



Fall-Nr.: IV 2008/476
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 14.07.2020
Entscheiddatum: 17.06.2010

Entscheid Versicherungsgericht, 17.06.2010

Art. 16 ATSG, Art. 43 Abs. 1 und 2 ATSG. Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleich. Abklärung der Arbeitsfähigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Juni 2010, IV 2008/476).

Abteilungspräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Monika Gehrer-Hug, Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 17. Juni 2010

in Sachen

C.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Hebeisen, Löwenstrasse 12,
8280 Kreuzlingen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

IV-Leistungen



Sachverhalt:

A.

C.____ meldete sich gemäss den Angaben der IV-Stelle am 1. Februar 2001 zum Bezug von IV-Leistungen an. Die Anmeldung fehlt in den dem Versicherungsgericht zur Verfügung gestellten Akten. Die A.____ AG gab am 21. Februar 2001 an, sie habe den Versicherten von 1996 bis 31. Juli 1998 als Maschinisten beschäftigt. Der Lohn habe ab 1998 Fr. 3850.- betragen. Die B.____ teilte am 7. Februar 2001 mit, der Versicherte sei von 1998 bis 31. März 2000 als Schleifer für sie tätig gewesen. Der Lohn habe zuletzt Fr. 4500.- (x13) betragen. Dr. med. D.____ berichtete der IV-Stelle am 5. Juni 2001, der Versicherte leide an Inguinal- und Oberschenkelschmerzen rechts bei Femurkopfnekrose Hüfte rechts (St. n. Inguinalhernienoperation 12/99) und er klage über Schmerzen in der Leistengegend mit Ausstrahlung in den Oberschenkel bei Belastung (Gehen über eine Stunde), langem Stehen und Heben schwerer Lasten. Die Schmerzen seien auch in Ruhe vorhanden. Der Versicherte sei in einer adaptierten Tätigkeit (ohne langes Stehen und ohne Heben schwerer Lasten) voll arbeitsfähig. Der Berufsberater der IV-Stelle hielt am 20. September 2001 fest, der Versicherte werde sich erst ernsthaft mit seiner beruflichen Zukunft auseinandersetzen, wenn die Rentenprüfung vorgenommen worden sei. Mit einem Vorbescheid vom 4. Oktober 2001 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie beabsichtige, sein Rentengesuch abzuweisen. Dr. med. E.____ teilte der IV-Stelle am 23. November 2001 mit, der Versicherte leide nicht nur unter Beschwerden von Seiten der Femurkopfnekrose der rechten Hüfte, sondern auch unter Schmerzen an verschiedensten Körperteilen. Diese Schmerzen stünden gegenwärtig gegenüber der Hüfte im Vordergrund. Dr. med. F.____ hatte in einem Bericht vom 2. November 2001 an den Hausarzt als Diagnosen chronische Schmerzen und Paraesthesien beider Hände (wahrscheinlich bei einem muskulär bedingten Thoracic outlet-Syndrom), ein chronisches cervico-thoraco-vertebrales Syndrom bei muskulärer Dysbalance und segmentalen Dysfunktionen sowie eine Femurkopfnekrose und eine Coxarthrose rechts angegeben. Die IV-Stelle forderte bei Dr. med. F.____ einen Bericht an. Dr. med. F.____ teilte am 27. Dezember 2001 mit, bezüglich des Thoracic outlet-Syndroms und des cervico-thoraco-vertebralen Syndroms würden intensive physikalische Massnahmen durchgeführt. Da keine strukturellen Probleme und keine wesentlichen degenerativen



St.Galler Gerichte

Veränderungen vorlägen, sei davon auszugehen, dass die Beschwerden an den oberen Extremitäten längerfristig deutlich abnehmen würden. Eine vorwiegend sitzende Tätigkeit ohne Heben von Lasten und ohne stereotype schwere Belastung der Arme und Hände sei vollzeitlich zumutbar. Eine sichere Schätzung sei aber noch nicht möglich, da mit der Physiotherapie erst begonnen worden sei.

B.

Vom 26. Februar bis 26. März 2002 hielt sich der Versicherte zur Rehabilitation in der Klinik Valens auf. Diese führte in ihrem Austrittsbericht vom 11. April 2002 aus, der Versicherte leide an einem zervikospondylogenen und zervikobrachialen Schmerzsyndrom bds. (mit/bei St. n. HWS-Distorsionstrauma 1998 und HWS-Streckhaltung C2-C6 und muskulärer Dysbalance), an einem lumbospondylogenen Syndrom bds., an einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion mittleren Grades sowie an einer mässiggradigen Coxarthrose rechts mit/bei umschriebener Femurkopfnekrose 2,5 x 2cm und begleitender Osteodystrophie inferozentral. In den Basistests habe eine angstbedingte Selbstlimitation bestanden, weshalb das funktionelle Leistungsmaximum nicht habe ergründet werden können. Für eine sitzende Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Der positive Borrelien-Titer habe nicht mit den Beschwerden in Verbindung gebracht werden können. Nach einer sechsmonatigen antidepressiven Therapie sollte die Arbeitsfähigkeit nochmals beurteilt werden. Der Versicherte trat am 21. Mai 2002 in die Institution H.____ ein, ohne eine entsprechende Leistungszusage der IV-Stelle vorweisen zu können. Dr. med. G.____ gab dem H.____ am 18. Juni 2002 an, der Versicherte sei nur zu 50% arbeitsfähig. Der Psychiater Dr. med. I.____ berichtete der IV-Stelle am 22. Juli 2002, der Versicherte leide an einer massiven Anpassungsstörung (neurotische Hypochondrie) bei vielfältigen somatischen Gebrechen. Aus den vielen Arztberichten schein hervorzugehen, dass der Versicherte schon aus somatischen Gründen nur in einem reduzierten Pensum einsatzfähig sei. Alles zusammengenommen betrage die Arbeitsfähigkeit 50%. Der Berufsberater der IV-Stelle hielt am 15. August 2002 fest, die Abklärung im H.____ sei am 19. Juli 2002 abgebrochen worden, weil sie von der Invalidenversicherung nicht gutgeheissen worden sei. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50% und einem zusätzlichen Abzug von 18% resultiere ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 23'439.-. Das Valideneinkommen betrage Fr. 60'682.-. Am 20. August 2002 erfuhr die IV-Stelle, dass



St.Galler Gerichte

die SUVA aufgrund eines Zeckenbisses einen Leistungsanspruch des Versicherten prüfte. Die IV-Stelle sistierte de facto das Verwaltungsverfahren, um den Entscheid der SUVA bzw. zunächst ein von der SUVA in Auftrag gegebenes Gutachten des Universitätsspitals K.____ abzuwarten.

C.

