



**Fall-Nr.:** IV 2017/428  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 30.01.2020  
**Entscheiddatum:** 04.11.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 04.11.2019**

**Art. 7, 8 und 43 Abs. 1 ATSG, Art. 28a IVG. Würdigung eines psychiatrischen Obergutachtens. Die verbleibende Arbeitsfähigkeit steht noch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Rückweisung zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. November 2019, IV 2017/428).**

#### **Entscheid vom 4. November 2019**

Besetzung

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

Geschäftsnr.

IV 2017/428

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Manfred Dähler, Poststrasse 12, 9000 St. Gallen,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich am 26. Januar 2009 wegen einer Depression und eines Rückenleidens zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Er gab an, keinen Beruf erlernt zu haben. Zuletzt sei er als Maler bei der B.\_\_\_\_ GmbH tätig gewesen. Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, teilte am 3./9. Februar 2009 mit (IV-act. 10), der Versicherte leide an einer Depression bei einer psychosozialen Überlastung (zeitweise Zustandsbild mit agitiert-depressiver Symptomatik mit einem somatischen Syndrom). Der Versicherte war wegen eines psychischen Ausnahmezustands vom 8. August bis 6. September 2008 hospitalisiert gewesen. Vom 9. Oktober bis 8. November 2008 hatte er sich zur Rehabilitation in der Klinik D.\_\_\_\_ aufgehalten. Nach der Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ war der Versicherte nicht arbeitsfähig.

**A.b.** Im Fragebogen für Arbeitgebende gab die B.\_\_\_\_ GmbH am 11. Februar 2009 an (IV-act. 15), sie beschäftige den Versicherten als Maler/Hilfsgipser. Seit dem 8. August 2008 sei er infolge Krankheit zu 100% arbeitsunfähig. Ohne den Gesundheitsschaden würde er Fr. 63'000.-- verdienen.

**A.c.** Dr. med. E.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst Ostschweiz (RAD) berichtete am 12. Mai 2009 über eine von ihm vorgenommene psychiatrische Abklärung (IV-act. 22). Er hatte eine mittelschwere bis schwere depressive Episode und einen Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend abhängigen und psychasthenischen Zügen diagnostiziert. Am 11. Oktober 2009 teilte Dr. C.\_\_\_\_ mit (IV-act. 38), die Diagnose sei unverändert: Eine mittelgradige, zeitweise agitierte depressive Episode mit einem somatischen Syndrom (ICD-10 F32.11) und eine psychophysische Erschöpfung (ICD-10 Z73.0). Der neu behandelnde Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und



## St.Galler Gerichte

Psychotherapie FMH, berichtete am 31. Oktober 2009 (IV-act. 39), er habe die folgenden Diagnosen erhoben: Eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig ausgeprägt (ICD-10 F33.1), bei einem Verdacht auf eine vorbestehende Dysthymia und ein Status nach einem Suizidversuch durch Tablettenintoxikation am 26. Juni 2009. Er gab einen Arbeitsunfähigkeitsgrad von 100% an.

**A.d.** Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, gab am 28. Juni 2010 an (IV-act. 60-4), der Versicherte leide auch an einer Makrophagenalveolitis bei einem Nikotinabusus. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei nachgewiesenermassen vermindert. Die (vollständige) Arbeitsunfähigkeit sei in erster Linie durch die psychische Erkrankung bedingt. Am 8. Dezember 2010 teilte Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberarzt der Tagesklinik I.\_\_\_\_, mit (IV-act. 72), die Diagnosen lauteten: Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und Probleme in der primären Bezugsgruppe einschliesslich familiärer Umstände (ICD-10 Z63.6). Der Versicherte sei zu 100% arbeitsunfähig. Dr. F.\_\_\_\_ gab am 10. April 2011 an (IV-act. 80), im Verlauf sei deutlicher geworden, dass die chronische depressive Symptomatik auf der Grundlage einer ausgeprägten Persönlichkeitsproblematik mit emotional-instabilen und abhängigen Anteilen bestehe. Teilweise imponierten dissoziative Zustände, die zu einer völligen Handlungsunfähigkeit führten. Der Versicherte sei immer noch zu 100% arbeitsunfähig. Am 11. April 2011 berichtete Dr. H.\_\_\_\_ (IV-act. 82), die folgenden Diagnosen seien erhoben worden: Eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-abhängigen, anankastischen und impulsiven Zügen (ICD-10 F61.0), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und Probleme in der primären Bezugsgruppe einschliesslich familiärer Umstände (ICD-10 Z63.6). Ein Arbeitsversuch in einem klinikintern geschützten Rahmen sei nach einer Woche vom Versicherten aufgrund einer geäusserten völligen Überforderung abgebrochen worden.

**A.e.** Dr. med. J.\_\_\_\_ vom RAD notierte am 17. November 2011 (IV-act. 94), aus somatischer Sicht seien dem Versicherten körperlich leichte Tätigkeiten ohne das Tragen von mittelschweren bis schweren Gegenständen möglich. Aufgrund der Problematik der Wirbelsäule und der Lunge sollte der Versicherte nicht mehr in der angestammten Tätigkeit im Baugewerbe arbeiten. In einer körperlich angepassten Tätigkeit sei der psychische Gesundheitszustand limitierend. Er empfahl eine psychiatrische Begutachtung. Am 22. November 2011 teilte die IV-Stelle dem



Versicherten mit, dass eine medizinische Abklärung notwendig sei (IV-act. 95). Am 30. November 2011 reichte Dr. G.\_\_\_\_ zusätzliche medizinische Berichte ein. Gemäss einem Austrittsbericht des Spitals K.\_\_\_\_ hatte sich der Versicherte vom 2. bis 5. August 2011 in einer stationären Behandlung befunden (IV-act. 98-9). Folgende Diagnosen wurden genannt: Eine rezidivierende depressive Störung, eine hypertensive Kardiopathie, eine Makrophagenalveolitis, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom und ein hypochrom mikrozytäres Blutbild ohne Anämie. Wegen einer Tablettenintoxikation in suizidaler Absicht war der Versicherte vom 26. bis 29. August 2011 erneut im Spital K.\_\_\_\_ hospitalisiert (IV-act. 98-4).

**A.f.** Dr. med. L.\_\_\_\_, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, führte in seinem Gutachten vom 20. Dezember 2011 folgende Diagnosen auf (IV-act. 100-13 f.): Eine selbstunsichere Persönlichkeit (ICD-10 F60.6), ein histrionischer Ausdrucksmodus (ICD-10 F60.4), eine Konversion und eine Verdeutlichung (ICD-10 F44.9 und 44.88), eine Simulation (ICD-10 F48.9), eine sexuelle Orientierungsstörung, als Ich-dyston empfunden (ICD-10 F65.9), und eine Anpassungsstörung mit einer mittelgradig depressiven Reaktion bei einer psychosozialen Belastung (ICD-10 F43.2 und 32.1). Er gab an, aus der Gesamtheit der psychischen Gesundheitsstörungen resultiere eine Beeinträchtigung der Stimmung und des Antriebs, der kognitiven Fähigkeiten, des formalen und inhaltlichen Denkens und der Wahrnehmung der eigenen Person. Erheblich beeinträchtigt seien die affektive Stabilität und die affektive Resonanz sowie der affektive Ausdruck im zwischenmenschlichen Kontakt. Auf der Fähigkeitsebene sei die Fähigkeit zur Selbstbehauptung im interpersonellen Kontext anders als mit regressiven Mitteln erheblich beeinträchtigt. Beeinträchtigt seien die Gruppenfähigkeit, die Kontaktfähigkeit und die Fähigkeit zur Gestaltung familiärer sowie ausserfamiliärer Beziehungen. Teilweise beeinträchtigt sei die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten. Beeinträchtigt sei die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Planung und Strukturierung, die Flexibilität, die Fähigkeit zur Umstellung und zum Durchhalten. Die Auswirkungen dieser Beeinträchtigungen auf der Ebene von Teilhabe und Partizipation sowohl im Bereich der Arbeit wie im ausserberuflichen Alltag seien erheblich. Zweifel an der durchgehenden Plausibilität und Konsistenz der Beschwerden und Einschränkungen hätten sich vielfach ergeben. In der Untersuchung hätten sich Hinweise auf besondere Bemühungen um entweder die besonders deutliche



