



Fall-Nr.: IV 2017/361
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 09.06.2020
Entscheiddatum: 17.02.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 17.02.2020

Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Einkommensvergleich. Keine rentenbegründende Invalidität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Februar 2020, IV 2017/361).

Entscheid vom 17. Februar 2020

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull

Geschäftsnr.

IV 2017/361

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand



Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich im Juni 2006 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Er gab an, acht Jahre die Volksschule besucht und eine Ausbildung als Mechaniker absolviert zu haben. Betreffend die gesundheitlichen Beeinträchtigungen verwies er auf die sich beim Hausarzt Dr. med. B.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, befindlichen Unterlagen. Dr. B.____ berichtete am 23./24. August 2006 unter Verweis auf Abklärungen im Z.____ (IV-act. 14), der Versicherte leide an einem chronischen spondylogenen Syndrom der LWS (bei einer Spondylosis hyperostotica). In seinem bisherigen Beruf als Gipser sei er nicht mehr arbeitsfähig. In einem Arbeitgeberbericht teilte die C.____ AG am 29. August 2006 mit (IV-act. 15), der Versicherte sei von Mai 1998 bis Juni 2002 als Gipser bei ihr angestellt gewesen. Ohne Gesundheitsschaden würde der Versicherte Fr. 5'500.-- monatlich verdienen.

A.b. Am 18./19. März 2008 wurde der Versicherte polydisziplinär (internistisch, orthopädisch und psychiatrisch) durch die Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) abgeklärt (IV-act. 33). Im Gutachten vom 11. April 2008 gaben die Sachverständigen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (IV-act. 33-15): Chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle und Spreizfuss beidseits. Sie attestierten dem Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für schwere körperliche Tätigkeiten und damit für die angestammte Tätigkeit als Gipser. In einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit beurteilten sie eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit für den Versicherten als zumutbar. Den Beginn der Arbeitsunfähigkeit datierten sie auf den 31. Oktober 2005.

A.c. Mit einer Verfügung vom 17. Juni 2009 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren bei einem IV-Grad von 17% ab (IV-act. 51). Zur Begründung gab sie an, eine körperlich schwere Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. In einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Beim



St.Galler Gerichte

Valideneinkommen (Fr. 71'500.--) stützte sie sich auf die Arbeitgeberauskunft der C.____ AG vom August 2006 und beim Invalideneinkommen (Fr. 59'197.--) auf den statistischen Zentralwert des Einkommens für Hilfsarbeiter im Jahr 2006 gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik. Der Versicherte erhob dagegen am 25. August 2009 eine Beschwerde (IV-act. 57). Nachdem er am 5. Oktober 2009 einen neuen Arztbericht der Klinik Valens vom 10. September 2009 eingereicht hatte (IV-act. 62), widerrief die IV-Stelle am 16. November 2009 die Verfügung vom 17. Juni 2009 (IV-act. 70). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen schrieb das Verfahren mit einer Verfügung vom 16. Dezember 2009 als gegenstandslos ab (IV-act. 74).

A.d. Die IV-Stelle holte weitere Berichte ein: Von Dr. med. D.____, Pneumologe FMH, vom 6. Juli 2011 (IV-act. 99), vom Zentrum für Schlafmedizin des Z.____ vom 2. Dezember 2011 (IV-act. 113) und von der Pneumologie des Z.____ vom 3. Januar 2012 (IV-act. 115) und 23. Februar 2012 (IV-act. 155), alle betreffend die Abklärung eines Schlafapnoe-Syndroms; vom Z.____ vom 27. März 2012 bezüglich eines stationären Aufenthalts vom 5. bis 9. März 2012 wegen einer schweren gastrointestinalen Blutung (IV-act. 133); vom Spital E.____ vom 16. April 2012 bezüglich eines stationären Aufenthalts vom 31. März bis 5. April 2012 wegen Schwindel und Übelkeit (IV-act. 150-4; darin sind als Diagnosen unter anderem ein Verdacht auf eine Hypoglykämie und ein metabolisches Syndrom festgehalten worden); von der Rheumatologie des Z.____ vom 22. Mai 2012 (IV-act. 151) und vom Schmerzzentrum des Z.____ vom 26. September 2012 und 25. Oktober 2012 (IV-act. 148, 159). Der RAD-Arzt Dr. med. F.____ empfahl am 9. November 2012 eine polydisziplinäre Begutachtung (IV-act. 165).

A.e. Am 21./22./23. Mai 2013 und 13./14. Juni 2013 wurde der Versicherte durch das asim des Universitätsspitals Basel polydisziplinär (internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch, neurologisch und pneumologisch) abgeklärt. Im Gutachten vom 3. September 2013 gaben die Sachverständigen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (vollständige Liste vgl. IV-act. 172-32 f.): Ein chronisches lumbal und zervikal betontes vertebrales Schmerzsyndrom mit Generalisierungstendenz und unspezifischen peripheren diffusen arthralgischen Beschwerden, ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit zusätzlich



