



**Fall-Nr.:** IV 2015/140  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.05.2020  
**Entscheiddatum:** 14.08.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.08.2017**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Beweiskraft des polydisziplinären Gerichtsgutachtens bejaht. Gestützt auf die vorwiegend durch psychiatrische Beschwerden begründete Arbeitsunfähigkeit ist ein Rentenanspruch gegeben (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. August 2017, IV 2015/140).**

Entscheid Versicherungsgericht, 14.08.2017

#### **Entscheid vom 14. August 2017**

Besetzung

Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin

Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Geschäftsnr.

IV 2015/140

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller,



## St.Galler Gerichte

Engelgasse 214, 9053 Teufen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 12. März 2004 bei der IV-Stelle zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1), nachdem ihm das Arbeitsverhältnis als Chauffeur per 31. Oktober 2003 gekündigt worden war (IV-act. 10-1, 10-4). Im Rahmen der vertrauensärztlichen Untersuchung der Krankentaggeldversicherung vom 5. November 2003 diagnostizierte Dr. med. B.\_\_\_\_, Innere Medizin, speziell Rheumatologie FMH, ein chronifizierendes lumbospondylogenes Syndrom links und sensomotorisches radikuläres Ausfallsyndrom L3 links, einen Status nach Weichteilverletzung Ellbogenbereich rechts 1997 (Arbeitsunfall), eine Urolithiasis (ED 2002) sowie anamnestisch Doppelnieren links. Er schätzte die Restarbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten auf 50% (IV-act. 8-21, 8-23). Im Austrittsbericht der Klinik Valens über die Hospitalisation des Versicherten vom 6. bis 27. Januar 2004 diagnostizierten die Ärzte in psychiatrischer Hinsicht zusätzlich eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt. Nach einer Arbeitsfähigkeit von 0% bis 1. Februar 2004, befanden sie den Versicherten ab 1. März 2004 in adaptierten Tätigkeiten zu 100% arbeitsfähig (IV-act. 8-5). Dagegen attestierte der Hausarzt im Bericht vom 18. März 2004 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 8-4). Die IV-Stelle erteilte in der Folge den Auftrag zur bidisziplinären Begutachtung des Versicherten (IV-act. 13 f.).



A.b Am 15. Juli 2005 teilte der Versicherte der IV-Stelle am Schalter mit, dass er seine Anmeldung für berufliche Massnahmen und Invalidenrente zurücknehmen wolle, da er seit dem 1. März 2004 wieder zu 100% arbeitsfähig sei und sich seit 1. Juli 2005 mit einer C.\_\_\_\_ selbständig gemacht habe (IV-act. 21). Im Verlaufsbericht vom 15. Juli 2005 stellte sein Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ eine Verbesserung der Beschwerden fest. Seit seinem letzten Bericht von März 2004 seien diese etwas abgeflacht, verschwunden seien sie aber noch nicht ganz. Eine leichte rückschonende Arbeit in adaptierter Tätigkeit könne er ganztags bewältigen. Er sei somit ab 1. März 2005 wieder arbeitsfähig (IV-act. 23). Mit Rückzugserklärung vom 21. Juli 2005 zog der Versicherte seine Anmeldung zurück, worauf die IV-Stelle das Leistungsbegehren als gegenstandslos abschrieb (IV-act. 28 f.). Ab 1. Januar 2007 arbeitete der Versicherte als Betriebsmitarbeiter Logistik mit einem 100%-Pensum für die Post (IV-act. 48).

A.c Nach einem Heckauffahrunfall am 31. August 2011 mit Diagnose einer HWS-Distorsion Grad III mit motorischer Abschwächung C4-C8 (Fremdakten: Arztzeugnis UVG vom 22. September 2011) meldete sich der Versicherte am 14. März 2012 erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug (berufliche Massnahmen/Rente) an (IV-act. 37). Am 11. Januar 2012 hatte er im Rahmen der Suva-Abklärungen an einem ambulanten Assessment in der Rehaklinik Bellikon teilgenommen. Dabei hatten die Abklärungspersonen die erlittene Verletzung als leicht eingestuft und waren davon ausgegangen, dass keine bleibenden Schäden zu erwarten seien. Anlässlich der psychosomatischen Abklärung in der Rehaklinik vom 24. Januar 2012 hatten die Ärzte eine leichte depressive Episode festgestellt (IV-act. 95-11 f.).

A.d Mit Eingliederungsplan vom 7./11. September 2012 vereinbarten der Versicherte und die IV-Eingliederungsverantwortliche als Massnahmen u.a. eine aktive Mitarbeit bei langsamer Steigerung der Präsenz und Arbeitsfähigkeit von der aktuellen Leistungsfähigkeit von 30% und einer Präsenz von 50% (IV-act. 56). Die IV-Stelle teilte dem Versicherten mit Schreiben vom 12. September 2012 mit, sie gewähre ihm Beratung und Unterstützung beim Erhalt seines Arbeitsplatzes durch die Eingliederungsberatung (IV-act. 55).

