



**Fall-Nr.:** IV 2014/145  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 08.06.2020  
**Entscheiddatum:** 12.12.2014

### **Entscheid Versicherungsgericht, 12.12.2014**

**Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG. Würdigung eines medizinischen Gutachtens im Zusammenhang mit einer möglichen Borrelien-Infektion. Verneinung eines weiteren Abklärungsbedarfs. Einkommensvergleich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Dezember 2014, IV 2014/145).**

Entscheid Versicherungsgericht, 12.12.2014

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Annina Janett

#### **Entscheid vom 12. Dezember 2014**

in Sachen

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rolf Brägger, Hechtackerstrasse 10, Postfach 246, 9014 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend



### Rente

#### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich im Juli 2011 bei der Invalidenversicherung (IV) des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen an. Er gab an, seit Januar 2001 unter Schmerzen in allen grossen Gelenken (Schultern, Knie, Ellbogen) zu leiden (IV-act. 1).

A.b Im Bericht vom 4. Oktober 2011 nannte Dr. med. B.\_\_\_\_, Leitender Arzt der Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Universitätsspital Zürich (USZ), die Diagnosen zerviko- und thorakospondylogenes Syndrom beidseits bei Bandlaxizität mit segmentalen Dysfunktionen obere HWS und kostoverteral mit sekundärer Periarthropathia humero-scapularis tendopathica beidseits, Epikondylopathie lateral sowie Flachrücken und führte aus, die angegebenen Beschwerden seien mechanischer Genese bei Bandlaxizität mit segmentalen Dysfunktionen. Hinweise für ein entzündliches-rheumatisches Geschehen fänden sich nicht (IV-act. 24; vgl. auch den Arztbericht vom 9. Januar 2012, IV-act. 38). Das Muskelzentrum des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) nannte im Bericht vom 17. November 2011 u.a. die Diagnosen abnorme Fatigue, am ehesten postinfektiöse Fatigue, sowie Schmerzen der grossen Gelenke (Schulter, Ellbogen, Knie), differentialdiagnostisch persistente Synovitis nach Lyme-Arthritis, differentialdiagnostisch sekundäre Periarthropathia humerus scapularis bei zerviko- und thorakospondylogem Syndrom. Die Ärzte führten aus, es sei davon auszugehen, dass der Kern der Erkrankung somatogen sei. Inzwischen bestehe jedoch ein mehrschichtiges chronifiziertes Schmerzsyndrom (IV-act. 34 f.; vgl. auch den Arztbericht vom 25. Januar 2012, IV-act. 40). Im Bericht vom 26. Januar 2012 hielten die Ärzte des Palliativzentrums des KSSG fest, beim Versicherten bestünden u.a. ein chronisches nozizeptives Schmerzsyndrom bei Schmerzen der grossen Gelenke sowie eine abnorme Fatigue (IV-act. 44).

A.c Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt für Physikalische Medizin, spez. Rheumaerkrankungen FMH, führte im Bericht vom 24. Februar 2012 aus, er habe den Versicherten im Oktober 2004 erstmals aufgrund von beidseitigen Knieproblemen untersucht. Er habe



damals die Probleme am ehesten im Rahmen einer Chondrokalzinose gesehen. Eine Folge eines Zeckenstichs sei entfernt natürlich auch in Frage gekommen bei Zustand nach Borreliose 2001 und Behandlung mit Tetracyclin. Am 9. März 2011 habe ihn der Versicherte nun wegen Schmerzen in beiden Schultern aufgesucht. Auch bei den Kniegelenken seien in letzter Zeit wieder etwas Beschwerden aufgetreten. Sowohl im Bereich der oberen wie auch unteren Extremitäten seien ein deutlicher Rigor und das Zahnradphänomen auffallend. Aus rheumatologischer Sicht stehe immer noch eine Chondrokalzinose als Ursache der geklagten Beschwerden in den grossen Gelenken an erster Stelle (IV-act. 44; vgl. auch den Arztbericht vom 9. März 2012, IV-act. 44). Das Schmerzzentrum des KSSG, welches am 24. Februar 2012 eine klinisch-psychologische Abklärung durchgeführt hatte, nannte im Bericht vom 10. April 2012 die Diagnosen chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4; IV-act. 47). Im Bericht vom 1. Mai 2012 hielten die Ärzte des Zentrums für Schlafmedizin des KSSG fest, es bestehe kein Hinweis auf eine wesentliche Schlafstörung (IV-act. 54).