nächtlicher Hypoventilation bei Adipositas und Opiatkonsum und eine sekundäre Insomnie mit Durchschlafstörung (i.R. Schmerzproblematik). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit notierten die Sachverständigen eine Entwicklung psychischer Symptome aus somatischen Gründen (ICD-10 F54), eine Adipositas per magna, eine mögliche minime Hautpsoriasis, eine minime Erhöhung von CRP und BSR bis 08/2012, einen Status nach Unterschenkelfraktur links in der Kindheit und ein inaktives Nebennieren-Inzidentalom links. Der internistische Gutachter hielt insbesondere fest (IV-act. 172-22), der Beschwerdeführer habe deutlich dekonditioniert gewirkt und die Fragen weitschweifend beantwortet. Er nehme eine Symptomverdeutlichung an. Der psychiatrische Gutachter führte aus (IV-act. 172-23 f.), sowohl im affektiven als auch in anderen Bereichen des psychischen Funktionierens habe der Versicherte keine Defizite präsentiert, welche eine Diagnose gemäss ICD-10 hätten rechtfertigen können. Die Situation habe sich seit der Vorbegutachtung durch das ABI im Jahr 2008 nicht verändert. Im Vordergrund des klinischen Bildes hätten innere Unruhe und Nervosität, welche eine sehr klare Verbindung zu den Schmerzbeschwerden aufgewiesen hätten, gestanden. Eine anhaltende affektive Problematik, insbesondere eine depressive Episode, habe nicht festgestellt werden können. Der Versicherte habe seit der Vorbegutachtung auch nicht in einer psychiatrischen Behandlung gestanden. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte vollständig arbeitsfähig. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 29. Mai 2013 hielt er zudem fest (IV-act. 172-55), der Versicherte habe bei der detaillierten Prüfung der Merkfähigkeit eine unerklärlich tiefe Leistung demonstriert. Bei der Screening-Diagnostik (Rey Memory-Test) zur Beantwortung der Frage nach dem Vorliegen von Aggravation/Simulation habe der Versicherte einen sehr auffälligen Wert erzielt, welcher mit dem Vorliegen eines zumindest aggravatorischen Verhaltens vereinbar gewesen sei. Der rheumatologische Gutachter notierte im Wesentlichen (IV-act. 172-27 f.), das muskuloskelettäre Beschwerdebild sei weitgehend vergleichbar mit jenem in der gutachterlichen Beurteilung durch das ABI im Jahr 2008 und den konsiliar-rheumatologischen Beurteilungen in den Jahren 2006 und 2012. Es bestünden zweifellos deutliche degenerative Veränderungen des thorakolumbalen Achsenskeletts. Zudem hätten sich leichte beginnende Fingergelenksosteoarthrosen gefunden. Eine gewisse im Vergleich zu den früheren bildgebenden Abklärungen im Jahr 2006 wohl stattgefundenene degenerative Progression des zervikalen und lumbalen Achsenskeletts



sei denkbar. Die früheren Fersenschmerzen hätten dagegen zurzeit kein Korrelat gefunden. Für körperlich angepasste Tätigkeiten bestehe, wie bereits im ABI-Gutachten angegeben, weiterhin eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Wie schon früher in den Akten vermerkt worden sei, bestehe beim Versicherten überlagernd ein ausgeprägtes Schmerzverdeutlichungsverhalten und eine fixierte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Das Ausmass an der de facto-Dekonditionierung im Alltag, wie es sich aus der Anamnese ergebe, sei mit den klinischen und radiomorphologischen Befunden nicht erklärbar gewesen. Im rheumatologischen Teilgutachten vom 5. August 2013 berichtete der Gutachter überdies (IV-act. 172-63), während der muskuloskelettären Untersuchung sei zunehmend ein schmerzverdeutlichendes Grimassieren und Seufzen zu beobachten gewesen. Es hätten sich muskuläre Gegeninnervationen und Ausweichbewegungen und eine eindrucksmässig sehr starke theatralische Symptom-Vermittlungskomponente gezeigt. Die neurologischen Gutachter berichteten (IV-act. 172-30), als relevante Diagnosen lägen ein lumbal betontes Panvertebralsyndrom und ein damit einhergehendes intermittierendes Zervikozephalosyndrom vor. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit werde dadurch nicht eingeschränkt. In der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung hätten keine Hinweise auf das Vorliegen einer Radikulopathie objektiviert werden können. Die berichteten Ausstrahlungsschmerzen seien keinem Ausbreitungsgebiet von Nervenwurzeln zuordenbar gewesen. Während der Untersuchung sei ein zum Teil demonstrativ anmutendes Verhalten bezüglich der Schmerzen aufgefallen. Im Vergleich zum ABI-Gutachten hätten sich keine neuen Aspekte ergeben. Die pneumologischen Gutachter hielten schliesslich fest (IV-act. 172-31, 172-36), das schwere obstruktive Schlafapnoe-Syndrom habe bestätigt werden können, allerdings hätten sie eine ungenügende Therapie-Compliance festgestellt. In der Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf eine pulmonale Einschränkung der Leistungsfähigkeit ergeben. Aufgrund mangelnder Kooperation (in der Spiroergometrie vom 14. Juni 2016, vgl. IV-act. 172-81) habe sich die tatsächliche Leistungsfähigkeit jedoch nicht objektivieren lassen. Aus pneumologischer Sicht bestehe in einer körperlich wenig belastenden Tätigkeit bei einer konsequenten Therapie-Compliance der Atemstörung mit der verordneten Maske eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Vor der Aufnahme einer Tätigkeit mit Umgang potentiell gefährlicher Maschinen oder vor dem Führen eines Fahrzeuges müsse eine



konsequente Compliance der nächtlichen Überdrucktherapie nachgewiesen werden und eine Fahrtauglichkeitsprüfung erfolgen. In der Gesamtbeurteilung (IV-act. 172-37) attestierten die Sachverständigen für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Gipser aufgrund der rheumatologischen Diagnosen weiterhin und bleibend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In körperlich leichten, höchstens gelegentlich mittelschweren Tätigkeiten, ohne das Heben, Stossen und Ziehen von Lasten von mehr als 7 kg bis gelegentlich 12 kg, ohne kniend oder kauern und ohne ausschliesslich im Stehen oder Gehen oder mit wiederholten rotativen Oberkörperbewegungen ausgeübte Tätigkeiten attestierten sie eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Sie hielten fest, seit dem ABI-Gutachten habe sich keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands und damit der möglichen Arbeitstätigkeit ergeben. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei deshalb gleich wie im ABI-Gutachten festzusetzen.

A.f. Der RAD-Arzt Dr. F. ___ notierte am 12. September 2013 (IV-act. 173), auf die Schlussfolgerungen des Gutachtens könne abgestellt werden. Zu erwähnen sei jedoch, dass bei einem bekannten, medikamentös behandelten und scheinbar unzureichend eingestellten Diabetes mellitus weder eine Urin- noch eine Blutzuckerbestimmung, sondern lediglich eine Bestimmung eines Blutzucker-Langzeitparameters durchgeführt worden sei. Auch sei die Diagnose im Gutachten nicht aufgeführt worden. Ein suboptimal eingestellter Diabetes mellitus sollte jedoch keine nennenswerte Änderung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bedingen.

