



**Fall-Nr.:** IV 2018/63  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 25.11.2020  
**Entscheiddatum:** 23.03.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.03.2020**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Gestützt auf ein als beweiskräftig befundenes Gutachten, welches auch Inkonsistenzen aufzeigt, wird von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % ausgegangen. Der an einer posttraumatischen Belastungsstörung leidende Beschwerdeführer benötigt einen ruhigen, an seine schwankende Leistungsfähigkeit angepassten Arbeitsplatz ohne Trigger, was einen Tabellenlohnabzug von 10 % begründet. Rückwirkend ist aufgrund einer Anpassungsstörung (schwere Erkrankung der Tochter) von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. In Anwendung des Prozentvergleichs hat der Beschwerdeführer befristet Anspruch auf eine halbe Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St Gallen vom 23. März 2020, IV 2018/63).**

#### **Entscheid vom 23. März 2020**

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2018/63

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt Marco Rossetti, MLaw, rechtsanwaelte.og42,  
Oberer Graben 42, 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 4. März 2014 wegen posttraumatischer Belastungsstörung, chronischer Schmerzsymptomatik (Schultern, Arme, Becken und lumbale Wirbelsäule) und rechtsbetonten beidseitigen feinschlägigen Handtremors bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1).

**A.b.** Der Versicherte B.\_\_\_\_er Ethnie war am 3. März 2001 aus C.\_\_\_\_ kommend in die Schweiz eingereist, um Asyl zu beantragen (Protokoll Erstbefragung Empfangsstelle D.\_\_\_\_ vom 15. März 2001, Fremdakten, act. 3-6). Im Wesentlichen hatte er angegeben, er sei unter anderem für eine sozialistische Zeitung tätig gewesen und (nach bereits früheren "Mitnahmen") 1998 festgenommen und während sieben Tagen gefoltert worden. Die Folter habe in Schlägen, Schlafentzug, Abspritzen mit kaltem und warmem Druckwasser, Festbinden der Arme auf dem Rücken und daran Aufhängen an einem erhöhten Balken, Festbinden vor einem Spiegel und Misshandlung auch im intimen Bereich bestanden (Erstbefragung, Fremdakten, act. 3-4 f.; Asylgesuch vom 3. April 2001, Fremdakten, act. 4-18 ff.). Nach längerem Verfahren hatte das Bundesamt für Migration am 1. Dezember 2005 die Flüchtlingseigenschaft des Versicherten bejaht und ihm Asyl gewährt (Fremdakten, act. 9; vgl. auch Entscheid des Bundesamtes für Flüchtlinge [BFF] vom 29. Januar 2003, Fremdakten, act. 5; Urteil der Schweizerischen



## St.Galler Gerichte

Asylrekurskommission vom 14. Juli 2003, Fremdakten, act. 6; Entscheid des BFF vom 29. Oktober 2004, Fremdakten, act. 8). Um seine an ernsthaften gesundheitlichen Problemen leidende Mutter in der Heimat zu besuchen, hatte der Versicherte am 2. Juni 2011 auf seinen Flüchtlingsstatus verzichtet (Fremdakten, act. 10 ff.). Der Versicherte war zuletzt vom 28. März bis 9. Oktober 2013 über einen Personalverleiher in der Produktion einer Fensterfabrik erwerbstätig gewesen (Angaben E.\_\_\_\_ AG vom 9. Mai 2014, IV-act. 20).

**A.c.** Ein Einsatzprogramm musste im April 2014 abgebrochen werden, als bei der siebenjährigen Tochter des Versicherten ein Gehirntumor diagnostiziert wurde (vgl. Assessmentprotokoll vom 14. Juli 2014, IV-act. 28; Strategieprotokoll vom 14. Juli 2014, IV-act. 27). Vom 18. Juli bis 17. Oktober 2014 absolvierte der Versicherte über das RAV ein Einsatzprogramm in einer F.\_\_\_\_. Dabei wurde von der Programmleitung festgehalten, die Leistungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt, der Versicherte könne aber eine angepasste Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt ausüben mit einem Beschäftigungsgrad von 50 % bis 100 % (Verlaufsprotokoll vom 27. November 2015, IV-act. 67; Schlussbeurteilung vom 6. November 2014, Fremdakten, act. 1). Die IV-Stelle sprach dem Versicherten mit Mitteilung vom 22. August 2014 Arbeitsvermittlung zu (IV-act. 34).

**A.d.** Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Ambulatorium für Kriegs- und Folteropfer des Universitätsspitals Zürich (USZ), hielt im Arztbericht vom 22. September 2014 die Diagnosen einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), bestehend seit Jahren, und einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2), bestehend seit April 2014, fest. Die Behandlung erfolge seit 22. April 2013 und beinhalte aktuell zweiwöchentliche Gespräche. Nach einer weiteren Stabilisierung sei eine traumaspezifische Therapie vorgesehen. Der Versicherte leide an schweren Ein- und Durchschlafstörungen. Anamnestisch werde er fast täglich von Bildern früherer Foltererfahrungen überschwemmt, dabei empfinde er starke Schmerzen. Auslöser seien Gerüche, menschliche Blicke und andere Situationen. Aktuell bestünden das Gefühl des Kontrollverlusts, eine erhöhte Schreckhaftigkeit, Hyperarousal, ständige Flashbacks, vermehrte Vergesslichkeit, eine eingeschränkte Aufmerksamkeit, Konzentration und Motivation. Er habe starke Angst bei versperrtem Fluchtweg oder wenn sich die Tür im Rücken befinde. Eine gute



## St.Galler Gerichte

Introspektionsfähigkeit und gute sprachliche Fähigkeiten erleichterten grundsätzlich die Behandelbarkeit. Prognostisch ungünstig wirkten sich die langjährige Chronifizierung, die Schwere und Anzahl der Traumatisierungen, die zusätzliche Belastung durch die Tumorerkrankung der Tochter und weitere soziale Faktoren (sprachliche Schwierigkeiten, Sozialhilfe) aus. In der bisherigen Tätigkeit bestehe aktuell eine 40 %ige Arbeitsfähigkeit mit einer schwer quantifizierbaren Leistungseinbusse. Tätigkeiten mit beschränktem Belastungsprofil seien ihm während drei bis vier Stunden täglich zumutbar (IV-act. 37).