A.d Am 13. Juni 2012 erstattete die Klinik für Innere Medizin des Universitätsspitals Zürich im Auftrag der PAX, Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft AG, ein Gutachten über die am 23. Mai 2012 durchgeführte internistische Untersuchung sowie das in der Klinik für Infektiologie durchgeführte Konsilium vom 1. Juni 2012. Es wurde festgehalten, die Untersuchungen und die Anamnese im rein internistischen Fachgebiet hätten keine Hinweise auf eine somatische Ursache der verminderten Leistungsfähigkeit ergeben. Im Weiteren sei die Falldefinition einer Borreliose aufgrund der Anamnese und der zur Verfügung stehenden Akten nicht gegeben (IV-act. 80; vgl. auch den Bericht vom 28. Juni 2012, IV-act. 117-9 ff.).

A.e Am 22. August 2012 wurde der Versicherte im Auftrag des IV-internen Regionalen Ärztlichen Diensts (RAD) von der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) Basel internistisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht. Im Gutachten vom 2. Januar 2013 wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit Verdacht auf somatische Mitbeteiligung im Sinne eines möglichen Post-Borrelien-Syndroms sowie neurasthenische Symptomatik (ICD-10 F48.0). Aus psychiatrischer



Sicht bestehe aufgrund der neurasthenischen Symptomatik und der Schmerzproblematik eine 20%ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit für jegliche Tätigkeit (IV-act. 69, insb. 69-27 f.). In einer internen Stellungnahme vom 28. Januar 2013 bezeichnete der RAD das Gutachten als ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar (IV-act. 73).

A.f Der Arbeitgeber des Versicherten, die D.\_\_\_\_ AG, bei der der Versicherte als Montageleiter angestellt war, kündigte das Arbeitsverhältnis per 28. Februar 2013 (IV-act. 82). Ab 1. Mai 2013 war der Versicherte bei der E.\_\_\_\_ AG als Hauswart für mehrere Liegenschaften in einem 50%-Pensum tätig (vgl. IV-act. 85, 92, 108). Am 17. Mai 2013 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, er habe keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen (IV-act. 94).

B.

B.a Mit Vorbescheid vom 29. Mai 2013 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Ablehnung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 0% in Aussicht mit der Begründung, aus medizinischer Sicht bestehe sowohl in der angestammten Tätigkeit als Montageleiter als auch in einer adaptierten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Gemäss aktuell geltender Rechtsprechung begründeten die ermittelten psychiatrischen Diagnosen jedoch keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden und somit auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 98).

B.b Dagegen erhob der Rechtsvertreter des Versicherten, Rechtsanwalt R. Brägger, St. Gallen, am 29. Juli 2013 Einwand und beantragte die Zusprache einer mindestens halben IV-Rente sowie eventualiter die Durchführung weiterer medizinischer und beruflicher Abklärungen (IV-act. 107).

B.c Nach Einholung weiterer Akten (IV-act. 114, 117) hielt der RAD in der Stellungnahme vom 27. November 2013 fest, der Gesundheitszustand des Versicherten sei im Vergleich zum asim-Gutachten vom Januar 2013 stationär. Es könne weiterhin auf das Gutachten abgestellt werden (IV-act. 118; vgl. auch die Stellungnahme des RAD vom 14. August 2013, IV-act. 110). Gestützt darauf hielt die IV-Stelle mit Schreiben vom 13. Dezember 2013 am Vorbescheid vom 29. Mai 2013 fest und gewährte dem



## St.Galler Gerichte

Versicherten Gelegenheit zur Stellungnahme (IV-act. 121). Am 15. Januar 2014 nahm der Rechtsvertreter des Versicherten dahingehend Stellung, dass er auf einen Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 24. Oktober 2013 verwies, in welchem dieser eine ausführliche medizinische Begutachtung als notwendig erachtet hatte. Zudem reichte er einen Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 11. Oktober 2013 ein (IV-act.122).

