübertragung nicht spürbar gewesen, insbesondere seien die Achsensymptome einer depressiven Störung nicht evident. Der Beschwerdeführer beschreibe vielmehr einen gut strukturierten Tagesablauf mit Aktivitäten, Interessen und sozialen Kontakten. Anhaltspunkte für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren ergäben sich vor dem Hintergrund eines nicht evidenten seelischen Konflikts und bei keiner erkennbaren namhaften Schmerzbeeinträchtigung im klinischen Eindruck nicht, ebenso wenig solche für eine posttraumatische Belastungsstörung als Folge des Verkehrsunfalls. Der Gutachter befasste sich ferner mit den abweichenden Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsschätzungen. Er erwähnte namentlich, dass die Angaben der ambulant behandelnden Psychiaterin zu Schweregrad und Symptomen des Leidens diskrepant seien zu den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers, zu den von ihr eingeleiteten Behandlungsmassnahmen, insbesondere zur geringen medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungsintensität, und zu den Feststellungen im ABI-Gutachten. In keinem anderen ärztlichen Bericht werde anhand von ICD-10-konformen Kriterien ausreichend eine namhafte depressive Beeinträchtigung beschrieben. Gegen eine solche psychische Beeinträchtigung des Beschwerdeführers sprächen insbesondere seine gute soziale Eingebundenheit, seine Alltagsselbständigkeit und -kompetenz und die in der Gegenübertragung fehlende psychische Beeinträchtigung. 3.4.6 Aus dem oben Dargelegten ergibt sich, dass die PMEDA-Begutachtung die beklagten Leiden mit den betreffenden medizinischen Disziplinen allseitig erfasste. Die einzelnen Gutachter beschrieben und berücksichtigten die jeweiligen objektiven Befunde und begründeten ihre Ergebnisse. Die Gesamtschlussfolgerung wurde im Zusammenwirken der mehreren Experten gefunden, was dem Gutachten ein erhebliches Gewicht in der Beweiswürdigung gibt. 3.4.7 Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers unzutreffend eingeschätzt oder dem Vergleich mit diesen Beschäftigungen bei der PMEDA-Begutachtung der Arbeitsfähigkeit zu grosses Gewicht beigegeben worden wäre. Die Teilhabe an anderen Lebensbereichen als der beruflichen Tätigkeit ist zur Beurteilung der Konsistenz der Leistungsfähigkeit von grosser Bedeutung (vgl. dazu die 3. A. vom Juni 2016 der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP in SZS 2016 435 ff., 477). Entsprechend beschreibt die Rechtsprechung einen solchen Indikator als bei der Beurteilung von psychischen Leiden relevant (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Auch dass die lebensgeschichtlichen Gegebenheiten ungenügend berücksichtigt worden sein sollten oder die Begutachtung zu oberflächlich erfolgt wäre, wird durch keinen Anhaltspunkt ersichtlich. 3.4.8 Der Beschwerdeführer lässt beanstanden, dass der Gutachter der Psychiatrie keine Testdiagnostik eingesetzt habe. Bei der psychiatrischen Exploration kommt dem schematischen, testmässigen Erfassen der Psychopathologie nach bestimmten Skalen, die auf den Angaben und Einschätzungen der versicherten Person selbst beruhen, jedoch höchstens ergänzende Funktion zu; entscheidend ist die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 3. Juni 2008, 9C_531/2007 E. 2.2.4). Angesichts der erwähnten

Abstützung auf die erhobenen Befunde ergibt sich kein Grund zur Beanstandung. Die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin hat keine Aspekte enthalten, die bei der Begutachtung unberücksichtigt geblieben wären (vgl. hierzu Bundesgerichtsurteil vom 14. Dezember 2017, 8C_616/2017 E. 6.2.2; BGE 137 V 210 E. 2.2.2 und 1.3.4).