Darstellung multipler neurokognitiver Beeinträchtigungen oder aber um deren Simulation gefunden. Ein nicht unerheblicher Teil der Bemühungen um Verdeutlichungen oder Vortäuschung von Symptomen müsse als "bewusstseinsfern" und damit einer Überwindung durch Willensanstrengung nicht oder nicht in relevantem Ausmass zugänglich angesehen werden. Zweifel hätten sich auch aus dem Hinweis auf erhaltene Restressourcen und Beobachtungen beim Hausbesuch durch Mitarbeitende der IV-Stelle ergeben. Diese Zweifel würden durch die weitgehend kongruenten Beobachtungen in der medizinischen Aktenlage über mindestens drei Jahre hinweg allerdings relativiert. Der Gesundheitszustand sei stabil. Der Beginn dieses stabilen Gesundheitszustands könne auf den Juli 2010 festgelegt werden. In der realen Arbeitswelt ausserhalb eines geschützten Rahmens sei der Versicherte vollständig arbeitsunfähig. Angesichts der hinreichend sicheren Hinweise auf zumindest teilweise bewusstseinsnahe Bemühungen um die Verdeutlichung oder Vortäuschung zumindest einzelner Symptome sei medizintheoretisch von einer seit Juli 2010 bestehenden residualen beruflichen Leistungsfähigkeit von 35% in der angestammten Tätigkeit als Maler auszugehen. Eine besser angepasste Verweistätigkeit mit einer höheren beruflichen Leistungsfähigkeit könne nicht benannt werden. Für die Zeit von Mitte 2008 bis Juli 2010 werde auf die Einschätzungen in den medizinischen Akten verwiesen.

**A.g** Der RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ notierte am 6. März 2012 (IV-act. 104), auf das Gutachten könne abgestellt werden. Die Arbeitsunfähigkeit sei ab August 2008 anzunehmen. Ein Rechtsdienstmitarbeitender der IV-Stelle hielt am 3. April 2012 fest (IV-act. 107), die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachters überzeuge nicht. Vielmehr sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Mit einer Verfügung vom 6. August 2012 lehnte die IV-Stelle das Rentengesuch bei einem IV-Grad von 0% ab (IV-act. 123). Am 3. September 2012 erhob der Versicherte dagegen eine Beschwerde (IV-act. 125). Am 16. März 2015 reichte der Versicherte eine kurze Einschätzung des ihn seit September 2011 behandelnden Psychotherapeuten dipl. Psych. FH M.\_\_\_\_ ein (IV-act. 142). M.\_\_\_\_ hielt darin unter anderem fest, der Versicherte leide seit seiner Jugend an einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (IV-act. 143). Am 1./8. April 2015 berichteten M.\_\_\_\_ und med. pract. N.\_\_\_\_ vom O.\_\_\_\_ der IV-Stelle (IV-act. 144), der Versicherte leide seit seiner Jugend an einer chronisch paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0), einer rezidivierend depressiven Störung mit einer aktuell schweren depressiven Episode mit einem psychotischen und somatischen Syndrom (ICD-10 F33.3), einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und einer Agoraphobie mit einer Panikstörung (ICD-10 F40.01). Der Versicherte sei vollständig arbeitsunfähig. Dieser



Bericht lag nicht in den Akten des Beschwerdeverfahrens IV 2012/319. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hiess die Beschwerde mit einem Entscheid vom 12. Mai 2015 teilweise gut. Es hob die Verfügung vom 3. September 2012 auf und wies die Sache zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurück (IV-act. 146). Es hielt im Wesentlichen fest, dass an der Richtigkeit der von Dr. L.\_\_\_\_ und anderen behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen Zweifel bestünden. Gemäss dem behandelnden Psychotherapeuten M.\_\_\_\_ leide der Versicherte an einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis. Diese Diagnose finde sich in den bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung erstellten medizinischen Berichten nicht. Dass die in den ersten Jahren einer psychiatrischen Behandlung einer Depression und/oder einer Persönlichkeitsstörung festgestellten Symptome ihre eigentliche bzw. ihre Hauptursache in einer schizophrenen Störung hätten, liesse sich erfahrungsgemäss in gewissen Fällen erst nach einer langdauernden (meist auch stationären) Therapie feststellen. Vorliegend erweise sich der medizinische Sachverhalt nicht nur im Hinblick auf den von Dr. L.\_\_\_\_ geäusserten Verdacht aggravierender (oder teilweise auch simulierender) Aussagen des Versicherten, sondern vor allem im Hinblick auf die eigentliche Ursache der Symptome als noch nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (IV 2012/319 E. 1.2 f.). Der Rückweisungsentscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

### **B.**

**B.a.** Die IV-Stelle holte weitere Arztberichte ein. Der Hausarzt Dr. G.\_\_\_\_ reichte unter Beilage diverser medizinischer Berichte einen Verlaufsbericht vom 31. August/ 15. Oktober 2015 ein (IV-act. 160). Er gab folgende neue Diagnosen an: Eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (Verdacht auf ICD-10 F20.0, gemäss med. pract. N.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ sei der Versicherte vollständig arbeitsunfähig), eine unklare respiratorische Partial-Insuffizienz, eine postero-mediale degenerative Meniskusläsion links (derzeit ohne Beeinträchtigung der Belastbarkeit) und ein chronisches lumbovertebrales Syndrom (belastungsabhängige Schmerzen). Dr. G.\_\_\_\_ attestierte dem Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Med. pract. N.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ berichteten am 15. Dezember 2015 (IV-act. 167), seit dem 1. April 2015 seien keine neuen Diagnosen gestellt worden. Die psychotischen und die Angst-Symptome seien unter eingestellter Medikation etwas zurückgegangen. Die depressiven Symptome seien zurzeit verschlechtert. Der Versicherte sei bei einem chronifizierten Syndrom (ICD-10 F20.0, F25.1, F33.3, F43.1 und F40.01) vollständig arbeitsunfähig.



**B.b.** Der RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ notierte am 19. Januar 2016 (IV-act. 168), gestützt auf die neu eingegangenen Akten sei davon auszugehen, dass der Versicherte nicht nur zu 65%, sondern vollständig arbeitsunfähig sei. Er empfahl, bei der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ einen Bericht einzuholen. Der Versicherte sei dort zuletzt vom 28. April bis zum 24. Mai 2014 hospitalisiert gewesen. Am 29. Februar 2016 reichte die Psychiatrische Klinik I.\_\_\_\_ den Austrittsbericht vom 15. Juli 2014 ein (IV-act. 172). Darin waren folgende Diagnosen genannt worden: Eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit einem somatischen Syndrom (ICD-10 F33.11) und eine chron. rez. Lumbago. Der Versicherte sei beim Austritt vollständig arbeitsunfähig gewesen. Dr. J.\_\_\_\_ vom RAD gab am 19. April 2016 an (IV-act. 173), gestützt auf die Aktenlage sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit dem August 2008 auszugehen. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht erforderlich.

**B.c.** Im Rahmen einer Strategie-Besprechung vom 29. Juni 2016 entschied die IV-Stelle, ein Obergutachten in Auftrag zu geben (IV-act. 176). Am 3. August 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass eine medizinische Untersuchung (psychiatrisch) notwendig sei (IV-act. 181). Am 18. Oktober 2016 wurde der Versicherte durch Dr. med. P.\_\_\_\_, Psychiatrisches Zentrum Q.\_\_\_\_, abgeklärt. Im Gutachten vom 23. Dezember 2016 nannte Dr. P.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 187-48):

- Dysthymia (ICD-10 F34.1) und Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.2)
- Akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden und sensitiv-paranoischen Zügen (ICD-10 Z73.1)
- Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)
- Dissoziative Empfindungsstörung (ICD-10 F44.6)
- Nicht näher bestimmte dissoziative Störung (ICD-10 F44.9) im Sinne der "psychoformen Dissoziation"
- Abnormes Krankheitsverhalten mit diversen Phänomenen der dysfunktionalen Beschwerdenbewältigung (ICD-10 F54) bei multipler somatischer Komorbidität



Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gab Dr. P.\_\_\_\_ an:

- Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.25)
- Akrophobie/Myophobie (ICD-10 F40.2)
- Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1)