Der Infektiologe Prof. Dr. med. L.____ berichtete in seinem Gutachten zuhanden der SUVA vom 21. Dezember 2004, der Versicherte habe über Gelenkschmerzen, Müdigkeit und Leistungsintoleranz geklagt. Im Vordergrund hätten Schmerzen im Hüftgelenk rechts (v.a. im Bereich der Leiste), im Gesäss rechts mit Ausstrahlung bis in die Füsse, Schmerzen im Bereich beider Schultern und Handgelenke, der HWS, des Kopfes und der Augen gestanden. Prof. Dr. med. L.____ führte weiter aus, die klinische Untersuchung habe den klaren Befund einer Coxarthrose rechts, einer Grenzwert-Hypertonie und einer Adipositas ergeben. Es liege keine Fibromyalgie vor. Die Lyme-Serologie sei diskussionslos positiv, die Liquoruntersuchung eher negativ gewesen. Die Laboruntersuchungen hätten zudem den Verdacht auf NASH (nonalcoholic steatosis hepatis) ergeben. Es fehlten Anhaltspunkte für eine virale Hepatitis, eine Autoimmun-Hepatitis oder eine andere Lebererkrankung. Eine alkoholische Hepatitis sei aufgrund der Anamnese auszuschliessen. Die Lyme-Borreliose erkläre weder die früheren noch die aktuellen Befunde. Der Versicherte leide nicht an einem Borrelien-assoziierten Fibromyalgiesyndrom. Die Leistungsintoleranz und die Müdigkeit seien auf die Borreliose zurückzuführen. Das gelte möglicherweise auch für die Arthralgien im Bereich der Hände, der Knie und eventuell des Schultergürtels. Die Coxarthrose sei verantwortlich für die Beschwerden im Bereich des rechten Hüftgelenks und reaktiv auch im Bereich des rechten Beins und der Wirbelsäule. Die Beschwerden im Bereich der Augen, des Kopfes und der HWS könnten durch degenerative Veränderungen der HWS mit konsekutivem Zervikalsyndrom erklärt werden. Insgesamt sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig. Eine weitere antibiotische Therapie der Lyme-Borreliose sei nicht erfolgversprechend. Im Bericht der Klinik für orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 16. Juli 2003, auf den Prof. Dr. med. L.____ Bezug genommen hatte, waren folgende Diagnosen angegeben worden:
Panvertebralsyndrom mit Zervikobrachialgie und Lumboischialgie bds.,
Fibromyalgiesyndrom und Lyme-Borreliose. Dr. med. M.____ hatte am 21. Oktober 2002



berichtet, es bestehe eine noch floride Lyme-Borreliose, wobei das ZNS aktuell noch mitbeteiligt sei. Es sei schwierig abzuschätzen, welche klinischen Symptome zur Lyme-Borreliose gehörten.

D.

D.a Die SUVA teilte der IV-Stelle am 9. November 2005 mit, der Versicherte werde stationär in der Rehaklinik Bellikon untersucht. In ihrem Austrittsbericht vom 21. Dezember 2005 führten die Ärzte der Klinik Bellikon aus, sie hätten folgende Diagnosen erhoben: St. n. Zeckenbiss am 5. Mai 2001: Lyme-Borreliose, St. n. Autounfall 10/96 mit V. a. Schleudertrauma, St. n. Inguinalhernienoperation 2000, degenerative Veränderungen im Bereich der HWS (MRI vom 26. März 2003), Femurkopfnekrose rechte Hüfte, Coxarthrose bds., rechtsbetont. In der interdisziplinären Zusammenfassung im Rahmen der neurologischen Stellungnahme vom 23. Dezember 2005 (S. 9 f.) wurde ausgeführt, die Nacken- und Schulterbeschwerden könnten zu einem erheblichen Teil dem degenerativen HWS-Befund zugeordnet werden. Trotz dieser Beschwerden sei eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ganztags zumutbar. Auch die Coxarthrose lasse eine vorwiegend sitzende leichte Arbeit ganztags zu. Das gelte auch für das lumbospondylogene Schmerzsyndrom, das auf altersentsprechende degenerative Veränderungen zurückzuführen sei. Neben den erwähnten Symptomen klagte der Versicherte über Schmerzen im ganzen Körper, in den Händen, den Füßen und in den Knien sowie über Schwellungszustände in den Fingern. Letztere hätten sich nicht verifizieren lassen. Laborchemisch seien keine wegweisenden Veränderungen festgestellt worden. Die geklagten Beschwerden hätten sich weder klinisch noch labormässig oder röntgenologisch objektivieren lassen. Die Diagnose einer Fibromyalgie könne nicht gestellt werden: Auch wenn eine Borreliose im muskuloskelettalen Bereich vorliege, sprächen das Nichtansprechen auf die Therapie bzw. das erst spätere Auftreten gegen diese Diagnose. Die geltend gemachten Schmerzen im zervikobrachialen und im Hüftbereich seien durch die degenerativen Veränderungen genügend erklärt. Psychiatrischerseits fänden sich eine gesteigerte Unruhe und eine emotionale Labilisierung, die aber nicht die Qualität eines eigentlichen depressiven Syndroms hätten, sondern an eine Anpassungsstörung erinnerten, die wellenförmig schon lange persistiere. Es sei wichtig, dem Versicherten wieder eine berufliche Perspektive zu vermitteln. Aus neurologischer Sicht bestehe eine schmerzassoziiert



herabgesetzte, kognitiv-psychische Dauerleistungsfähigkeit. Bei der Testuntersuchung seien keine spezifischen kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen objektiviert worden. Die Probleme bei der Ausdauer, bei der Aufmerksamkeit und bei der Konzentration seien eindeutig mit der Schmerzproblematik assoziiert. Der Versicherte wäre mit seinem kognitiven Leistungspotential in der Lage, die angestammte oder eine verwandte Tätigkeit auszuführen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Labilisierung im Sinne einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23). Anhaltspunkte für eine somatoforme Schmerzstörung seien nicht in genügendem Ausmass gegeben.

D.b In der traumatologischen Stellungnahme vom 31. Mai 2006 führten die Ärzte der Klinik Bellikon aus, im Vordergrund stünden das Zervikobrachialsyndrom bds. und die Hüftbeschwerden rechts. Neue Röntgenbilder hätten degenerative Veränderungen C5-C7 ergeben. Ein neu angefertigtes vertebrospinales Kernspintomogramm von C0 bis Th6 habe die bekannte mehrschichtige Osteochondrose, Unkarthrose und Spondylarthrose zwischen C3 und C7, C5/6 und C6/7 links akzentuierte präforaminale und foraminale Einengung ohne Nervenwurzelkompression auf Höhe V4/5, jedoch mit Kompression der Nervenwurzeln C6 und C7 links bei ungehindertem Nervenverlauf rechts gezeigt. Das übrige zervikale und obere thorakale vertebrospinale Kernspintomogramm sei altersentsprechend normal gewesen. Der Vergleich mit dem drei Jahre alten MRI habe nur eine minimale Zunahme der degenerativen Veränderungen gezeigt. Der Kompression der Nervenwurzeln C6 und C7 links habe klinisch kein Korrelat entgegengesetzt werden können. Die Paraesthesien träten in allen Fingern beider Hände auf und seien somit nicht dermatombezogen. Die Beweglichkeit der HWS sei durch diese degenerativen Veränderungen nur minimal eingeschränkt. Im Bereich des Schultergürtels, der Arme und der Hand bestünden keine Atrophien. Leichte wechselbelastende Tätigkeiten seien dem Versicherten ganztags zumutbar. Beschwerdemässig ebenbürtig seien die Hüftbeschwerden rechts. Die rechte Hüfte sei in der Beweglichkeit deutlich eingeschränkt. Die sitzende Position sei aber möglich. Röntgenologisch habe die Coxarthrose ständig zugenommen, so dass bereits eine Totalprothese zur Diskussion stehe. Funktionell habe sich die Coxarthrose noch nicht als gravierend erwiesen, so dass eine vorwiegend sitzende, leichte Arbeit ganztags zumutbar sei. Das lumbospondylogene Schmerzsyndrom falle weniger ins Gewicht, die Arbeitsfähigkeit werde dadurch nicht tangiert. Die geklagten Schwellungszustände der Hände hätten weder klinisch noch labormässig oder röntgenologisch objektiviert



werden können. Die Diagnose einer Fibromyalgie könne nicht gestellt werden. Es sei nicht wahrscheinlich, dass die Beschwerden im muskulo-skelettalen Bereich durch die Borreliose verursacht seien.

E.