**A.e.** RAD-Ärztin med. pract. H.\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 4. November 2014 Stellung: Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei es dem Versicherten möglich, eine Präsenzzeit von vier Stunden am Tag zu erbringen bei noch möglicher Leistungsminderung. Es sei damit zu rechnen, dass er innerhalb eines halben oder eines Jahres eine mindestens 50 %ige Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt erreichen werde (IV-act. 39). Die IV-Stelle sprach dem Versicherten ein vom 11. Mai bis 10. November 2015 dauerndes Aufbautraining in der I.\_\_\_ zu (Mitteilung vom 27. Mai 2015, IV-act. 46). Im Schlussbericht vom 10. November 2015 wurde festgehalten, mit dem Versicherten sei von einem höchstens zumutbaren Pensum von 50 % auszugehen. Der Versicherte zeichne sich durch eine hohe Zuverlässigkeit, ein hohes Qualitäts- und Verantwortungsbewusstsein, ein gutes Verständnis für Arbeitsabläufe, eine hohe Leistungsbereitschaft, einen guten Ordnungssinn, eine strukturierte Vorgehensweise und eine gute Feinmotorik aus. Das Arbeitstempo sei stark schwankend gewesen (60 %- 70 %, absinkend bis 30 %), abhängig von der jeweiligen Tagesform. Einmalig sei es zu einer direkten Konfrontation mit einem Mitarbeiter gekommen. Körperliche und psychische Stabilität und Belastbarkeit seien derzeit nur eingeschränkt gegeben. Sie seien abhängig von äusseren Faktoren (Triggerung). Aufgrund diverser Leistungsmessungen und der Beobachtung der Leistungsfähigkeit über einen längeren Zeitraum hinweg werde der Leistungsgrad bei einem Arbeitspensum von 50 % auf 50 % bis 60 % eingestuft. Es bestehe eine deutliche Leistungsminderung. Die anvisierte Steigerung der Präsenzzeit von 4 auf 6-8 Stunden pro Tag an mindestens 5 Tagen pro Woche habe nicht realisiert werden können. Der Versicherte benötige einen verständnisvollen Arbeitgeber und ein verständnisvolles Mitarbeitererteam und einen angepassten Arbeitsplatz (übersichtlich,



## St.Galler Gerichte

geräuscharm, ruhig), Achtsamkeit auf Trigger am Arbeitsort, Anpassung des Arbeitspensums an das Befinden und das Fehlen eines persönlichen Drucks (Befehlstone etc.) und die Möglichkeit zusätzlicher Pausen. Diese Bedingungen im allgemeinen Arbeitsmarkt vorzufinden, sei wenig realistisch. Insofern seien die Chancen einer beruflichen Integration gegenwärtig gering (IV-act. 65-9). Die Eingliederungsverantwortliche schloss daraufhin ihren Fall am 27. November 2015 ab (IV-act. 67-6 f.).

**A.f.** Dr. G. \_\_\_ bezeichnete im Verlaufsbericht vom 4. Januar 2016 den Gesundheitszustand als stationär. Es sei davon auszugehen, dass sich der Verlauf noch ein wenig stabilisieren werde, jedoch sei eine Zunahme der Arbeitsfähigkeit auf über 50 % eher unwahrscheinlich. Der Versicherte leide an vermehrter Schreckhaftigkeit, starker Angst, Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit, Dissoziationen und Flashbacks. Durch die Beschäftigung mit Fluchtmöglichkeiten sei er häufig abgelenkt. Reiz- und Stresstoleranz, Ausdauer und Belastbarkeit und die Aufmerksamkeitsspanne seien vermindert. Es bestünden ein erhöhtes Risiko für Fehler/Unfälle, ein erhöhtes Konfliktpotential und Schwierigkeiten im Umgang mit Teams und Hierarchien (IV-act. 70).

**A.g.** RAD-Ärztin med. pract. H. \_\_\_ nahm am 16. März 2016 Stellung: Im Abschlussbericht der I. \_\_\_ und im Verlaufsbericht des Ambulatoriums für Kriegs- und Folteropfer des Universitätsspitals Zürich würden nachvollziehbare Rahmenbedingungen angegeben, die einem geschützten Arbeitsplatz oder einem Nischenarbeitsplatz entsprächen. Unter diesen Bedingungen könnte eine Arbeitsfähigkeit von 50 % angenommen werden. Ob diese Adaptationskriterien auf dem ersten Arbeitsmarkt realisierbar seien, sei eingliederungsfachlich zu beurteilen (IV-act. 72).

**A.h.** Mit Mitteilung vom 29. März 2016 lehnte die IV-Stelle (weitere) berufliche Massnahmen ab, da solche zurzeit aufgrund des Gesundheitszustandes nicht möglich seien (IV-act. 75).

**A.i.** Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte polydisziplinär begutachtet (Polydisziplinäre medizinische Abklärungen [PMEDA], Gutachten vom 28. Februar



2017; Dr. med. J.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. K.\_\_\_\_, Neurologie; Dr. med. L.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Mag. rer. nat. M.\_\_\_\_, Neuropsychologie; Dr. med. N.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie; Untersuchungen 5., 8. und 15. Dezember 2016 sowie 24. Januar 2017; IV-act. 97). Der psychiatrische Gutachter stellte bzw. bestätigte die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Aufgrund der berichteten affektiven und vegetativen Beeinträchtigungen seien eine verminderte Belastbarkeit und ein erhöhter Pausenbedarf innerhalb der beruflichen Tätigkeit wahrscheinlich, so dass derzeit eine insgesamt auf circa 70 % herabgesunkene Arbeitsfähigkeit (100 %-Pensum, 70 % Rendement) schlüssig zu bestätigen sei. Dies gelte für die letzte Tätigkeit sowie für den gesamten allgemeinen Arbeitsmarkt, da sich die Beeinträchtigungen in jeder (auch einer angepassten) Tätigkeit zumindest gleichrangig negativ auswirken müssten. Unter einer traumaspezifischen Therapie sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit einer weiteren Besserung der Symptomatik und in der Folge mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % bis ca. Mitte 2017 zu rechnen. Die Mitwirkung daran sei dem Versicherten medizinisch gut zumutbar (IV-act. 97-49, 61, 68 f., 71). Aus Sicht der übrigen Fachrichtungen wurde keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Gesundheitsbeeinträchtigung diagnostiziert. RAD-Arzt Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erachtete das Gutachten am 10. März 2017 als aus versicherungsmedizinischer Sicht beweistauglich (IV-act. 99).