Dr. P.\_\_\_\_ erklärte (IV-act. 187-43 ff.), aktuell bestehe lediglich ein leicht depressives Zustandsbild, so dass die hypersensitiven und ängstlich-vermeidenden Züge neben der somatoformen Symptomatik im Vordergrund stünden. Als direkte Erscheinungsformen der Gesundheitsschädigungen des Versicherten könnten der chronisch-depressive Verstimmungszustand mässiger Ausprägung sowie die Nervosität und Ängstlichkeit genannt werden, welche das Lebensgefühl des Versicherten durchgehend und vorwiegend prägten. Daneben beständen eine sensitive Kränkbarkeit sowie Ausweich- und Vermeidungstendenzen mit geringer Leistungsmotivation. Daraus resultiere ein zurückgezogener Lebensstil mit ausgeprägtem Schonverhalten; zwischenzeitlich mache sich auch eine Ressentiment-Haltung mit aggressiven Ausnahmezuständen bemerkbar. Gegenüber der Vorstellung einer Wiedereingliederung habe der Versicherte aus seiner leidfixierten Fehleinstellung eine stark defensive Haltung eingenommen. In der Untersuchung hätten sich gewisse Verdeutlichungstendenzen, welche an Aggravation grenzen würden, gefunden. Die Persönlichkeitsdiagnose sei wie folgt zu formulieren: Akzentuierte Persönlichkeit mit sensitiv-paranoischen und ängstlich-vermeidenden Zügen. Dazu kämen gewisse dissoziative Elemente, welche einen somatoformen Aspekt in der Form von Empfindungsstörungen, aber auch einen psychoformen Aspekt in der Form von dissoziativen Störungen auf der Ebene des Bewusstseins hätten. Betreffend die sozialen Belastungen stehe die MS-Erkrankung der Ehefrau des Versicherten im Vordergrund. Wiedereingliederungsmassnahmen seien rein medizinisch zumutbar. Würde sich der Versicherte darauf einlassen, bestünde sogar die Aussicht auf eine Verbesserung seiner körperlichen Fitness, seiner Stimmungslage und seines Selbstwertgefühls. Die vermeidenden und ausweichenden Tendenzen sowie der sensitiv-paranoische Widerstand des Versicherten seien zurzeit jedoch die deutlich stärker treibenden Elemente. Die auffälligste Diskrepanz zwischen den geschilderten



Symptomen und dem gezeigten Verhalten in der Untersuchung bzw. zur Aktenlage und zu den Alltagsaktivitäten bestehe zwischen der mittlerweile jahrelang dauernden Arbeitsuntätigkeit und dem wenig dramatischen Zustandsbild des Versicherten. Als weitere Diskrepanz seien die vielen medizinischen Abklärungen und den äusserst geringen Ertrag an objektiven Befunden zu sehen, so dass das Beschwerdebild des Versicherten als von organischen Substraten nur sehr schwach untermauert erscheine. Eine weitere Diskrepanz könnte auch zwischen dem klinischen Zustandsbild des Versicherten und seiner vehementen Verneinung einer substantiellen Restarbeitsfähigkeit gesehen werden. Diese Beschwerdepräsentation trage aggravatorische Züge. Das von Dr. L.\_\_\_\_ im Jahr 2011 erhobene Zustandsbild könne noch weitgehend bestätigt werden, wobei der mittelgradige Schweregrad der depressiven Stimmung nicht mehr bestätigt werden könne. Die 65%ige Arbeitsunfähigkeit schein daher nicht (mehr) als angemessen. Die von med. pract. N.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ festgehaltenen Diagnosen einer chronisch paranoiden Schizophrenie und einer posttraumatischen Belastungsstörung könnten nicht bestätigt werden. Im Privatleben übernehme der Versicherte von morgens bis abends Wartungen und pflege in einem bescheidenen Ausmass regelmässige soziale Kontakte, was zeige, dass substantielle Restpotentiale vorhanden seien. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der angestammten Tätigkeit sei festzuhalten, dass keine Versuche unternommen worden seien, die Einsatzfähigkeit und die Belastbarkeit des Versicherten auszuloten. Mit Blick auf das ziemlich konstante Zustandsbild in den letzten acht Jahren, bei dem der Depressivitätsgrad fluktuierend gewesen sei, sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit zumindest 50% betragen habe, phasenweise aber auch höher zu veranschlagen gewesen sei, so dass sich die Arbeitsfähigkeit im Mittel auf einem Niveau von ca. 60% bewegt haben dürfte. In einer körperlich leichteren, wechselbelastenden und vorwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit in einem reizarmen Milieu, in welchem wenig Kommunikation und Teamarbeit erforderlich seien, sei es zumindest vorstellbar, dass die Arbeitsfähigkeit auf 70% gesteigert werden könnte.

**B.d** Ein Rechtsdienstmitarbeitender der IV-Stelle hielt am 20. Februar 2017 fest (IV-act. 195), die von Dr. P.\_\_\_\_ diagnostizierte Dysthymie sei nicht invalidisierend, ebenso wenig die Anpassungsstörung, die akzentuierte Persönlichkeit als Z-Diagnose und das abnorme Krankheitsverhalten. Bei den weiteren von Dr. P.\_\_\_\_ genannten, die



Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen handle es sich um sogenannte pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage. Diesen komme nur im Ausnahmefall eine invalidisierende Wirkung zu. Beim Versicherten lägen keine invalidisierenden körperlichen oder psychischen Komorbiditäten vor. Trotz seiner akzentuierten Persönlichkeit sei er in der Lage gewesen, ab seinem 18. Altersjahr bis Ende Juli 2008 in einem Vollzeitpensum erwerbstätig zu sein. Seine Persönlichkeit halte somit nach wie vor Ressourcen bereit. Die vom Versicherten geltend gemachten Beschwerden leiteten sich zudem überwiegend aus psychosozialen Belastungen ab, was ebenfalls gegen eine invalidisierende psychische Erkrankung spreche. Hinzu komme, dass der Versicherte aggraviere, was den geltend gemachten Leidensdruck relativiere. Auch das private Aktivitätsniveau spreche gegen eine invalidisierende psychische Erkrankung. Aufgrund der Indikatoren gemäss BGE 141 V 284 ff. sei nicht ausgewiesen, weshalb der Versicherte nur noch zu 70% arbeitsfähig sein solle. Vielmehr sei – rückwirkend – von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

**B.e** Am 22. Februar 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 4% die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 198). Zur Begründung gab sie die Stellungnahme des Rechtsdienstmitarbeitenden wieder. Beim Valideneinkommen von Fr. 63'000.-- stützte sie sich auf das Einkommen in der angestammten Tätigkeit als Maler/Hilfsgipser und beim Invalideneinkommen auf den Tabellenlohn von Fr. 60'566.-- gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik (LSE 2009, privater Sektor, Niveau 4, Männer). Der Versicherte erhob am 30. März 2017 dagegen einen Einwand (IV-act. 199). Er machte im Wesentlichen geltend, vor dem Hintergrund der Ausführungen des Versicherungsgerichts im Entscheid vom 12. Mai 2015, wonach sich erfahrungsgemäss in gewissen Fällen erst nach einer langdauernden (meist auch stationären) Therapie feststellen lasse, dass die in den ersten Jahren der psychiatrischen Behandlung einer Depression und/oder einer Persönlichkeitsstörung festgestellten Symptome ihre eigentliche bzw. ihre Hauptursache in einer schizophrenen Störung hätten, sei es unverständlich, weshalb die IV-Stelle erneut ausschliesslich auf den Bericht eines Gutachters abgestellt und die Meinung des behandelnden Psychiaters nicht einbezogen habe. Im Vorbescheid sei weder auf die paranoide Schizophrenie noch auf die rezidivierend depressive Störung eingegangen worden, obschon er beide