A.g. Der fallführende Gutachter des asim teilte am 4. April 2014 – nach der Vorlage eines Einwands des Beschwerdeführers zum Vorbescheid vom 16. Oktober 2013, worin der Beschwerdeführer unter anderem geltend gemacht hatte, die Gutachter hätten die Diagnose des Diabetes mellitus Typ II weder genannt noch in der Gesamtbeurteilung gewürdigt (vgl. IV-act. 177, 178) – mit (IV-act. 186), der Diabetes mellitus sei, unter anderem durch eine ausführliche Labordiagnostik, in die Begutachtung einbezogen worden. Da ein Diabetes mellitus Typ II aus arbeitsmedizinischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedeute, sei die Diagnose nicht weiter diskutiert worden, zumal die muskuloskelettären Beschwerden im Vordergrund gestanden hätten.



St.Galler Gerichte

A.h. Am 9. Mai 2014 teilte der Versicherte mit (IV-act. 189), sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Er befinde sich seit Beginn des Jahres 2014 bei Dr. med. G.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in psychiatrischer Behandlung. Dr. G.____ berichtete am 7. Juli 2014 (IV-act. 191), der Versicherte sei seit Jahren zunehmend niedergeschlagen, reizbar, nervös und ängstlich. Er fürchte sich vor einem Herzinfarkt (der Bruder sei im Jahr 2011 an einem Herzinfarkt verstorben) und leide oft an Panikattacken mit Dyspnoe und Palpitationen. Er sei antriebs- und lustlos und sitze zuhause nur herum. Im Gespräch sei er wortkarg. Dr. G.____ diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode mit einem somatischen Syndrom (ICD-10 F32.11) und eine Panikstörung (ICD-10 F41.0). Er hielt fest, der Versicherte sei seit Januar 2011 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Bauarbeiter zu 80% arbeitsunfähig.

A.i. Der RAD-Arzt Dr. F.____ notierte am 29. Juli 2014 (IV-act. 192), der psychiatrische Gutachter des asim habe ähnliche Befunde erhoben, diese aber anders bewertet.

A.j. Mit einer Verfügung vom 26. August 2014 (IV-act. 194) wies die IV-Stelle das Rentenbegehren bei einem IV-Grad von 8% ab. Zur Begründung gab sie an, für körperlich leichte, höchstens gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Dabei sollten keine Lasten von mehr als 7 kg bis gelegentlich 12 kg gehoben, gezogen oder gestossen werden müssen. Ausgeschlossen seien auch kniend oder kauern und ausschliesslich im Stehen oder Gehen ausgeübte Tätigkeiten oder Tätigkeiten mit wiederholten rotativen Oberkörperbewegungen. Beim Valideneinkommen (Fr. 66'931.--) stütze sie sich auf das "Listeneinkommen" des Bundesamts für Statistik im Baugewerbe für das Jahr 2011 und beim Invalideneinkommen (Fr. 61'776.--) auf den statistischen Zentralwert des Einkommens für Hilfsarbeiter gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik für das Jahr 2011. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

B.a. Am 5. Mai 2016 (Posteingang: 9. Mai 2016) meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 196). Er reichte einen Bericht von Dr. G.____ vom 13. April 2016 (IV-act. 198) und einen Bericht von Dr. med. H.____, Oberärztin der I.____, vom 18. Januar 2016 (IV-act. 197) ein. Er gab an, sein psychischer Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Dr. G.____ hatte festgehalten, der



St.Galler Gerichte

Versicherte leide nach wie vor an einer chronifizierten, mindestens mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10 F32.11) und an einer Panikstörung (ICD-10 F41.0). Dr. H.____ hatte über einen stationären Aufenthalt des Versicherten vom 18. November 2015 bis 16. Dezember 2015 in der Klinik J.____ berichtet. Sie hatte eine chronifizierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) diagnostiziert. Als Befund hatte sie im Wesentlichen angegeben, der Versicherte sei beim Eintritt im formalen Denken umständlich und vorbeirend bei normaler Denkgeschwindigkeit gewesen. Der Versicherte habe über optische Halluzinationen und Stimmenhören sowie über nicht näher beschriebene Fremdbeeinflussungserlebnisse berichtet. Er habe Angst vor Kontrollverlust und Todesangst mit ausgeprägten vegetativen Symptomen sowie Traurigkeit infolge psychotischer Symptome und Alpträume gehabt. Der Antrieb sei leicht reduziert gewesen. Er habe über Ein- und Durchschlafstörungen, über einen sozialen Rückzug und über Gedanken eines (erweiterten) Suizids berichtet. Handlungsabsichten habe er verneint. Beim Austritt habe er sich im Kontakt freundlich gezeigt. Die Grundstimmung sei durch Sorgen um seinen Sohn niedergedrückt und die Schwingungsfähigkeit sei stark eingeeengt gewesen. Die deutliche Krankheitsangst habe weiterhin bestanden. Gedanklich sei er auf seine Themen eingeeengt geblieben. Er habe nach wie vor über optische und akustische Halluzinationen berichtet. Das Suizidrisiko sei beim Eintritt wohl überschätzt worden. Der Versicherte sei mit der Alltagsbewältigung überfordert gewesen und habe im Stationsalltag bei vielen Belangen des täglichen Lebens Unterstützung benötigt. Aufgrund der chronifizierten depressiven Symptomatik und der schweren somatischen Einschränkungen sei von einer dauerhaft nicht gegebenen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

B.b. Der RAD-Arzt Dr. med. K.____ notierte am 3. Oktober 2016, eine chronifizierte mittelgradige depressive Störung sei anhand der Unterlagen bislang nicht verifiziert worden. Er empfahl eine polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung (IV-act. 210).

B.c. Am 31. Januar 2017 und 1./2./9. Februar 2017 wurde der Versicherte durch das Asim des Universitätsspitals Basel erneut polydisziplinär (internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch, neurologisch und pneumologisch) abgeklärt. Im Gutachten vom 30. Mai 2017 gaben die Sachverständigen als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbalbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom an.



Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit notierten die Sachverständigen unter anderem chronifizierte diffuse Arm- und Handbeschwerden beidseits, femoropatelläre Knieschmerzen beidseits, Valgus-Knick-Senkfussdeformität beidseits, atypische Thoraxschmerzen links ventral, Status nach Tibiafraktur links in der Kindheit, aktenanamnestisch schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, metabolisches Syndrom und klinisch Verdacht auf diabetische Polyneuropathie (vollständige Liste vgl. IV-act. 217-11 f.). Der internistische Gutachter führte im Wesentlichen aus (IV-act. 217-14 f.), der Versicherte habe die Beschwerden am Bewegungsapparat ausgiebig demonstriert; es müsse eine Symptomverdeutlichung angenommen werden. Der Versicherte habe auffällig dekonditioniert gewirkt, wobei nicht gepasst habe, dass er einerseits angegeben habe, er könne maximal 150 m gehen, und andererseits seine Enkel in die Schule bzw. den Kindergarten begleite. Die Laborwerte seien vergleichbar zu jenen im Jahr 2013 gewesen. Bis auf eine Gewichtserhöhung habe keine Änderung zum Vorbefund gesehen werden können. Die psychiatrische Gutachterin gab an (IV-act. 217-15), aufgrund verschiedener, teils massiver Inkonsistenzen im Verhalten und in den Angaben des Versicherten und der Präsentation einer Symptomatik, welche nicht klar einer oder mehreren psychiatrischen Diagnosen zuzuordnen gewesen sei, habe keine Diagnose mit oder ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Der Versicherte habe eine Symptomatik mit Ängsten, Albträumen und einer Gefühlsstörung geschildert. Genau wie im Jahr 2013 sei dies durch eine Verdeutlichungs- und Aggravationstendenz überlagert gewesen. Die nach ICD-10 erforderlichen Kriterien für eine depressive Episode seien nicht erfüllt gewesen. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe nicht begründet werden können. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 22. April 2017 führte die Gutachterin zudem aus (IV-act. 217-64 ff.), der Gesprächsablauf habe sich sehr schwierig gestaltet. Der Versicherte habe sehr einsilbig und vage geantwortet und teilweise kurz zuvor erteilte Antworten verneint. Manchmal habe er die gestellten Fragen trotz mehrfacher Wiederholung gar nicht oder nur mit einer starken Latenz beantwortet. Die Leistungen in der orientierenden Konzentrations- und Gedächtnisprüfung seien nicht nachvollziehbar gewesen. Die Durchführung des Rey Memory-Tests habe nach etwa einer Minute abgebrochen werden müssen, da der Versicherte über Unwohlsein geklagt habe und sich das Gesicht habe waschen wollen. Während der Erhebung des psychopathologischen Befundes sei er dreimal vom Stuhl



aufgestanden, habe sein Gesicht schmerzverzerrt verzogen und dabei laut gestöhnt. Zwischendurch habe er die Augen geschlossen und erst reagiert, als er sehr laut angesprochen worden sei. Er habe klagsam, jammerig, theatralisch und dramatisierend gewirkt. Themenbezogen sei er schwingungsfähig und überwiegend dysphorisch-gereizt gewesen. Mimik und Gestik seien rege gewesen. Nach der Untersuchung habe er gebeten, den freiwilligen Helfer, der ihn zur Untersuchung gefahren habe, anzurufen. Nachdem er die Nummer des Fahrers nicht habe finden können, sei er mit einem Rollstuhl in das Parkhaus gefahren worden. Der Fahrer sei nicht dort gewesen. Daraufhin sei die Telefonnummer des Fahrers durch den Empfang ausfindig gemacht worden. Auf Nachfrage habe der Versicherte angegeben, ohne Rollstuhl in die Tiefgarage gehen zu können, er aber eine Begleitung benötige, da er sich nicht an den Weg habe erinnern können. Der Fahrer habe angegeben, am Morgen sei der Versicherte alleine und selbstständig aus der Garage zur Gutachterstelle gelaufen. Das Zustandsbild des Versicherten habe sich ähnlich wie im Rahmen der Begutachtung im Jahr 2013 gezeigt. Es bestünden Hinweise darauf, dass weiterhin die Diagnose einer Entwicklung psychischer Symptome aus somatischen Gründen (ICD-10 F54) vorliege. Aufgrund der teils massiven Verdeutlichungstendenzen und der zusätzlich dramatisiert dargestellten Symptomüberlagerungen sei eine diagnostische Abgrenzung jedoch nicht möglich gewesen. Das hochauffällige Verhalten des Versicherten sei nicht im Rahmen einer psychischen Störung zu erklären. Der rheumatologische Gutachter hielt fest (IV-act. 217-14), das chronische thorako-lumbovertebrale Schmerzsyndrom habe bestätigt werden können. In der aktuellen Bildgebung hätten sich ausgedehnte degenerative Spondylophytenbildungen der BWS, aber nur geringe Osteochondrosen ohne Stenosierungen gezeigt. Zudem hätten keine entzündlichen Veränderungen erkannt werden können. Der muskuloskelettäre Gesundheitszustand sei ansonsten weitgehend gleich geblieben wie im Jahr 2013. Unverändert sei ein Schmerzvermeidungs- und Verdeutlichungsverhalten festzustellen gewesen, welches in der Art und Ausprägung vergleichbar mit demjenigen im Jahr 2013 gewesen sei. Aus muskuloskelettärer Sicht hätten sich aus den Akten und der Anamnese keine Zäsur gebenden Ereignisse seit der letzten Begutachtung identifizieren lassen. Im rheumatologischen Teilgutachten vom 9. Februar 2017 führte der Gutachter aus (IV-act. 217-87), wie bereits im Jahr 2013 festgehalten worden sei, bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gipser oder in Bauarbeitertätigkeiten. In Tätigkeiten ohne das