**A.j.** Mit Vorbescheid vom 5. April 2017 (effektive Zustellung am 26. April 2017, vgl. IV-act. 107 f.) gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 102). Mit Einwand vom 18. Mai 2017 liess der Versicherte geltend machen, die monatelange berufliche Abklärung in der I.\_\_\_\_ habe eine höchstens 50 %ige Arbeitsfähigkeit ergeben. Er könne nicht nachvollziehen, wieso medizinisch theoretisch von einer höheren Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne. Sodann stellte er in Aussicht, weitere medizinische Unterlagen einzureichen (IV-act. 113).

**A.k.** Mit begründetem Einwand vom 30. August 2017 reichte der Versicherte den Abschlussbericht des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsoffer des USZ vom 22. Februar 2016 (IV-act. 121-24 ff.) und einen Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 23. August 2017 (IV-act. 121-29 ff.) ein.



Gestützt darauf brachte er vor, die Gutachter hätten sich zuwenig mit der abweichenden Beurteilung der behandelnden Ärzte und dem Bericht der Eingliederung bei der I. \_\_\_ auseinandergesetzt. Sie hätten die Diagnose einer chronischen Schmerzsymptomatik nicht bestätigt, da er während der Untersuchung nicht schmerzgequält oder anderweitig beeinträchtigt gewirkt habe. Dies greife zu kurz, denn er verspüre vor allem beim Auftreten von Flashbacks starke Schmerzen, zu denen es fast täglich komme. Die Einschätzung der Ausprägung der posttraumatischen Belastungsstörung als moderat weiche von den übrigen Fachärzten ab. Die zur Begründung angeführte "rege soziale Aktivität" sei nicht zutreffend und nachvollziehbar. Er sei nicht nur in seiner Arbeitsfähigkeit, sondern auch in seiner Alltagsgestaltung eingeschränkt. Die Einschätzung des neuropsychologischen Gutachters sei unzutreffend und nicht nachvollziehbar, denn die testpsychologisch erhobenen Einschränkungen würden durch die behandelnden Ärzte klar diagnostiziert und bestätigt. Die neuropsychologischen Testergebnisse seien Ausdruck seiner posttraumatischen Belastungsstörung und der Einschränkungen bzw. seiner Persönlichkeitsstruktur. Obwohl er seit mehreren Jahren in psychiatrischer Behandlung stehe und in regelmässigen Abständen traumaspezifische Therapien durchgeführt würden, hätten diese nur wenig Erfolg gezeigt. Er habe alles Mögliche und Zumutbare unternommen, um seine Krankheit zu überwinden. Die beruflichen Eingliederungsmassnahmen seien gescheitert. Sie hätten lediglich ein mögliches Arbeitspensum von höchstens 50 % mit einer verminderten Leistungsfähigkeit von 50 % bis 60 %, in einem geschützten Arbeitsumfeld und ohne weitere Steigerung, ergeben. Zusammenfassend liege eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 75 % vor. Er habe Anspruch auf mindestens eine Dreiviertelsrente (IV-act. 121-1 ff.). RAD-Arzt Dr. med. Q. \_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, äusserte dazu am 29. November 2017, neue medizinische Tatsachen im Sinne einer Änderung des Gesundheitszustandes nach dem Zeitpunkt der Begutachtung würden nicht bekannt oder geltend gemacht. An der Beurteilung, dass das Gutachten den versicherungsmedizinischen Anforderungen genüge, ändere sich nichts. Von weiteren medizinischen Abklärungen sei keine höhere Aussagesicherheit zu erwarten (IV-act. 123).



**A.I.** Mit Verfügung vom 5. Januar 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Eine medizinische Administrativexpertise könne nicht alleine durch die andere Ansicht eines behandelnden Arztes in Frage gestellt werden, es sei denn, dieser bringe objektiv feststellbare Gesichtspunkte vor, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Es fänden sich keine medizinischen Anhaltspunkte, dass die attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt umsetzbar sei (IV-act. 126).

### **B.**

**B.a.** Gegen die Verfügung vom 5. Januar 2018 erhebt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt M. Rossetti, MLaw, am 7. Februar 2018 Beschwerde. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und es sei ihm rückwirkend ab 1. September 2014 mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Eventualiter sei ein unabhängiges polydisziplinäres medizinisches Gutachten einzuholen. Die Beschwerdegegnerin setze sich in der angefochtenen Verfügung nicht mit den im Einwand vom 30. August 2017 geltend gemachten Mängeln des Gutachtens auseinander. Damit verletze sie die Begründungspflicht und das rechtliche Gehör. Der angefochtene Entscheid sei bereits aus diesem Grund aufzuheben. Die Gutachter hätten sich mit den Berichten der ihn seit Längerem behandelnden Ärzte ungenügend auseinandergesetzt. Ergänzend zum Vorbringen im Einwand führt er im Wesentlichen aus, der Befund der Gutachter stelle eine Momentaufnahme dar, die Beurteilung der ihn langjährig behandelnden Ärzte sei zuverlässiger. Es liege in der Natur somatoformer Schmerzstörungen, dass sie organisch nicht objektiv nachgewiesen werden könnten. Es sei daher unverständlich, dass ihnen bei der psychiatrischen Untersuchung keine Beachtung geschenkt worden sei. Der psychiatrische Gutachter habe sich mit der Herleitung der Diagnose und dem auslösenden Trauma nicht näher auseinandergesetzt, was zur Beurteilung der Ausprägung zwingend notwendig gewesen wäre. Eine rege soziale Aktivität sei schon aufgrund der im Gutachten beschriebenen Einschränkungen ausgeschlossen. Die im Gutachten enthaltene Aufzählung der Einschränkungen sei nicht vollständig, wie aus dem Berichten von Dr. P.\_\_\_\_ vom 23. August 2017 und des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsoffer des USZ vom 22. Februar 2016 hervorgehe. Die langjährige,



aktenmässig erstellte Chronifizierung sowie die für die Beurteilung der Ausprägung der psychischen Erkrankung massgeblichen Gesichtspunkte seien von den Gutachtern bei der Prognosestellung zu Unrecht ausgeblendet worden. Die Gutachter gingen zudem fälschlicherweise davon aus, dass bisher keine traumaspezifischen Therapien durchgeführt worden seien. Insgesamt sei das Gutachten der PMEDA vom 28. Februar 2017 in mehrfacher Hinsicht mangelhaft. Es könne ihm daher insbesondere in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht gefolgt werden. Die Behandlungsmöglichkeiten seien vorerst ausgeschöpft. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin handle es sich bei der Beurteilung durch die behandelnden Ärzte nicht nur um eine andere Einschätzung desselben medizinischen Sachverhalts. Die berufliche Integration sei selbst bei einem Arbeitsversuch in einem geschützten Arbeitsumfeld gescheitert. Das Gutachten habe diesen für die Beurteilung des Schweregrades der psychischen Krankheit und der daraus folgenden Arbeitsunfähigkeit wesentlichen massgeblichen Umstand nicht gewürdigt. Ob die im Bericht der I. \_\_\_ angeführten Rahmenbedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tatsächlich vorzufinden seien, sei mehr als fraglich. Zusammenfassend liege eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 75 % vor. Er habe Anspruch auf mindestens eine Dreiviertelsrente (act. G 1).