Die IV-Stelle beauftragte am 30. April 2007 die Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) mit einer interdisziplinären Begutachtung. Die Sachverständigen führten im Gutachten vom 19. März 2008 aus, folgende Diagnosen seien erhoben worden: Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom und okzipitofrontale Kopfschmerzen anamnestisch seit 1996 (St. n. HWS-Distorsionsereignis 1996, deutliche degenerative tiefzervikale Segmentveränderungen, Thoracic outlet-Syndrom bds.), chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (radiologisch geringfügige degenerative Veränderungen L4/5, aktuell frei bewegliches lumbales Achsenskelett), Coxarthrose bds., St. n. Hüft-TP rechts 11. September 2006 bei Femurkopfnekrose, verheilt) sowie – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – St. n. Zeckenstichen Mai 2001 mit Borrelienexposition (positive Borrelienserologie, Ausschluss Neuroborreliose, Doxycyclin p.o. 02-03/2002, Rocephin iv 30.Oktober bis 26. November 2002), leichte Ringbandstenose-Symptomatik am Mittel- und Ringfinger links, epikondylopathische Ellbogenbeschwerden bds., V. a. arterielle Hypertonie, St. n. Inguinalhernienoperation rechts 2000 und St. n. Autounfall 10/96. Im Gutachten wurde weiter ausgeführt, beim Versicherten lasse sich keine psychiatrische Diagnose stellen. Er sei affektiv gut schwingungsfähig, es bestünden keine Insuffizienzgefühle und keine Konzentrationsstörungen. Die früher festgestellten Hinweise auf eine Anpassungsstörung seien nicht mehr nachweisbar. Obwohl der Versicherte auf seine Schmerzsymptomatik fokussiert sei, liege keine somatoforme Schmerzstörung vor. Am Bewegungsapparat bestünden eine freie Mobilität und ein freies Gangbild. Der Versicherte zeige keine Trendelenburgzeichen und das lumbale Achsenskelett sei vollständig frei beweglich ohne Schmerzen. Die HWS-Beweglichkeit sei altersentsprechend ebenfalls weitgehend frei. Endphasig träten leichte zervikale Schmerzen ohne radikuläre Schmerzkomponente auf. Es zeigten sich tiefzervikale leichte Muskelverspannungen und diffuse Druckdolenzen der Weichteile interskapulär und parazervikal bds. bis entlang der linea nuchalis. An den Händen bestünden eine Ringbandstenose-Symptomatik links an zwei Gelenken und epikondylopathische



St.Galler Gerichte

Schmerzen. Die Schultern seien frei beweglich. In den Resistivtests seien nuchale muskuläre Schmerzen ausgelöst worden. Im Beckengürtelbereich seien nur leichte insertionstendinopathische Beschwerden am Beckenkamm rechts und am vorderen Schambeinast rechts bei geringer Intensität aufgetreten. Sonst seien die Verhältnisse unauffällig gewesen mit symmetrischer Muskeltrophik und frei beweglichen Hüft- und Kniegelenken. Unter Berücksichtigung der in der HWS nachgewiesenen mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen deutlichen Ausmasses und unter Berücksichtigung kleinerer degenerativer Auffälligkeiten im Bereich der oberen Extremitäten könne dem Versicherten eine verminderte Belastbarkeit des Bewegungsapparates zuerkannt werden. Radiologisch sei am linken Hüftgelenk eine beginnende Coxarthrose bekannt. Rechts liege ein St. n. Gelenkersatz vor. Beide Hüftgelenke seien frei beweglich und schmerzlos. Aus muskuloskelettaler Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht vermindert. Gültig sei diese Einschätzung ab dem Rehabilitationsabschluss nach dem Hüftgelenkseingriff 09/06. Es bestünden muskuläre und diffuse Weichteildolenzien im Schultergürtelbereich, aber ohne rotatorenmanschetten-tendinopathische Beschwerdeelemente. Beidseits sei ein Thoracic outlet-Syndrom provozierbar. Eine Fibromyalgie oder ein generalisiertes Schmerzsyndrom seien nicht nachweisbar. Gemäss der infektiologischen Begutachtung seien die langjährigen Beschwerden nicht auf eine Lyme-Borreliose zurückzuführen. Für eine körperlich leichte Tätigkeit ohne repetitives Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 10kg, ohne Arbeiten über Kopf oder gebückt, nicht ausschliesslich gehend oder stehend, ohne häufiges Treppensteigen, ohne repetitive greifende Bewegungen und ohne monotone Körperhaltungen sei der Versicherte zu 100% arbeitsfähig. Dr. med. N.____ vom RAD betrachtete dieses Ergebnis der interdisziplinären Begutachtung durch das asim als plausibel.

F.

Mit einem Vorbescheid vom 11. Juni 2008 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie beabsichtige, sein Rentenbegehren abzuweisen, da der Invaliditätsgrad nur 7% betrage. Der Versicherte liess am 15. August 2008 einwenden, ihm sei spätestens ab März 2000 rückwirkend eine ganze Invalidenrente nebst sämtlichen weiteren Leistungen auszurichten. Die Behauptung, eine adaptierte Erwerbstätigkeit sei zu 100% zumutbar, sei klar und eindeutig unzutreffend. Das Gutachten vom 19. März



2008 genüge den Anforderungen in keiner Weise. Es habe die geklagten Beschwerden nicht ausreichend einlässlich und umfassend erhoben und einbezogen. Das ergebe sich aus den Beschwerdeschilderungen gemäss dem Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 16. Juli 2003 und aus dem Gutachten des Universitätsspitals K.____ vom 21. Dezember 2004. Das asim habe nicht alle zuständigen Fachdisziplinen einbezogen, weshalb es an einer allseitigen Untersuchung mangle. Der Versicherte hätte auch neurologisch und orthopädisch begutachtet werden müssen. Das asim habe sich nicht mit früheren Diagnosestellungen, Befunderhebungen und medizinischen Beurteilungen auseinandergesetzt. Beispielsweise sei im Gutachten vom 21. Dezember 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% angegeben worden. Auch zu vielen anderen Aussagen in jenem Gutachten habe sich das asim nicht geäussert. Im Gutachten des asim seien Aussagen aus dem Gutachten vom 21. Dezember 2004 selektiv, unvollständig und verzerrt wiedergegeben worden. Auch mit der von Dr. med. I.____ im Bericht vom 22. Juli 2002 angegebenen Anpassungsstörung und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit von 50% habe sich das asim nicht auseinandergesetzt. Im Gutachten der Klinik Valens vom 11. April 2002 sei eine depressive Reaktion mittleren Grades angegeben worden. Dr. med. G.____ habe am 18. Juni 2002 aus neurologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bestätigt. Deshalb hätte die Begutachtung durch das asim auch eine neurologische Abklärung beinhalten müssen. Der infektiologische Sachverständige des asim sei nicht auf die für das Beschwerdebild typischen Symptome eingegangen. Dasselbe gelte für den psychiatrischen Sachverständigen des asim, der nicht auf allfällige psychische Folgeschäden der Lyme-Borreliose eingegangen sei. Gemäss dem Gutachten des Universitätsspitals K.____ vom 21. Dezember 2004 bewirke bereits die Lyme-Borreliose allein eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Weshalb der psychiatrische Sachverständige des asim angegeben habe, es sei keine deprimierte Grundstimmung vorhanden, sei nicht nachvollziehbar, denn der Versicherte habe während der Befunderhebung des öfteren geweint. Die Selbstbeurteilungsfragebögen hätten nicht auf Spanisch vorgelegen und die Bezugspersonen des Versicherten seien nicht einbezogen worden. Der rheumatologische Sachverständige des asim habe die geklagten Beschwerden nicht ausreichend umfassend und einlässlich erhoben. Auf die starken linksseitigen Hüftbeschwerden gemäss dem Bericht von Dr. med. O.____ vom 27. März 2002 sei überhaupt nicht eingegangen worden. Die nachgewiesenen mehrsegmentalen



degenerativen Veränderungen deutlichen Ausmasses der HWS seien bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht berücksichtigt worden. Schliesslich sei kein Dolmetscher beigezogen worden. Sollte nicht aufgrund der bestehenden Aktenlage entsprechend den Anträgen verfügt werden, müsse nochmals eine Begutachtung erfolgen. Eventualiter sei eine Oberbegutachtung vorzunehmen. Subeventualiter seien der Gutachterstelle die mit der Stellungnahme zum Vorbescheid eingereichten Ergänzungsfragen vorzulegen. Sollte wider Erwarten eine Restarbeitsfähigkeit bestehen, müsste eine BEFAS-Abklärung erfolgen. Im übrigen wäre eine Restarbeitsfähigkeit auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar. Wäre wider Erwarten von einer Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auszugehen, müsste ein zusätzlicher Abzug vom statistischen Lohn von 25% erfolgen. Das Valideneinkommen sei zu tief angesetzt worden. Es betrage Fr. 65'952.-.

