



**Fall-Nr.:** IV 2014/217  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.10.2019  
**Entscheiddatum:** 26.04.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 26.04.2016**

**Art. 16 und 43 ATSG, Art. 28 IVG. Würdigung eines Gerichtsgutachtens und der übrigen medizinischen Aktenlage. Rentenzusprache (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. April 2016, IV 2014/217).**

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Ralph Jöhl,  
Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiberin  
Nadja Francke Zubair

Geschäftsnr.

IV 2014/217

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dieter Studer, Studer Anwälte AG,  
Hauptstrasse 11a, 8280 Kreuzlingen,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

A.

A.\_\_\_\_ meldete sich am 7. September 2007 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (vgl. IV-act. 1). Gestützt auf die Ergebnisse ihrer Abklärungen wies die IV-Stelle mit einer Verfügung vom 2. Dezember 2011 einen Rentenanspruch des Versicherten ab. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, dass beim Versicherten ein syndromales Schmerzgeschehen vorliege, dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung vermutungsweise willentlich überwindbar seien. Die beim Versicherten gleichzeitig gestellte Diagnose einer depressiven Störung begründe keine erhebliche psychische Komorbidität, da sich die Depression einerseits reaktiv aus dem anhaltenden Schmerzgeschehen entwickelt habe und andererseits durch psychosoziale Belastungsfaktoren verursacht sei (vgl. IV-act. 119). Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 5. November 2013, IV 2012/22, gut und sprach dem Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer) eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. März 2008 zu. In den Erwägungen wurde ausgeführt, es ergebe sich insbesondere aus den beiden psychiatrischen Fachgutachten von B.\_\_\_\_, dass beim Beschwerdeführer die depressive Störung das Grundleiden sei und dass die Schmerzen vor allem auf dieses depressive Leiden zurückzuführen seien. Aus diesem Grund sei die Rechtsprechung des Bundesgerichts zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren syndromalen Beschwerdebildern ohne organische Grundlage nicht anwendbar. Die depressive Störung des Beschwerdeführers sei ein eigenständiges Leiden und begründe eine dauernde, IV-rechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit. Gegen diesen Entscheid erhob die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) Beschwerde an das Bundesgericht. Dieses hiess die Beschwerde mit Entscheid vom 27. März 2014,



8C\_911/2013, teilweise gut, hob den kantonalen Entscheid auf und wies die Sache zur neuen Entscheidung an das Versicherungsgericht zurück. In seinen Erwägungen hielt das Bundesgericht u.a. fest, dass es in den vorliegenden medizinischen Unterlagen zahlreiche Anhaltspunkte gebe, welche für das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sprächen. Angesichts der von mehreren Ärzten vorbehaltlos gestellten entsprechenden Diagnose hätte die Vorinstanz nicht einzig aufgrund der abweichenden Auffassung von B.\_\_\_\_ dessen – kaum einleuchtend und nachvollziehbar begründeter – medizinischer Beurteilung folgen dürfen. Weil die in den ärztlichen Unterlagen verschiedentlich diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung kaum je einlässlicher begründet worden sei, das Gleiche aber auch für deren Verneinung und das durch B.\_\_\_\_ in den Vordergrund gerückte depressive Beschwerdebild gelte, erscheine diesbezüglich ein abschliessender gerichtlicher Entscheid aufgrund der aktuellen Aktenlage als ausgeschlossen. Das kantonale Gericht habe die noch notwendigen Erhebungen zur Klärung des medizinischen Sachverhalts zu veranlassen (act. G 1). Zum Sachverhalt ist im Übrigen auf die beiden genannten Gerichtsentscheide zu verweisen.

B.

B.a Das Versicherungsgericht veranlasste daraufhin eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers bei der asim (Academy of Swiss Insurance Medicine) Begutachtung des Universitätsspitals Basel. Zu den vorgesehenen Gutachterfragen wurde den Parteien das rechtliche Gehör gewährt (act. G 6). Unter Berücksichtigung der Stellungnahmen beider Parteien (act. G 7, G 9) erteilte das Versicherungsgericht der asim Begutachtung am 27. August 2014 den Begutachtungsauftrag (act. G 10).

B.b Die asim Begutachtung erstattete das Gutachten am 21. August 2015 (act. G 17). Die Gutachterin C.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte als Diagnosen eine mittel bis schwere depressive Episode, differentialdiagnostisch: den Verdacht auf eine organische Überlagerung einer affektiven Störung mit somatischem Syndrom und mit Somatisierung sowie eine Opioidabhängigkeit. Zu der Frage nach dem Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung hielt die Gutachterin fest, dass eine affektive Störung diagnostiziert werde und die berichteten somatischen Beeinträchtigungen darunter eingeordnet würden. Weiter führte sie aus, dass es sich



bei der affektiven Störung um eine eigenständige krankheitswertige psychiatrische Störung handle. Diese habe primär bestanden und erst im Krankheitsverlauf seien die Klagen über Schmerzen in den ärztlichen Fokus getreten. Die psychosozialen Faktoren seien bei inzwischen mehrjährigem Verlauf als die depressive Störung aufrechterhaltend, jedoch nicht als auslösend zu bewerten. Zum zeitlichen Verlauf der Erkrankung sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hielt die Gutachterin fest, dass nach dem Unfall im März 2007 zunächst die depressiven Symptome das Störungsbild dominiert hätten und die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung nicht ausreichend erkennbar gewesen seien. Retrospektiv könne eine mindestens mittelgradig depressive Episode diagnostiziert werden. Somatische Beschwerden seien zu Beginn präzise und differenziert geschildert worden. Erst im Verlauf fände sich dann ein ausgestaltetes Verhalten des Beschwerdeführers. Eine mittelgradige depressive Episode werde mit einer 50%igen Einschränkung der Alltagsbewältigung gleichgesetzt und beinhaltet, dass das Leistungsvermögen (Arbeitsfähigkeit) auf 50% reduziert sei. Eine entsprechende Einschätzung lasse sich dem Entlassungsbericht der psychosomatischen Rehabilitationsklinik entnehmen (Bericht der Klinik Valens vom 21. Juni 2007, IV-act. 18-22 ff.). Somit werde die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu diesem Zeitpunkt konsistent mit 50% beurteilt. In der weiteren Dokumentation trete zunehmend ein ausgeweitetes demonstratives Verhalten in den Vordergrund. Das Verhalten habe Schmerzerleben, Bewegungsstörungen, aber auch vegetative Symptome beinhaltet, die möglicherweise auf pharmakogene Effekte zurückzuführen seien, durchgehend begleitet von einer deutlich affektiven Beeinträchtigung. Die konsistent beschriebene deutlich depressive Symptomatik sei weiterhin erheblich ausgeprägt, wenn auch durch Ausdruckverhalten erkennbar überzeichnet gewesen. Das Verhalten werde als Folge der deutlich ausgeprägten affektiven Beeinträchtigung und nicht als primäre somatoforme Schmerzstörung bewertet. Unter Würdigung der Vorakten und Berücksichtigung der eigenen aktuellen Befunderhebung könne retrospektiv eine konsistente Einschätzung der Leistungsfähigkeit aufgrund der mittelschweren Depression von 50% für den Zeitraum ab der Entlassung aus der Klinik Valens am 25. Juni 2007 bis 19. Mai 2008 gutachterlich bestätigt werden. Davor habe im Rahmen der teilweise stationären Therapien eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem Unfallzeitpunkt am 2. März 2007 bestanden. Nachdem der Beschwerdeführer am 19. Mai 2008 einen anteroseptalen