**B.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 18. April 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die angefochtene Verfügung verletze den Gehörsanspruch nicht. Es werde festgehalten, weshalb dem Gutachten volle Beweiskraft zuzumessen sei und die eingereichten Arztberichte nichts an dessen Einschätzung änderten. Sie habe zum wesentlichen Punkt, dass dem Gutachten voller Beweiswert zuzumessen sei und somit eine Arbeitsfähigkeit von 70 %, steigerbar auf 100 %, bestehe, Stellung genommen. Selbst wenn eine Verletzung der Begründungspflicht gegeben wäre, wäre diese angesichts der vollen Kognition im Beschwerdeverfahren geheilt. Im Übrigen wäre die Rückweisung ein unnötiger formalistischer Leerlauf. Das Gutachten enthalte eine vollständige Anamnese, berücksichtige die geklagten Beschwerden, leuchte in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ein und enthalte begründete Schlussfolgerungen. Dadurch sei es beweiskräftig. Die Berichte der behandelnden Ärzte seien berücksichtigt, indem sie bei den wesentlichen Vorakten aufgeführt seien. Die



Schmerzen seien bei den geklagten Beschwerden festgehalten worden. In der polydisziplinären Beurteilung habe eine Auseinandersetzung mit der beklagten Schmerzsymptomatik stattgefunden, jedoch habe diese weder mit den objektiven Befunden noch mit dem Verhalten anlässlich der Untersuchung noch mit dem Aktivitätsniveau erklärt werden können und sei somit in der geltend gemachten Intensität nicht nachvollziehbar. Im Weiteren gehe aus dem psychiatrischen Gutachten klar hervor, weshalb der Beschwerdeführer aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung lediglich moderat eingeschränkt sei. Nebst dem nicht unerheblichen Aktivitätsniveau seien auch die objektiven Befunde anlässlich der psychiatrischen Untersuchung nicht eingeschränkt. Zudem sei der Beschwerdeführer nicht mehr in psychiatrischer Behandlung im USZ. Die Behandlung finde lediglich in niedrigfrequentem Intervall statt. Auch anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung habe keine kognitive Beeinträchtigung festgestellt werden können. Das Testprofil habe mehrere Ungereimtheiten gezeigt und das Beschwerdevalidierungsverfahren habe deutliche Hinweise auf ein verfälschtes Antwortverhalten erbracht. Auf das Gutachten der PMEDA könne abgestellt werden und es seien keine weiteren Abklärungen angezeigt. Die Arbeitsfähigkeit sei in erster Linie medizinteoretisch durch die Ärzte und nicht aufgrund der Ergebnisse einer beruflichen Abklärung festzulegen (act. G 4).

**B.c.** Der Beschwerdeführer reicht keine Replik ein (act. G 6). Am 9. November 2018 legt er eine Kostennote vor (act. G 7), deren angemessene Kürzung die Beschwerdegegnerin am 28. November 2018 beantragt (act. G 9).

### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind



ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**1.2.** Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1).

**1.3.** Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

**1.4.** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die klagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen



Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

**1.5.** Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

## **2.**

**2.1.** In verfahrensrechtlicher Hinsicht rügt der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, da sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nicht genügend mit seinem Einwand auseinandergesetzt habe.

**2.2.** Der in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101), in Art. 42 ATSG sowie in Art. 49 Abs. 3 ATSG festgeschriebene Anspruch auf Wahrung des rechtlichen Gehörs bzw. auf eine diesem genügende Begründung der Verfügung verpflichtet den Versicherungsträger, sich mit den Vorbringen der Partei inhaltlich auseinanderzusetzen und Gründe anzugeben, weshalb er allfälligen Einwänden nicht folgt oder diese nicht berücksichtigt. Er ist gewahrt, wenn die Begründung eine sachgerechte Anfechtung ermöglicht. Nicht erforderlich ist, dass sich die Verwaltung vorgängig mit jedem einzelnen Parteivorbringen einlässlich befasst hat (vgl. BGE 136 I 188 E. 2.2.1; Urteil des Bundesgerichts vom 10. Februar 2017, 8C\_785/2016, E. 5.2; U. Kieser, Kommentar ATSG, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 42 Rz. 7, Art. 49 Rz 56). Der Anspruch ist formeller



Natur. Indes lässt die sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung eine Heilung einer nicht besonders schwerwiegenden Gehörsverletzung zu, wenn die betroffene Person die Möglichkeit hat, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann (Kieser, a.a.O., Art. 42 Rz 13, 15, mit Hinweisen auf die Rechtsprechung).

**2.3.** In der angefochtenen Verfügung wird ausgeführt, die mit dem Einwand eingereichten Berichte des Ambulatoriums für Kriegs- und Folteropfer und von Dr. P.\_\_\_\_ würden keine objektiven medizinischen Aspekte enthalten, welche den Gutachtern nicht bekannt gewesen bzw. nicht berücksichtigt worden wären (IV-act. 126). Eine sachgerechte Anfechtung - indem der Beschwerdeführer geltend macht, inwiefern die Berichte der behandelnden Ärzte objektivierende Befunde enthielten, welche die Gutachter unzutreffend erhoben oder beurteilt hätten - war damit möglich. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt folglich nicht vor.