G.

Dr. med. P.____ vom RAD hielt am 9. Oktober 2008 fest, es seien keine weiteren medizinischen Abklärungen erforderlich. Die Beschwerden des Versicherten seien eingehend und umfassend erhoben worden. Beurteilungsrelevant seien die derzeitigen Beschwerden gewesen. Beschwerdebilder pflegten sich zeitläufig zu ändern. Die Kribbelparaesthesien seien im internistisch-rheumatologischen Gutachten aufgenommen und diesbezüglich in einer neurologischen Befunderhebung auch berücksichtigt worden. Das Gutachten des asim habe sich mit den Vorgutachten auseinandergesetzt. Es finde sich eine umfassende Auflistung in den Akten. Schwerpunktmässig seien die Vorbefunde dargestellt worden. Die von L.____ am 21. Dezember 2004 angegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung sei nicht begründet gewesen. Entscheidend sei nicht eine einlässliche Auseinandersetzung mit einem vier Jahre alten Gutachten, sondern die Erhebung der arbeitsfähigkeitsrelevanten Einschränkungen. Wenn jemand bei der psychischen Exploration weine, dann sei das noch längst kein Beweis für eine depressive Störung. Selbst wenn eine depressive Symptomatik vorgelegen hätte, so sei sie jedenfalls 2008 (bzw. schon Jahre zuvor) verschwunden. Nach der Aussage von Prof. L.____ habe ausdrücklich keine Neuroborreliose vorgelegen. Die psychiatrische Abklärung sei im Beisein einer Dolmetscherin erfolgt. Bei den übrigen Gutachten seien die Deutschkenntnisse des Versicherten ausreichend



gewesen. Mit einer Verfügung vom 15. Oktober 2008 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten ab.

H.

Der Versicherte liess am 17. November 2008 Beschwerde erheben und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente rückwirkend spätestens ab März 2000 sowie die Ausrichtung sämtlicher weiterer IV-Leistungen (insbesondere auch berufliche Massnahmen) beantragen. Zur Begründung liess er ausführen, die angefochtene Verfügung genüge der Begründungspflicht nicht. Die RAD-Stellungnahme beschlage nämlich nur einzelne Teilaspekte und dies auch nur in medizinischer Hinsicht. Die gestellten Beweisanträge seien ohne jede Begründung nicht abgenommen worden. Die Ergänzungsfragen seien der Gutachterstelle ohne Begründung nicht unterbreitet worden. Die materielle Beschwerdebegründung entsprach weitgehend wortwörtlich derjenigen in der Stellungnahme zum Vorbescheid. Ergänzend liess der Versicherte ausführen, die Auflistung medizinischer Vorakten und medizinischer Vorgutachten sei keine einlässliche und umfassende Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten. Der psychiatrische Sachverständige des asim habe sich auf die falsche Feststellung abgestützt, die Vorakten zeigten keine depressiven Symptomaten auf. Nach der Einreichung der Beschwerdeschrift liess der Versicherten einen Bericht von Dr. med. M.____ vom 26. November 2008 einreichen. Dr. med. M.____ hatte dort ausgeführt, das Gutachten des asim sei nicht umfassend, es beruhe nicht auf allseitigen Untersuchungen, die geklagten Beschwerden seien nicht berücksichtigt worden, es habe keine Auseinandersetzung mit den Vorakten stattgefunden und die Schlussfolgerungen seien nicht verständlich. Zur Zeit lägen die Folgezustände einer früher durchgemachten Lyme-Borreliose vor. Dementsprechend habe die aktuelle Symptomatik wenig mit der früheren Symptomatik während der akuten Phase zu tun. Im rheumatologischen Teilgutachten seien die früher vorhandenen Arthralgien und Periarthralgien sowie die Müdigkeit und die Leistungsintoleranz nicht erwähnt und dementsprechend auch nicht beurteilt worden. Die damaligen Gelenksbeschwerden seien Teil der Grundlage des daraus entstandenen und bereits bestehenden fibromyalgiformen Beschwerdebildes. Entgegen der Auffassung des Sachverständigen des asim schliesse ein Normalbefund im Liquor die Neuroborreliose nicht aus. Beim Versicherten sei davon auszugehen, dass das Immunsystem weiterhin stimuliert und



aktiv sei. Wäre die Lyme-Borreliose ausgeheilt, würden nicht weiterhin Antikörper gebildet. Soweit die aktuellen Beschwerden zugeordnet werden könnten, seien sie unter der Diagnose des Postlyme-Syndroms zusammenzufassen. Der Sachverständige des asim habe diese Diagnose zu Unrecht verneint. Gemäss dem diesem Bericht beigelegten Auszug aus einem Aufsatz in der Schweizerischen Ärztezeitung bestanden die Symptome dieser Krankheit aus Arthralgien, Myalgien, Müdigkeit, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, neuropathischen Beschwerden, Kopfschmerzen und Schlafstörungen.

I.

Die IV-Stelle beantragte am 4. Februar 2009 die Abweisung der Beschwerde. Sie machte geltend, die Begründung einer Verfügung könne sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Das sei mit der Stellungnahme von Dr. med. P.____ vom RAD geschehen. Die IV-Stelle sei nicht an den Entscheid der Unfallversicherung gebunden. Zudem handle es sich beim UV-Entscheid um einen Vergleich. Die Anamnese und die Beschwerden seien zusammen mit dem Versicherten erhoben worden. So hätten alle Angaben des Versicherten Eingang in das Gutachten des asim gefunden. Weitere Untersuchungen seien nicht nötig gewesen. Am 14. Dezember 2005 habe in Bellikon eine neuropsychiatrische Untersuchung stattgefunden. Das kognitive Leistungsprofil sei bis auf die schmerzassoziierten Aufmerksamkeitsprobleme unauffällig gewesen. Die Berichte der Orthopäden seien ebenfalls berücksichtigt worden. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. G.____ vom 18. Juni 2002 enthalte keine Diagnose und auch keine Beurteilung. Ein solcher Bericht könnte dem Gutachten nicht entgegengehalten werden. Der Bericht der Klinik Valens sei aus dem Jahr 2002 und deshalb nicht mehr aktuell. Im übrigen habe damals das funktionelle Leistungsvermögen aufgrund der angstbegründeten Selbstlimitation nicht ergründet werden können. Dr. med. F.____ habe dem Versicherten bereits am 27. Dezember 2001 eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert. Die Klinik Valens habe eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion mittleren Grades angegeben. Dr. med. I.____ habe am 22. Juli 2002 eine Anpassungsstörung diagnostiziert. Seine Arbeitsfähigkeitsschätzung könne aber nicht herangezogen werden, da er alles zusammengefasst habe. Es sei nicht abwegig, dass fünf Jahre später keine psychiatrische Diagnose mehr gestellt werden könne. Die Symptome einer



Anpassungsstörung hielten meist nicht länger als sechs Monate an. Die behaupteten psychiatrischen Beschwerden seien nicht vordergründig, da der Versicherte seit 2003 nicht mehr in psychiatrischer Behandlung stehe. Die Stellungnahme von Dr. med. M.____ vom 26. November 2008 vermöge keine Zweifel an der Richtigkeit des Gutachtens des asim zu wecken. Im übrigen sei nicht ersichtlich, inwiefern der Versicherte durch die von Dr. med. M.____ angegebene Krankheit in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sein sollte.