Diagnosen gemäss ICD-10 und DSM-IV (mit Testbefragung SKID-I) erfülle. Indem ihm vorgehalten worden sei, nicht genügend mit dem hochpotenten Neuroleptikum Aripiprazol behandelt worden zu sein – ein Medikament, das gegen eine paranoide Schizophrenie wirke, an der er gar nicht leiden solle – werde die Leistungsablehnung geradezu paradox. Das Gutachten sei nicht verwertbar, weil der Gutachter subjektiv befangen sei. Seine Aussage, er (der Versicherte) engagiere sich deutlich intensiver im Rentenstreit als beim Wiedererlangen seiner vollen Arbeitsfähigkeit, sei nämlich eine subjektive, durch nichts belegte, unsachliche und entsprechend unfachliche Behauptung des Gutachters. Der Gutachter habe sich damit begnügt festzuhalten, dass die Diagnosen der paranoiden Schizophrenie und der posttraumatischen Belastungsstörung keine Bestätigung hätten finden können. Wie er zu diesem Schluss gekommen sei, gehe aus dem Gutachten nicht hervor. Im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten, welche ihre Diagnosen gestützt auf die standardisierte und international anerkannte SKID-I-Testung gestellt hätten, habe der Gutachter lediglich zwei Tests für ADHS und den MINI-ICF durchgeführt. Insgesamt habe der Gutachter die Diagnosen verneint, ohne die für das Leiden international anerkannte SKID-I-Testung durchgeführt zu haben. Der Gutachter habe die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit rückwirkend auf 60% geschätzt, ohne sich mit den abweichenden aktuellzeitlichen Beurteilungen seiner Fachkollegen detailliert auseinandergesetzt zu haben. Da ein Arzt nur den Ist-Zustand beurteilen könne, sei auf die damaligen Beurteilungen der behandelnden Ärzte abzustellen, sofern nicht klare Hinweise bestünden, dass diese Beurteilungen aus sachlichen Gründen unzutreffend gewesen seien. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Der Gutachter habe vielmehr bestätigt, dass das von Dr. L.\_\_\_\_ erhobene Zustandsbild bestätigt werden könne, wobei der mittelgradige Schweregrad der depressiven Stimmung nicht mehr bestätigt werden könne. Die damalige 65%ige Arbeitsunfähigkeit sei deshalb nicht (mehr) angemessen. Der Gutachter habe damit die damalige Einschätzung von Dr. L.\_\_\_\_ für den damaligen Zeitraum anerkannt. Dessen ungeachtet habe er die Arbeitsfähigkeit rückwirkend für denselben Zeitraum auf 50-60% geschätzt. Damit habe er ohne Begründung der von ihm zunächst anerkannten Einschätzung von Dr. L.\_\_\_\_ widersprochen. Insgesamt sei die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Gutachter nicht schlüssig, in sich widersprüchlich und nicht nachvollziehbar. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit lasse der Gutachter eine



Begründung vermissen, weshalb von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70% auszugehen sei, nachdem med. pract. N.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ – und der RAD – eine Arbeitsunfähigkeit von 65-100% attestiert hätten. Das Gutachten weise klare Widersprüche und eine offensichtlich fehlende Objektivität des Gutachters auf, weshalb es nicht verwertbar sei. Das Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2011 weise einen höheren Beweiswert auf, da Dr. L.\_\_\_\_ seine Einschätzung nachvollziehbar und schlüssig begründet und keinen Anlass zu Zweifel an seiner Objektivität gegeben habe. Damit liege kein sachlicher Grund vor, der ein Abweichen von der Einschätzung von Dr. L.\_\_\_\_ rechtfertigen würde. Selbst wenn man von der Einschätzung von Dr. P.\_\_\_\_ ausgehen würde, sei die Leistungsablehnung falsch. Die bloss denkbare Mehrleistung in einem zwischenmenschlich entspannten Milieu dürfe keine Berücksichtigung finden, da das erwähnte Arbeitsklima branchen- und arbeitsmarktunabhängig nicht gewährleistet werden könne. Somit wäre von der fluktuierenden 50-60%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, was einen zeitlich gestaffelten Anspruch auf entsprechende Teilrenten begründen würde.

**B.f** Am 10. August 2017 unterbreitete die IV-Stelle Dr. P.\_\_\_\_ die Einwände des Versicherten zur Stellungnahme (IV-act. 201). In einem Schreiben vom 31. August 2017 führte Dr. P.\_\_\_\_ aus (IV-act. 202), aufgrund des aktuellen klinischen Eindrucks könne man höchstens feststellen, ob ein Patient psychotisch sei oder nicht. Der Versicherte sei es zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht gewesen. Psychologische Testverfahren würden in Leitlinienpapieren zumeist als nicht obligatorisch angeführt, vielmehr bedürfe es zu ihrer Anwendung einer klaren Indikation. Für eine standardisierte und kriteriengeleitete Diagnostik sorgten die operationalisierten Kriterienlisten in den diagnostischen Manualen wie etwa ICD-10. Betreffend die Medikamenteneinnahme sei lediglich anzuführen, dass der Versicherte seit geraumer Zeit keine antipsychotischen Medikamente mehr eingenommen habe und gleichwohl nicht in eine Psychose geraten sei. In Bezug auf seine Aussage, dass sich der Versicherte deutlich intensiver im Rentenstreit als beim Wiedererlangen seiner vollen Arbeitsfähigkeit engagiere, sei nicht ersichtlich, was daran subjektiv sein solle. Seit geraumer Zeit werde um eine Rente, nicht aber um angemessene Eingliederungsmassnahmen gestritten. Dr. L.\_\_\_\_ habe das Zustandsbild des Versicherten nicht in allen Teilen als authentisch befunden. Ob er (Dr. P.\_\_\_\_) das damalige Zustandsbild ebenfalls als mittelgradige Depression eingestuft hätte, sei unsicher; ebenso liege es nicht auf der Hand, dass eine mittelgradige



Depression eine dauernde 65%ige Arbeitsunfähigkeit begründe. Klar sei, dass im Untersuchungszeitpunkt keine mittelgradige Depression bestanden habe, sodass die damalige 65%ige Arbeitsunfähigkeit im Untersuchungszeitpunkt nicht mehr gültig gewesen sei. Aus seinem Gutachten gehe transparent hervor, wie er zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelangt sei. Davon deutlich abweichende Werte wären inkonsistent mit Anamnese und Befund. Insgesamt halte er an den Darstellungen im Gutachten fest.

**B.g** Am 12. Oktober 2017 nahm der Versicherte Stellung zum Schreiben von Dr. P.\_\_\_\_ vom 31. August 2017. Er führte aus, dass sich der Gutachter in Widersprüche ergangen habe. Dieser habe erklärt, gemäss eigenen Feststellungen könne er lediglich aussagen, dass der Versicherte im Untersuchungszeitpunkt nicht psychotisch gewesen sei. Dennoch habe er festgehalten, dass der Versicherte seit geraumer Zeit keine antipsychotischen Medikamente mehr eingenommen habe und gleichwohl nicht in eine Psychose geraten sei. Dr. P.\_\_\_\_ untermauere seine fehlende Objektivität und Befangenheit. Wenn er nicht verstehe, dass seine negativen Äusserungen – also seine subjektiven Wertungen – über die Bemühungen, eine IV-Rente zu erlangen, unwissenschaftlich und unsachlich seien, dann genüge er den Anforderungen an einen Fachgutachter nicht. Äusserungen wie diese begründeten nicht nur die Besorgnis der Befangenheit, sondern seien Ausdruck echter Befangenheit. Das Gutachten von Dr. P.\_\_\_\_ sei aus den Akten zu nehmen und stattdessen sei auf jenes von Dr. L.\_\_\_\_ abzustellen. Eventualiter sei ein neues psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben.

**B.h** Mit einer Verfügung vom 24. Oktober 2017 wies die IV-Stelle, entsprechend dem Vorbescheid, das Leistungsbegehren ab (IV-act. 206). Zu den Einwänden führte sie an, Dr. P.\_\_\_\_ habe sich nicht in Widersprüchen verfangen, wenn er sowohl zur Momentaufnahme im Rahmen der Untersuchung als auch zum übrigen Behandlungszeitraum Stellung genommen habe. Es sei auch die Aufgabe des Gutachters, eine Längsschnittbeurteilung vorzunehmen. Im Weiteren müsse insbesondere ein psychiatrischer Gutachter das Verhalten eines Versicherten beschreiben und werten, zumal zum psychiatrischen Beweisthema stets das allfällige Vorliegen von inkonsistentem, aggravatorischem oder simulatorischem Verhalten gehöre. Der Gutachter habe auch korrekt die Fragen bezüglich der Eingliederung beantwortet. Eine Befangenheit von Dr. P.\_\_\_\_ sei nicht erkennbar.