A.e Vom 4. bis 22. März 2013 war der Versicherte in der Klinik Valens hospitalisiert. Die Klinik-Ärzte diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11) mit



## St.Galler Gerichte

einem deutlichen somatischen Syndrom und vielen Insuffizienzgefühlen auf Grundlage des chronischen Schmerzsyndroms nach Unfallereignis vom 08/11, ein zervikospondylogenes Syndrom, ein lumbospondylogenes Syndrom sowie chronischen Kopfschmerz. Der Versicherte sei weiterhin zu 30% leistungsfähig bei einer 50%igen Präsenz (IV-act. 73 ff.).

A.f Per 31. August 2013 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten (IV-act. 95-24). Gegenüber der Eingliederungsverantwortlichen gab er an, auch an Integrationsmassnahmen nicht mitwirken zu können. Die Eingliederungsverantwortliche schloss daher die beruflichen Massnahmen ab (vgl. Stellungnahme vom 23. Oktober 2013, IV-act. 83-3, 83-5). Die IV-Stelle verneinte durch Mitteilung vom 5. November 2013 einen Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen (IV-act. 88).

A.g Die Suva, welche Taggelder leistete und für die Heilkosten des Unfalls aufgekommen war, stellte die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 20. Februar 2014 per 31. März 2014 ein. Diese Verfügung bestätigte sie mit Einspracheentscheid vom 24. Februar 2015 (Fremdakten). Dagegen erhob der Versicherte Beschwerde ans Versicherungsgericht (UV 2015/18).

A.h Im Arztbericht vom 27. März 2014 attestierten die Ärzte des psychiatrischen Ambulatoriums eine Arbeitsfähigkeit adaptiert von 50%, vorzugsweise halbtags (IV-act. 96).

A.i Am 27. August und 17. September 2014 wurde der Versicherte polydisziplinär begutachtet. Im PMEDA-Gutachten (Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen) vom 10. Dezember 2014 attestierten die Gutachter dem Versicherten in angepassten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 100%, nämlich 9 Stunden, Pensum 100%. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei nicht hinreichend belegt und habe auch zuvor nicht bestanden. Die Vorberichte hätten sich „weitgehend“ von dem subjektiven Beschwerdevortrag leiten lassen, da objektive behinderungsrelevante Störungsbefunde auch aktenkundig nicht belegt worden seien (IV-act. 110-40, 100-40ff.). RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ hielt mit Stellungnahme vom 16. Dezember 2014 fest, dass auf das Gutachten abgestützt werden könne (IV-act. 112).



## St.Galler Gerichte

A.j Mit Vorbescheid vom 16. Februar 2015 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht (IV-act. 117).

A.k Dagegen liess der Versicherte durch Rechtsanwalt lic. iur. D. Ehrenzeller am 24. März 2015 Einwand erheben und die Zusprache einer mindestens halben Invalidenrente beantragen (IV-act. 118).

A.l Mit Stellungnahme vom 14. April 2015 kam RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ zum Schluss, es könne auch unter Berücksichtigung der Argumente im Einwandschreiben weiterhin auf das Gutachten abgestützt werden (IV-act. 122).

A.m Mit Verfügung vom 15. April 2015 wies die IV-Stelle den Antrag des Versicherten auf Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 0% ab (IV-act. 123).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 6. Mai 2015 mit dem Antrag auf deren Aufhebung und Zusprache mindestens einer halben Invalidenrente ab August 2012. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und die Sache im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung machte der Rechtsvertreter geltend, das PMEDA-Gutachten baue auf rein äusserlichen, von der subjektiven Einschätzung des Gutachters abhängigen Beobachtungen auf. Auch erwähne es den Unfall des Beschwerdeführers von 1997 praktisch nicht, obgleich jener die Begründung dafür liefere, dass die Kraftminderung rechts erklärbar sei. Es liege daher zweifellos keine Diskrepanz beim Beschwerdeführer vor, sondern im Gutachten. Auffallend sei zudem, dass das Gutachten die spinale Enge respektive die engen Foramina grundsätzlich anerkenne, aber anders beurteile als im Jahr 2012. Es dürfe nicht einfach auf die statistische Heilungsquote abgestellt werden, weil dies der Einzelfallgerechtigkeit widerspreche. Der Beschwerdeführer leide an grossen Konzentrationsstörungen und sei in seinem täglichen Umfeld eingeschränkt. Daher sei zwingend noch mindestens eine neuropsychologische Abklärung durchzuführen. Dazu komme, dass der Beschwerdeführer regelmässig starke Medikamente gegen die Schmerzen einnehmen müsse, welche vor allem dann entstünden, wenn er sich



## St.Galler Gerichte

konzentrieren und anstrengen sollte. Dies führe dann zu den üblichen Verspannungen im Nackenbereich und aufsteigenden Kopfschmerzen sowie auch Schwindel, Erbrechen und Sehstörungen. Insgesamt sei der Sachverhalt wegen fehlender neuropsychologischer Begutachtung nicht vollständig abgeklärt und die Schlussfolgerungen seien unhaltbar (act. G 1).