Herzinfarkt erlitten habe, hätten die behandelnden Ärzte konsistent eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes beschrieben. Übereinstimmend mit diesen Vorbeurteilungen werde die Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes seit Mai 2008 im Zusammenhang mit dem erlittenen Herzinfarkt als erwiesen erachtet. Seither bestehe anhaltend eine gravierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 100% aufgrund der nun schweren Depression. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und auch keine Belastbarkeit für berufliche Massnahmen. Der Zustand sei chronifiziert. Zu den beiden psychiatrischen Fachgutachten von B.\_\_\_\_ vom 13. März 2008 und 26. Mai 2010 hielt Gutachterin C.\_\_\_\_ fest, dass aufgrund des Krankheitsverlaufes und der erheblichen Ausprägung der depressiven Symptomatik in beiden Gutachten die diagnostische Einordnung in eine affektive Störung erfolgt sei. B.\_\_\_\_ habe beide Male eine mittel- bis schwergradig depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert, was aus gegenwärtiger gutachterlicher Sicht nachvollzogen werden könne. Die dokumentierten Befunde hätten die Diagnosekriterien erfüllt. Die von B.\_\_\_\_ im ersten Fachgutachten gemachte Arbeitsfähigkeitsschätzung von 40% habe auf einer prognostizierten Symptombesserung basiert. Die weitere Krankheitsentwicklung habe sich jedoch nicht entsprechend dieser Prognose gestaltet. Deshalb sei es nicht nachvollziehbar, dass B.\_\_\_\_ im zweiten Fachgutachten weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von (nur) 60% ausgegangen sei. Schwere Depressionen gingen mit einer erheblichen Beeinträchtigung einher, wie es beim Beschwerdeführer sowohl in eigen- wie auch fremdanamnestischen Angaben nachvollziehbar und konsistent berichtet worden sei. Der von B.\_\_\_\_ postulierte fluktuierende Verlauf sei womöglich durch organische Faktoren, welche den psychischen Symptomen unterlegt seien, verursacht. Trotz zeitweiliger Schwankungen leite sich daraus jedoch keine gravierende Veränderung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ab (act. G 17).

B.c In einer Stellungnahme vom 15. September 2015 führte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aus, das asim-Gutachten erfülle die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens, weshalb darauf abzustellen sei. Der invalidisierende Gesundheitsschaden mit erheblichen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei ausgewiesen, so dass der Beschwerdeführer einen Rentenanspruch mit Wirkung ab 1. März 2008 (Ablauf des Wartejahres) habe. Spätestens ab 1. August 2008 (drei Monate nach der



Verschlechterung vom 19. Mai 2008) bestehe ein Anspruch auf eine ganze Rente (act. G 21).

B.d In einer Stellungnahme vom 24. September 2015 hielt die Beschwerdegegnerin fest, das asim-Gutachten weise verschiedene Schwächen und Unsicherheiten auf und schaffe in den wesentlichen Punkten keine Klarheit. Der Beschwerdeführer habe bei der Exploration stark beeinträchtigte kognitive Funktionen gezeigt, was eine zuverlässige Beurteilung wesentlich erschwert habe. Einerseits seien die gezeigten Einschränkungen kompatibel mit dem diagnostizierten schwergradigen Krankheitsbild, andererseits erinnere die Konstellation aber auch an Fälle, in denen eine bewusste Täuschung habe nachgewiesen werden können: Je weniger ein Explorand mit dem Experten zu kommunizieren in der Lage scheine, desto gravierender scheine das Störungsbild, desto weniger laufe aber auch ein Explorand mit Täuschungsabsicht Gefahr, durch nicht plausible Beschwerdeschilderungen das behauptete Krankheitsbild in Frage zu stellen. Vorliegend sei deshalb umso sorgfältiger auf Anzeichen einer möglichen Täuschung zu achten. Der Neuropsychologe sei im Rahmen der Testung zum Schluss gekommen, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit Verdeutlichungstendenzen das Gesamtergebnis der Untersuchungen gestalteten, und dass der Beschwerdeführer das beklagte Beschwerdebild überzeichne. Das "Nichtwissen" des Beschwerdeführers wirke stereotyp, plakativ und in Bezug auf einige anamnestic Angaben unglaubwürdig. Mit der Frage nach dem Vorliegen von Aggravation seitens des Beschwerdeführers, wofür es in den medizinischen Akten einige Hinweise gebe (vgl. Berichte von Dr. D.\_\_\_\_, Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_), habe sich die Gutachterin nicht vertieft auseinandergesetzt, sondern habe die Problematik im Rahmen der affektiven Störung interpretiert. Darin sei ein wesentlicher Mangel zu sehen, denn praxisgemäss liege keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation beruhe. Die dem Versicherungsgericht im Vorfeld der Begutachtung eingereichten Ergänzungsfragen in Bezug auf die Validierung seien nicht in den Gutachterfragenkatalog aufgenommen worden. Das Versicherungsgericht habe es dem Gutdünken der Gutachterin überlassen, ob sie sich zu den Fragen äussern wolle. Da das Beweisthema vorliegend die Feststellung eines Gesundheitsschadens und den Nachweis einer Arbeitsunfähigkeit unter allen Aspekten umfasse, habe das Gericht nicht nur die Parteirechte der IV-Stelle, sondern auch den gesetzlichen Abklärungsauftrag verletzt. Diese Rechtsverletzung wirke sich konkret