B.d Am 5. Februar 2014 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens im Sinne des Vorbescheids. Hinsichtlich der Einwände des Rechtsvertreters verwies sie auf die Stellungnahme des RAD vom 29. Januar 2014 (IV-act. 123), wonach gemäss den Infektiologen des Universitätsspitals Zürich allenfalls ein möglicher, insgesamt aber sehr unwahrscheinlicher Kausalzusammenhang der aktuellen Beschwerden mit einem Borrelien-Infekt bestehe (IV-act. 124).

C.

C.a Dagegen erhob der Rechtsvertreter am 7. März 2014 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 5. Februar 2014 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei mindestens eine halbe IV-Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese weitere medizinische Abklärungen tätige. Insbesondere sei ein medizinisches Gutachten bei einem auf Borreliose spezialisierten Facharzt einzuholen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung führte er im Wesentlichen an, Dr. C.\_\_\_\_ habe glaubwürdig und schlüssig argumentiert, dass ein Post-Lyme-Disease die wahrscheinlichste Ursache der Beschwerden sei. Darauf sei abzustellen (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 2. Mai 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie machte im Wesentlichen geltend, das asim-Gutachten sei ausführlich abgefasst und es gebe keinen Hinweis darauf, dass der Beschwerdeführer nicht kompetent und umfassend untersucht worden sei. Die Gutachter hätten keine pathologischen internistischen, rheumatologischen oder neurologischen Befunde erheben können. Sie hätten sich ausserdem auf das Gutachten des USZ abstützen können. Eine Borreliose setze unabhängig vom Stadium ein entsprechend klinisches Beschwerdebild unter Ausschluss von



Differentialdiagnosen voraus. Zudem müssten entzündliche Liquorveränderungen und eine positive Borrelien-Serologie gegeben sein. Im vorliegenden Fall sei lediglich die letzte Bedingung erfüllt, was für die Diagnose einer Borreliose nicht ausreichend sei. Das asim attestiere dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Auch aus psychiatrischer Sicht sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen, da beim Beschwerdeführer weder eine psychische Komorbidität noch Foerster-Kriterien im invalidisierenden Schweregrad gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorlägen. Insofern könne vom asim-Gutachten abgewichen werden, ohne dass diesem deshalb im restlichen Teil (Befunderhebung, Diagnosestellung) der Beweiswert abgesprochen werden müsse. Weitere Abklärungen seien unnötig, weil die Gutachter die geltend gemachten Einschränkungen ausführlich abgeklärt hätten (act. G 4).

C.c Mit Replik vom 18. August 2014 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an seinen Anträgen fest und bestätigte im Wesentlichen seinen bereits dargelegten Standpunkt (act. G 12).

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (vgl. act. G 14).

### **Erwägungen:**

1.

1.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein



Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

1.2 Im Sozialversicherungsprozess gelten die Grundsätze der Untersuchungspflicht und der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Demgemäss hat der Versicherungsträger bzw. im Beschwerdefall das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein. Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 110 V 53 E. 4a in fine).

1.3 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

2.

2.1 Streitig und vorliegend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Dabei ist vorab zu beurteilen, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist.