B.b Am 20. Mai 2015 bewilligte der Abteilungspräsident das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 4).

B.c Mit Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin mit Verweis auf die Stellungnahme des RAD vom 14. April 2015 die Beschwerdeabweisung (act. G 5).

B.d Mit Replik vom 24. September 2015 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Er machte im Weiteren geltend, dass auf Grund von evident unterschiedlichen Beurteilungen eines MRI unabdingbar ein Obergutachten in Auftrag zu geben sei. Zudem gestehe auch das Gutachten zu, dass eine depressive Störung nicht nur bestanden habe, sondern im Prinzip auch bestehe, diese aber wegen bzw. dank der Medikation als remittiert anzusehen sei. Dies bedeute jedoch eine Abhängigkeit von starken Medikamenten, was das Gutachten zugestanden habe, und damit auch eine erhebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit und der Konzentration (act. G 9).

B.e Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 11).

C.

C.a Am 27. Juni 2016 beschliesst das Gericht, bei der asim Begutachtung, Universitätsspital Basel, ein polydisziplinäres (allgemeininternistisches/orthopädisches/neurologisches/psychiatrisches) Obergutachten einzuholen (act. G 13). Nachdem die Parteien zur Einholung der in Aussicht genommenen Begutachtung keine grundsätzlichen Einwände erheben (vgl. act. G 14), erteilt die Abteilungsvizepräsidentin dem asim mit Schreiben vom 20. Juli 2016 den Begutachtungsauftrag (act. G 15).



## St.Galler Gerichte

C.b Vom 24. bis 26. Oktober 2016 wird der Beschwerdeführer ambulant durch die Gutachter des asim begutachtet. Gestützt auf diese Untersuchungen kommen die Experten im Gutachten vom 1. März 2017 zum Schluss, dass der Versicherte auf Grund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und auf Grund einer neurotischen Entwicklung im Rahmen einer einschneidenden sozialen Situation von Januar 2012 bis Januar 2013 zu 50% und seither noch zu 20% arbeitsfähig sei. Aus rein somatischer Sicht sei in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60% zumutbar, die auf Grund der psychiatrischen Problematik nicht umsetzbar sei (act. G 19 S. 11ff.)

C.c Mit Eingabe vom 28. März 2017 führt der Beschwerdeführer aus, dass das gerichtlich angeordnete Gutachten in jeder Hinsicht beweiskräftig sei und deshalb vollumfänglich auf die Berentungsfrage Anwendung finden müsse (act. G 21).

C.d In der Eingabe vom 3. April 2017 hält die Beschwerdegegnerin mit Bezug auf die Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. März 2017 an ihrem Antrag auf Beschwerdeabweisung fest (act. G 25, 25.1).

C.e Mit Schreiben vom 28. April 2017 nimmt der Beschwerdeführer zur Eingabe der Beschwerdegegnerin Stellung und macht geltend, dass das asim-Gutachten als Gerichtsgutachten höher zu werten sei als das PMEDA-Gutachten aus dem Verwaltungsverfahren (act. G 29).

## Erwägungen

1.

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

1.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung



und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

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 der medizinischen Fachperson 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 streitigen Leistungsanspruchs gestatten. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Bezüglich Gerichtsgutachten hat die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen der medizinischen Experten ab. Auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat diesbezüglich erwogen, der Meinung eines von einem Gericht ernannten Experten komme bei der Beweiswürdigung vermutungsweise hohes Gewicht zu (BGE 135 V 469 f. E. 4.4 mit Hinweisen).

2.