aus, weil im Gutachten wesentliche Fragen offen geblieben seien. Im Weiteren gehe die Gutachterin von falschen Annahmen aus. Sie habe in Bezug auf die Laborwerte festgehalten, dass die nachgewiesenen Medikamentenspiegel für eine zuverlässige Medikamenteneinnahme sprächen. Es liege aber lediglich der Wert von Cipralex im therapeutischen Bereich, womit die Compliance entgegen der gutachterlichen Einschätzung in Frage zu stellen sei. Im gleichen Kontext habe die Gutachterin festgehalten, dass pharmakologische Effekte des Opioids auf Wachheit, Antrieb und Modulationsfähigkeit aufgrund der hohen Dosen Tramal nicht auszuschliessen seien. Tramal habe jedoch im Labor gar nicht nachgewiesen werden können, womit ein wesentlicher Erklärungsansatz für das Gebaren des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung (und neuropsychologischen Untersuchung) weg falle. Die Annahme der Gutachterin, wonach organische Faktoren als Mitursache den wellenförmigen Verlauf der psychischen Störung erklären könnten, werde durch die Vorberichte und die aktuellen Laborwerte nicht gestützt. Weiter sei der von der Gutachterin beschriebene Zusammenhang zwischen den kognitiven Einbussen und dem MRI-Befund als spekulativ zu betrachten, da der Befund von minimal progredienten supratentoriellen Marklagergliosen mikrorangiopathischen Aspekts nicht gesichert, sondern nur fraglich sei und die Veränderungen ohnehin nur minimal seien. Aus den Versuchen der Gutachterin, die demonstrierten Einschränkungen des Beschwerdeführers durch Medikamentenkonsum und durch somatische Einflüsse zu erklären, ergebe sich, dass das Beschwerdebild aussergewöhnlich und erklärungsbedürftig sei. Da nun aber diese Erklärungen nicht zu überzeugen vermöchten, bleibe ein relevanter Erklärungsbedarf bestehen. Umso mehr dränge sich weiterhin die Frage auf, ob eine relevante bewusstseinsnahe Aggravation ausgeschlossen werden könne. Wenig überzeugend sei sodann die Herleitung der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachterin, wonach eine mittelgradige depressive Episode mit einer 50%igen Einschränkung der Alltagsbewältigung gleichgesetzt werde und beinhalte, dass das Leistungsvermögen auf 50% reduziert sei. Diese Darstellung sei in unhaltbarer Art schematisch und undifferenziert. Es werde nicht begründet, aufgrund welcher Ausfälle die Arbeitsunfähigkeit anzunehmen sei (act. G 22).

B.e Zur Eingabe der Beschwerdegegnerin nahm der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 27. Oktober 2015 Stellung und brachte vor, dass die Beschwerdegegnerin trotz der im zeitlichen Verlauf beim Beschwerdeführer wiederholt



gestellten Diagnose einer mittelgradigen bis schweren depressiven Störung immer wieder den Vorwurf von Aggravation und Simulation erhebe. Der Beschwerdegegnerin gehe es nicht um die unabhängige Abklärung des Sachverhalts, sondern um die Untermauerung ihrer schon nach dem ersten, durch sie veranlassten polydisziplinären Gutachten vorgefassten Meinung, wonach der Beschwerdeführer seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen nur vorspiele. Auch nach Vorliegen von nunmehr drei einlässlichen fachärztlichen Gutachten halte die Beschwerdegegnerin an dieser Darstellung fest. Der Vorwurf der allfälligen bewussten Täuschung bzw. Täuschungsabsicht seitens des Beschwerdeführers bleibe eine reine Annahme, was zuvor auch schon das Standortgespräch vom 10. Februar 2011 gezeigt habe. Betreffend die neuropsychologische Abklärung sei zu ergänzen, dass diese im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung zusätzlich vorgenommen worden sei und ihr kein Hauptgewicht zukomme. Die Testergebnisse seien im Gutachten mitberücksichtigt worden, womit die durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene weitergehende Interpretation unbegründet sei. Im Übrigen stellten Symptomvalidierungstests gemäss dem Forschungsbericht Nr. 04/08 des Bundesamtes für Sozialversicherungen kein allgemein anerkanntes Abklärungsverfahren dar und seien nicht generell anwendbar. Da im vorliegenden Fall keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbares syndromales Beschwerdebild vorliege, sei weder die alte (BGE 130 V 352) noch die neue (BGE 141 V 281) diesbezügliche Rechtsprechung des Bundesgerichts anwendbar. Beim Beschwerdeführer sei – unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Untersuchung inklusive zwölf Testverfahren – die Diagnose einer mittleren bis schweren depressiven Episode bestätigt worden. Bezüglich der Medikamenteneinnahme sei anlässlich der Begutachtung im Jahr 2008 Tramal im Blut des Beschwerdeführers festgestellt worden. Aus dem asim-Gutachten gehe nicht hervor, ob bei der Laboruntersuchung Tramal getestet worden sei. Die Gutachterin sei jedoch in Kenntnis der Laborwerte von einer zuverlässigen Medikamenteneinnahme ausgegangen, so dass die Beanstandung der Beschwerdegegnerin eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts darstelle. Die im Gutachten erwähnten (möglichen) organischen Einflussfaktoren, namentlich hirnorganische Einflüsse, vaskuläre Prozesse und Hyperthyreose, seien ohne gravierende Veränderung der Leistungsfähigkeit bzw. nur als Differentialdiagnosen berücksichtigt worden. Die diesbezüglichen Einwände der Beschwerdegegnerin wirkten gesucht. Schliesslich sei die Arbeitsfähigkeitsschätzung



## St.Galler Gerichte

der Gutachterin nicht – wie von der Beschwerdegegnerin dargestellt – isoliert erfolgt, sondern einerseits im nachvollziehbaren Zusammenhang mit den vorgängigen Fragenbeantwortungen zur Diagnostik, zur Überwindbarkeit und zum Verlauf, sowie andererseits in Auseinandersetzung mit den bisherigen gutachterlichen Beurteilungen (act. G 24).