2.2 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 5. Februar 2014 insbesondere auf das asim-Gutachten vom 2. Januar 2013 (IV-act. 69). Darin wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit Verdacht auf somatische Mitbeteiligung im Sinne eines möglichen Post-Borrelien-Syndroms sowie eine neurasthenische Symptomatik (ICD-10 F48.0) genannt. Die Gutachter führten aus, ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beständen unter anderem Müdigkeit und Leistungsintoleranz unklarer Genese, eine Infektion mit *Borrelia burgdorferi*, unklar, ob Lyme-Borreliose, ED 06/2000 mit dreiwöchiger Doxycyclin-Therapie, aktuell zweimonatige Doxycyclin-Therapie, ein intermittierend unspezifisches zervikales Schmerzsyndrom, ein chronisches Schmerzsyndrom, wahrscheinlich syndromaler Ätiologie, sowie Fatigue, neurologisch nicht zuordenbar. Wie die Kollegen der Inneren Medizin des USZ (IV-act. 80) festgestellt hätten, könne die Falldefinition einer Borreliose-assoziierten Erkrankung aufgrund der Anamnese und der zur Verfügung stehenden Akten nicht anerkannt werden. Ein Post-Lyme-Syndrom mit einem Beschwerdebeginn unmittelbar oder bis zu sechs Monate nach akuter Lyme-Borreliose sei ebenfalls nicht dokumentiert worden. Somit handle es sich um unspezifische Müdigkeitssymptome sowie Arthralgien, teilweise auch Myalgien und Enthesiopathien ohne Zeichen einer stattgehabten entzündlichen oder aktuellen (post-)infektiösen Genese. Es bestehe ein syndromales Leiden mit fehlenden objektivierbaren pathologischen Veränderungen. Aus internistischer Sicht bestehe ein syndromales Leiden, auf körperlicher Ebene seien keine Einschränkungen der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit direkt erkennbar, sodass die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Auch in den rheumatologischen und neurologischen Untersuchungen hätten keine pathologischen Befunde objektiviert werden können. Es bestehe aus rheumatologischer sowie neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der neurasthenischen Symptomatik und der Schmerzproblematik die Durchhaltefähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigt, weshalb er eine verlängerte Erholungszeit und vermehrte Pausen benötige. Zudem benötige der Beschwerdeführer vermehrt innere psychische Energie, um gegen die Schmerzen und Müdigkeit anzukämpfen. Aufgrund der psychosomatischen Erkrankung sei hypothetisch eine Schwächung der innerpsychischen Ressourcen anzunehmen. Die Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung



sowie die passive Erwartungshaltung seien Ausdruck davon. Aufgrund der genannten Faktoren bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 20%ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit für jegliche Tätigkeit. Hinsichtlich des Beginns der Arbeitsunfähigkeit sei davon auszugehen, dass bereits im April 2004 eine remittierte depressive Episode diagnostiziert worden sei. Weiter zurückliegende Hinweise für eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit fänden sich nicht (IV-act. 69, insb. 69-25 ff.)

2.3 Der Rechtsvertreter stellt sich insbesondere auf den Standpunkt, die asim-Gutachter hätten sich mit der Fragestellung der Manifestationsformen insbesondere einer chronischen Borreliose nicht wirklich auseinandergesetzt und nicht wissenschaftlich erwogen, was für bzw. gegen das Vorliegen eines Borreliose-Beschwerdebilds spreche (act. G 1, S. 12 f.). Diesbezüglich ist mit der Beschwerdegegnerin darauf hinzuweisen, dass den asim-Gutachtern der Bericht der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene vom 28. Juni 2012 (IV-act. 117) sowie das Gutachten der Klinik für Innere Medizin des USZ vom 13. Juni 2012 (IV-act. 80) vorlagen, welche sich ausführlich mit der in Frage stehenden Borrelien-Infektion befassten.

2.3.1 Im Bericht vom 28. Juni 2012 führten die Ärzte der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des USZ aus, sowohl die Dauer der Erkrankung als auch die Klinik sprächen aktuell gegen eine akute Infektion mit *Borrelia burgdorferi*. Der Antikörperverlauf über die Jahre spreche auch gegen ein durch ein Antigen getriggertes Geschehen. Zur Komplettierung seien erneut der Borrelien IgG und IgM bestimmt worden. Dabei habe der sich über die Jahre deutlich abzeichnende Trend eines fallenden Borrelien-Titers bestätigt werden können. In Zusammenschau sei jedoch ein post-borrelien Infektionssyndrom weder auszuschliessen noch zu beweisen. Insgesamt sei vor allem der klinische Verlauf mit der Gesamtsituation des Patienten eher untypisch für eine lavierte Depression oder ein Chronic Fatigue-Syndrom. Letztendlich sei es einfach nicht beweisbar, ob die Symptome mit einer durchgemachten Borreliose zu tun hätten oder nicht (IV-act. 117-10).