3.4.9 Des Weiteren moniert der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine mangelnde Objektivität (vgl. zum entsprechenden Anspruch Art. 29 Abs. 1 BV) der PMEDA (und ihrer Gutachter), da sie (als gewinnorientiertes Unternehmen) sich aus den zahlreichen Aufträgen der Beschwerdegegnerin finanziere und unter anderem die Invalidenversicherung dazu eingeladen habe, ihre Mittel nicht zu verschwenden (Schreiben "Vermeidung ungerechtfertigter ... Leistungen" vom 2. Juni 2014: Einladung zu einer Veranstaltung mit Präsentation von Ergebnissen einer Auswertung von medizinischen Begutachtungen und mit Aufzeigen von Möglichkeiten künftiger Begrenzung von unzureichend begründeten Leistungsgesuchen). Die wirtschaftliche Abhängigkeit der MEDAS-Stellen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.4.1) bringt, wie die Rechtsprechung festgehalten hat, tatsächlich eine latente Gefährdung der Verfahrensfairness mit sich. Dieser ist mit Verfahrensgarantien zu begegnen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.4.2, 2.4.4, 2.5 und 3.1 ff.). So sind die Aufträge den Gutachterstellen nach dem Zufallsprinzip zuzuweisen und die Mitwirkungsrechte der versicherten Person sind zu wahren, wie es vorliegend auch der Fall war. Obwohl die vorgebrachten Ausstandsgründe (Auftragsvolumen, Rechtsform usw.) schon vor der Begutachtung hätten vorgebracht werden können und rechtsprechungsgemäss so früh wie möglich, d.h. bei erster Gelegenheit nach Kenntnisnahme, geltend gemacht werden müssen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 30. September 2013, 8C_115/2013, E. 2.2), ist vorliegend eine (angenommene) Befangenheit der Gutachter nicht nach Bekanntgabe der Namen der entsprechenden Stelle und der Gutachter (vgl. IV-act. 180), auch nicht im Einwandverfahren, sondern erst in der Beschwerde - und damit verspätet - gerügt worden. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung schafft jedoch das Auftrags- und Honorarvolumen für sich allein ohnehin keine wirtschaftliche Abhängigkeit einzelner Experten von den IV-Stellen, die als Ausstandsgrund zu qualifizieren wäre. Und selbst ein Anstellungsverhältnis eines Arztes zum Versicherungsträger liesse für sich allein nicht auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 25. Oktober 2016, 8C_354/2016, E. 5.2 und 5.3). Mit der eingelegten Einladung von 2014 und diversen anderen, die Gutachterstelle allgemein und den Institutsleiter betreffenden Ausstandsgründen hat sich das Bundesgericht im Urteil vom 30. März 2017, 9C_19/2017 (vgl. auch Urteil vom 4. Januar 2017, 8C_548/2016), befasst und eine daraus sich ergebende Befangenheit verneint, worauf verwiesen werden kann. Da schliesslich keine Anhaltspunkte für eine konkrete Voreingenommenheit oder anderweitige Befangenheit eines Gutachters ersichtlich geworden sind, kann auch nicht von einem diesbezüglichen Mangel des Gutachtens ausgegangen werden.

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

(für die Erfüllung einer Wartezeit nicht ausreichenden) vorübergehenden Arbeitsunfähigkeitsphasen nach den Operationen keine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von über 20 % mehr.