### 3.

**3.1.** Der Beschwerdeführer schilderte den Gutachtern, seit der erlittenen Folter leide er an Schmerzen und Verspannungen im Rücken-/Schulter-/Nacken- und Ellenbogenbereich mehr rechts- als linksbetont und an rechtsseitigen Beschwerden paravertebral (LWS- und BWS-Bereich). Neu verspüre er beim Treppensteigen Schmerzen im linken Knie. Ferner trete bei Anspannung ein Zittern der Hände und Beine auf. Die ständigen Schmerzen lägen gemäss der visuellen Analogskala zur subjektiven Messung der Schmerzstärke (VAS) bei VAS 5/10, bei besonders starken Schmerzen bei VAS 7-8 (IV-act. 97-28, 32 f., 38). Die körperliche Belastbarkeit sei durch die Rückenschmerzen limitiert, beispielsweise beim Heben und Tragen schwerer Gegenstände (IV-act. 97-38). Er reagiere sehr sensibel auf Umweltreize; diese bekomme er praktisch ungefiltert mit. Lärm mache ihn aggressiv (Übergang in eine Abwehrhaltung). Er schlafe schlecht und oberflächlich, insgesamt täglich nur ca. 3 - 3,5, maximal 4 Stunden am Stück (IV-act. 97-29, 33, 46). Er besorge den Haushalt, habe einen Freundeskreis, lese gerne, gehe spazieren und spiele Fussball mit Kollegen (IV-act. 97-47). Als er in die Schweiz gekommen sei, sei es ihm anfänglich gut ergangen. Das fünfjährige Asylverfahren und die Tätigkeit auf einem Friedhof hätten ihn sehr belastet (IV-act. 97-45). Aktuell gehe es ihm besser, da es seiner erkrankten Tochter besser gehe. Die Stimmung sei nicht stabil, doch könne er zeitweise Spass haben und sich freuen, z.B. wenn er mit Kollegen zusammen sei (IV-act. 97-44). Durch bestimmte Gerüche oder Geräusche oder wenn er Uniformen sehe, würden Ängste, Verstimmung, aber auch ein Konzentrationsverlust ausgelöst. Er sei dann aufmerksam, abwehrbereit und dadurch sehr unruhig, nervös und angespannt. Auch beständen



getriggerte Erinnerungen in Form von Bildern an traumatisierende Erlebnisse. Diese würden ebenfalls durch Gerüche und Geräusche ausgelöst, träten aber nicht täglich auf. Ein Gefühl innerer Leere oder von Abstumpfung bestehe nicht (IV-act. 97-44 f.). Aktuell stehe er in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in dreiwöchigem Intervall. Die Behandlung in der Klinik für Folteropfer sei abgeschlossen. Medikamente, insbesondere Psychopharmaka, nehme er nicht ein (IV-act. 97-45).

**3.2.** Vorab ist festzuhalten, dass weder die internistische Gutachterin noch der neurologische noch der orthopädische Experte für die geklagten Schmerzen objektiverende somatische Befunde erheben konnten (IV-act. 97-31 f., 37, 39 ff.). Die medizinischen Vorakten beschränken sich auf das psychiatrische Fachgebiet, weswegen keine abweichende somatische Beurteilung vorliegt. Zudem wirkte der Versicherte nicht schmerzgequält (internistisches Teilgutachten, IV-act. 97-31), während der neurologischen Untersuchung fiel auch bei der Schreibprobe kein Tremor auf (IV-act. 97-37 f.), die spontane Mobilität war frei und ungehindert und die rege Alltagsaktivität (einschliesslich Fussballspielen) spreche gegen eine namhafte orthopädische Einschränkung (orthopädisches Teilgutachten, IV-act. 97-44). Der Beschwerdeführer wurde somatisch klinisch umfassend untersucht, so dass der Schluss der Gutachter, eine somatische Beeinträchtigung liege nicht vor, nachvollziehbar erscheint.

**3.3.** Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte der Gutachter ausschliesslich eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Der Versicherte berichte neben affektiver Irritierbarkeit und assoziierter Unruhe Nervosität und Angespanntheit, vor allem getriggertes lebhaftes Wiedererleben traumatisierender Situationen, assoziiere Ängste, Verstimmungszustände und eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit. Es würden weitere vegetative Beeinträchtigungen im Sinne eines Hyperarousals berichtet. Zugrundeliegend beschreibe der Versicherte schlüssig Folter- und Misshandlungserleben während Haftzeiten in seiner Heimat. Im AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund bestünden keine namhaften objektiven Beeinträchtigungen, insbesondere seien Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit nicht gestört. Ein depressives Syndrom sei somit nicht zu diagnostizieren. Auch für eine andere psychiatrische Morbidität bestünden keine Anhaltspunkte (IV-act. 97-49, 60 f., 68, 70). Eine Anpassungsstörung sei angesichts des psychiatrischen Befundes (fehlende Depressivität) nicht zu diagnostizieren und auch von der posttraumatischen Belastungsstörung nicht ausreichend abgrenzbar (IV-act. 97-72). Dem gegenüber hatte Dr. G. \_\_\_ eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) diagnostiziert, die seit April 2014 bestehe (Arztbericht vom 22. September 2014, IV-



act. 30). Diese lässt sich zeitlich mit der Erkrankung der Tochter des Beschwerdeführers in Verbindung bringen. Nachdem der Beschwerdeführer ausführt, da es seiner Tochter besser gehe, gehe es auch ihm besser, und da sich im Befund keine depressive Stimmung mehr zeigte, ist nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter diese Diagnose nicht mehr bestätigte. Nicht diskutiert wurde eine Diagnose, welche die beklagten, organisch nicht objektivierbaren Schmerzen erfasst, etwa eine somatoforme Schmerzstörung. Die behandelnden Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_ stellten jedoch ebenfalls keine entsprechende Diagnose, und der Beschwerdeführer berichtet, die Schmerzen träten vor allem bei Triggerung auf. Es ist somit plausibel, dass die Schmerzen als Symptom der posttraumatischen Belastungsstörung zuzuordnen sind, auch wenn dies im Gutachten nicht explizit dargelegt wird.