Hantieren mit Lasten von mehr als 7 kg bis höchstens 12 kg, ohne gehäuft gebückt, kniend oder kauern zu verrichtende Tätigkeiten, ohne ausschliesslich im Stehen oder Gehen (erlaubt bis zu 2/3 der Zeit) oder mit wiederholten rotativen Oberkörperbewegungen oder gehäuft über Kopf zu verrichtenden Tätigkeiten bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit ohne eine Einschränkung von Präsenzzeit oder Leistungsgeschwindigkeit. Der neurologische Gutachter notierte (IV-act. 217-14), bezüglich des chronisch lumbalbetonten panvertebralen Schmerzsyndroms hätten keine fokale-neurologischen Defizite gesehen werden können. Im Vergleich zur Begutachtung im Jahr 2013 hätten sich keine neuen Diagnosen ergeben. Hinsichtlich der vermuteten diabetischen Polyneuropathie sei die Untersuchung asymptomatisch gewesen. Der Versicherte gehe zweimal pro Woche zur Physiotherapie. Eine Symptomausweitung bzw. ein Verdeutlichungsverhalten sei auch hier diskutiert worden. Im neurologischen Teilgutachten vom 2. Februar 2017 hielt der Gutachter zudem fest (IV-act. 217-95 ff.), aufgrund der Schmerzen des Versicherten sei die neurologische Untersuchung eingeschränkt beurteilbar gewesen. Schmerz lasse sich formal nicht objektivieren. Die einzigen in der neurologischen Untersuchung objektivierbaren pathologischen Befunde – nicht auslösbare ASR, herabgesetzter Vibrationssinn in den Füßen, die auf eine diabetische Polyneuropathie hindeuteten – hätten beim Versicherten aktuell keine funktionelle Relevanz gehabt. Auch wenn es angesichts der starken Beschwerden des Versicherten paradox erscheine, gebe es aus neurologischer Sicht keine Diagnose, welche die Arbeitsfähigkeit als Gipser einschränken würde. Aufgrund der Beschwerden könne dem Versicherten eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit im Sinne eines erhöhten Pausenbedarfs zugewilligt werden. Dies gelte auch für jegliche Verweistätigkeit. Die pneumologischen Gutachter teilten mit (IV-act. 172-14), aufgrund des frühzeitigen Abbruchs sei der 6-Minuten-Gehtest nur begrenzt verwertbar gewesen. Die Lungenfunktion sei unauffällig gewesen. Die Polygraphie sei nicht ganz zufriedenstellend gewesen; da aber eine Schlafapnoe mit einer Maskentherapie adäquat behandelt werden könne, könne hieraus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Im pneumologischen Teilgutachten vom 6. Februar 2017 gaben sie zudem an (IV-act. 217-102), im Vergleich zur Begutachtung im Jahr 2013 habe sich ein stationäres Bild gezeigt. Vordergründig habe sich keine pneumologische Limitierung objektivieren lassen. Bezugnehmend auf die Lungenfunktion bestehe in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit



eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. In der Gesamtbeurteilung kamen die Sachverständigen zum Schluss (IV-act. 217-16 ff.), als günstig zu bewerten sei die familiäre Anbindung des Versicherten. Die Haltung des Versicherten sei defizitorientiert, passiv und auf die Schmerzen fixiert. Die innere Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, sei mehrfach kommuniziert worden. Aufgrund des Antwortverhaltens, der Symptomdarstellung und der Präsentation der Beschwerden seien teils erhebliche Hinweise auf starke Verdeutlichungs- bzw. Aggravationstendenzen festzustellen gewesen. Aufgefallen sei, dass der Versicherte seine Symptome nicht detailliert und teilweise gar nicht habe schildern können. Teilweise habe er seine Angaben auch revidiert. Die Angabe des Versicherten, in den letzten zehn Jahren habe er alles Mögliche getan, um seine Gesundheit zu verbessern, stehe im Widerspruch zu den schlechten Laborwerten in den Jahren 2013 und 2017 und den Hinweisen auf eine Incompliance bezüglich des Medikamentenspiegels. Insgesamt sei das hochauffällige Verhalten in der Untersuchungssituation nicht im Rahmen einer psychischen Störung zu erklären gewesen. Es entspreche auch nicht den Diagnosekriterien einer oder mehrerer psychiatrischer Diagnosen. Die Sachverständigen attestierten dem Versicherten – gleich wie in der Begutachtung im Jahr 2013 – eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gipser oder in Bauarbeitertätigkeiten. Ohne eine Einschränkung der Präsenzzeit oder Leistungsgeschwindigkeit seien Tätigkeiten ohne das Hantieren mit Lasten von mehr als 7 kg bis höchstens 12 kg, ohne gehäuft gebückt, kniend oder kauernd zu verrichtende Tätigkeiten, ohne ausschliesslich im Stehen oder Gehen (erlaubt bis zu 2/3 der Zeit) oder mit wiederholten rotativen Oberkörperbewegungen oder gehäuft über Kopf zu verrichtende Tätigkeiten möglich. Sie hielten fest, die Einschätzung des Beginns der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sei identisch mit jener im Gutachten aus dem Jahr 2013.

B.d. Mit einem Vorbescheid vom 16. Juni 2017 (IV-act. 224) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, sie beabsichtige, das Rentenbegehren bei einem IV-Grad von 4% abzuweisen. Zur Begründung gab sie an, die erneute Abklärung durch das asim habe ergeben, dass der Versicherte in der zuletzt ausgeübten, angestammten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig sei. In einer adaptierten Tätigkeit sei er dagegen ohne eine Einschränkung der Präsenzzeit oder der Leistungsgeschwindigkeit zu 100%



arbeitsfähig. Dem Beschwerdeführer wäre es ohne gesundheitliche Beeinträchtigung möglich, ein mutmassliches Jahreseinkommen in der Höhe von Fr. 69'169.-- (der Nominallohnentwicklung für das Jahr 2015 angepasstes Einkommen des Jahres 2014 im Baugewerbe gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik) zu erzielen. In einer adaptierten Tätigkeit könnte er ein Einkommen in der Höhe von Fr. 66'719.-- (Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik, Privater Sektor, Niveau 1, der Nominallohnentwicklung auf das Jahr 2015 angepasstes Einkommen im Jahr 2014, vgl. IV-act. 223) erzielen. Der Versicherte erhob dagegen keinen Einwand.

B.e. Mit einer Verfügung vom 4. September 2017 (IV-act. 226) wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab.

C.