J.

Der Versicherte liess dem am 6. September 2009 insbesondere entgegen halten, die Unfallversicherung hätte keinen Vergleich mit einer Invalidität von 30% abgeschlossen, wenn es zwischen der Arbeitsunfähigkeit und der fortdauernden Borrelioseinfektion keinen Zusammenhang gäbe. Weil die Sachverständigen des asim davon ausgegangen seien, dass die Unfallversicherung das Leistungsbegehren abgelehnt habe, seien sie in bezug auf die Arbeitsfähigkeitsrelevanz der Borrelioseinfektion unzutreffend beeinflusst worden. Bei einer interdisziplinären Begutachtung müssten sämtliche Fachdisziplinen im Rahmen eigenständiger Konsilien einbezogen werden. Blosser Verweise auf frühere fachärztliche Beurteilungen genügten nicht. Insbesondere wäre zwingend ein orthopädischer Sachverständiger beizuziehen gewesen. Gegen die Begutachtung durch die Rehaklinik Bellikon seien verschiedene Einwände erhoben worden. Diese hätten dazu geführt, dass die Unfallversicherung eine Rente zugesprochen habe. Weiter hätte ein neurologischer Sachverständiger beigezogen werden müssen. Auch die bildgebenden Befunde seien nicht ausreichend einlässlich und umfassend erhoben worden. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Klinik Valens habe sich nicht auf eine angstbezogene Selbstlimitation, sondern auf die gestellte Diagnose gestützt. Die von Dr. med. I.____ diagnostizierten Beeinträchtigungen seien zwischenzeitlich nicht weggefallen, zumal im Bericht der Klinik Valens vom 11. April 2002 nicht nur eine Anpassungsstörung, sondern auch eine depressive Reaktion mittleren Grades diagnostiziert worden sei. Die infektiologische Abklärung habe die Diagnosekriterien des Post-Lyme-Syndroms nicht abgehandelt, was zum Schluss zwingt, dass dieses nicht erfasst worden sei. Wie man angesichts der klaren Aussagen von Dr. med. M.____ in dessen Stellungnahme vom 26. November 2008 noch behaupten könne, es seien keine Zweifel an der Richtigkeit des Gutachtens des asim geweckt worden, sei



unerfindlich. Dr. med. M.____ habe sich mit der Arbeitsfähigkeit des Versicherten auseinandergesetzt, denn dass seine abweichende Diagnose eine abweichende Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ergebe, sei offensichtlich.

K.

Die IV-Stelle verzichtete am 27. Mai 2009 auf eine Stellungnahme zur Replik vom 6. Mai 2009.

Erwägungen:

1.

1.1 Der Beschwerdeführer rügt eine Verletzung seines verfahrensrechtlichen Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 42 ATSG) im Zusammenhang mit der Begutachtung durch das asim und in bezug auf die Begründung der angefochtenen Verfügung. Die Beschwerdegegnerin hat dem – bereits damals anwaltlich vertretenen – Beschwerdeführer am 1. Mai 2007 mitgeteilt, dass sie eine Begutachtung durch das asim vornehmen lasse. Sie hat zwar den (Standard-) Fragebogen dieser Mitteilung nicht beigelegt, aber der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hatte mehrere Monate Zeit, den Fragenkatalog anzufordern, allfällige Ergänzungsfragen zu formulieren und diese zur Beantwortung durch die medizinischen Sachverständigen des asim der Beschwerdegegnerin einzureichen. Das ist nicht geschehen, d.h. der Beschwerdeführer hat seinen Anspruch auf das Stellen von Ergänzungsfragen nicht benutzt. Da die Beschwerdegegnerin nicht verpflichtet gewesen ist, den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auf die Möglichkeit, Ergänzungsfragen zu stellen, hinzuweisen, und da sie erst recht nicht verpflichtet gewesen ist, den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aufzufordern, Ergänzungsfragen zu stellen und einzureichen, kann die Beschwerdegegnerin mit ihrem Verhalten bei der Beschaffung des Gutachtens den verfahrensrechtlichen Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör nicht verletzt haben. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat seine Liste mit den Ergänzungsfragen erst mit seiner Stellungnahme zum Vorbescheid eingereicht. Da das Gutachten des asim zu diesem Zeitpunkt bereits existiert hat, hat sich nur noch die Frage nach der Würdigung dieses Gutachtens stellen können,



konkret die Frage, ob das Gutachten des asim geeignet sei, den leistungsrelevanten Sachverhalt mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat unterstellt, dass das Gutachten des asim nicht überzeuge, den relevanten Sachverhalt also nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belege und deshalb ergänzt werden müsse. Er hat weiter unterstellt, dass die Gutachtensergänzung auf der Grundlage seiner Ergänzungsfragen erstellt werde müsse. In bezug auf den verfahrensrechtlichen Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör unterscheidet sich diese Konstellation grundlegend von derjenigen vor der Begutachtung. Im Rahmen der Würdigung der Überzeugungskraft des Gutachtens des asim hat kein Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör bestanden, das über einen Anspruch auf eine Stellungnahme zum Ergebnis der Beweiswürdigung durch die Beschwerdegegnerin hinausgegangen wäre. Der Anspruch auf rechtliches Gehör hat offensichtlich keinen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine – verbindliche – Würdigung der Überzeugungskraft des Gutachtens als ungenügend, auf eine Anordnung einer Gutachtensergänzung und darauf, dass seine Ergänzungsfragen die Grundlage dieser Gutachtensergänzung bilden müssten, beinhaltet. Mit der konkludenten Weigerung, die Ergänzungsfragen des Beschwerdeführers zum Gegenstand einer Gutachtensergänzung zu machen, kann die Beschwerdegegnerin also den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör gar nicht verletzt haben.

1.2 Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Dabei handelt es sich praxismässig (vgl. U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2.A., N. 37 zu Art. 49 ATSG) um einen Teilgehalt des verfahrensrechtlichen Anspruchs auf rechtliches Gehör gemäss Art. 42 ATSG. Der Beschwerdeführer rügt eine Verletzung seines Anspruchs auf rechtliches Gehör, weil der pauschale Verweis in der angefochtenen Verfügung auf die internen Ausführungen eines RAD-Arztbescheides nicht genüge und weil diese Ausführungen sich nur zu einigen wenigen der in der Stellungnahme zum Vorbescheid vorgebrachten Teilaspekte der Kritik äusserten. Zudem seien auch die in der Stellungnahme zum Vorbescheid gestellten Beweisanträge ohne Begründung abgelehnt worden. Der Beschwerdeführer scheint davon ausgegangen zu sein, dass der Umfang seiner Stellungnahme zum Vorbescheid eine ähnlich umfangreiche Verfügungsbegründung erfordere, damit seinem Anspruch auf rechtliches Gehör Rechnung getragen sei. Dem ist entgegen zu