B.f Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer weiteren Stellungnahme (act. G 26).

### Erwägungen

1.

1.1 Nachdem das Bundesgericht den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 5. November 2013 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und anschliessenden neuen Entscheidung an das kantonale Gericht zurückgewiesen hat, ist vorliegend erneut über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden. In Bezug auf die massgebenden Grundlagen zu Gesetzgebung und Rechtsprechung ist auf die einschlägigen Ausführungen in den erwähnten Entscheiden des Versicherungsgerichts, IV 2012/22, und des Bundesgerichts, 8C\_911/2013, zu verweisen.

1.2 Für die vorliegende Beurteilung relevant ist lediglich der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der Verfügung vom 2. Dezember 2011 zugetragen hat (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts vom 8. November 2013, 8C\_308/2013, E. 3.2.2). Die Entwicklung seither, wozu auch die Ergebnisse einer allfällig – entsprechend der Vermutung des Rechtsvertreters – von der Beschwerdegegnerin durchgeführten Observation des Beschwerdeführers gehören würden, kann im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Einer unter Umständen vorliegenden erheblichen Änderung des Sachverhalts könnte die Beschwerdegegnerin im Rahmen eines von Amtes wegen einzuleitenden Revisionsverfahrens Rechnung tragen.

2.



2.1 Das Bundesgericht ist in seiner Entscheidung davon ausgegangen, dass die vorhandenen Akten keine abschliessende Beurteilung der IV-rechtlich relevanten Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zulassen. Die in den ärztlichen Unterlagen verschiedentlich diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung sei ungenügend begründet; deren Vorliegen könne daher weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Gleiches gelte aber auch für die Annahme, das depressive Beschwerdebild stehe im Vordergrund; die medizinische Beurteilung des psychiatrischen Gutachters B.\_\_\_\_ sei nicht nachvollziehbar.

2.2 Die asim-Gutachterin C.\_\_\_\_ ist gemäss dem Gerichtsgutachten vom 21. August 2015 zum Schluss gekommen, dass beim Beschwerdeführer eine mittel bis schwere depressive Episode vorliege. In Übereinstimmung mit der Beurteilung von B.\_\_\_\_ hat auch die asim-Gutachterin die affektive Störung als das Hauptleiden gesehen und die berichteten somatischen Beeinträchtigungen, insbesondere die vom Beschwerdeführer klagten Schmerzen, unter dieses Grundleiden eingeordnet (vgl. act. G 17, S. 24). Während B.\_\_\_\_ gemäss seinem Verlaufsgutachten vom 23. April 2010 die Frage nach dem möglichen Vorliegen einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung nicht abschliessend beantworten konnte (vgl. IV-act. 86-19), hat die asim-Gutachterin diese Diagnose beim Beschwerdeführer sowohl im Begutachtungszeitpunkt als auch retrospektiv verneint. Zur Begründung hat sie ausgeführt, dass zu Beginn der Gesundheitsbeeinträchtigung bis auf den Unfall vom 2. März 2007, der einen Verlust der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bedeutet habe, keine Hinweise auf andere, die Symptomatik auslösenden Umstände, innerseelische Konflikte oder psychosoziale Faktoren vorgelegen hätten. Der Beschwerdeführer sei zu diesem Zeitpunkt sozial und im Arbeitsleben gut integriert gewesen und habe die Landessprache beherrscht. Die wirtschaftliche Situation sei erst nach der Einstellung der Taggelder seitens der Unfallversicherung per 9. November 2007 und dem Verlust des Arbeitsplatzes schwieriger geworden. In den ersten relevanten Arztberichten nach dem Unfall, namentlich den Berichten des Hausarztes Dr. med. G.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, vom 29. März 2007 (SUVA-act. 2-113), des Kreisarztes Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, vom 2. Mai 2007 (IV-act. 18-37 ff.) und der Oberärztin des psychosomatischen Dienstes Klinik Valens, Dr. med. D.\_\_\_\_, vom 20. Juli 2007 (IV-act. 18-20 f.), seien keine ausreichenden Kriterien für die Diagnose einer somatoformen



Schmerzstörung erkennbar. Der Beschwerdeführer habe, untypisch für somatoforme Schmerzstörungen, seine somatischen Beeinträchtigungen differenziert und präzise geschildert (vgl. act. G 17, S. 26). Im weiteren Verlauf sei zunehmend ein ausgeweitetes demonstratives Verhalten des Beschwerdeführers in den Vordergrund getreten, welches sowohl Schmerzerleben, Bewegungsstörungen, aber auch vegetative Symptome beinhaltet habe. Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, sei gemäss seinem Bericht vom 17. September 2007 (vgl. IV-act. 18-7 f.) aufgrund des ausgestalteten Schmerzverhaltens von einer deutlichen somatoformen Schmerzstörung ausgegangen, jedoch fänden sich die für diese Diagnose erforderlichen Kriterien im Bericht nicht dokumentiert. Die konsistent diagnostizierte deutlich depressive Symptomatik sei weiterhin erheblich ausgeprägt, jedoch durch Ausdrucksverhalten des Beschwerdeführers erkennbar überzeichnet gewesen. Die Symptomatik erfülle nur begrenzt die Kriterien einer anhaltenden Schmerzstörung. Die Dynamik der somatoformen Schmerzstörung, bei der Schmerzen als entlastendes Symptom bei zu Grunde liegenden innerseelischen Konflikten entstünden, sei nicht dargestellt worden. Es hätten wechselnde Arztkontakte mit dem Drängen nach Ursachenklärung und die gestörte Arzt-Patienten-Interaktion gefehlt. Die asim-Gutachterin ist aufgrund der in den medizinischen Vorakten beschriebenen Symptomatik, welche die Kriterien zur Stellung der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nie erfüllt habe, zum Schluss gekommen, dass das Verhalten des Beschwerdeführers als Ausdrucksverhalten und damit als Folge einer deutlich ausgeprägten affektiven Beeinträchtigung und nicht als primäre somatoforme Schmerzstörung zu bewerten sei (vgl. act. G 17, S. 30). Sie hat sämtliche relevanten medizinischen Vorberichte in ihre Begründung miteinbezogen und für den Zeitraum vom Krankheitsbeginn im März 2007 bis zum vorliegend massgeblichen Verfügungszeitpunkt im Dezember 2011 das Vorliegen der Diagnosekriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung insbesondere anhand der in den Arztberichten jeweils beschriebenen Symptomatik nachvollziehbar geprüft und verneint. Ihre Schlussfolgerung erscheint überzeugend, weshalb beim Beschwerdeführer das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Sinn einer eigenständigen Diagnose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Daraus folgt auch, dass die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen und



vergleichbaren syndromalen Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 ff.) nicht zur Anwendung kommt.