2.1 Zu klären ist vorweg die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt.

2.2 Die asim-Gutachter diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine neurotische Entwicklung im



Rahmen einer einschneidenden sozialen Situation (ICD-10 F48.9), ein chronisches zervikovertebrales und zervikocephales Schmerzsyndrom (M47.12, M51.1), ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M47.16 und M51.3) und multifaktoriellen Schwindel (ICD-10 R42; act. G 19 S. 11). Im Rahmen der orthopädischen Begutachtung habe der Beschwerdeführer angegeben, dass sich die Beschwerdesymptomatik in den letzten zwei Jahren verschlechtert habe. Er sei schnell kraftlos und schwitze. Weiterhin würden die Schmerzen im unteren Rücken und linken Bein schneller auftreten und sie seien stärker vorhanden. Der Schwindel sei unverändert vorhanden, allerdings habe er früher öfter erbrochen, was heute nur noch selten vorkomme (act. G 19.2 S. 2). Aus interdisziplinärer Sicht beurteilten die Mediziner aktuell ein HWS-Distorsionstrauma QTF Grad II ohne Hinweise auf MTBI (Schädelhirntrauma). Bleibende strukturelle Schäden seien auf Grund des Unfalls nicht entstanden und die Chronifizierung sei mit der HWS-Distorsion nicht zu erklären, sondern nur als Ausdruck der komplexen psychiatrischen Problematik (Vorgeschichte). Ein Teil der aktuell beklagten somatischen Beschwerden könne aus orthopädischer Sicht erklärt werden, insbesondere das chronische zervikovertebrale und zervikocephale Schmerzsyndrom bei möglichem intermittierendem Reizsyndrom C6 rechts bei bildgebend progredienten degenerativen Veränderungen der HWS und möglicher Nervenwurzelaffektion C6 beidseits und möglicher Kompression C7 links (MRI der Wirbelsäule vom 28.10.2016) sowie das chronische lumbovertebrale Schmerzsyndrom bei klinisch-neurologisch residuellem sensomotorischem Ausfallsyndrom L3-L4. Die frühere gutachterliche Einschätzung der PMEDA hinsichtlich einer vollen Arbeitsfähigkeit für jede Tätigkeit sei aus orthopädisch/neurologischer Sicht nicht zu stützen. Zumindest im bisherigen Tätigkeitsbereich als G.\_\_\_\_ dürften Belastungen auftreten, welche die Belastbarkeit des Beschwerdeführers übersteigen würden (act. G 19 S. 12f.). Für eine angepasste Tätigkeit ging der orthopädische Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Manuelle Medizin/Chirotherapie und Akupunktur, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, von einer leichten Einschränkung (qualitative Limiten, quantitativ Arbeitsfähigkeit von 60%) aus. Es falle jedoch rein somatisch auch eine erhebliche Diskrepanz zwischen den beklagten Einschränkungen und den objektivierbaren Befunden auf. Die spontane Beweglichkeit sei wenig bis gar nicht eingeschränkt, deutlich abhängig von der innerlichen Spannung. Die Beschwerdeangabe sei wenig spezifisch. Es sei hier neben den organischen



Schmerzursachen von einer gravierenden Schmerzfehlverarbeitung auf dem Hintergrund der komplexen psychiatrischen Vorgeschichte auszugehen (act. G 19 S. 13).

2.3 In Bezug auf die psychiatrische Untersuchung führte Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, der Beschwerdeführer hadere mit dem Schicksal. Er habe Schuldgefühle, weil er das Gefühl habe, immer alle unterstützt zu haben und jetzt nicht mehr für die eigene Familie sorgen zu können. Die behandelnde Psychiaterin sei zwar als Person wichtig für ihn. Es lasse sich jedoch herausspüren, dass ein Zugang zum Konzept der Depression für ihn schwierig zu sein scheine. Er bleibe im Konzept der somatischen Ursache der Schmerzen durch den HWS-Unfall von 2011 verhaftet (act. G 19.1 S. 9). Der Gutachter hielt fest, dass der Beschwerdeführer eine depressive Symptomatik mittelgradigen Ausmasses gezeigt habe. Sowohl im BDI wie auch in der Erhebung des psychopathologischen Befundes nach AMDP seien depressive Symptome gefunden worden. Die depressive Affektlage lasse sich durch die traurig wirkende Mimik und die eingeschränkte Psychomotorik objektivieren. Als weiteres Kernsymptom gab er eine ausgeprägte Anhedonie an. Zudem sei der Antrieb vermindert. Der Beschwerdeführer zeige Schuldgefühle, eine Reduktion des Selbstvertrauens, wiederkehrende Gedanken an den Tod und teilweise suizidale Gedanken. Das Denk- und Konzentrationsvermögen sei subjektiv beeinträchtigt und auch in der Untersuchung beobachtbar im Zeitverlauf eingeschränkt. Er sei psychomotorisch gehemmt und habe Ein- und Durchschlafstörungen. Das Erscheinungsbild der Depression sei stark durch die neurotische Fehlentwicklung des Beschwerdeführers mitgeprägt. Diese sei u.a. im psychosomatischen Konsilium der Rehaklinik Bellikon 2012 herausgearbeitet worden. Die Aspekte der Migration von 1989 und die schwierige Rolle im Familiensystem als ältestes Kind nach dem Tod des Vaters seien differenziert beschrieben worden. Die behandelnde Psychiaterin spreche auch von einer auf die verlorene Rolle in der Familie und das somatische Krankheitskonzept fixierte, rigide und starre Bewältigungsstrategie. Im Rahmen der Untersuchung habe die Belastung durch diese Aspekte bestätigt werden können. Der Beschwerdeführer habe sich affektiv deutlich belastet gezeigt, als er über den Verlust des Vaters und seine eigene neue Rolle in der Familie gesprochen habe. Er habe seine damaligen beruflichen Wünsche, nämlich Lehrer zu werden, aufgeben müssen. Durch die Migration 1989 und die Ansprüche der