halten, dass auch der Anspruch auf eine Verfügungsbegründung dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz untersteht. Massstab für die Verhältnismässigkeit ist dabei nicht der Umfang der Einwendungen des Verfügungsadressaten vor dem Erlass der Verfügung, sondern der Sinn und Zweck der Begründungspflicht: Der Verfügungsadressat soll nachvollziehen können, weshalb die Verwaltung so und nicht anders entschieden hat. Die Verfügungsbegründung muss es dem Verfügungsadressaten erlauben, die Chancen einer Anfechtung anhand der Beweislage und anhand der rechtlichen Würdigung einzuschätzen und gegebenenfalls das Rechtsmittel ausreichend und fundiert zu begründen. Diese Anforderung kann erfüllt sein, auch wenn die Verwaltung eines oder mehrere von vielen in der Stellungnahme zu Vorbescheid vorgebrachten Argumenten des Verfügungsadressaten in der Verfügungsbegründung überhaupt nicht erwähnt. Das setzt allerdings voraus, dass die Stossrichtung der ausdrücklichen Verfügungsbegründung ohne weiteres die Schlussfolgerung zulässt, die Verwaltung habe diese(s) Argument(e) – konkludent – als nicht stichhaltig qualifiziert. Dasselbe gilt auch für in der Vernehmlassung zum Vorbescheid gestellte Beweisanträge, sofern die ausdrückliche Verfügungsbegründung darauf schliessen lässt, dass die Verwaltung die entsprechenden Beweismittel antizipierend für nicht stichhaltig, gar nicht erhebbar o.ä. hält. Diese konkludente Begründung findet sich auch im vorliegenden Fall. Die Beschwerdegegnerin bzw. der RAD-Arzt haben sich auf die wichtigsten Einwände gegen die Überzeugungskraft des Gutachtens des asim beschränkt und damit - konkludent - klargestellt, dass sie die anderen Einwände als zum vornherein nicht stichhaltig ansähen. Die Beschwerdegegnerin hat die beantragten Beweise nicht abgenommen und damit - konkludent – die Auffassung vertreten, die Abnahme dieser Beweise sei unnötig, weil der Sachverhalt bereits mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststehe. Beides war für den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers anhand der Verfügungsbegründung und der Aktenlage ohne weiteres erkennbar. Das gilt auch für den Umstand, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nur auf eine in Kopie beiliegende interne Stellungnahme des RAD-Arztes verwiesen hat. Für das Verständnis des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers hat es offensichtlich keinen Unterschied gemacht, ob die Ausführungen des RAD-Arztes direkt oder vom Verfügungsautor wortwörtlich oder sinngemäss in der Verfügungsbegründung wiedergegeben worden



sind. Die Beschwerdegegnerin ist also ihrer Pflicht zur Begründung der abweisenden Verfügung in ausreichender Weise nachgekommen.

1.3 In der Lehre wird auch der Anspruch auf einen Übersetzer als Teilgehalt des verfahrensrechtlichen Anspruchs auf rechtliches Gehör betrachtet. In dieser Allgemeinheit trifft das nicht zu. Bei der medizinischen Begutachtung geht es nämlich um die Ermittlung des effektiven Sachverhalts. Die erfolgreiche Verständigung mit der zu explorierenden versicherten Person ist die Voraussetzung einer Erhebung des Sachverhalts, d.h. die Pflicht zum Beizug eines Übersetzers fliesst aus dem Untersuchungsgrundsatz. Teil des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist der Anspruch auf den Beizug eines Übersetzers nur, wenn es direkt um die Wahrnehmung des rechtlichen Gehörs geht, so z.B. wenn der Beschwerdeführer persönlich bei der Beschwerdegegnerin erschienen und mündlich zum Vorbescheid Stellung genommen hätte. Hier hätte der Anspruch auf den Beizug eines Übersetzers einen Teilgehalt des Anspruchs auf rechtliches Gehör gebildet. Sowohl der psychiatrische als auch der infektiologische Sachverständige des asim haben einen Übersetzer beigezogen. Nur die rheumatologische Abklärung ist ohne Übersetzer erfolgt. Allerdings hat der rheumatologische Sachverständige des asim angegeben, der Beschwerdeführer habe ausreichend Deutsch verstanden und gesprochen, so dass die Untersuchung nicht durch Verständigungsprobleme beeinträchtigt gewesen sei. Das ist durchaus plausibel, denn im Gegensatz zu den beiden anderen Fachgebieten beschränkte sich die rheumatologische Abklärung weitgehend auf Untersuchungsmethoden, in denen keine komplizierten Gesprächsinhalte notwendig waren. In bezug auf die sprachliche Verständigung anlässlich der Abklärung durch das asim liegt also keine Verletzung der Pflicht zum Beizug eines Übersetzers vor.

2.

2.1 Gemäss Art. 16 ATSG ist das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Die Ermittlung des Validen- und



des zumutbaren Invalideneinkommens setzt die vorgängige Definition der Validen- und der Invalidenkarriere voraus. In seinem Lebenslauf hat der Beschwerdeführer angegeben, er habe in Spanien eine Lehre als Mechaniker absolviert. Weder in Spanien noch in der Schweiz ist er aber in diesem Beruf tätig gewesen. In der Schweiz hat der Beschwerdeführer nur Hilfsarbeiten ausgeübt. Von 1996 bis 1998 hat er für die A.____ AG die Zuschneidemaschine bedient und Paletten zusammengenagelt. Von 1998 bis 2000 hat er als Schleifer/Hilfsarbeiter für die B.____ AG gearbeitet. Danach ist er, soweit sich das anhand der dem Gericht vorliegenden Akten beurteilen lässt, nicht mehr erwerbstätig gewesen. Wäre er gesund geblieben, hätte der Beschwerdeführer bis zu seiner altersbedingten Pensionierung eine Hilfsarbeit ausgeübt. Es gibt kein Indiz dafür, dass er sich hätte weiterbilden wollen oder dass er als qualifizierter Mechaniker hätte tätig sein können. Die wahrscheinlichste Validenkarriere des Beschwerdeführers ist deshalb diejenige eines Hilfsarbeiters. Da der Beschwerdeführer seinen letzten Arbeitsplatz bei der B.____ AG gekündigt und dann keine andere Stelle mehr angetreten hat, kann das Valideneinkommen nicht anhand eines konkret erzielbaren Lohnes ermittelt werden. Stattdessen ist auf einen statistisch ermittelten schweizerischen Durchschnittslohn für Hilfsarbeiter abzustellen. In bezug auf die zumutbare Invalidenkarriere hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers geltend gemacht, eine allfällige medizinisch-theoretische Resteinsatzfähigkeit sei nicht mehr verwertbar. Im Gutachten des asim ist ausgeführt worden, der Beschwerdeführer könne eine körperlich leichte Tätigkeit ohne repetitives Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten über 10 kg, ohne vorwiegende Überkopfarbeiten oder gebückte Arbeiten, ohne dauernd stehend oder gehend auszuübende Arbeiten, ohne sehr häufiges Treppensteigen, ohne repetitive greifende Bewegungen und ohne monotone Körperhaltungen ausüben. Geht man davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer solcherart adaptierten Erwerbstätigkeit noch in einem relevanten Ausmass arbeitsfähig ist (was im Folgenden noch zu prüfen sein wird), so genügen zumindest die medizinisch bedingten Einschränkungen für sich allein nicht, um die Verwertbarkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verneinen. Erfahrungsgemäss gibt es durchaus Arbeitsstellen, an denen der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit ungehindert verwerten könnte. Derartige Hilfsarbeiten dürften zwar nicht allzu häufig anzutreffen sein und es dürfte im massgebenden Zeitraum auch nicht leicht gewesen sein, eine solche Stelle zu finden. Das ist aber bei der Festlegung der zumutbaren