### 3.4.

**3.4.1.** Die Auswirkungen der posttraumatischen Belastungsstörung sind nach dem strukturierten Beweisverfahren bzw. den in diesem Zusammenhang massgeblichen Indikatoren zu beurteilen. Die Gutachter führten dazu aus, angesichts der Kontextfaktoren/Indikatoren einer regen Aktivität sei die Ausprägung als moderat anzusehen (IV-act. 97-63). Der psychiatrische Gutachter hielt fest, der Versicherte wirke psychisch insgesamt beeinträchtigt und nicht wesentlich schmerzgeplagt. Lang- und Kurzzeitgedächtnis seien intakt, Konzentration und Aufmerksamkeit unauffällig. Eine Grübelneigung bestehe nicht (IV-act. 97-47 f.). Im AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund bestünden keine namhaften objektiven Beeinträchtigungen (IV-act. 97-49, 60 f., 68, 70). Dem gegenüber hatte Dr. G.\_\_\_\_ im Verlaufsbericht vom 4. Januar 2016 ausgeführt, der Versicherte leide an vermehrter Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen, Aufmerksamkeitsstörung und häufigen Flashbacks. Zudem bestehe eine starke Angst und eine häufige Ablenkung durch Beschäftigung mit Fluchtmöglichkeiten, Dissoziationen und Flashbacks. Die Reiz- und Stresstoleranz, die Ausdauer, die Belastbarkeit und die Aufmerksamkeitsspanne seien vermindert. Es bestünden ein erhöhtes Risiko für Fehler/Unfälle, ein erhöhtes Konfliktpotential und Schwierigkeiten mit Teams und Hierarchien (IV-act. 70). Dr. P.\_\_\_\_ stufte die posttraumatische Belastungsstörung als schwer bis mittelgradig ein und bezeichnete die psychopathologische Beeinträchtigung als schwer (IV-act. 121-30 f.). Der Beschwerdeführer zeige einen Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermässigen Schreckhaftigkeit und ausgeprägter Schlafstörung sowie ständiger Schmerzen und körperlicher Missempfindungen. Das Durchhaltevermögen sei körperlich und psychisch vermindert. Tätigkeiten würden nicht zu Ende geführt oder es müsste mehr Zeit aufgewendet werden als vorgesehen bzw.



verfügbar. Der Beschwerdeführer habe grössere Schwierigkeiten, den Tagesablauf angemessen zeitlich und inhaltlich zu strukturieren. Die Fähigkeit, sich in Bezug auf wechselnde Anforderungen der Umwelt angemessen zu verhalten, sei aufgrund des psychopathologischen Befundes eingeschränkt (IV-act. 121-31). Dass die behandelnden Ärzte einen höheren Schweregrad der (Auswirkungen der) posttraumatischen Störung attestieren, lässt sich nach dem Gesagten unter anderem dadurch erklären, dass sie zusätzlich kognitive Einschränkungen und Schmerzen als einschränkend berücksichtigen. Der neuropsychologische Gutachter konnte indes das Vorhandensein kognitiver Beeinträchtigungen nicht objektivieren. Er hielt fest, die testpsychologische Erhebung habe formal unterdurchschnittliche Leistungen bezüglich der Reaktionsbereitschaft, der geteilten Aufmerksamkeit, dem figural divergenten Denken und der kurz- und längerfristigen Merkleistung visueller Inhalte ergeben. Im Testprofil hätten sich mehrere Ungereimtheiten gezeigt (Vergessen von Details nach 10 Sekunden, dann aber Erinnern nach einer halben Stunde, aussergewöhnlich hohe Fehlerzahl und unübliche Streubreite im Antwortverhalten bei der Testung der geteilten Aufmerksamkeit, was auf eine nicht ausreichende Leistungsmotivation hinweise, deutlich erhöhter Variationskoeffizient bei einer einfachen Reaktionsaufgabe). Das Beschwerdevalidierungsverfahren habe schliesslich ebenfalls deutliche Hinweise auf ein verfälschendes Antwortverhalten ergeben (IV-act. 97-58, 62). Es sei mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer Antwortverzerrung auszugehen (IV-act. 97-58). Es bestehe kein Anhaltspunkt für eine kognitive Störung (IV-act. 97-57). Weiter beschrieb auch der neurologische Gutachter Konzentration, Aufmerksamkeit und Auffassung als unauffällig; es bestehe keine Ablenkbarkeit durch äussere Reize (IV-act. 97-36). Die Einschränkungen und deren Ausprägung erscheinen somit durch die Gutachter adäquat beurteilt.

**3.4.2.** Ressourcenfördernde oder -beeinträchtigende Persönlichkeitsfaktoren werden in den Akten nicht festgehalten. Allerdings bestehen aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung Schwierigkeiten, sich in Bezug auf wechselnde Anforderungen in der Umwelt angemessen zu verhalten (Bericht von Dr. P.\_\_\_\_ vom 23. August 2017, IV-act. 121-31) bzw. ein Konfliktpotential und Schwierigkeiten im Umgang mit Teams und Hierarchien (Arztbericht Dr. G.\_\_\_\_ vom 22. September 2014, IV-act. 37). Als belastender psychosozialer Kontextfaktor erwähnen die Gutachter die Erkrankung der Tochter des Beschwerdeführers, die allerdings auf die Gesundheitsstörung (aktuell) keinen namhaften Einfluss habe (IV-act. 97-65).

**3.4.3.** Hinsichtlich der Konsistenz ist zunächst auf die bereits dargelegten Inkonsistenzen der neuropsychologischen Testresultate hinzuweisen (E. 3.4.1). Sodann



fürte der Beschwerdeführer gegenüber dem neuropsychologischen Gutachter aus, in der Freizeit besuche er einen Gesellschafts- und Kulturverein, gehe laufen, lese Bücher und spiele auch Fussball. Besonderes Interesse habe er an Philosophie, Kunst und Geschichte (IV-act. 97-51). Die Gutachter befinden diese Freizeitaktivitäten als inkonsistent zum Ausmass der geltend gemachten Beschwerden (IV-act. 97-64), was in einem gewissen Masse einleuchtet. Zu ergänzen ist, dass eine eigentliche traumaspezifische Therapie im Sinne einer traumafokussierten Expositionstherapie aufgrund anderer Probleme (Arbeitsplatz, Erkrankung der Tochter, Probleme mit dem Nachbarn) noch nicht hatte stattfinden können und sich die bisherige Therapie deshalb auf die Stabilisierung beschränkte (Abschlussbericht Ambulatorium für Kriegs- und Folteropfer USZ vom 22. Februar 2016, IV-act. 121-24 ff.; Arztbericht Dr. P.\_\_\_\_ vom 23. August 2017, IV-act. 121-29 ff.). Dies stützt einerseits die von den Gutachtern aufgezeigte Möglichkeit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit durch eine weitergehende Traumatherapie, bedeutet aber andererseits, dass von der noch nicht erfolgten eigentlichen Traumatherapie nicht auf einen geringeren als den geltend gemachten Leidensdruck geschlossen werden darf.