2.3.2 Die Ärzte der Klinik für Innere Medizin des USZ hielten im Gutachten vom 13. Juni 2012 zusammenfassend fest, die Persistenz von positiven Borrelien-Serologien sei



bekannt und habe keinen Krankheitswert. Die Antibiotikatherapie im Jahre 2000 sei wegen einer damals erstmals beschriebenen, positiven Borrelien-Serologie durchgeführt worden. Echtzeitinformationen bezüglich einer im Jahr 2000 bestehenden Arthritis lägen nicht vor. Auch in den späteren Dokumenten seien keine klinisch erfassten Gelenksschwellungen oder durchgeführten Gelenkspunktionen beschrieben. Die Falldefinition einer Borreliose sei aufgrund der Anamnese und der zur Verfügung stehenden Akten nicht gegeben. Zu den wichtigsten Differentialdiagnosen bei Status nach Lyme-Borreliose gehörten eine Reinfektion (welche nicht vorliege), unerwünschte Wirkungen von Medikamenten (der Beschwerdeführer nehme einzig Dafalgan regelmässig zu sich), ein Post-Lyme-Syndrom (für dieses seien zwingend acht Kriterien zu erfüllen), ein Fibromyalgie-Syndrom, andere Zecken-assoziierte Infektionen, andere internistische, rheumatologische oder neurologische Erkrankungen, eine psychosoziale Belastungssituation, ein psychiatrisches Leiden, eine Lyme-Angst oder ein Chronic-Fatigue-Syndrom. Der Beschwerdeführer erfülle die Kriterien dafür nicht, da er weder Kurzzeitgedächtnisstörungen noch Konzentrationsstörungen aufweise, keine Halsschmerzen habe und sich ebenso zervikal oder axillär keine schmerzhaften Lymphknoten fänden. Er klage auch nicht über Kopfschmerzen und empfinde den Schlaf als erholsam. Die Gelenksbeschwerden seien, wie von Dr. B.\_\_\_\_ ausgeführt (vgl. IV-act. 24), als mechanisch bedingt zu interpretieren (IV-act. 80-6 f.).

2.3.3 Zusammenfassend verfährt das Vorbringen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, man habe sich zu wenig mit der Frage des Vorliegens eines Borreliose-Beschwerdebilds auseinandergesetzt, mit Blick auf die schlüssigen Ausführungen der Fachärzte des USZ nicht.

2.4 Entgegen dem Vorbringen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (act. G 1, S. 11) ergeben sich aus dem Gutachten auch keine Gesichtspunkte, die Zweifel an der Unvoreingenommenheit der Gutachter erwecken. Zwar datiert das jüngste Aktenstück in der im Gutachten vorgenommenen Auflistung vom 1. Mai 2012, wie der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zutreffend festhält. Diese Auflistung ist aber offensichtlich nicht vollständig, zitieren die Gutachter doch anschliessend in Kap. 3 aus dem Gutachten der Klinik für Innere Medizin des USZ vom 13. Juni 2012 und dem Bericht der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des USZ vom 28. Juni 2012 (S. 7 des Gutachtens) und nehmen in ihrer Beurteilung auch auf die Aussagen der