Invalidenkarriere irrelevant, denn nach dem Konzept des ausgeglichenen Arbeitsmarktes muss die konkrete Arbeitsmarktlage ignoriert werden. Stattdessen wird fingiert, dass dem Beschwerdeführer immer eine adaptierte offene Arbeitsstelle zur Verfügung gestanden hätte, wenn er bereit gewesen wäre, seine Restarbeitsfähigkeit zu verwerten. Die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vorgebrachten, von ihm so genannten "invaliditätsfremden" Nachteile führen ebenfalls nicht dazu, dass eine allfällige Restarbeitsfähigkeit nicht verwertbar wäre. Die langjährige Erwerbslosigkeit kann objektiv betrachtet keinen Nachteil bewirkt haben, da der Beschwerdeführer nie über berufliche Kenntnisse verfügt hat, die inzwischen als Folge des technischen Fortschritts überholt wären, so dass eine berufliche Eingliederung erfolgen müsste, um das Verpasste nachzuholen. Hilfsarbeiten können nämlich definitionsgemäss ohne berufliche Kenntnisse ausgeübt werden, so dass sie nie mehr als eine kurze Einarbeitung erfordern. Sollte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit dem Hinweis auf die lange Abwesenheit von der Arbeitswelt auf eine subjektive "Arbeitsentwöhnung" bezogen haben, so ist ihm entgegen zu halten, dass diese in Erfüllung der IV-spezifischen Schadenminderungspflicht durch eine zumutbare Willensanstrengung überwunden werden kann. Ein Hilfsarbeiter benötigt nur eine schulische Grundausbildung, berufliche Spezialkenntnisse sind nicht erforderlich. Diesbezüglich ist der Beschwerdeführer also nicht schlechter qualifiziert als die meisten anderen Hilfsarbeiter. Wäre der Beschwerdeführer tatsächlich aufgrund der fehlenden Deutschkenntnisse überhaupt nicht als Hilfsarbeiter einsetzbar, wie sein Rechtsvertreter behauptet, so hätte er auch in der Vergangenheit nie eine Hilfsarbeit ausführen können. Tatsächlich hat der Beschwerdeführer aber trotz der angeblich vollständig fehlenden Deutschkenntnisse gearbeitet. Im übrigen ist es auch dem Beschwerdeführer möglich und zumutbar, so weit Deutsch zu lernen, dass er dem am Arbeitsplatz bestehenden Kommunikationsbedarf genügen kann. Die angeblichen "invaliditätsfremden" Nachteile des Beschwerdeführers wirken sich in einer behinderungsadaptierten Hilfsarbeit nicht stärker aus als in jeder anderen Hilfsarbeit. Die Beschwerdegegnerin ist also zu Recht davon ausgegangen, dass eine allfällige Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar sei.

2.2 Der nächste Schritt bei der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens besteht in der Ermittlung der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsadaptierten Hilfsarbeit. Dabei scheinen beide Parteien davon ausgegangen zu sein, dass sich der



Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen 2002 und dem Zeitpunkt der Begutachtung durch das asim nicht verändert habe. Die Beschwerdegegnerin hat die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten des asim, die ausdrücklich nur für die Zeit ab dem Hüftgelenkseingriff im September 2006 abgegeben worden ist, zurückbezogen bis zum möglichen Rentenbeginn (gemäss der Rechtslage vor der 5. IV-Revision) entsprechend der am 1. Februar 2001 erfolgten Anmeldung. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers geht umgekehrt davon aus, dass sich der Gesundheitszustand nach 2002 nicht mehr geändert habe, so dass die Überzeugungskraft des Gutachtens des asim anhand der Diagnosen, Beurteilungen und Arbeitsfähigkeitsschätzungen aus den Jahren 2001 und 2002 zu prüfen sei. Tatsächlich zeigen die medizinischen Akten aber auf, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen 2001 und 2008 sehr wohl erheblich verändert hat. Zu untersuchen bleibt, ob das auch für die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zutrifft. Die Gesundheitsbeeinträchtigung hat mehrere Ursachen, die verschiedenen medizinischen Fachrichtungen zuzuordnen sind. Dies legt es nahe, jede Ursache der Gesundheitsbeeinträchtigung (und die daraus allenfalls resultierende Arbeitsunfähigkeit) für sich auf den Zustand zum Zeitpunkt eines allfälligen Rentenbeginns und auf die Entwicklung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung zu beurteilen.

2.2.1 Im Bericht von Dr. med. D.____ vom 5. Juni 2001 wurde als einzige Gesundheitsbeeinträchtigung die Femurkopfnekrose rechts angegeben. Die mit der Abklärung und mit der Therapie dieser Erkrankung befassten Ärzte waren der Auffassung, dass eigentlich eine Hüftprothese rechts implantiert werden sollte. Dr. med. D.____ betrachtete den Beschwerdeführer als uneingeschränkt arbeitsfähig für eine Tätigkeit, die den Hüftbeschwerden angepasst war. Am 27. Dezember 2001 wies Dr. med. F.____ darauf hin, dass zusätzlich ein chronisches cervico-thoraco-vertebrales Syndrom und ein Verdacht auf ein Thoracic outlet-Syndrom bestünden. Trotzdem ging auch er davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer allen Beeinträchtigungen adaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei. Im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 11. April 2002 wurde dann eine Arbeitsfähigkeit von nur noch 50% angegeben. Die berichtenden Ärzte gaben aber nicht an, ob dies auf die körperlichen Beeinträchtigungen oder aber auf die erstmals diagnostizierte Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion mittleren Grades zurückzuführen war. Gemäss der traumatologischen Stellungnahme der Rehaklinik Bellikon vom 31. Mai 2006 war im



Bereich der HWS nur eine minimale degenerative Veränderung erkennbar. Auch die Ärzte der Rehaklinik Bellikon gingen davon aus, dass der Beschwerdeführer durch diese Beschwerden in seiner Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Erwerbstätigkeit nicht eingeschränkt sei. Dasselbe galt ihrer Auffassung nach für die Coxarthrose, obwohl sich die Situation hier stetig verschlechtert hatte. Die Coxarthrose war funktionell noch nicht gravierend, so dass sie keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit zur Folge hatte. Im rheumatologischen Teilgutachten des asim wurde angegeben, am 11. September 2006 sei eine Hüft-TP rechts erfolgt. Links sei eine beginnende Coxarthrose erkennbar. Aus muskuloskelettärer Sicht bestehe für eine adaptierte Erwerbstätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend ist für die Zeit ab 2001 festzuhalten, dass durchgehend eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Erwerbstätigkeit bestanden hat. Mit den muskuloskelettären Gesundheitsbeeinträchtigungen kann der Beschwerdeführer die behauptete vollständige Arbeitsunfähigkeit also nicht belegen, denn es steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass diese Gesundheitsbeeinträchtigung nur eine "qualitative" Einschränkung zur Folge hat, d.h. dass sie die noch in Frage kommenden Erwerbstätigkeiten stark einschränkt. Entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers setzte die vollständige medizinische Abklärung keinen Beizug von Spezialisten anderer Fachrichtungen, insbesondere der Orthopädie oder der Neurologie, voraus. Die einzelnen Beeinträchtigungen muskuloskelettärer Art waren seit längerem bekannt und abgeklärt, so dass sie vom rheumatologischen Sachverständigen des asim ohne weiteres in bezug auf ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beurteilt werden konnten. Es ist entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters keineswegs so, dass eine Begutachtung nur dann ein überzeugendes Resultat zu liefern vermag, wenn Spezialisten all jener medizinischen Fachgebietes beigezogen werden, die allenfalls auch noch tangiert sein könnten. Die Spezialisierung ist keineswegs so intensiv, dass die medizinischen Fachgebiete Rheumatologie, Orthopädie und Neurologie immer durch einen entsprechenden Facharzt vertreten sein müssten. Im übrigen ist der rheumatologische Sachverständige des asim in bezug auf die bildgebenden Verfahren ausreichend dokumentiert gewesen und er hat den medizinischen Vorakten ausreichend Beachtung geschenkt, so weit das aufgrund der inzwischen eingetretenen Veränderungen notwendig gewesen ist. Davon kann bei einem erfahrenen



Sachverständigen ohne weiteres ausgegangen werden, zumal die Auflistung (und Würdigung) der Vorakten umfassend ist.