### 3.5.

**3.5.1.** Der Beschwerdeführer macht sodann geltend, die von den Gutachtern angenommene Einschränkung sei mit Blick auf die Leistungsbeurteilung durch die I.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar. Die Gutachter äusserten hierzu, der Schlussbericht des Aufbautrainings weise aus ihrer Sicht auf eine Diskrepanz zwischen den subjektiv berichteten Limitationen und den objektiven Beobachtungen der Vorgesetzten hin (IV-act. 97-65). Die Betreuenden in der I.\_\_\_\_ bescheinigten dem Beschwerdeführer eine hohe Zuverlässigkeit, ein hohes Qualitäts- und Verantwortungsbewusstsein, ein gutes Verständnis für Arbeitsabläufe, eine hohe Leistungsbereitschaft, einen guten Ordnungssinn, eine strukturierte Vorgehensweise und eine gute Feinmotorik (IV-act. 65-8). Bei einem zeitlichen Pensum von 50 % schwankte das Arbeitstempo sehr stark, in Abhängigkeit von der jeweiligen Tagesform (IV-act. 65-8). Es wurde ein Leistungsgrad von 50 % bis 60 % (bei einem Pensum von 50 %) erreicht (IV-act. 65-9), was einer Arbeitsfähigkeit von 25 % bis 30 % entsprechen würde.

**3.5.2.** Das Bundesgericht erwog zum Verhältnis zwischen medizinischen Beurteilungen und beruflichen Leistungsabklärungen, letztere basierten in der Regel nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die von ihnen erhobene, subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergäben. Das Aufbautraining habe nicht



die Leistungsabklärung zum Ziel. Das alleinige Abstellen auf primär arbeitsorientierte Evaluationen sei deshalb nicht sachgemäss, da die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache den ärztlichen Fachkräften obliege (Urteil vom 16. März 2017, 9C\_646/2016, E. 4.2.2). Stehe eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit jedoch in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermöge dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und sei das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (Urteile vom 20. November 2013, 8C\_142/2013, E. 3.5, vom 15. Dezember 2015, 9C\_554/2015, E. 3.4, vom 25. Juni 2014, 8C\_362/2014, E. 5.1.2, vom 27. Juni 2018, 8C\_48/2018, E. 4.3.1, und vom 15. Februar 2019, 9C\_534/2018, E. 2.2, mit weiteren Verweisen). Vorliegend sprechen folgende Faktoren für eine höhere Gewichtung der gutachterlichen Beurteilung: Das Aufbautraining war im Zeitpunkt der Begutachtung seit mehr als einem Jahr abgeschlossen. Die Zeit, während der es stattfand, war für den Beschwerdeführer geprägt durch die nachvollziehbar grosse Belastung durch die Krankheit seiner Tochter, die aber als invaliditätsfremder psychosozialer Faktor lediglich teilweise, im Rahmen der Ressourcenbeeinträchtigung, auf die invalidenversicherungsrechtlich massgebliche Arbeitsfähigkeit durchschlagen kann. Die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers war während des Aufbautrainings auch belastet durch eine vierwöchige Erkältung und einen Wohnungswechsel (IV-act. 65-6). Zudem war das Arbeitstempo in Abhängigkeit von der Tagesform stark schwankend. Schliesslich schätzte auch die behandelnde Dr. G.\_\_\_\_ (Verlaufsbericht vom 4. Januar 2016) die Arbeitsfähigkeit mit 50 % höher ein als die Betreuenden der I.\_\_\_\_. Im Weiteren ist auch auf die Schlussbeurteilung des Einsatzprogrammes in der F.\_\_\_\_ vom 6. November 2014 hinzuweisen, welche ebenfalls von einer höheren Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ausging (Fremdakten, act. 1). Die Beurteilung aus dem Arbeitstraining vermag somit die Einschätzung der Gutachter nicht zu entkräften.

**3.6.** Nach dem Gesagten berücksichtigt das Gutachten die geklagten Beschwerden und die den Gutachtern vorgelegten Akten und ist in der medizinischen Beurteilung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und schlüssig, so dass ihm grundsätzlich Beweiswert zukommt. Indes lagen den Gutachtern nicht alle medizinischen Akten vor. Es handelt sich dabei um den Abschlussbericht des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsoffer des USZ vom 22. Februar 2016 (IV-act. 121-24 ff.) und um den erst nach der Begutachtung erstellten Bericht von Dr. P.\_\_\_\_



vom 23. August 2017 (IV-act. 121-29 ff.). Diese wurden der Beschwerdegegnerin erst im Einwandverfahren vorgelegt. RAD-Arzt Dr. Q.\_\_\_\_ nahm dazu Stellung, die Berichte würden an der Beweistauglichkeit des Gutachtens nichts ändern, bezog sich dabei aber vorrangig auf die Frage, ob sich der Gesundheitszustand nach der Begutachtung geändert habe (IV-act. 123). Zu den funktionellen Einschränkungen zählt Dr. P.\_\_\_\_ offenbar auch die beklagten Schmerzen, zu denen sich der psychiatrische Gutachter nicht äussert. Er attestiert die Arbeitsunfähigkeit von 30 % ausschliesslich aufgrund der berichteten affektiven und vegetativen Beeinträchtigung, was dazu passt, dass sich anlässlich der Begutachtung keine auf Schmerz hinweisende Befunde erheben liessen (IV-act. 97-49, 68 f., 71). Somit sind die von Dr. P.\_\_\_\_ berichteten Schmerzen nicht objektiviert und daher nicht geeignet, die gutachterliche Einschätzung in Frage zu stellen. Der psychiatrische Gutachter hielt sodann fest, der Beschwerdeführer beschreibe schlüssig Folter- und Misshandlungserleben während Haftzeiten in seiner Heimat (IV-act. 97-43) und bestätigte die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Somit ist anzunehmen, dass er Informationen zu den erlittenen Vorkommnissen erhob, soweit er diese für die Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit relevant hielt. Mithin ist auf die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % abzustellen.

**3.7.** Nicht ohne Weiteres nachvollziehbar ist hingegen die retrospektive Einschätzung der Gutachter. Sie führen an, in Anbetracht der berichteten Aktivitäten im Alltag könne die attestierte Arbeitsfähigkeit auch rückblickend angenommen werden (IV-act. 97-72). Aus der Anamnese geht jedoch nicht hervor, seit wann der Beschwerdeführer die beschriebenen Alltagsaktivitäten (wieder) ausübt. Vielmehr gab er bei der psychiatrischen Begutachtung an, dass es ihm zurzeit besser ergehe, da es seiner Tochter besser gehe (IV-act.97-44). Bis zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung ist daher mit den behandelnden Ärzten von einer zusätzlichen Anpassungsstörung und damit von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

#### **4.**

**4.1.** Der Beschwerdeführer übte die letzte Erwerbstätigkeit bei R.\_\_\_\_ über einen Personalverleih während rund eines halben Jahres (28. März bis 9. Oktober 2013) aus (Angaben Arbeitgeberin vom 9. Mai 2014, IV-act. 20). Davor war er in verschiedenen Temporärstellen tätig und bezog Arbeitslosentaggelder (Auszug aus dem individuelle Konto [IK], IV-act. 7). Somit sind sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen nach dem Hilfsarbeitertabellenlohn gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) zu bestimmen, was auf einen Prozentvergleich hinausläuft (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. Februar 2015, 9C\_888/2014, E. 2).