**C.**



**C.a** Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) erhob am 23. November 2017 eine Beschwerde (act. G 1). Er beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 24. Oktober 2017 und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente. Eventualiter sei eine psychiatrische Begutachtung durch das Gericht anzuordnen. Zudem beantragte er den Beizug der Akten des Verfahrens IV 2012/319. Ergänzend zu den Einwänden im Vorbescheidverfahren machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) gehe von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit aus, obschon der RAD eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigt und der Gutachter die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit mit 50-60% und in einer adaptierten Tätigkeit mit maximal 70% beurteilt habe. Damit gehe sie erneut über die ärztliche Beurteilung hinaus. Das Gutachten sei nicht verwertbar, da die fehlende Unabhängigkeit und Parteinahme des Gutachters offensichtlich sei. Zudem sei dessen Spezialisierung in Frage zu stellen. Die Beschwerdegegnerin habe ihn ausgewählt, obschon bekannt sei, dass die Begutachtung von psychiatrischen Beschwerdebildern nach dem Indikatorenverfahren einer breitabgestützten spezifischen Praxiserfahrung bedürfe, über die Dr. P.\_\_\_\_ offenbar nicht verfüge. Die Beschwerdegegnerin habe im Abklärungsergebnis festgehalten, dass aggraviert worden sei. Hierfür fehle im Gutachten eine entsprechende Grundlage. Entgegen der Darstellung in der angefochtenen Verfügung werde im Gutachten nicht dargelegt, dass sich die geltend gemachten Beschwerden überwiegend aus den psychosozialen Belastungen ableiten würden. Die Beschwerdegegnerin verfange sich in ihrer immer wiederholten alten Begründung. Der Gutachter habe sowohl die familiären Hilfeleistungen wie auch die psychotherapeutische und psychiatrische Begleitung als Bestärkung der Behinderung und nicht als Animation zur Reaktivierung der persönlichen Ressourcen beurteilt. Aus dem Gutachten sei nicht nachvollziehbar, wie der Gutachter zu dieser Beurteilung gelangt sei bzw. woher er die entsprechenden Informationen erlangt habe; insbesondere fehlten Hinweise auf Rückfragen bei Familienmitgliedern oder bei behandelnden Psychiatern und Therapeuten. Der Gutachter habe verbleibende psychopharmakologische und psychotherapeutische Methoden verneint und aufbauende Trainingsmassnahmen als einzig verbleibende Möglichkeit gesehen, wobei damit das Auslösen einer Zustandsverschlechterung zu befürchten sei. Das Scheitern einer beruflichen Wiedereingliederung sei damit prognostiziert. Die Zusprache einer ganzen Invalidenrente sei vor diesem Hintergrund



sachgerecht. Der Gutachter habe im Gutachten das im Jahr 2011 von Dr. L.\_\_\_\_ erhobene Zustandsbild bestätigt und dessen attestierte Arbeitsunfähigkeit von 65% als angemessen betrachtet. Weshalb die Beschwerdegegnerin auch für die Vergangenheit jede Rentenleistung verweigere, sei nicht nachvollziehbar. Die behandelnden Ärzte des O.\_\_\_\_ hätten ihre Diagnose gestützt auf die standardisierte und international anerkannte SKID-I-Testung gestellt. Im Gegenzug habe der Gutachter lediglich zwei Tests für ADHS und den MINI-ICF durchgeführt. Er habe somit die Diagnose der paranoiden Schizophrenie und der posttraumatischen Belastungsstörung ohne die für dieses Leiden international anerkannte Testungen verneint. Im Hinblick auf den Rückweisungsentscheid vom 12. Mai 2015, wonach insbesondere die Frage nach einer schizophrenen Erkrankung zu klären gewesen wäre, sei die durchgeführte Untersuchung ungenügend gewesen. Die Beschwerdegegnerin habe sich erneut über die ärztliche Beurteilung und Empfehlung des RAD hinweggesetzt und im Ergebnis selbst eine medizinische Beurteilung über die Beeinträchtigung und die Arbeitsfähigkeit abgegeben.

**C.b** Die Beschwerdegegnerin beantragte die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung verwies sie auf die Erwägungen in der angefochtenen Verfügung vom 24. Oktober 2017 sowie die Stellungnahme von Dr. P.\_\_\_\_ vom 31. August 2017.

**C.c** Der Versicherte verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G 6).

### Erwägungen

#### 1.

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 24. Oktober 2017 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem IV-Grad von 4% verneint. Strittig ist somit, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

#### 2.

**2.1.** 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).

**2.2.** 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).

### 3.

**3.1.** Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat zur Beantwortung dieser Frage Dr. P.\_\_\_\_ mit der Erstellung eines psychiatrischen Obergutachtens beauftragt, nachdem das Versicherungsgericht im Rückweisungsentscheid vom 12. Mai 2015 festgehalten hatte, an der Richtigkeit der gestellten Diagnosen (vor allem der Schwere der Krankheiten) und der Stärke der entsprechenden Symptome in dem von Dr. L.\_\_\_\_ verfassten neurologischen und psychiatrischen Gutachten vom 20. Dezember 2011 drängten sich Zweifel auf (IV 2012/319, E. 1.2). Dr. P.\_\_\_\_ hat im Gutachten vom 23. Dezember 2016 angegeben (IV-act. 187-54 f.), in der angestammten Tätigkeit könne davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in den letzten acht Jahren zumindest 50% betragen habe. Angesichts der fluktuierenden Stimmungslage sei sie phasenweise aber auch höher zu veranschlagen gewesen, so dass sie sich im Mittel auf einem Niveau von ca. 60% bewegt haben dürfte. In einer körperlich leichteren, wechselbelastenden und vorwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit in einem reizarmen Arbeitsmilieu, in welchem wenig Kommunikation und Teamarbeit erforderlich seien, sei es zumindest vorstellbar, dass die Arbeitsfähigkeit auf 70% gesteigert werden könnte. Dr. L.\_\_\_\_ hatte in seinem Gutachten vom 20. Dezember 2011 demgegenüber angegeben, die



Arbeitsfähigkeit habe seit Juli 2010 in einer körperlich leichten Tätigkeit 35% betragen. Für die Zeit von Mitte 2008 bis Juli 2010 müsse auf die Einschätzungen in der medizinischen Aktenlage verwiesen werden. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem Gutachten von Dr. P.\_\_\_\_ voller Beweiswert zukommt, das heisst ob es die Arbeitsfähigkeit von 70% mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt.

**3.2.** 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). Massgebend ist sodann, ob der Gutachter 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). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung muss zur Ermittlung des funktionellen Leistungsvermögens eines Versicherten – das heisst zur Beantwortung der Frage, ob und inwiefern eine psychische Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit bzw. eine Invalidität zur Folge hat – eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgen. Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind: (a) „funktioneller Schweregrad“, (aa) „Gesundheitsschädigung“, (aaa) Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, (aab) Behandlungs- und Eingliederungserfolg, (aac) Komorbiditäten, (ab) „Persönlichkeit“, (ac) „sozialer Kontext“, (b) „Konsistenz“, (ba) gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, (bb) behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (BGE 141 V 297 f. E. 4.1.3). Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden. Es handelt sich nicht um eine "abhakbare Checkliste" (BGE 141 V 297 E. 4.1.1).