C.a. Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) erhob am 30. September 2017 (Postaufgabe: 2. Oktober 2017) eine Beschwerde (act. G 1). Er beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 4. September 2017 und die Zusprache einer ganzen Rente. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. Zur Begründung führte er sinngemäss an, sein Gesundheitszustand habe sich seit dem Jahr 2009 verschlechtert. Dies sei auch im Gutachten des asim vom 30. Mai 2017 festgestellt worden. Dr. G.____ werde noch separat zum Gutachten Stellung nehmen. Gemäss Dr. G.____ sei er zu 100% arbeitsunfähig. Die Gutachter des asim seien nicht unabhängig. Ihm sei gesagt worden, dass er krank sei und nicht arbeiten könne. Er sei anlässlich der Begutachtung sogar von Ärzten mit dem Rollstuhl zum Parkplatz gebracht worden.

C.b. Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 7. Dezember 2017 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, das asim-Gutachten vom 30. Mai 2017 sei ausführlich abgefasst worden und dessen Schlussfolgerungen seien zusammen mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung in jeder Hinsicht nachvollziehbar. Die psychiatrische Gutachterin habe sich mit den beiden Arztberichten von Dr. G.____ vom 7. Juli 2014 und 13. April 2016 auseinandergesetzt und zu Recht ausgeführt, Dr. G.____ habe keine exakten Befunde aufgeführt und das erheblich inkonsistente Verhalten des Beschwerdeführers nicht gewürdigt. Dr. G.____ habe seine Arbeitsfähigkeitsschätzung



St.Galler Gerichte

schwergewichtig auf die Schilderungen des Beschwerdeführers gestützt. Die Arbeitsfähigkeit eines Versicherten sei jedoch aufgrund von objektiven Faktoren zu bestimmen. Der Beschwerdeführer berufe sich daher zu Unrecht auf die Berichte von Dr. G.____.

C.c. Der Beschwerdeführer verzichtete auf die Einreichung einer Replik (vgl. act. G 7).

Erwägungen

1.

1.1. Der Beschwerdeführer hat sich am 5. Mai 2016 (Posteingang: 9. Mai 2016), nachdem die Beschwerdegegnerin mit einer Verfügung vom 26. August 2014 einen Rentenanspruch abgewiesen hatte, erneut zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Die Verfügung vom 26. August 2014 ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen. Bei der Anmeldung vom 5. Mai 2016 handelt es sich somit um eine Neuanschuldung.

1.2. Gemäss Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Der Beschwerdeführer hat mit der Anmeldung einen Bericht von Dr. G.____ vom 13. April 2016 und einen Bericht von Dr. H.____ vom 18. Januar 2016 eingereicht. Dr. G.____ hat angegeben, das Zustandsbild des Beschwerdeführers habe sich trotz verschiedener Versuche mit Antidepressiva nicht gebessert. Auch eine psychiatrische Hospitalisation habe bezüglich der Symptome kaum eine Veränderung gebracht. Der Beschwerdeführer leide nach wie vor an einer chronifizierten, mindestens mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10 F32.11) und an einer Panikstörung (ICD-10 F41.0). Im Bericht vom 7. Juli 2014 hatte er eine mittelgradige depressive Episode mit einem somatischen Syndrom (ICD-10 F32.11) und eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) festgehalten. Bis auf den Hinweis, dass der Beschwerdeführer psychiatrisch hospitalisiert gewesen sei, enthält der Bericht von Dr. G.____ vom 13. April 2016 keine Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands. Der Beschwerdeführer hat sich vom 18. November 2015 bis 16. Dezember 2015 in der Klinik J.____ aufgehalten. Dr. H.____ hat im Bericht vom 18. Januar 2016 als Diagnosen ebenfalls eine chronifizierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) angegeben. Im Befund hat sie unter anderem notiert, der Beschwerdeführer habe bei Klinikeintritt und -austritt über optische Halluzinationen und Stimmenhören berichtet ("er sehe seinen verstorbenen Bruder, welcher ihn auch rufe").



Über diese Befunde ist zuvor nicht berichtet worden. Aufgrund der Tatsache, dass bei der stationären psychiatrischen Behandlung neue Befunde erhoben worden sind, hat die Möglichkeit bestanden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach Erlass der Verfügung vom 26. August 2014 verschlechtert haben könnte. Damit ist eine relevante Sachverhaltsveränderung glaubhaft gemacht gewesen. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht auf die Neuanschuldung eingetreten.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 4. September 2017 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem IV-Grad von 4% verneint. Strittig ist somit, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

3.

3.1. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

3.2. Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).



4.

4.1. Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu das asim des Universitätsspitals Basel mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens (internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch, neurologisch und pneumologisch) beauftragt. Im Gutachten vom 30. Mai 2017 ist angegeben worden, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gipser oder in Bauarbeitertätigkeiten bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Ohne eine Einschränkung der Präsenzzeit oder Leistungsgeschwindigkeit seien Tätigkeiten ohne das Hantieren mit Lasten von mehr als 7 kg bis höchstens 12 kg, ohne gehäuft gebückt, kniend oder kauern zu verrichtende Tätigkeiten, ohne ausschliesslich im Stehen oder Gehen (erlaubt bis zu 2/3 der Zeit) oder mit wiederholten rotativen Oberkörperbewegungen oder gehäuft über Kopf zu verrichtende Tätigkeiten möglich. Den Beginn der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit schätzten die Gutachter als identisch mit jenem im asim-Gutachten aus dem Jahr 2013, also seit dem 31. Oktober 2005, ein. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem Gutachten voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob es die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt.

4.2. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Notwendig ist zudem, dass die psychiatrische Gutachterin die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418).