E. 4

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

4.2 Zu beachten ist zum einen, dass die erzielten Einkommen (ohne Angabe zu 2010) im Vergleich zu den in den betreffenden Jahren im statistischen Mittel für einfache und repetitive Arbeit im privaten Sektor bezahlten Löhnen (gemäss Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2012, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 234, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik) deutlich überdurchschnittlich waren. Das war nach der Aktenlage auf die Schichtarbeit, insbesondere auf die Nachtschichttätigkeit, des Beschwerdeführers und die entsprechenden Schichtzulagen zurückzuführen. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass dem Beschwerdeführer schon im Herbst 2009 eine Kündigung des betreffenden Arbeitsverhältnisses aus betrieblichen Gründen angekündigt worden und dass diese am 7. Juli 2010 ausgesprochen worden ist. Es fragt sich daher, ob der Beschwerdeführer als Gesunder bei einer für das Valideneinkommen vorausgesetzten langfristigen Prognose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch an einer anderen Stelle ein vergleichbares Einkommen mit Schichtzulagen hätte erzielen können. Das kann angenommen werden. Die - weniger ins Gewicht fallende - Überzeitenschädigung ist hingegen bei der Bestimmung des Valideneinkommens ausser Acht zu lassen. Denn zum einen kann in aller Regel nicht davon ausgegangen werden, dass eine versicherte Person ohne den invalidisierenden Gesundheitsschaden bis zu ihrer altersbedingten Pensionierung weiterhin Überstunden geleistet hätte (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Januar 2008, IV 2007/285). Wer dies in grossem Umfang tut, arbeitet über das Zumutbare hinaus (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Januar 2009, IV 2007/358). Zum andern lässt sich nicht annehmen, der Beschwerdeführer hätte an einer im Gesundheitsfall hypothetisch angetretenen Stelle die Gelegenheit gehabt, Überstundenarbeit zu leisten.

4.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär

von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität keine Erwerbstätigkeit mehr aus, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte beigezogen werden (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 7. April 2016, 9C_783/2015; BGE 139 V 592 E. 2.3; BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Es kann davon ausgegangen werden, dass ein ausgeglichener Arbeitsmarkt, wie er zur Abgrenzung zum Risiko der Arbeitslosigkeit für die Invaliditätsbemessung massgeblich ist, für den Beschwerdeführer auch mit seinen krankheitsbedingten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit noch ausreichend viele Arbeitsmöglichkeiten bietet. Da der Beschwerdeführer zwar in der Belastungsfähigkeit des Rückens und somit bei schweren und mittelschweren Arbeiten eingeschränkt ist, nach der Aktenlage aber medizinisch nicht ausgeschlossen ist, dass er die (leichte, adaptierte) Arbeit weiterhin (auch) in Schicht- (einschliesslich Nachtschicht-) Form leistet, kann angenommen werden, dass der entsprechende, ihn beim Valideneinkommen über die ansonsten statistisch unterdurchschnittliche Einkommen anhebende Lohnanteil auch beim Invalideneinkommen hinzuzuschlagen ist. 4.4 Es ergeben sich daher Verhältnisse, bei denen sowohl Validen- wie Invalideneinkommen ausgehend vom selben Lohn zu bestimmen sind. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 20. April 2010, 9C_215/2010 E. 5.2). Da der Beschwerdeführer nach medizinischen Angaben (gemäss ABI abgesehen von dem die Arbeitsunfähigkeit von 20 % begründenden Pausenbedarf) vollzeitlich arbeitsfähig ist und keine ausserordentlichen Umstände ersichtlich sind, kommt kein Abzug von mehr als 10 %, jedenfalls aber kein Maximalabzug (von 25 %), in Frage. 4.5 Selbst für die Zeit, für welche eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in adaptierten Tätigkeiten von 20 % anzunehmen ist, bestand demnach keine Invalidität rentenbegründenden Ausmasses (bei 10 % Abzug 28 %, nämlich $1 - [0.8 \times 0.9]$).

E. 5

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

E. 6

6.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. 6.2 Nach Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei

Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Der Beschwerdeführer ist im Verfahren unterlegen, weshalb ihm die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen sind. Zuzufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) am 5. Januar 2017 ist er jedoch von deren Bezahlung zu befreien. 6.3 Der Staat ist aufgrund der unentgeltlichen Rechtsverteidigung zu verpflichten, für die Kosten seiner Rechtsvertretung aufzukommen. Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese ist in Anwendung von Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes (sGS 963.70) um einen Fünftel auf Fr. 2'800.-- zu reduzieren. 6.4 Wenn seine wirtschaftlichen Verhältnisse es ihm gestatten, kann der Beschwerdeführer zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden (vgl. Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit. 3. Der Staat entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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