2.3 Die von der asim-Gutachterin festgestellte Diagnose einer mittel bis schweren depressiven Episode basiert auf einer eingehenden psychiatrischen Befunderhebung beim Beschwerdeführer. Sie hat festgehalten, dass sich die affektive Symptomatik im Vergleich zu den vorliegenden Berichten (u.a. auch im Vergleich zum Vorgutachten von B.\_\_\_\_ vom 23. April 2010) eher verschlechtert habe (vgl. act. G 17, S. 25). Auch retrospektiv hat die asim-Gutachterin eine affektive Störung diagnostiziert und sich dabei auf die in den medizinischen Vorakten durchgehend beschriebene deutlich depressive Symptomatik gestützt. Bezüglich des Krankheitsverlaufs hat sie festgehalten, dass bereits zu Beginn im März 2007 depressive Symptome das Störungsbild dominiert hätten. Aufgrund der zu dieser Zeit in den Akten erwähnten Befunde einer affektiven Verstimmung (reizbar, klagsam, jammernd), einer Antriebsminderung (Erschöpfung), von formal und inhaltlich eingegengtem Denken (ideenarm, ratlos, hilflos, Angst vor Tumor) und von kognitiven Störungen mit Konzentrations- und Schlafstörungen könne eine mindestens mittelgradige depressive Episode diagnostiziert werden. Nachdem der Beschwerdeführer am 19. Mai 2008 einen anteroseptalen Herzinfarkt erlitten habe (vgl. IV-act. 53-5), sei in der Folge von den behandelnden Ärzten konsistent eine Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes beschrieben worden (vgl. insbesondere die Berichte der behandelnden Ärztinnen des Psychiatrischen Zentrums I.\_\_\_\_, Dr. med. J.\_\_\_\_, IV-act. 49 und Dr. med. K.\_\_\_\_, IV-act. 78). Die asim-Gutachterin ist zum Schluss gekommen, dass in Übereinstimmung mit den Vorbeurteilungen die Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit Mai 2008 im Zusammenhang mit dem erlittenen Herzinfarkt als erwiesen zu erachten sei. Seither bestehe anhaltend eine gravierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 100% aufgrund der nun schweren Depression (vgl. act. G 17, S. 31). Der in den medizinischen Akten beschriebene schwankende Verlauf (mal leichter, mal schwerer affektiv beeinträchtigt), welcher sich auch im Ergebnis der neuropsychologischen Testung abbilde und typisch für Verläufe affektiver Erkrankungen sei, könne bei dokumentierten hypothyreoten TSH-Werten, jedoch auch durch ein Zusammenspiel von weiteren organischen Einflussfaktoren verstärkt werden (vaskuläre Prozesse, Hypothyreose). Gesamthaft werde eine primär affektive Störung, gegenwärtig eine schwere depressive Episode, diagnostiziert und



differentialdiagnostisch würden hirnorganische Faktoren erwogen (vgl. act. G 25). Die Diagnosestellung der asim-Gutachterin erscheint sowohl für den Begutachtungszeitpunkt als auch retrospektiv nachvollziehbar und überzeugend. Sie hat sich auf die in den medizinischen Akten beschriebene deutlich depressive Symptomatik, ihre eigene Befunderhebung sowie auf eigen- und fremdanamnestische Angaben gestützt. Mit ihrer Beurteilung hat sie die Ansicht von B.\_\_\_\_, wonach beim Beschwerdeführer die depressive Störung als Hauptleiden zu sehen ist, bestätigt und ausreichend begründet. Somit ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer seit Beginn der Erkrankung im März 2007 durchgehend die depressive Störung im Vordergrund gestanden hat.

2.4 Die Beschwerdegegnerin hat gegen die Ausführungen und die Beurteilung der asim-Gutachterin verschiedene Einwände vorgebracht. Insbesondere ist sie der Ansicht, dass beim Beschwerdeführer von Aggravation ausgegangen werden müsse. Hinweise dafür ergäben sich aus den medizinischen Akten und aus dem Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich der asim-Begutachtung und der in diesem Rahmen durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung. Gemäss ihrem (Fach-)Gutachten vom 14. Januar 2015 ist die Neuropsychologin zum Schluss gekommen, dass beim Beschwerdeführer globale Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit hätten festgestellt werden können. Die Leistungsdefizite hätten sich insbesondere bei Aufgaben mit komplexem Anforderungscharakter an Aufmerksamkeit, Konzentration und langfristiges Gedächtnis gezeigt und eine mittelschwere bis schwere Ausprägung aufgewiesen. Die Gesamtstruktur der kognitiven Beeinträchtigungen mit Defizitschwerpunkten insbesondere bezüglich des Verarbeitungstempos und der Reaktionszeit sowie bezüglich des mnestischen Bereichs deute auf eine deutliche psychoaffektive Unterlagerung, die – unter Berücksichtigung der umfangreichen Dauermedikation mit verschiedenen, analgetisch psychoaktiven Substanzen – eine polypharmazeutisch mitverursachte Antriebs- und Leistungsdämpfung nahelege. Vor dem Hintergrund der bisherigen Krankengeschichte und unter Berücksichtigung der Ergebnisse in den aktuell angewendeten Beschwerdevalidierungsverfahren sei mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass neben den psychometrisch objektivierten und am ehesten psychoaffektiv unterlagerten sowie polypharmakologisch mitbedingten Leistungseinschränkungen auch Verdeutlichungstendenzen das Gesamtergebnis der Untersuchung mitgestalteten und