Familie habe er sich emotional weiter von der Familie distanziert, sei ihr aber weiterhin loyal verpflichtet gewesen. Sein Dasein sei durch die Funktion des Ernährers zweier Familien, seiner eigenen und der Herkunftsfamilie geprägt gewesen. Weiter sei deutlich geworden, dass er nur sehr schambesetzt über den beruflich eingeschränkten Erfolg des jüngsten Sohnes berichtet habe. Das Nichterfüllen der Ernährer- und Versorgerrolle sei für ihn hoch ambivalent besetzt. Er habe Schuld- und Schamgefühle (act. G 19.1 S. 14f.). Die Diagnose einer rezidivierenden Störung lasse sich auf Grund der Akten begründen. 1998 hätten zwar keine Hinweise für psychische Fehlentwicklungen vorgelegen. Nach 2002 sei jedoch sowohl eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt wie auch eine leichte depressive Episode und später 2013 eine mittelschwere depressive Episode diagnostiziert worden. Die Persönlichkeitsaspekte liessen sich nicht als Persönlichkeitsstörung diagnostizieren. Das Ausmass der sozialen Beziehungsprobleme sei zu wenig stark ausgeprägt. Ohne Depression scheine er in der Beziehungsgestaltung gut kompensiert zu sein. Schliesslich würden sich die neurotischen Aspekte darin zeigen, dass er unter Belastung zu sozialem Rückzug neige und die Scham und Schuldaspekte teilweise unabhängig von der depressiven Symptomatik in der Beziehungsgestaltung und in der Aktivierung eigener Ressourcen relevant würden. Die neurotische Entwicklung führe zu einer Einschränkung der Funktionen von Temperament und Persönlichkeit. Durch das dauernde Zurückstellen eigener Bedürfnisse und die damit verbundene Gewissenhaftigkeit könne es unter Belastung zu dysfunktionalen Bewältigungsmustern kommen. Durch die depressive Symptomatik sei die Funktion der psychischen Energie und des Antriebs reduziert. Zudem habe sich in der Untersuchung nach etwas über einer Stunde eine Reduktion der Aufmerksamkeit und der Konzentration beobachten lassen (act. G 19.1 S. 15f.).

2.4 Die neurologische Gutachterin Dr. med. J. \_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, hielt fest, dass die Schwindelsymptomatik beim Beschwerdeführer multifaktoriell bedingt zu sein scheine. Es würden sich daraus Einschränkungen in der Form ergeben, dass dem Beschwerdeführer keine Tätigkeiten mit erhöhter Sturz- und Absturzgefahr, z.B. das Arbeiten in grossen Höhen, das Klettern und Steigen auf Leitern und Gerüste zugemutet werden könne (act. G 19.3 S. 19). Zudem sei es im Zuge des Unfalls vom 31. August 2011 zu keiner vorübergehenden oder bleibenden Schädigung neuraler Strukturen gekommen. Aus neurologischer Sicht habe weder eine Contusio spinalis, noch eine neurologisch



begründbare und eine auf das HWS-Distorsionstrauma 2011 zurückzuführende Verschlechterung des durch den Arbeitsunfall 1998 bestehenden Vorzustandes im Bereich des rechten Arms bestanden (act. G 19.3 S. 24). Basierend auf den Konsistenzkriterien nach Widder und in Zusammenschau aus Aktenlage, den Angaben des Beschwerdeführers und den objektivierbaren klinisch-neurologischen Untersuchungsbefunden haben sich gemäss der Neurologin keine Hinweise für relevante Inkonsistenzen oder für eine etwaige Aggravation oder gar Simulation ergeben. So hätten sich keine Diskrepanzen zwischen der Beschwerdeschilderung und den objektivierbaren körperlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers gezeigt (act. G 19.3 S. 25). Aus isoliert neurologischer Sicht ging die Gutachterin grundsätzlich von einer ganztägigen Arbeit mit anzunehmender Leistungseinschränkung von 20% aus. Der erhöhte Pausenbedarf gelte sowohl in der bisherigen als auch in einer optimal leidensadaptierten Tätigkeit. Dies begründe sich darin, da die bisherige Tätigkeit als K.\_\_\_\_ weitgehend einer leidensadaptierten Tätigkeit entspreche (act. G 19.3 S. 27).

2.5 Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung durch lic. phil. M.\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, zertifizierter neuropsychologischer Gutachter SIM, konnte ein affektiver Kontakt nur bedingt hergestellt werden. Die Leistungsbereitschaft sei gegeben, doch habe sich eine reduzierte Ausdauer gezeigt und der Beschwerdeführer habe sich auch nicht zu einer aktiveren Mitarbeit motivieren lassen. Die allgemeine Aufmerksamkeit sei gegeben und die Ablenkbarkeit nicht erhöht gewesen. Die Belastbarkeit über die gesamte Untersuchungsdauer (Anamnese 13:00 - 14.45 / Testung 14:45 - 16:15) sei ausreichend gewesen, auch wenn sich in der zweiten Hälfte eine leicht erhöhte Ermüdung bemerkbar gemacht habe (act. G 19.4 S. 7). Hinsichtlich der Validität der neuropsychologischen Befunde hielt der Gutachter fest, dass das Antwortverhalten im durchgeführten angewandten Beschwerdevalidierungstest (DMT) und im expliziten Beschwerdevalidierungstest (TBFN) grenzwertig sei. Leichte Auffälligkeiten hätten sich bei den Verhaltensbeobachtungen gezeigt, indem bei der Testung die Ausdauer reduziert sei und der Beschwerdeführer sich kaum zu einer aktiveren Mitarbeit habe motivieren lassen. Die Testbefunde seien eingeschränkt konsistent mit der eigenanamnestisch beschriebenen Alltags- und Berufsfunktionalität. Auf Grund der testpsychologisch objektivierten Defizite wäre nicht zu erwarten gewesen, dass der Beschwerdeführer seinen Alltag noch weitgehend selber meistere, die Betreuung seines Enkels