**3.3.** Das Gutachten von Dr. P.\_\_\_\_ ist in die Abschnitte Anamnese, objektive Befunde, Beurteilung und Beantwortung der Fragen gemäss dem Gutachtenkatalog gegliedert. Letzterer berücksichtigt die nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung massgebenden Standardindikatoren. Dr. P.\_\_\_\_ hat einleitend auf den Gutachtenkatalog hingewiesen (IV-act. 187-1) und Ausführungen zu sämtlichen Standardindikatoren gemacht (IV-act. 187-42 ff.): Ausführungen zur Anforderung "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde" finden sich in den Ziffern 5.I.1. bis 5.I.6. des Gutachtens,



zur Anforderung "Behandlungs- und Eingliederungserfolg" in der Ziffer 5.IV. des Gutachtens, zur Anforderung "Komorbiditäten" in der Ziffer 4.2, letzter Absatz, des Gutachtens, zur Anforderung "Persönlichkeit" (inklusive persönliche Ressourcen) in den Ziffern 5.I.7., 5.I.8. und 5.V.2. des Gutachtens, zur Anforderung "sozialer Kontext" in der Ziffer 5.II. des Gutachtens, zur Anforderung "gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" in den Ziffern 5.V.1. bis 5.V.3. des Gutachtens und zur Anforderung "behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" in den Ziffern 5.V.4. und 5.V.5. Aus dem Gutachten ist ersichtlich, dass Dr. P.\_\_\_\_ umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt hat. Er hat den Beschwerdeführer während 5.5 Stunden eingehend untersucht und dessen subjektive Klagen ausführlich aufgenommen. Die objektiven klinischen Befunde sind im Gutachten zwar eher knapp festgehalten; die Ausführungen von Dr. P.\_\_\_\_ zeigen jedoch auf, dass er diese eingehend erhoben hat. Zentral ist insbesondere die Aussage von Dr. P.\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer über die gesamten 5.5 Stunden der Untersuchung keine Ermüdungszeichen gezeigt habe. Der Beschwerdeführer ist somit in der Lage gewesen, sich über eine längere Zeitdauer zu konzentrieren und hält damit gewisse Ressourcen bereit. Zur Erhebung der Diagnosen hat Dr. P.\_\_\_\_ die Beschwerdebilder geordnet und zwischen psychischen und somatischen Beschwerden bzw. somatoformen Störungen unterschieden. Gestützt darauf hat er die Diagnosen gestellt. Aus der Sicht eines medizinischen Laien sind diese Diagnosen überzeugend hergeleitet und begründet worden. In Bezug auf die Konsistenz hat Dr. P.\_\_\_\_ auf Diskrepanzen hingewiesen, nämlich zwischen der jahrelangen Arbeitsuntätigkeit und dem wenig dramatischen Zustandsbild des Beschwerdeführers, zwischen den vielen medizinischen Abklärungen auf praktisch allen Teilgebieten und dem äusserst geringen Ertrag an objektiven Befunden sowie zwischen dem klinischen Zustandsbild des Beschwerdeführers und dessen vehementer Verneinung einer substantiellen Restarbeitsfähigkeit. Nach der Ansicht von Dr. P.\_\_\_\_ trägt diese Beschwerdepräsentation aggravatorische Züge. Des Weiteren hat Dr. P.\_\_\_\_ zum Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2011 Stellung genommen und festgehalten, dass das im Jahr 2011 erhobene Zustandsbild noch weitgehend bestätigt werden könne, wobei allerdings der mittelgradige Schweregrad der depressiven Stimmung nicht mehr bestätigt werden könne. Die damalige 65%ige Arbeitsunfähigkeit schein daher nicht (mehr) angemessen. Ergänzend hat er dazu festgehalten (IV-act. 202-6), dass er nicht sicher sein könne, ob er das damalige Zustandsbild ebenfalls als mittelschwere Depression eingestuft hätte; ebenso liege es für ihn nicht auf der Hand, dass eine mittelgradige Depression eine 65%ige Arbeitsunfähigkeit begründe. Dr. P.\_\_\_\_ hat auch den Bericht von med. pract. N.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ vom 18. April 2015 gewürdigt und dazu angegeben, dass die darin gestellten



Diagnosen einer chronisch paranoiden Schizophrenie und einer posttraumatischen Belastungsstörung keine Bestätigung hätten finden können. Sei damals noch von einer schweren depressiven Episode die Rede gewesen, würde man heute eher von einer leichten, depressiv und ängstlich geprägten Anpassungsstörung sprechen. Die Auffassung von med. pract. N.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_, wonach in der ganzen Zeit ihrer Behandlung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit geherrscht habe, könne daher nicht geteilt werden. Diese für die Diagnosestellung und die Arbeitsfähigkeitsschätzung relevanten Ausführungen sind schlüssig und nachvollziehbar. Dr. P.\_\_\_\_ hat damit überzeugend begründet, dass der Beschwerdeführer an keiner Störung aus dem schizophrenen Formenkreis leidet (siehe dazu auch unten E. 3.7). Des Weiteren hat Dr. P.\_\_\_\_ aufgezeigt, dass der Beschwerdeführer substantielle Restpotentiale hat, welche er aber lediglich seiner Familie zur Verfügung stellt (Haushaltsarbeiten, Betreuung seiner an MS erkrankten Ehefrau); zudem pflegt er in einem bescheidenen Ausmass soziale Kontakte. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang auch die Ausführungen von Dr. P.\_\_\_\_ betreffend die Besprechung mit dem Beschwerdeführer, welche leichte Verweistätigkeiten (z.B. Nachtportier in Hotel, Lagerist für Autozubehör etc.) er sich vorstellen könnte. Diese zeigen auf, dass sich der Beschwerdeführer praktisch nichts mehr zutraut, obwohl er über substantielle Restpotentiale verfügt. Dr. P.\_\_\_\_ hat sich damit ausführlich mit den Ressourcen des Beschwerdeführers und der Konsistenz auseinandergesetzt. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hat Dr. P.\_\_\_\_ festgehalten, dass es sich nur um eine grobe Schätzung handeln könne, da in den letzten acht Jahren keinerlei Versuche unternommen worden seien, die Einsatzfähigkeit und die Belastbarkeit des Beschwerdeführers auszuloten. Mit Blick auf das recht konstante Zustandsbild in den letzten acht Jahren, bei dem der Depressivitätsgrad fluktuierend gewesen sei, sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit mindestens 50% betragen habe, phasenweise aber auch höher zu veranschlagen gewesen sei, sodass sie sich im Mittel auf einem Niveau von ca. 60% bewegt haben dürfte. In einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit (körperlich leichtere wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeit im reizarmen Milieu, wobei wenig Kommunikation und Teamarbeit erforderlich seien) sei vorstellbar, dass die Arbeitsfähigkeit auf bis zu 70% gesteigert werden könnte. Ergänzend hat er zur Arbeitsfähigkeitsschätzung festgehalten (IV-act. 202-6), dass es sich dabei nicht um einen mathematischen Schritt, sondern um einen sozial-vergleichenden Prozess handle, und dass er seine Einschätzung als mit der Einschätzung früherer, vergleichbarer Fälle aus seiner Praxis konsistent erachte. Dr. P.\_\_\_\_ hat damit überzeugend begründet, dass der Beschwerdeführer in einem erheblichen Mass arbeitsfähig ist. Angesichts der gestellten Diagnosen und angesichts des substantiellen Potentials, über das der Beschwerdeführer noch verfügt, erscheint eine mindestens



30%ige Arbeitsunfähigkeit in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit – zumindest aus der Sicht eines medizinischen Laien – als wohl zu pessimistisch. Des Weiteren ergibt sich aus dem Gutachten nicht mit der für eine rechtliche Beurteilung erforderlichen Präzision, zu wieviel Prozent der Beschwerdeführer als arbeitsfähig zu taxieren ist. Die Angabe, dass die Arbeitsfähigkeit seit dem Jahr 2008 mindestens 50% betragen habe, phasenweise aber höher zu veranschlagen sei, und dass in einer optimal angepassten Tätigkeit eine Mehrleistung um ca. 10% denkbar sei (IV-act. 187-54 f.), lässt einerseits offen, in welchen Zeiträumen in der Vergangenheit die Arbeitsfähigkeit wieviel Prozent betragen hat (fluktuierender Arbeitsfähigkeitsgrad). Andererseits ist unklar, zu wieviel Prozent der Beschwerdeführer für die Zukunft als arbeitsfähig eingeschätzt wurde (Angabe einer Spannbreite von 50 bis zu 70%). Schliesslich enthält das Gutachten auch keine Begründung dafür, weshalb die Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit mindestens 30% betragen soll. Diesbezüglich wären Ausführungen in Bezug auf die Beeinträchtigung des funktionellen Leistungsvermögens in qualitativer und in quantitativer Hinsicht erforderlich gewesen. Qualitativ können beispielsweise eine Verlangsamung, ein Verlust der Konzentrationsfähigkeit oder ein erhöhter Pausenbedarf zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. In quantitativer Hinsicht ist zu erklären, wie sich diese Beeinträchtigung des Leistungsvermögens am idealen Arbeitsplatz konkret auswirkt, beispielsweise dass der Versicherte für die Erfüllung einer Arbeitsaufgabe doppelt so viel Zeit wie eine gesunde Person benötige, dass der Versicherte am Vormittag eine volle Leistung zu erbringen vermöge und am Nachmittag aufgrund von zunehmenden Konzentrationsschwierigkeiten nur noch zur Hälfte leistungsfähig sei oder dass der Versicherte nach jeder Arbeitsstunde 10 Minuten Pause benötige, um sich zu erholen. Mit der Begründung der Arbeitsfähigkeitsschätzung ist auch anzugeben, ob der Beschwerdeführer ganztags (allenfalls mit einer entsprechend reduzierten Leistung) oder Teilzeit arbeitsfähig ist. Die verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensadaptierten Tätigkeit steht damit (für die Vergangenheit und die Zukunft) noch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest.