beim Beschwerdeführer das Gesamtergebnis der Untersuchung eher überzeichneten. Insofern sei der aktuell erhobene kognitive Befund eher mit einem vom Beschwerdeführer im Rahmen seiner zu Grunde liegenden psychoaffektiven Störung mit somatoformer Ausgestaltung appellativ-überzeichneten Status vereinbar. Ein Demenzsyndrom sei angesichts des Alters, der Verlaufsdynamik sowie der kognitiven Befundkonstellation weniger wahrscheinlich (vgl. act. G 17, Beilage 2 zum (Haupt-)Gutachten, S. 17 f.). Die Gutachterin C.\_\_\_\_ hat die neuropsychologische Beurteilung berücksichtigt und zu den festgestellten Verdeutlichungstendenzen festgehalten, dass diese im Zusammenhang mit der gesamten Entwicklung nicht als primär wegweisend gewertet werden könnten. Sie nähmen neben der konsistent diagnostizierten und mit der aktuellen Befunderhebung übereinstimmenden Entwicklung einer schweren Depression eine untergeordnete Rolle ein (vgl. act. G 17, S. 33). Das appellative, die Symptomatik überzeichnende Verhalten des Beschwerdeführers haben sowohl die Neuropsychologin als auch C.\_\_\_\_ im Rahmen der psychoaffektiven Störung eingeordnet. So hat die Neuropsychologin festgehalten, dass der aktuell erhobene kognitive Befund vereinbar sei mit der appellativ überzeichneten, somatoformen Ausgestaltung der zu Grunde liegenden psychoaffektiven Störung des Beschwerdeführers (vgl. act. G 17, Beilage 2 zum (Haupt-)Gutachten, S. 18). Die Gutachterin C.\_\_\_\_ hat ausgeführt, dass sich beim Beschwerdeführer gemäss den Akten bereits im Herbst 2007 ein appellatives, die Symptomatik überzeichnendes Verhalten abgezeichnet habe. Aus neuropsychologischer Sicht seien damals keine Hinweise auf Verdeutlichung oder Aggravation, jedoch eine deutliche affektive Überlagerung kognitiver Defizite beschrieben worden (vgl. Bericht von L.\_\_\_\_ vom 19. Juni 2007, IV-act. 18-30). Retrospektiv werde die in den Vordergrund getretene Schmerzsymptomatik als Ausdrucksverhalten gravierender affektiver Verstimmung, einer Befindensverschlechterung und damit einhergehender Rat- und Hilflosigkeit bewertet (vgl. act. G 17, S. 26). Bei der Befunderhebung hat die Gutachterin festgehalten, dass zeitweilig der Eindruck einer Verdeutlichung entstehe, welche jedoch als Ausdrucksverhalten zu werten sei, ohne dass eine gravierende psychische Beeinträchtigung in Frage gestellt werden könne (vgl. act. G 17, S. 24). Aus diesen Ausführungen ergibt sich, dass sowohl die Verdeutlichungstendenzen als auch das appellativ überzeichnende Verhalten des Beschwerdeführers als Ausdruck der



erheblichen depressiven Störung zu sehen sind. Die Gutachterin hat sich in ihrer Beurteilung ausführlich mit dem in früheren Arztberichten beschriebenen sowie dem von ihr anlässlich der Begutachtung selbstbeobachteten Verhalten des Beschwerdeführers auseinandergesetzt, weshalb auf ihre nachvollziehbare und überzeugende Schlussfolgerung abgestellt werden kann. Ein bewusst aggravierendes Verhalten bzw. ein absichtliches Täuschungsverhalten seitens des Beschwerdeführers – wie es die Beschwerdegegnerin angenommen hat – kann vor diesem Hintergrund überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen werden. Hinzu kommt, dass die Beschwerdegegnerin den entsprechenden, wohl schon früher erhobenen Verdacht auf Aggravation/Simulation beim Beschwerdeführer nicht erhärten konnte (vgl. IV-act. 104).

2.5 Die weiteren Beanstandungen der Beschwerdegegnerin bezüglich der von der Gutachterin angenommenen zuverlässigen Medikamenteneinnahme des Beschwerdeführers, der Berücksichtigung von organischen Faktoren als Mitursache für den schwankenden Verlauf der depressiven Störung sowie dem von der Gutachterin in Betracht gezogenen Zusammenhang zwischen den kognitiven Einbussen und dem MRI-Befund vom 7. Mai 2015 sind von untergeordneter Bedeutung und vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Die Aussage der Gutachterin, wonach die nachgewiesenen Medikamentenspiegel für eine zuverlässige Medikamenteneinnahme sprächen (vgl. act. G 17, S. 24), hat sich wohl auf die antidepressive Medikation (Cipralex und Mirtazapin) bezogen, welche beim Beschwerdeführer in erster Linie von Bedeutung gewesen ist (vgl. act. G 17, S. 20 und Beilage 1: “Befund Medikamente und Toxilogie“). Bei ihrer Aussage, wonach beim Beschwerdeführer pharmakologische Effekte des Opioids auf Wachheit, Antrieb und Modulationsfähigkeit aufgrund der hohen Dosen von Tramal nicht auszuschliessen seien (vgl. act. G 17, S. 24), hat sich die Gutachterin auf die (fremd-)anamnestischen Angaben sowie die früheren medizinischen Berichte gestützt, wonach der Beschwerdeführer hohe Tramaldosen eingenommen hat (vgl. act. G 17, S. 17, 24). Der fehlende Labornachweis von Tramal ist nicht auf ein entsprechend negatives Testergebnis zurückzuführen, sondern damit zu erklären, dass der Beschwerdeführer darauf wohl aufgrund seiner im Vordergrund stehenden depressiven Störung gar nicht getestet worden ist. Andernfalls – wovon nicht auszugehen ist – würden die Aussagen der Gutachterin sowie die von ihr zusätzlich gestellte Diagnose einer