übernehme oder noch selber Auto fahre. Diese Verhaltensauffälligkeiten und Diskrepanzen seien wahrscheinlich im Rahmen der psychiatrischen Symptomatik zu erklären (Slick-Kriterium D). Gemäss den Wertungskriterien nach Slick et al. (1999) sei die Validität der neuropsychologischen Befunde nicht zweifelsfrei gegeben. Bei verneintem Kriterium D seien die Auffälligkeiten nicht als eine bewusste Aggravation zu werten, doch liege wahrscheinlich eine krankheitsbedingte unbewusste Symptomverdeutlichung vor (act. G 19.4 S. 12). Der Gutachter schätzte, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig sei. Bei einer Arbeitspräsenz von 70% (5 ¾ Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche) könne er eine Arbeitsleistung von 50% (bezogen auf ein Vollpensum von 100%) erbringen (act. G 19.4 S. 13).

2.6 Interdisziplinär kamen die Gutachter zum Schluss, dass die in der neuropsychologischen Testung objektivierten kognitiven Einschränkungen mit der depressiven Symptomatik und im Rahmen der Schmerzstörung erklärbar, jedoch nicht Folge einer Schädigung des Gehirns und auch nicht direkt Unfallfolge seien (act. G 19.1 S. 15f.). Die Gutachter gingen insgesamt davon aus, dass beim Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Dies auf Grund der dabei vorkommenden Belastungen mit Tragen von Lasten teilweise über 25kg (anamnestisch auch bis 40kg) und über längere Strecken, was somatisch nicht möglich sei (Zervikalsyndrom bei möglichem intermittierendem Reizsyndrom C6 rechts). Bezüglich adaptierter Tätigkeiten kamen die Gutachter zum Schluss, dass im Verlauf von Januar 2012 bis Januar 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 50% gegeben gewesen sei, danach sei dem Beschwerdeführer bis heute durchgehend auf Grund der psychiatrischen Einschränkung eine Arbeitsfähigkeit von ca. 20% zu attestieren. Die rein somatisch zumutbare Arbeitsfähigkeit von 60% in einer angepassten Tätigkeit sei auf Grund der psychiatrischen Diagnosen nicht umsetzbar (act. G 19 S. 16f.).

3.

3.1 Gegen die asim-Beurteilung bringt RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ vor, dass das psychiatrische Gutachten einige widersprüchliche klinische Befunde im neuropsychologischen Gutachten nicht beachte bzw. sich nicht damit auseinandersetze. So seien das erste und zweite Kernsymptom „depressive



Affektlage“ und relevante „Antriebsstörung“ bei der kritischen Symptomprüfung nicht nachvollziehbar. Einerseits werde festgehalten, dass bei regelrechtem psychomotorischem Antrieb und mentalem Arbeitstempo die Arbeitsweise gut geplant und strukturiert und die Fehlerkontrolle unauffällig sei. Der Beschwerdeführer wirke diskret dysphorisch, ansonsten affektiv ausgeglichen (act. G 19.4 S. 7). Andererseits werde diskrepanz dazu aufgeführt, dass die eingeschränkte Psychomotorik die depressive Affektlage objektiviere (act. G 19.1 S. 14). Zudem ignoriere das Gutachten auch die übereinstimmende Feststellung bezüglich der unauffälligen Ermüdbarkeit (vgl. act. G 19.4 S. 7, 19.1 S. 3 unten; act. G 25). Dazu ist festzuhalten, dass die Ermüdbarkeit des Beschwerdeführers tatsächlich relativ unauffällig war. So stand der Beschwerdeführer im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung zwar erst nach 70 Minuten erstmals auf. Danach aber habe er immer häufiger den Dolmetscher angeschaut und eine Übersetzung verlangt. Er habe in dieser Phase auch in der Konzentration beeinträchtigt gewirkt (act. G 19.1 S. 10), was die Problematik mit der Konzentrationsfähigkeit stützt. Schliesslich beschrieb der psychiatrische Gutachter den Beschwerdeführer als eingeschränkt schwingungsfähig wirkend; zudem wirke die Mimik traurig. Der Beschwerdeführer habe selber geschildert, eigentlich die ganze Zeit traurig zu sein, immer wieder ans Sterben und teilweise auch an Suizid zu denken. Zudem weine er mehr als früher und habe von Scham berichtet, wenn es öffentlich passiere (act. G 19.1 S. 11f.). Gemäss Dr. F. \_\_\_ ist die attestierte „ausgeprägte Anhedonie“, ein weiteres Kernsymptom einer relevanten depressiven Störung, ebenfalls widerlegt, da sowohl im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung als auch gegenüber dem neuropsychologischen Gutachter angegeben werde, dass der Appetit normal sei, die sexuelle Appetenz auch in Zusammenhang mit den Antidepressiva gebracht werde, Interesse an den Menschen bestehe, Freudeempfinden an den Kindern noch möglich und der soziale Rückzug nicht ausgeprägt sei bei Kontakten mit Fussballkollegen, täglichen Spaziergängen sowie jährlichen Heimaturlauben (act. G 25.1 Ziff. 2). Hierzu hält das Gutachten etwas relativierender fest, dass sich der Beschwerdeführer an nichts habe erinnern können, worüber er sich freuen könnte. Er könne Dinge nicht mehr so geniessen wie früher, zwar könne er sich schon noch ein bisschen über die Kinder und Enkel freuen, aber es sei schwierig, das Leben so zu akzeptieren. Dass die Libido völlig aufgehoben sei, bleibt zudem ein Aspekt der Anhedonie, auch wenn dies - nur möglicherweise - in Zusammenhang mit dem