4.3. Alle Sachverständigen des asim haben den Beschwerdeführer persönlich untersucht und seine subjektiven Klagen aufgenommen. Sie haben die objektiven klinischen Befunde wiedergegeben, umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese gewürdigt. Bis auf die psychiatrische Gutachterin haben alle Sachverständigen aus objektiver Sicht eine Diagnose stellen und eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgeben können respektive festgehalten, dass keine



Befunde vorgelegen hätten, gestützt auf die sie eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten stellen können. Nur der neurologische Gutachter hat im Teilgutachten trotz fehlender, die Arbeitsfähigkeit einschränkender Diagnose wegen der starken Beschwerden eine Arbeitsunfähigkeit von 20% in der angestammten Tätigkeit und in jeglicher Verweistätigkeit im Sinne eines erhöhten Pausenbedarfs attestiert. Diese Einschätzung ist – aus der Sicht eines medizinischen Laien – nicht überzeugend. Der neurologische Gutachter hat sich dabei nämlich auf Befunde aus einem fachfremdem Gebiet, der Rheumatologie, gestützt; die Diagnose eines chronischen thorako-lumbovertebralen Schmerzsyndroms hat der rheumatologische Gutachter gestellt. In der Gesamtbeurteilung sind die Gutachter zum Schluss gelangt, dass in einer adaptierten Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Der neurologische Gutachter hat das Gutachten vom 30. Mai 2017 unterzeichnet (IV-act. 217-21). Offensichtlich hat er anlässlich der Konsensbesprechung seine Beurteilung korrigiert und ist davon ausgegangen, dass aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit besteht. Die psychiatrische Gutachterin hat keine Diagnose mit oder ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen können. Aus dem psychiatrischen Teilgutachten geht klar hervor, dass der Beschwerdeführer sowohl während als auch nach der Untersuchung ein inkonsistentes, hochauffälliges Verhalten gezeigt hat und nicht bloss ein Verdeutlichungsverhalten, sondern Aggravationstendenzen festzustellen gewesen sind. Wegen diesen Verdeutlichungs- und Aggravationstendenzen hat die psychiatrische Gutachterin keine Diagnose stellen können. Immerhin hat sie feststellen können, dass das Zustandsbild des Beschwerdeführers sehr ähnlich demjenigen gewesen ist, welches der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung im Jahr 2013 gezeigt hatte. Sie hat ausgeführt, es hätten Hinweise darauf bestanden, dass die Diagnose einer Entwicklung psychischer Symptome aus somatischen Gründen (ICD-10 F54) weiterhin vorliege. Schliesslich hat sie die nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung anwendbaren Standardindikatoren berücksichtigt; aufgrund der Aggravationstendenzen hat sie jedoch nicht zu sämtlichen Standardindikatoren eine medizinische Beurteilung abgeben können. Da die psychiatrische Gutachterin keine Veränderung des Gesundheitszustands hat feststellen können, da auch der internistische und der rheumatologische Gutachter eine Symptomverdeutlichung bzw. ein Schmerzvermeidungs- und Verdeutlichungsverhalten festgestellt haben und da bereits im asim-Gutachten vom 3. September 2013 über Verdeutlichungs- und Aggravationstendenzen berichtet worden war, ist es überwiegend wahrscheinlich, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung im Jahr 2013 nicht verschlechtert und damit keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychische Störung vorgelegen hat. In Bezug auf die Berichte von



Dr. G.____ und Dr. H.____, welche dem Beschwerdeführer schwerwiegendere psychiatrische Diagnosen attestiert haben als der psychiatrische Gutachter des asim Gutachten vom 3. September 2013 und damit – implizit – auch der psychiatrischen Gutachterin im Gutachten vom 30. Mai 2017, ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in den entsprechenden Untersuchungen ebenfalls ein Verdeutlichungs- und Aggravationsverhalten gezeigt hat. Dr. H.____ hat bei der Psychopathologie beim Eintritt sogar festgehalten, die Angaben des Beschwerdeführers seien mehrmals widersprüchlich und sehr wechselhaft gewesen. Im formalen Denken sei der Beschwerdeführer umständlich und vorbeirend bei normaler Denkgeschwindigkeit gewesen. Bei der Würdigung der Angaben von Dr. G.____ und Dr. H.____ ist im Übrigen der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353, E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03, E. 2.4.2). Die Berichte von Dr. G.____ und Dr. H.____ vermögen den Beweiswert des Gutachtens daher nicht zu schmälern.

4.4. Zu prüfen bleibt, ob die Einwände des Beschwerdeführers Zweifel am Gutachten zu wecken vermögen. Der Beschwerdeführer hat sinngemäss geltend gemacht, sein Gesundheitszustand habe sich seit dem Jahr 2009 verschlechtert. Dies sei auch im asim-Gutachten vom 30. Mai 2017 festgestellt worden. Tatsächlich ist im asim-Gutachten keine Verschlechterung des Gesundheitszustands mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit festgestellt worden. Der Beschwerdeführer hat sein Vorbringen weder näher ausgeführt noch entsprechende Arztberichte eingereicht. Dieser Einwand ist somit nicht stichhaltig. Des Weiteren hat er eingewendet, Dr. G.____ habe ihm eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. In den Akten ist kein Bericht oder Zeugnis von Dr. G.____ enthalten, in dem eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden wäre. Der vom Beschwerdeführer in Aussicht gestellte Bericht von Dr. G.____ zum Gutachten ist nicht eingegangen. Da angesichts der obigen Ausführungen betreffend die Berichte von Dr. G.____ nicht zu erwarten gewesen ist, dass die Einholung eines Berichts zu neuen Erkenntnissen geführt hätte, hat das Versicherungsgericht darauf verzichten können. Auch dieser Einwand ist damit nicht stichhaltig. Der Beschwerdeführer hat weiter geltend gemacht, die Gutachter des asim seien nicht unabhängig. Ihm sei nämlich gesagt worden, dass er krank sei und nicht arbeiten könne. Anlässlich der Begutachtung sei er sogar von Ärzten mit dem Rollstuhl zum Parkplatz gebracht worden. Warum dies auf eine mögliche Befangenheit der Gutachter schliessen lassen sollte, ist nicht nachvollziehbar.



4.5. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einwände des Beschwerdeführers keine Zweifel am asim-Gutachten vom 30. Mai 2017 zu wecken vermögen. Dieses ist in Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung als beweiskräftig einzustufen. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Gipser und auch in anderen Bauarbeitertätigkeiten seit dem 31. Oktober 2005 vollständig arbeitsunfähig gewesen ist. Ohne eine Einschränkung der Präsenzzeit oder Leistungsgeschwindigkeit sind Tätigkeiten ohne das Hantieren mit Lasten von mehr als 7 kg bis höchstens 12 kg, ohne gehäuft gebückt, kniend oder kauern zu verrichtende Tätigkeiten, ohne ausschliesslich im Stehen oder Gehen (erlaubt bis zu 2/3 der Zeit) oder mit wiederholten rotativen Oberkörperbewegungen oder gehäuft über Kopf zu verrichtenden Tätigkeiten möglich gewesen.