**3.4.** Dr. L.\_\_\_\_ hatte dem Beschwerdeführer in seinem Gutachten vom 20. Dezember 2011 eine Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit von 35% attestiert (seit Juli 2010). Darauf kann ebenfalls nicht abgestellt werden. Zwar konnte Dr. P.\_\_\_\_ die im Rückweisungsentscheid vom 12. Mai 2015 geäusserten Zweifel an der Richtigkeit der von Dr. L.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen angesichts der von med. pract. N.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ (zu einem späteren Zeitpunkt) gestellten Diagnose einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis ausräumen. Dennoch überzeugen die Diagnosestellung und die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. L.\_\_\_\_ nicht: Das von Dr. L.\_\_\_\_ beschriebene



Zustandsbild des Beschwerdeführers deckt sich in etwa mit der Beschreibung von Dr. P.\_\_\_\_. Dr. L.\_\_\_\_ hatte gestützt darauf eine Anpassungsstörung mit einer mittelgradig depressiven Reaktion bei einer psychosozialen Belastung diagnostiziert. Dr. P.\_\_\_\_ hat dazu festgehalten, dass das Zustandsbild des Beschwerdeführers im Untersuchungszeitpunkt nicht (mehr) als mittelgradige Depression zu qualifizieren sei. Er sei sich zudem nicht sicher, ob er das damalige Zustandsbild ebenfalls als mittelgradige Depression eingestuft hätte. In Anbetracht der von Dr. L.\_\_\_\_ festgestellten, hinreichend sicheren Hinweise auf besondere Bemühungen des Beschwerdeführers um die Verdeutlichung oder die Vortäuschung zumindest einzelner Symptome und der damit verbundenen Zweifel an der Richtigkeit der Diagnosen (vgl. dazu bereits der Rückweisungsentscheid vom 12. Mai 2015, IV 2012/319, E. 1.2 f.) sowie unter Berücksichtigung der Stellungnahme von Dr. P.\_\_\_\_ sind die Diagnosen und die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ als nicht schlüssig hergeleitet zu qualifizieren. Insbesondere hat Dr. L.\_\_\_\_ nicht begründet, weshalb er von einer mittelgradigen Depression ausgegangen ist, wenn er zugleich hinreichend sichere Hinweise auf eine aggravierende oder simulierende Beschwerdepräsentation durch den Beschwerdeführer festgestellt hat. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer bereits im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. L.\_\_\_\_ massgeblich an der Pflege und Betreuung seiner Ehefrau beteiligt gewesen war (vgl. die Schilderung des Tagesablaufs, IV-act. 100-4). Damit bestehen starke Anhaltspunkte, dass er bereits damals über ein substantielles Restpotential verfügt hatte. Die Einschätzung von Dr. L.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer über eine verbleibende Arbeitsfähigkeit von lediglich 35% verfügt habe, überzeugt deshalb nicht.

**3.5.** Die Beschwerdegegnerin hat, in Nachachtung des Rückweisungsentscheids vom 12. Mai 2015, bei der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ den Austrittsbericht vom 15. Juli 2014 eingeholt. Der Beschwerdeführer war vom 28. April bis zum 24. Mai 2014 dort hospitalisiert gewesen. Im Austrittsbericht wird als psychiatrische Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit einem somatischen Syndrom (ICD-10 F33.11) genannt. Der Beschwerdeführer sei beim Austritt vollständig arbeitsunfähig gewesen. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung kann ebenfalls nicht als Grundlage für den Rentenentscheid herangezogen werden. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist nämlich der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung erfahrungsgemäss im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen oder sogar aggravierenden 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).

**3.6.** Der Beschwerdeführer hat eingewendet, das Gutachten von Dr. P.\_\_\_\_ sei nicht verwertbar, da Dr. P.\_\_\_\_ befangen sei. Er hat dies im Wesentlichen mit der Aussage von Dr. P.\_\_\_\_, dass er (der Beschwerdeführer) sich deutlich intensiver im Rentenstreit als beim Wiedererlangen seiner vollen Arbeitsfähigkeit engagiere, begründet. Dr. P.\_\_\_\_ hat dazu Stellung genommen und festgehalten, es sei nicht ersichtlich, was daran subjektiv sein solle. Seit geraumer Zeit werde um eine Rente, nicht aber um angemessene Eingliederungsmassnahmen gestritten. Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht ausgeführt, es gehöre zur Aufgabe eines Gutachters, das Verhalten eines Versicherten zu beschreiben und zu werten, zumal zum psychiatrischen Beweisthema stets das allfällige Vorliegen von inkonsistentem, aggravatorischem oder simulatorischem Verhalten gehöre. Bei den Aussagen von Dr. P.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer engagiere sich "deutlich intensiver im Rentenstreit als beim Wiedererlangen seiner vollen Arbeitsfähigkeit" (IV-act. 187-39) und er nehme "gegenüber der Vorstellung einer Wiedereingliederung [...] aus seiner leidfixierten Fehleinstellung eine stark defensive Haltung ein" (IV-act. 187-43), handelt es sich offenkundig um objektive psychiatrische Feststellungen. Indizien, die auf eine Befangenheit von Dr. P.\_\_\_\_ hinweisen würden, bestehen damit nicht.

**3.7.** Der Beschwerdeführer hat des Weiteren eingewendet, Dr. P.\_\_\_\_ habe die Diagnosen der paranoiden Schizophrenie und der posttraumatischen Belastungsstörung verneint, ohne dass aus dem Gutachten ersichtlich sei, wie er zu diesem Schluss gekommen sei, zumal er die für das Leiden international anerkannte SKID-I-Testung nicht durchgeführt habe. Zudem habe er im Zusammenhang mit der Beurteilung der bisherigen Therapie gerügt, dass der Nachweis des Medikamentes Aripiprazol nicht im therapeutischen Bereich gelegen habe, obschon dieses Medikament zur Behandlung einer paranoiden Schizophrenie eingesetzt werde. Dr. P.\_\_\_\_ hätte, um seiner Sorgfaltspflicht nachzukommen, mindestens einen aktuellen Bericht bei med. pract. N.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ einholen und sich detailliert damit auseinandersetzen müssen. Das Versicherungsgericht habe im Rückweisungsentscheid vom 12. Mai 2015 nämlich festgestellt, dass sich eine schizophrene Störung erfahrungsgemäss in gewissen Fällen erst nach einer langdauernden (meist auch stationären) Therapie feststellen lasse. Dr. P.\_\_\_\_ hat dazu festgehalten, aufgrund des aktuellen klinischen Eindrucks könne man höchstens feststellen, ob ein Patient psychotisch sei oder nicht. Das sei der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Untersuchung nicht gewesen. In der Vorgeschichte des



Beschwerdeführers seien auch keine typischen schizophrenen Phänomene zu finden gewesen. Zur Anwendung von psychologischen Testverfahren bedürfe es einer klaren Indikation. Für eine standardisierte und kriteriengeleitete Diagnostik sorgten die operationalisierten Kriterienlisten in den diagnostischen Manualen wie etwa ICD-10. Betreffend die Medikamenteneinnahme sei lediglich anzuführen, dass der Beschwerdeführer seit geraumer Zeit keine antipsychotischen Medikamente mehr eingenommen habe und gleichwohl nicht in eine Psychose geraten sei. Diese Ausführungen von Dr. P.\_\_\_\_ sind schlüssig und nachvollziehbar. Betreffend den Einwand des Beschwerdeführers, Dr. P.\_\_\_\_ hätte bei med. pract. N.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ einen aktuellen Bericht einholen müssen, ist festzuhalten, dass davon kein Beweisfortschritt zu erwarten gewesen wäre. In diesem Zusammenhang ist nämlich – gleich wie bei der Würdigung des Austrittsberichts der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ vom 15. Juli 2014 – 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). Der Einwand des Beschwerdeführers ist damit nicht stichhaltig und vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern.