Escitalopram stehen könnte (act. G 19.1 S. 12). Zudem führte der asim-Gutachter konkret aus, dass es dem Beschwerdeführer weiterhin gelinge, „minimale“ soziale Kontakte auch zu Kollegen aufrecht zu erhalten. Die privaten Einschränkungen seien aber mit dem Leistungsniveau, das der Beschwerdeführer im RAV-Programm N.\_\_\_\_ sowie auch bei der Tätigkeit, die er 2013 im geschützten Rahmen beim letzten Arbeitgeber habe erreichen können, vereinbar (act. G 19.1 S. 17). Sodann bemängelt die RAD-Ärztin am Gutachten, dass die klinische Befundung bezüglich Depression und Persönlichkeit nicht einer Beschwerdevalidierung unterzogen, sondern lediglich mit einem (rein subjektiven) Selbstbeurteilungs-Fragebogen ergänzt worden sei (act. G 25.1 Ziff. 3). Dem ist entgegenzuhalten, dass sich der psychiatrische Gutachter gestützt auf die psychometrischen Testungen nach dem Beck Depressionsinventar und unter Berücksichtigung der im Rahmen der Laboruntersuchungen nachgewiesenen Medikamenteneinnahme von Escitalopram und Venlafaxin ausführlich mit den Resultaten auseinandergesetzt hat (vgl. act. G 19.1 S. 13). Ebenso stützte er sich auf das AMDP-System, welches den psychopathologischen Befund mittels Elementen der Fremdbeurteilung erhebt (vgl. act. G 19.1 S 11). Im Rahmen der eingehenden Konsistenzprüfung hielt der Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer durchgehend in den Arztberichten und der eigenen Untersuchung eine Neigung gezeigt habe, depressive Symptome zu dissimulieren und Schmerz Aspekte zu verdeutlichen. Diese Aspekte hätten sich auch in der neuropsychologischen Untersuchung finden lassen. Sie würden sich mit dem Krankheitskonzept des Beschwerdeführers weitgehend erklären lassen. In den Berichten seien keine Hinweise für Simulation zu finden. Die Hinweise auf Aggravation bezögen sich auf die Handlungsebene und würden somit einer Verdeutlichung entsprechen. Es würden sich in den Akten keine Hinweise ergeben, dass dem Beschwerdeführer auf dieser Ebene bewusstseinsnahe Motive unterstellt werden könnten. Es sei somit aus medizinischer Sicht am wahrscheinlichsten, dass eine Verdeutlichung vorliege. Die behandelnde Psychiaterin Dr. O.\_\_\_\_ sehe auf Grund der Gesamtsituation keine Hinweise dafür, dass das aktuell rigide Bewältigungsmuster vom Beschwerdeführer überwunden werden könnte. Auch habe in der eigenen Untersuchung bei der Fokussierung auf psychische Problematiken kein Verhalten mit demonstrativem Schmerzgebaren gefunden werden können, wie es im PMEDA-Gutachten dauernd beschrieben worden sei. Zudem habe der Beschwerdeführer im Untersuch nach 70 Minuten um ein Glas Wasser zur Einnahme