Der Beschwerdeführer benötigt im Wesentlichen einen belastungsarmen und triggerfreien Arbeitsplatz. Dass die Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht nicht bzw. lediglich an einem geschützten Arbeitsplatz verwertbar wäre, erscheint in Anbetracht der vom Beschwerdeführer beschriebenen Alltagsaktivitäten indes nicht plausibel. Sodann werden die Beeinträchtigungen als in der Intensität schwankend beschrieben, was allerdings in quantitativer Hinsicht in der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung von 70 % bereits berücksichtigt ist. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verwertbar ist. Dass die Leistungsfähigkeit nicht konstant ist, rechtfertigt maximal einen Tabellenlohnabzug von 10 %.

**4.2.** Der Beschwerdeführer war ab 3. Februar 2014 arbeitsunfähig geschrieben (vgl. IV-act. 39). Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b ATSG war somit am 3. Februar 2015 abgelaufen. Bei Anmeldung am 4. März 2014 war zu diesem Zeitpunkt auch die Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG verstrichen, so dass ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. Februar 2015 besteht. Die gutachterlichen Untersuchungen erfolgten im Dezember 2016 und Januar 2017.

**4.3.** Für die Zeitdauer ab 1. Februar 2015 bestand bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % und einem Tabellenlohnabzug von 10 % ein Invaliditätsgrad von 55 %. Der Beschwerdeführer hat somit ab 1. Februar 2015 befristet Anspruch auf eine halbe Rente.

**4.4.** Auf die rückwirkende Zusprache einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente sind die für die Rentenrevision geltenden Normen (Art. 17 ATSG i.V.m. Art. 88a Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) analog anzuwenden (BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis, BGE 109 V 125 E. 4a). Wird rückwirkend eine derartige Rente zugesprochen, sind daher einerseits der Moment des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden zeitlichen Vergleichsgrössen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2010, 8C\_468/2010, E. 2 sowie vom 25. Mai 2010, 8C\_834/2009, E. 2 mit Hinweis). Ist auf Grund eines Gutachtens überwiegend wahrscheinlich, dass sich der Gesundheitszustand verbessert hat, nicht aber ersichtlich, in welchem Zeitpunkt diese Besserung stattgefunden hat, so kann es sich jedoch rechtfertigen, die Rente bereits auf den Zeitpunkt der vorliegend im Dezember 2016 erfolgten Begutachtung hin herabzusetzen oder aufzuheben (Urteile des Bundesgerichts vom 16. Mai 2019, 9C\_687/2018, E. 2, und vom 10. Februar 2012, 8C\_670/2011, E. 5.1 mit Hinweisen).



Somit hat der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 37 % (100 % - [0,9 x 70 %]) keinen Rentenanspruch mehr.

### 5.

**5.1.** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Der Beschwerdeführer hat mit Wirkung vom 1. Februar 2015 bis 31. Dezember 2016 befristet Anspruch auf eine halbe Rente. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Bei der Ausrichtung der Rentenleistungen wird die Beschwerdegegnerin zu beachten haben, dass der Beschwerdeführer während der Dauer vom 11. Mai bis 10. November 2015 IV-Taggeldleistungen bezog (Verfügung vom 12. Juni 2015, IV-act. 50). Dies führt - unter Vorbehalt von Art. 20<sup>ter</sup> IVV - dazu, dass für die IV-Taggeldperiode keine Rentenleistungen geschuldet sind bzw. der Rentenanspruch unterbrochen wird (Art. 29 Abs. 2 IVG; U. Meyer/M. Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl., Zürich 2014, N 11 f. zu Art. 29, S. 411).

**5.2.** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. In Berücksichtigung der verbleibenden Aktivitätsdauer des Beschwerdeführers und der Tatsache, dass er die Verfügung der Beschwerdegegnerin anfechten musste, um rechtmässig behandelt zu werden, ist von einem Obsiegen zu einem Drittel auszugehen. Entsprechend bezahlt die Beschwerdegegnerin die Gerichtsgebühr im Umfang von Fr. 200.-- und der Beschwerdeführer im Betrag von Fr. 400.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer im Umfang von Fr. 400.-- daran anzurechnen und im Umfang von Fr. 200.-- zurückzuerstatten.

**5.3.** Die obsiegende beschwerdeführende Partei hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat am 9. November 2018 eine Honorarnote über Fr. 5'516.40 (inklusive pauschale Barauslagen und Mehrwertsteuer) eingereicht. In durchschnittlich aufwändigen Fällen wird praxisgemäss eine Parteientschädigung von



Fr. 3'500.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zugesprochen (vgl. etwa Entscheid des Versicherungsgerichts vom 25. März 2013, IV 2011/89, E. 4.3). Die Beschwerde umfasste zwar 20 Seiten, entspricht aber über weite Teile dem Einwand und zitiert das Gutachten und die Berichte der behandelnden Ärzte. Zudem scheint es nach Zustellung der Verfügung bürointern zu einem Anwaltswechsel gekommen zu sein. Diesbezüglich entstandener doppelter Aufwand (vgl. act. G 7.1) hat nicht die Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Der Umfang der Akten ist nicht überdurchschnittlich und medizinisch beschränkt sich die Fragestellung im Wesentlichen auf den Schweregrad der Auswirkungen der unbestritten diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung. Der Zeitbedarf für die Korrespondenz mit dem Beschwerdeführer übersteigt das Übliche und Verfahrensnötige. Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Da der Beschwerdeführer nur teilweise obsiegt, hat er einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Unter Berücksichtigung des teilweisen Obsiegens erscheint daher eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.-- als gerechtfertigt.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 5. Januar 2018 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung vom 1. Februar 2015 bis 31. Dezember 2016 eine halbe Rente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

#### 2.

Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- bezahlen die Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 200.-- und der Beschwerdeführer im Betrag von Fr. 400.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer daran angerechnet und im Umfang von Fr. 200.-- zurückerstattet.

#### 3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.