5.

5.1. Nachdem der Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Zunächst ist massgebend, auf welcher Basis der Einkommensvergleich durchzuführen ist. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG). Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die unter anderem während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Der Beschwerdeführer ist in der Tätigkeit als Gipser überwiegend wahrscheinlich seit dem 31. Oktober 2005 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Das Wartejahr ist damit am 30. September 2006 erfüllt gewesen. Im Mai 2016 hat er sich erneut zum Leistungsbezug angemeldet. Der potentielle Rentenbeginn ist damit auf den 1. November 2016 festzusetzen. Basis für den Einkommensvergleich bilden somit die Verhältnisse im Jahr 2016.

5.2. Der Beschwerdeführer hat angegeben, in seinem Heimatland eine Ausbildung zum Mechaniker absolviert zu haben. In der Schweiz hat er seit 1981 – mit Unterbrüchen – als angelernter Gipser gearbeitet. Bei der C. ___ AG ist er von Mai 1998 bis Juni 2002 als Gipser angestellt gewesen (IV-act. 15). Anschliessend hat er temporär als Gipser gearbeitet, Arbeitslosengelder bezogen und sich in einem Beschäftigungsprogramm betätigt (vgl. IK-Auszug, IV-act. 201; ABI-Gutachten vom 11. April 2008, IV-act. 33-6). Ab dem Jahr 2010 ist er nicht mehr erwerbstätig gewesen. Wenn der Beschwerdeführer nicht arbeitslos geworden wäre, hätte er überwiegend wahrscheinlich bis zum Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 31. Oktober 2005 weiterhin



als Gipser gearbeitet. Die Validenkarriere besteht damit in einer Tätigkeit als angelernter Gipser. Die C.____ AG hat im August 2006 angegeben, der Beschwerdeführer würde ohne Gesundheitsschaden aktuell Fr. 5'500.-- monatlich verdienen. Dies ergibt für das Jahr 2006 ein Jahreseinkommen in der Höhe von Fr. 71'500.-- (inklusive 13. Monatslohn, vgl. Art. 9.6 des Gesamtarbeitsvertrags 2016-2019 für das Maler- und Gipsergewerbe, gültig ab 1. Juni 2016). Dies stimmt mit den Angaben im IK-Auszug weitgehend überein, laut denen der Beschwerdeführer im Jahr 2000 (Januar bis Dezember) Fr. 68'400.--, im Jahr 2001 (Januar bis Dezember) Fr. 69'540.-- und im Jahr 2002 (Januar bis Juni) Fr. 35'185.-- verdient hat. Das Valideneinkommen hat somit im Jahr 2006 Fr. 71'500.-- betragen. Dieses ist anhand des Nominallohnindex 1993-2010 und 2011-2018 des Bundesamts für Statistik, T1.93, Baugewerbe, aufzurechnen. Für das Jahr 2016 beträgt es somit Fr. 78'390.-- (Fr. 71'500.-- x 126.3 : 115.2 = Fr. 78'390.--).

5.3. In Bezug auf die Bemessung des Invalideneinkommens ist massgebend, dass der Beschwerdeführer in der Schweiz keine Berufsausbildung absolviert hat. Ihm steht daher einzig eine Karriere als Hilfsarbeiter offen. Praxisgemäss ist auf den statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne, vorliegend Fr. 66'803.-- für das Jahr 2016 gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik (vgl. Anhang 2 der IV-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019), abzustellen. Der Beschwerdeführer hat aufgrund des Anforderungsprofils für adaptierte Tätigkeiten (kein Hantieren mit Lasten von mehr als 7 kg bis höchstens 12 kg, keine gehäuft gebückt, kniend oder kauern zu verrichtende Tätigkeiten, keine ausschliesslich im Stehen oder Gehen [erlaubt bis zu 2/3 der Zeit] oder mit wiederholten rotativen Oberkörperbewegungen oder gehäuft über Kopf zu verrichtende Tätigkeiten) im Vergleich zu einem gesunden Hilfsarbeiter keine Möglichkeit mehr, ein Einkommen in der Höhe von Fr. 66'803.-- zu erzielen. Aus der Sicht eines betriebswirtschaftlich-ökonomisch handelnden Arbeitgebers ist der Wert der Arbeitsleistung des Beschwerdeführers vermindert. Er wäre unfähig, bei einem betrieblichen Bedarf vorübergehend Überstunden zu leisten oder sich an einem nicht adaptierten Arbeitsplatz einsetzen zu lassen. Längerfristig betrachtet bestünde zudem das Risiko von vermehrten krankheitsbedingten Absenzen. Geht man von einem *ökonomischen* Invaliditätsbegriff aus bzw. will man einen Soziallohnanteil ausscheiden, ist wegen diesen Nachteilen, die zwingend zu einem Minderlohn führen würden, bei der Ermittlung des Ausgangswerts des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens eine Korrektur vom Zentralwert vorzunehmen. Bei einer grosszügigen Vorgehensweise beträgt der Tabellenlohnabzug vorliegend maximal 10%. Damit beläuft sich das zumutbare Invalideneinkommen auf Fr. 60'123.--. Die Arbeitsfähigkeit von 100% in einer behinderungsangepassten Hilfstätigkeit ist verwertbar. Dem Beschwerdeführer ist



beispielsweise eine Tätigkeit in leichteren Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten zumutbar. Auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt finden sich Stellen mit diesem Anforderungsprofil.

5.4. Bei einem Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 78'390.-- und einem zumutbaren Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 60'123.-- resultiert ein IV-Grad von 23%. Die Beschwerdegegnerin hat somit einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente im Ergebnis zu Recht verneint. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

6.

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^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Sie ist durch den von diesem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese sind durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.