Ärzte der beiden Kliniken des USZ Bezug. Der Rechtsvertreter bezeichnet die Zeit ab Mai 2012 bis zum Versand des asim-Gutachtens im Januar 2013 als beweismässig wichtigsten bzw. „hochrelevanten“ Zeitraum, was er anscheinend aus der zweimonatigen Antibiotikatherapie schliesst, die nach seinen Angaben ab 28. Juni 2012 durchgeführt wurde und zu einer „deutlichen Besserung der Beschwerden“ geführt hat (vgl. S. 11 f. der Beschwerde, act. G 1). Unklar ist, weshalb der Beschwerdeführer den Beginn dieser Therapie bereits Ende Juni 2012 gegenüber den asim-Gutachtern, die ihn am 22. August 2012 untersuchten, nicht erwähnt hat. Unabhängig davon kann aus der Therapie-Indikation, die sowohl von der Klinik für Infektologie und Spitalhygiene als auch vom asim grundsätzlich bejaht wurde, jedenfalls nicht geschlossen werden, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung des asim unzuverlässig oder verfrüht vorgenommen worden wäre. Seitens der Klinik für Infektologie und Spitalhygiene wurde explizit festgehalten, ein akuter Borrelieninfekt und ein Antigen getriggertes Symptom seien sehr unwahrscheinlich. Dennoch scheine ein zweiter Therapiezyklus (mit Doxycylin) bezüglich der Borreliose vertretbar (IV-act. 117-10). Seitens des asim wurde die Doxycylin-Therapie für zwei Monate ebenfalls empfohlen, „obwohl keiner der aktuellen oder der früheren Experten eine Lyme-Borreliose assoziierte Erkrankung als überwiegend wahrscheinlich erachtet, dies jedoch nicht 100%ig absichern kann oder möchte [...]“ (IV-act. 69-13). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers wies zwar zutreffend darauf hin, dass die asim-Gutachter im Anschluss an diese Therapie eine Schlussevaluation empfohlen haben. Sie liessen aber keinen Zweifel daran, dass sie sich auch (vermeintlich) vor dieser Therapie bzw. ohne die empfohlene Schlussevaluation in der Lage sahen, die Arbeitsfähigkeit nach erfolgter Konsensbesprechung zuverlässig zu schätzen: Unabhängig von einem allfälligen Erfolg der Antibiotikatherapie sahen sie den Beschwerdeführer aus somatischer Sicht (internistisch, rheumatologisch, neurologisch) als nicht relevant eingeschränkt. Vor diesem Hintergrund erscheint das asim-Gutachten weder voreingenommen noch widersprüchlich.

2.5 Soweit der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gegen die Beweiskraft des Gutachtens verschiedene Berichte der behandelnden Ärzte anführt (act. G 1, S. 9 f.), ist darauf hinzuweisen, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 f. E. 3a und b) nicht in Frage gestellt werden muss und auch kein Anlass zu weiteren Abklärungen besteht, wenn und sobald die



behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C\_830/07, E. 4.3 mit Hinweisen). Entgegen der Argumentation des Rechtsvertreters beinhalten die Berichte der behandelnden Ärzte (act. G 1.4, 1.6) keine Gesichtspunkte, welche Anlass dazu geben könnten, an der Schlüssigkeit der übereinstimmenden Äusserungen der medizinischen Gutachter und Fachärzte zu zweifeln. Auch kann der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 24. Oktober 2013 (vgl. act. G 1.7) eine Untersuchung durch einen mit Zeckenerkrankungen erfahrenen Gutachter als notwendig erachtete, nichts zu seinen Gunsten ableiten, zumal eine solche umfassende Abklärung bereits durch die Kliniken für Infektionskrankheiten und Innere Medizin des USZ erfolgte. Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 2. Mai 2014 ausführt und Dr. F.\_\_\_\_ in der entsprechenden Fachliteratur selbst darlegt, setzt die Diagnose einer Lyme-Borreliose – gleich welchen Stadiums – ein entsprechendes klinisches Beschwerdebild und den Ausschluss von Differentialdiagnosen voraus (N. Satz, Klinik der Lyme-Borreliose, 2. Aufl. Bern 2002, vgl. insb. S. 70). Den Berichten der Kliniken für Innere Medizin sowie für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des USZ ist eine umfassende Auseinandersetzung mit diesen Punkten zu entnehmen, wobei nachvollziehbar dargelegt wird, dass gerade aufgrund der Klinik/Anamnese die Falldefinition einer Borreliose als nicht gegeben zu erachten ist. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass auch Dr. F.\_\_\_\_ lediglich festhielt, die Beschwerden seien möglicherweise auf eine frühere akute Lyme-Borreliose zurückzuführen. Insgesamt ist somit weder aus den Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ noch aus dem Schreiben von Dr. F.\_\_\_\_ auf weiteren Abklärungsbedarf zu schliessen. Hinsichtlich der im Vergleich zur gutachterlichen Beurteilung tieferen Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ (50%ige Arbeitsunfähigkeit) ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte erfahrungsgemäss aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung und der Behandlungsnähe in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Damit vermögen die Berichte der



behandelnden Ärzte an den nachvollziehbaren und lege artis vorgenommenen gutachterlichen Einschätzungen des asim keine Zweifel zu begründen.