Opioidabhängigkeit (vgl. act. G 17, S. 23) keinen Sinn machen. Nach Ansicht der Gutachterin hat offenbar keine Indikation zur Durchführung eines Labortests für den Nachweis von Tramal bestanden. Es sind auch keine Gründe ersichtlich, weshalb an der Richtigkeit der (fremd-)anamnestischen Angaben zur Einnahme von Tramal zu zweifeln wäre. Wie aus den vorliegenden medizinischen Akten hervorgeht, hat der Beschwerdeführer Tramal schon seit Jahren eingenommen. Hinweise dafür, dass er das Medikament abgesetzt hätte, sind nicht ersichtlich. Im Rahmen der Begutachtung durch die MEDAS-Ostschweiz im Januar 2008 ist Tramal bei der Laboruntersuchung nachgewiesen worden (vgl. IV-act. 32-15). Die Gutachter hatten damals empfohlen, die hohe Tramaldosis von 200 mg täglich zu reduzieren, da das Medikament insbesondere für die Brechreizsymptome verantwortlich gemacht werden könne (vgl. IV-act. 32-13). Anlässlich der Verlaufsbeurteilung im März 2010 hat der Beschwerdeführer angegeben, Tramal in der Menge von 100 mg täglich einzunehmen (vgl. IV-act. 86-3). Gemäss dem asim-Gutachten hat der Beschwerdeführer die Tramaldosis wieder auf 200 mg täglich erhöht. Diese Angabe ist aufgrund der Vorakten plausibel, so dass auch die darauf gestützte Annahme der Gutachterin, wonach sich die hohe Tramaldosis negativ auf das Verhalten des Beschwerdeführers auswirken könnte, nachvollziehbar erscheint. Bei der Aussage der Gutachterin, dass beim Beschwerdeführer organische Faktoren (vaskulär bei mikroangiopathischen Einflüssen, latente Schilddrüsenunterfunktion) als Mitursache für den schwankenden Verlauf der depressiven Störung in Betracht gezogen werden könnten, handelt es sich um einen möglichen plausiblen Erklärungsansatz. Daneben hat die Gutachterin jedoch auch festgehalten, dass ein schwankender Verlauf grundsätzlich typisch sei bei affektiven Erkrankungen (vgl. act. G 17, S. 25). Ob der geäusserte Verdacht einer Mitursache von organischen Faktoren zutreffend ist oder nicht, spielt jedoch keine Rolle, denn wie die Gutachterin ausgeführt hat, leite sich trotz der zeitweiligen Schwankungen keine gravierende Veränderung der Leistungsfähigkeit bzw. der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab (vgl. act. G 17, S. 33).

2.6 Betreffend den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat die asim-Gutachterin festgehalten, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 2. März 2007 bis zur Entlassung aus der Klinik Valens am 24. Juni 2007 zu 100% arbeitsunfähig gewesen sei, insbesondere im Rahmen des stationären Aufenthalts. Für den Zeitraum ab dem 25. Juni 2007 bis zum 19. Mai 2008 könne unter Würdigung aller Vorakten und



Spiegelung an der eigenen aktuellen Befundung retrospektiv eine konsistente Einschätzung der Leistungsfähigkeit aufgrund der mittelschweren Depression von 50% gutachterlich bestätigt werden (vgl. act. G 17, S. 30). Ab dem 19. Mai 2008 werde in Übereinstimmung mit den Vorbeurteilungen von Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes im Zusammenhang mit dem erlittenen Herzinfarkt als erwiesen erachtet. Seither bestehe anhaltend eine gravierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 100% aufgrund der nun schweren Depression. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (act. G 17, S. 31). Die Beurteilung der asim-Gutachterin weicht von der Arbeitsfähigkeitsschätzung von B.\_\_\_\_ im Verlaufsgutachten vom 23. April 2010 ab. B.\_\_\_\_ hatte im Vergleich zu seinem Vorgutachten vom 13. März 2008 keine Veränderung der Arbeitsfähigkeit festgestellt und ist nach wie vor von einer 60%igen Einschränkung aus psychiatrischer Sicht ausgegangen (vgl. IV-act. 32-12, 86-18). Das Ereignis des Herzinfarktes sowie dessen psychischen Auswirkungen auf den Beschwerdeführer hat er in seiner Beurteilung nicht erwähnt. Demgegenüber hat die Gutachterin C.\_\_\_\_ festgehalten, dass solche Ereignisse wie das subjektive Erleben der bedrohlichen Umstände im Zusammenhang mit einem Herzinfarkt in der Regel zu psychischen Beeinträchtigungen führten und beim Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlechterung der Störung beigetragen hätten (vgl. act. G 17, S. 32). Die Einschätzung von C.\_\_\_\_, wonach seit dem Herzinfarkt vom 19. Mai 2008 eine anhaltende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes mit einer daraus folgenden vollen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers eingetreten ist, erscheint nachvollziehbar und überzeugend. Ihre Einschätzung wird zudem auch durch die Berichte der behandelnden Psychiaterinnen Dr. J.\_\_\_\_ vom 3. September 2008 (vgl. IV-act. 49) und Dr. K.\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2009 (vgl. IV-act. 78) gestützt. Betreffend die retrospektive Einschätzung einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für den Zeitraum ab dem 25. Juni 2007 bis zum 19. Mai 2008 hat die Beschwerdegegnerin beanstandet, dass die Gutachterin ohne weitere Begründung aus der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit abgeleitet habe. Dem ist zu entgegnen, dass die Gutachterin ihre Beurteilung nicht schematisch, sondern – wie sie ausdrücklich festgehalten hat – unter Berücksichtigung und Würdigung aller Vorakten sowie der im Rahmen ihrer Begutachtung erhobenen Befunde vorgenommen hat.



Retrospektiv hat sie so eine konsistente Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers von 50% aufgrund der mittelschweren Depression bestätigen können. Dabei hat sie insbesondere auf den Bericht der Klinik Valens vom 21. Juni 2007 Bezug genommen, worin dem Beschwerdeführer ab dem 25. Juni 2007 eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden ist (vgl. act. G 17, S. 29, IV-act. 18-23). Gestützt auf die in den folgenden Berichten geschilderten Befunde ist die Gutachterin zum Schluss gekommen, dass die Arbeitsfähigkeitseinschränkung von 50% aufgrund der retrospektiv zu diagnostizierenden mittelschweren Depression bis zum 19. Mai 2008 angehalten hat. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der asim-Gutachterin vermag somit auch in retrospektiver Hinsicht zu überzeugen. Folglich ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer vom 2. März 2007 bis 24. Juni 2007 zu 100% arbeitsunfähig, vom 25. Juni 2007 bis 19. Mai 2008 zu 50% arbeitsunfähig und ab diesem Zeitpunkt anhaltend wieder zu 100% arbeitsunfähig gewesen ist.