eines Dafalgan gebeten. Im Gesamtkontext habe das Demonstrieren dieser Schmerzensituationsadäquat und weder ostentativ noch theatralisch gewirkt. Der Bericht über das Beschäftigungsprogramm über knapp sechs Monate im Jahr 2014 habe ausserdem einen motivierten, sozialkompetenten und sorgfältigen Mann mit stark eingeschränkter Durchhaltefähigkeit beschrieben, der faktisch kaum eine Leistung habe bringen können (act. G 19.1 S. 17). Schliesslich ist gemäss Dr. F.\_\_\_\_ die asim-Beurteilung der „psychodynamischen Aspekte“ nicht nachvollziehbar, welche zu einer relevanten neurotischen Entwicklung geführt hätten, die nur eine rigide Abwehr, einen dysfunktionalen Umgang mit Schmerz ermögliche. Dies, weil der Beschwerdeführer bereits bewiesen habe, genau diese Ressourcen aufbringen zu können, als ihm nach zweieinhalbjähriger Arbeitsunfähigkeit wegen Rückenschmerzen (beginnend 2/03) und anschliessenden Minimaleinkünften bis 1/07 eine neue 100%-Anstellung als Chauffeur möglich gewesen sei (act. G 25.1 Ziff. 4). Entgegen dieser Beurteilung anerkannte Dr. I.\_\_\_\_ jedoch die Ressourcen des Beschwerdeführers dahingehend, als er 1998 nach dem schweren Arbeitsunfall die Arbeit wieder habe aufnehmen können, auch die Diskushernie 2002 bis 2004 nicht zu einer andauernden Arbeitsunfähigkeit geführt habe und er in einer neuen Stelle habe reüssieren können. Hier sei ein gewisser Stolz mitgeschwungen, da er der beste in seiner Abteilung gewesen sei. Das wiederum erweise sich als Belastungsfaktor, weil die Schamaspekte bei verringerter Leistungsfähigkeit, wie der Beschwerdeführer sie aktuell verspüre, dazu führen könnten, dass er sich weniger zutraue als möglich sein könnte (act. G 19.1 S. 16). Allein deshalb darauf zu schliessen, dass der Beschwerdeführer auch ein drittes Mal diese Ressourcen aufbringen könnte, ist nicht belegt. Sodann vermögen auch die weiteren von der RAD-Ärztin aufgeführten sogenannten „Fehler“ im asim-Gutachten nicht zu überzeugen, nahmen die Gutachter doch ausführlich Stellung zu ihrer von der PMEDA-Beurteilung abweichenden Einschätzung. Insgesamt ist damit die Beweistauglichkeit des asim-Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Nachdem es in sich schlüssig und nachvollziehbar ist, es die medizinischen Vorakten berücksichtigt und sich damit ausführlich auseinandersetzt, kann darauf abgestellt werden.

4.

Gestützt auf das vorliegend unstrittige Arztzeugnis von Dr. D.\_\_\_\_ zu Händen der Unfallversicherung war der Beschwerdeführer in Folge des Unfalls vom 31. August



## St.Galler Gerichte

2011 bis zum 13. September 2011 zu 100% und ab 14. September 2011 bis Januar 2012 zu 50% arbeitsunfähig (Fremdakten: Unfallschein UVG, Akten-Nr. 43). Gemäss den asim-Gutachtern bestand sodann beim Beschwerdeführer im Verlauf von Januar 2012 bis Januar 2013 eine 50%ige und ab Februar 2013 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 19 S. 17). Auf Grund eines Valideneinkommens im Jahr 2012 von Fr. 62'206.-- (vgl. IV-act. 48-4), das im Vergleich zum durchschnittlichen Jahreseinkommen von Hilfsarbeitern von Fr. 65'177.-- (Tabelle TA1, vgl. Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015) leicht unterdurchschnittlich ist, kann vorliegend ein Prozentvergleich erfolgen. Die Frage, ob sich zudem ein Abzug für leidensangepasste Tätigkeiten rechtfertigt, kann hier zudem offen gelassen werden, da selbst ein gegebenenfalls höchstens zu rechtfertigender Abzug von 10% keine Änderung des Rentenanspruchs ergäbe. Somit hat der Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. September 2012 bis 30. April 2013 Anspruch auf eine halbe Rente (IV-Grad von 50% bzw. bei einem Leidensabzug von 10% max. 55%) und ausgehend von einer für leidensangepasste Tätigkeiten bestehenden 20%igen Arbeitsfähigkeit bzw. einem IV-Grad von mind. 80% ab 1. Mai 2013 (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) Anspruch auf eine ganze Rente.

5.

5.1 In Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 15. April 2015 aufzuheben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. September 2012 bis 30. April 2013 eine halbe Rente und ab 1. Mai 2013 eine ganze Rente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2 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. 1bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung). Auf Grund der Einholung eines Gerichtsgutachtens und des damit verbundenen Zusatzaufwands erscheint eine Gerichtsgebühr von Fr. 1'000.-- in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdegegnerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 1'000.-- aufzuerlegen.



5.3 Die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 18'515.40 (act. G 24) hat die Beschwerdegegnerin zu tragen (BGE 137 V 265 f. E. 4.4.2).

5.4 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint wegen des im Zusammenhang mit dem Gerichtsgutachten verbundenen Mehraufwands eine Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Bei diesem Ausgang erübrigt sich die Festlegung einer Entschädigung aus der gewährten unentgeltlichen Rechtsverbeiständung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 15. April 2015 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. September 2012 bis 30. April 2013 eine halbe Rente und ab 1. Mai 2013 eine ganze Rente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung der Rentenhöhe sowie zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 1'000.--.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 18'515.40 zu bezahlen.



4.

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