**3.8.** Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, Dr. P.\_\_\_\_ habe verbleibende psychopharmakologische und psychotherapeutische Methoden verneint und aufbauende Trainingsmassnahmen als einzig verbleibende Möglichkeit gesehen (um ihn aus seiner passivierten und deconditionierten Fehlhaltung herauszuholen, vgl. IV-act. 187-50), wobei damit das Auslösen einer Zustandsverschlechterung zu befürchten sei. Das Scheitern einer beruflichen Wiedereingliederung sei damit prognostiziert. Die Zusprache einer ganzen IV-Rente sei vor diesem Hintergrund sachgerecht. Diese Ausführungen des Beschwerdeführers sind insofern zu präzisieren, als Dr. P.\_\_\_\_ festgehalten hat, zu befürchten sei, dass der Beschwerdeführer solche Eingliederungsmassnahmen durch postwendende Zustandsverschlechterung (auf der Ebene der Befindlichkeit) konterkarieren würde. Des Weiteren hat Dr. P.\_\_\_\_ – am Ende der Ziffer 5.IV. betreffend die Behandlung und Eingliederung – Wiedereingliederungsmassnahmen auf angemessenem Niveau als zumutbar erachtet, zumal nicht zu befürchten sei, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers objektiv verschlechtern würde. Der Beschwerdeführer vermag deshalb aus seinen Ausführungen nichts zu seinen Gunsten abzuleiten.



**3.9.** Der Beschwerdeführer hat schliesslich geltend gemacht, es sei nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin ein Gutachten in Auftrag gegeben habe, nachdem der RAD am 19. April 2016 nach Erhalt der neu eingeholten Berichte von med. pract. N.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_ sowie der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ seine Einschätzung vom 19. Januar 2016 bestätigt habe, wonach seit dem 8. August 2008 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt vorliege und weitere medizinische Abklärungen in Anbetracht der umfangreichen Aktenlage und dem Entscheid des Versicherungsgerichts nicht erforderlich seien. Das dennoch in Auftrag gegebene Gutachten vermöge den Gegenbeweis nicht zu erbringen. In Anlehnung an die Beurteilung des RAD werde die Ausrichtung einer ganzen IV-Rente beantragt. Aus welchen Gründen die Beschwerdegegnerin Dr. P.\_\_\_\_ mit der Begutachtung des Beschwerdeführers beauftragt hat, kann an dieser Stelle offengelassen werden. Aus dem Strategie-Protokoll vom 29. Juni 2016 ist immerhin ersichtlich (IV-act. 176), dass die Frage nach den invalidisierenden Diagnosen, insbesondere der schizophrenen Erkrankung, als noch nicht ausreichend geklärt betrachtet wurde. Zudem wurde die im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ vom 15. Juli 2014 attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit angesichts der Diagnose einer depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, als nicht nachvollziehbar qualifiziert. Wie bereits aufgezeigt überzeugt das Gutachten von Dr. P.\_\_\_\_ in Bezug auf die Erhebung des Zustandbildes des Beschwerdeführers und die Diagnosestellung. Einzig die verbleibende Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit steht noch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest (siehe E. 3.3). Auf die Beurteilung des RAD, welche sich auf die Berichte von behandelnden Ärzten stützt (vgl. IV-act. 173), ist deshalb nicht abzustellen.

**3.10.** Die Beschwerdegegnerin hat die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. P.\_\_\_\_ im Ergebnis, jedoch mit einer leicht anderen Begründung, ebenfalls als nicht überzeugend qualifiziert. Sie hat dies unter anderem damit begründet, die Diagnosen einer Dysthymie, einer Anpassungsstörung, einer akzentuierten Persönlichkeit als Z-Diagnose und eines abnormes Krankheitsverhalten seien gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht invalidisierend. Dazu ist festzuhalten, dass die Frage, ob diese Diagnosen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben, Gegenstand der weiteren medizinischen Abklärungen bilden wird (siehe unten E. 3.11). Des Weiteren hat die Beschwerdegegnerin ausgeführt, bei den weiteren von Dr. P.\_\_\_\_ genannten, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen einer Somatisierungsstörung, einer dissoziativen Empfindungsstörung und einer nicht näher bestimmten dissoziativen Störung handle es sich um sogenannte pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale



Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage. Diesen komme nur im Ausnahmefall eine invalidisierende Wirkung zu. Sodann hat sie festgehalten, dass aufgrund der Indikatoren gemäss BGE 141 V 284 ff. nicht ausgewiesen sei, weshalb der Beschwerdeführer nur noch zu 70% arbeitsfähig sein solle. Die Beschwerdegegnerin ist damit in ihrer Argumentation zunächst einer Praxis gefolgt, welche das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 gerade aufgegeben hat (Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung und Ersetzen des Regel/Ausnahme-Modells durch ein strukturiertes Beweisverfahren). Anschliessend hat sie sich auf das strukturierte Beweisverfahren gestützt und geltend gemacht, dass nicht ausgewiesen sei, weshalb die Arbeitsfähigkeit noch 70% betragen solle. Vielmehr sei von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen. Diese Anwendung der aufgegebenen Praxis und die Berufung auf die neue Praxis ist nicht zulässig. Des Weiteren hat die Beschwerdegegnerin ihre eigene Arbeitsfähigkeitsschätzung an die Stelle derjenigen von Dr. P.\_\_\_\_ gesetzt. Indem die Beschwerdegegnerin ein medizinisches Gutachten in Auftrag gegeben hat, hat sie zum Ausdruck gebracht, dass sie auf den Sachverstand unabhängiger medizinischer Fachleute angewiesen gewesen ist. Hat sie der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten nicht folgen wollen, wäre sie im Rahmen der sie treffenden Untersuchungspflicht gehalten gewesen, weitere Abklärungen vorzunehmen.

**3.11.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich Dr. P.\_\_\_\_ ausführlich mit den Standardindikatoren auseinandergesetzt hat und dass das Gutachten in Bezug auf die Erhebung des Zustandsbildes und der Diagnosestellung überzeugt. Die verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers steht dagegen noch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Die Beschwerdegegnerin hat zudem den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verletzt, indem sie ihre eigene Arbeitsfähigkeitsschätzung an die Stelle derjenigen von Dr. P.\_\_\_\_ gesetzt hat, anstatt weitere Abklärungen vorzunehmen. Die angefochtene Verfügung ist deshalb als rechtswidrig aufzuheben. Da es nicht die Sache des Versicherungsgerichtes sein kann, die ureigenste Aufgabe der Beschwerdegegnerin – die Sachverhaltsabklärung – zu übernehmen, ist die Sache zur weiteren Abklärung, insbesondere für eine Nachfrage bei Dr. P.\_\_\_\_ zur Präzisierung seiner Angaben zur Arbeitsfähigkeitsschätzung in einer leidensadaptierten Tätigkeit (für die Vergangenheit und die Zukunft) und zu deren Begründung, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Einholung eines Gerichtsgutachtens ist unter diesen Umständen nicht angezeigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. Februar 2018, 8C\_580/2017, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).



**3.12.** Demnach ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache ist zur Vornahme weiterer Abklärungen und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

### 4.

**4.1.** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Praxisgemäss ist die Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu werten (vgl. BGE 132 V 235 E. 6.1). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

**4.2.** Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu betrachten ist. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im vorliegend zu beurteilenden Fall war der Aufwand der beiden Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ungefähr gleich gross wie bei einem erstmaligen Rentenverfahren, insbesondere da die Aktenkenntnisse aus dem Beschwerdeverfahren IV 2012/319 für dieses Verfahren nicht wesentlich aufwandmindernd waren. Eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- erscheint daher als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 24. Oktober 2017 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.



### 2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

### 3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.