2.6 Insgesamt vermag das asim-Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung im Hinblick auf die Verwertbarkeit bzw. Beweiskraft zu erfüllen. Es beruht auf eigenständigen fachärztlichen Untersuchungen in den internistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Fachbereichen und ist für die streitigen Belange umfassend. Die medizinischen Vorakten wurden verwertet und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden berücksichtigt und gewürdigt. Die gutachterlichen Ausführungen erscheinen medizinisch fundiert und die diesbezüglichen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar. Auch weist das Gutachten keine formellen Mängel auf, die erhebliche Zweifel an seinem Beweiswert zu begründen vermöchten, und es bestehen keine Anhaltspunkte, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Insgesamt leuchtet die Bescheinigung einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Montageleiter sowie in adaptierten Tätigkeiten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Es besteht deshalb keine Veranlassung, von der gutachterlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen. Folglich ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund psychischer Beeinträchtigungen seit 2004 in jeglichen Tätigkeiten zu 20% arbeitsunfähig ist. Aufgrund der umfangreichen Abklärungen sowie der Tatsache, dass der Beschwerdeführer auf infektiologischem Fachgebiet bereits umfassend abgeklärt worden und das Ergebnis dieser Abklärungen als schlüssig zu erachten ist, ist dem Antrag auf Rückweisung der Angelegenheit zur Durchführung einer Begutachtung bei einem auf Borreliose spezialisierten Facharzt nicht stattzugeben. Bei der vorliegenden Ausgangslage sind von einer solchen Begutachtung keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf solche verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 236 E. 5.3; BGE 134 I 148 E. 5.3 und BGE 124 V 94 E. 4b).

3.

3.1 Ausgehend von einer 80%igen Restarbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in adaptierten Tätigkeiten bleiben deren erwerbliche Auswirkungen zu prüfen.



3.2 Gemäss Art. 28a IVG ist für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten Art. 16 ATSG anwendbar. Danach ist 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden; sie können aber auch nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzt werden (AHI 1998 S. 119). Es kann ferner auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen (Prozentvergleich; vgl. BGE 114 V 312, E. 3a).

3.3 Der Beschwerdeführer arbeitete vor Eintritt des Gesundheitsschadens als Montageleiter (IV-act. 1-4, 10), wobei davon auszugehen ist, dass er im Gesundheitsfall auch weiterhin in dieser Funktion tätig gewesen wäre. Da ihm die angestammte Tätigkeit trotz seiner Gesundheitsbeeinträchtigung weiterhin zumutbar ist (vgl. IV-act. 69-27 f.), entspricht der Ausgangswert des erzielbaren Invalideneinkommens dem Valideneinkommen. Entsprechend kann der Invaliditätsgrad anhand eines Prozentvergleichs bemessen werden und der Invaliditätsgrad entspricht somit dem Arbeitsunfähigkeitsgrad unter zusätzlicher Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75).

3.4 Nach der Rechtsprechung hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen – insbesondere auch von invaliditätsfremden Faktoren – des konkreten Einzelfalles ab, die nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25% festzusetzen ist. Eine schematische Vornahme des Abzuges ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b, bestätigt in AHI 2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3, mit Hinweisen). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, welche einen Abzug vom durchschnittlichen Lohnniveau gesunder Arbeitnehmer rechtfertigen würden, zumal die Leistungseinschränkungen in Bezug auf die längere Erholungszeit und den vermehrten Pausenbedarf vom psychiatrischen Gutachter



bereits bei der Bestimmung der quantitativen Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt wurden (vgl. IV-act. 69-28). Diesen Einschränkungen könnte denn auch durch nötigenfalls ganztägige Anwesenheit bei reduzierter Leistungsfähigkeit Rechnung getragen werden. Der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers entspricht folglich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 20% und erreicht folglich kein rentenbegründendes Ausmass. Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung zu Recht verneint. Bei diesem Ergebnis kann die Frage, ob die gutachterlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit invalidenversicherungsrechtlich relevant ist, offen gelassen werden.

4.

4.1 Gemäss den obenstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

4.2 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<sup>bis</sup> IVG). Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm daran anzurechnen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird ihm daran angerechnet.