2.7 Zusammengefasst erfüllt das asim-Gerichtsgutachten vom 21. August 2015 sämtliche rechtsprechungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines Gutachtens, womit darauf abzustellen ist. Die gemäss dem Bundesgerichtsentscheid offen gebliebene Frage nach dem Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung kann gestützt auf das Gutachten überwiegend wahrscheinlich verneint werden. Gleichzeitig hat die Gutachterin die bereits von B.\_\_\_\_ diagnostizierte, im Vordergrund stehende depressive Störung bestätigt und die Herleitung der Diagnose unter Berücksichtigung sämtlicher Vorakten sowie der von ihr erhobenen Befunde einlässlich und nachvollziehbar begründet. Schliesslich vermögen auch ihre gezogenen Schlussfolgerungen und die Arbeitsfähigkeitsschätzungen zu überzeugen.

3.

3.1 Im Folgenden ist zu prüfen, ob und ab wann die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers gegeben sind.

3.2 Nach dem hier anwendbaren altrechtlichen Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG entsteht ein Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40%



arbeitsfähig gewesen ist. Gestützt auf das asim-Gutachten hat die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers vom 2. März bis 24. Juni 2007 100% und ab dem 25. Juni 2007 bis 19. Mai 2008 50% betragen. Somit hat ab dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit eine durchgehende mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit während einem Jahr vorgelegen. Da das Wartejahr im März 2008 erfüllt worden ist, ist der frühestmögliche Beginn des Rentenanspruchs der 1. März 2008.

3.3 Für die Invaliditätsbemessung kann grundsätzlich auf die im Urteil des Versicherungsgerichts vom 5. November 2013 ermittelten Vergleichseinkommen, namentlich ein Valideneinkommen von Fr. 66'880.-- und ein Invalideneinkommen von Fr. 58'389.--, sowie den begründeten Tabellenlohnabzug von 15% verwiesen werden (E. 6.4 bis 6.6 des Urteils IV 2012/22). Ausgehend von der am 1. März 2008 vorliegenden 50%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 15% resultiert ein Invalideneinkommen von rund Fr. 24'815.-- (Fr. 58'389.-- x 0.5 - 15%). Stellt man dieses dem Valideneinkommen von Fr. 66'880.-- gegenüber, so resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 42'065.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 63% entspricht.

3.4 Damit hat im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, am 1. März 2008, eine rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit vorgelegen. Der Beschwerdeführer hat ab 1. März 2008 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 63% einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.5 Ab dem 19. Mai 2008 ist gemäss dem asim-Gutachten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, welche sich in einer anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt. Ab diesem Zeitpunkt liegt das Invalideneinkommen daher bei Null. Unabhängig von der Höhe des Valideneinkommens ist somit im Sinne eines verkürzten Einkommensvergleichs von einer vollständigen Erwerbseinbusse auszugehen, was einem Invaliditätsgrad von 100% entspricht. Damit hat der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).



3.6 Bei der rückwirkenden Zusprache einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente finden gemäss Rechtsprechung die für die Rentenrevision geltenden Normen (Art. 17 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) analog Anwendung (Urteil des Bundesgerichts vom 16. April 2013, 8C\_93/2013, E. 2; 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Gemäss Art. 88a IVV ist bei einer Verbesserung (Abs. 1) oder Verschlechterung (Abs. 2) der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat. Die Verschlechterung ist vorliegend am 19. Mai 2008 eingetreten, womit die Dreimonatsfrist am 19. August 2008 abgelaufen ist. Der Rechtsvertreter hat die Erhöhung auf eine ganze Rente per 1. August 2008 beantragt (vgl. act. G 21). Gemäss ständiger Praxis des Versicherungsgerichts erfolgt die Rentenanpassung jedoch nicht rückwirkend per Anfang des Monats, in dem die Dreimonatsfrist abgelaufen ist, sondern erst ab Beginn des folgenden Monats, weil nur dann die gesetzlich vorgesehene Frist von drei Monaten gesamthaft eingehalten ist. Folglich hat der Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 1. März 2008 bis 31. August 2008 einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und ab dem 1. September 2008 einen unbefristeten Anspruch auf eine ganze Rente.

4.

4.1 Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Verfügung vom 2. Dezember 2011 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Der Beschwerdeführer hat vom 1. März 2008 bis 31. August 2008 einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und ab 1. September 2008 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung. Die Sache ist zur Festsetzung des Rentenbetrags an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Das Beschwerdeverfahren in Angelegenheiten der Invalidenversicherung 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). Angesichts des durch die Einholung des Gerichtsgutachtens überdurchschnittlichen Aufwands erscheint eine Gerichtsgebühr von Fr. 1'000.-- als angemessen. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat für diese Gebühr aufzukommen. Dem Beschwerdeführer ist der im Verfahren IV 2012/22 geleistete Kostenvorschuss von



Fr. 600.-- zurückzuzahlen. Zudem hat die Beschwerdegegnerin die Kosten für das Gerichtsgutachten zu übernehmen. Diese belaufen sich insgesamt auf Fr. 10'390.10 (vgl. act. G 20).

4.3 Dem obsiegenden Beschwerdeführer ist eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG). Im Verfahren IV 2012/22 wurde diese auf Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt (E. 7.3 jenes Urteils). Im Zusammenhang mit dem Gerichtsgutachten war der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers nochmals einige Male mit dem Fall befasst, womit ihm ein überdurchschnittlicher Vertretungsaufwand entstanden ist. Insgesamt rechtfertigt es sich daher, die Parteientschädigung auf Fr. 4'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 2. Dezember 2011 aufgehoben und dem Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 1. März 2008 bis 31. August 2008 eine Dreiviertelsrente und ab 1. September 2008 eine (unbefristete) ganze Rente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung der Rentenbeträge an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- und die Kosten des Gutachtens von Fr. 10'390.10 zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer im Verfahren IV 2012/22 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm zurückzuerstatten.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.