2.2.2 Im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 11. April 2002 wurde erstmals eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit des Beschwerdeführers angegeben. Die Ärzte gaben die Diagnose einer Anpassungsstörung mit einer depressiven Reaktion mittleren Grades an. Sie hatten eine medikamentöse antidepressive Therapie eingeleitet. Da sie eine Neu Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach einer sechsmonatigen antidepressiven Behandlung empfahlen, muss vermutet werden, dass sie die angegebene Arbeitsunfähigkeit von 50% auf die psychische Beeinträchtigung zurückgeführt haben. Das bedeutet, dass diese psychische Beeinträchtigung als heilbar qualifiziert haben. Dr. med. I.____ stellte am 22. Juli 2002 ebenfalls eine massive Anpassungsstörung fest. Seine Arbeitsunfähigkeitsschätzung (50%) bezog sich aber nicht allein auf die psychische Beeinträchtigung. Er stützte sich auf den gesamten (psychischen und somatischen) Zustand des Beschwerdeführers. Im Gegensatz zu den Ärzten der Klinik Valens war Dr. med. I.____ in bezug auf die Heilungschancen der Anpassungsstörung pessimistischer. Er kreuzte im Berichtsformular die Variante "stationär" an und bei der Variante "besserungsfähig" machte er ein Fragezeichen. Im psychosomatischen Konsilium der Rehaklinik Bellikon vom 4. Januar 2006 wurde zwar über eine deutlich gesteigerte Unruhe und eine emotionale Labilisierung berichtet, aber die zuständige Arzt ging davon aus, dass die Qualität eines eigentlichen depressiven Syndroms nicht erreicht sei; auch die Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung seien nicht erfüllt. Die psychische Beeinträchtigung erinnerte aber noch an eine wellenförmig auftretende Anpassungsstörung. Der zuständige Arzt der Rehaklinik Bellikon äusserte sich zwar nicht explizit zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, aber er ging davon aus, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich wieder in den Arbeitsprozess integriert werden könne. Damit steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert hatte. Es lag nämlich keine Anpassungsstörung mit einer depressiven Reaktion mittleren Grades mehr vor. Das psychosomatische Konsilium der Rehaklinik Bellikon ist so zu interpretieren, dass der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt wieder in der Lage gewesen wäre, mittels einer zumutbaren Willensanstrengung die subjektive Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung zu überwinden und wieder zu 100% einer – körperlich adaptierten – Erwerbstätigkeit



nachzugehen. Das psychosomatische Konsilium liefert aber keinen Hinweis auf den Zeitpunkt, in dem diese Verbesserung eingetreten ist. Der psychiatrische Sachverständige des asim hat überhaupt keine psychiatrische Diagnose mehr gestellt. Die früher diagnostizierte Anpassungsstörung war nicht mehr nachweisbar. Der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hatte sich also nochmals verbessert. Es bestand eindeutig keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Aufgrund der weitgehend übereinstimmenden ärztlichen Aussagen ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zwar möglicherweise im Frühjahr 2002 aus psychischen Gründen teilweise arbeitsunfähig war, dass sich der psychische Zustand aber in der Folge so verbessert hat, dass jedenfalls anlässlich der stationären Abklärung durch die Rehaklinik Bellikon keine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden hat. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin reicht dies aber nicht aus, um einen Rentenanspruch auch rückwirkend für die Zeit ab dem möglichen Anspruchsbeginn zu verneinen. Ebenso wenig reichen die Angaben der Klinik Valens und diejenigen von Dr. med. I. ___ aus, um eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 50% mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen. Die Sache ist deshalb zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird in sorgfältiger Erfüllung ihrer Untersuchungspflicht zu klären haben, ob im massgebenden Zeitraum einmal eine rentenbegründende psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Sollte diese Frage objektiv nicht mehr beantwortet werden können, wird der Beschwerdeführer den Nachteil der Beweislosigkeit zu tragen haben.

2.2.3 Der Beschwerdeführer hatte sich am 21. Februar 2002 wegen eines am 5. Mai 2001 erlittenen Zeckenbisses bei der Unfallversicherung angemeldet. Dr. med. E. ___ hatte der Unfallversicherung am 22. März 2002 berichtet, er behandle den Beschwerdeführer wegen der Folgen des Zeckenbisses. Dr. med. M. ___ hatte am 21. Oktober 2002 als Diagnose eine Lyme-Borreliose Stadium II mit Beteiligung des Bewegungsapparates und des zentralen Nervensystems angegeben. Er war von einer floriden Lyme-Borreliose ausgegangen, aber er hatte keine eindeutige Aussage darüber machen können, ob und gegebenenfalls welche Symptome, die er beim Beschwerdeführer festgestellt hatte, von der Lyme-Borreliose ausgingen. Er hatte keine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben. Prof. Dr. med. L. ___ hatte der Unfallversicherung am 21. Dezember 2004 berichtet, es bestehe ein Status nach Lyme-



Borreliose. Die Lyme-Serologie sei positiv, die Liquor-Untersuchung aber negativ gewesen. Er könne keine Arbeitsfähigkeit bezogen nur auf die Frage des St. n. Lyme-Borreliose angeben. Aber er könne die Symptome nennen, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Borreliose zurückzuführen seien: Leistungsintoleranz, Müdigkeit, möglicherweise Arthralgien im Bereich der Hände, der Knie und eventuell des Schultergürtels. Unter Berücksichtigung des Gesamtzustandes des Beschwerdeführers sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% auszugehen. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung vermag nicht zu überzeugen, da nicht bekannt ist, auf welche Art von Erwerbstätigkeit sie sich bezogen hat und da Prof. Dr. med. L.____ möglicherweise die Folgen der Wirbelsäulen- und Hüftbeschwerden für die Arbeitsfähigkeit überschätzt hat. In der traumatologischen Stellungnahme der Rehaklinik Bellikon vom 31. Mai 2006 zuhanden der Unfallversicherung hatte ein muskuloskelettaler Borreliosebefall nicht ausgeschlossen, aber auch nicht als wahrscheinlich betrachtet werden können. Dr. med. M.____ hatte am 21. Dezember 2006 angegeben, die muskuloskelettalen Beschwerden seien durch die Lyme-Borreliose bedingt, auch wenn das Schleudertrauma und die degenerativen Veränderungen ebenfalls untergeordnete Beschwerdeursachen seien. Im infektiologischen Konsilium zur Begutachtung durch das asim vom 7. Dezember 2007 wurde ausgeführt, es könne kein Post-Lyme-Syndrom vorliegen, weil nicht alle Kriterien erfüllt seien. Insbesondere fehlten eine klinisch dokumentierte Borreliose, ein plausibler zeitlicher Zusammenhang der Symptome mit einer stattgehabten akuten Lyme-Borreliose und ein Ausschluss einer psychischen Erkrankung oder einer Sucht. Dr. med. M.____ hat am 26. November 2008 nicht nur diese infektiologische Einschätzung, sondern die gesamte Abklärung durch das asim in scharfem Ton kritisiert bzw. als untauglich bezeichnet. Soweit sich Dr. med. M.____ auf die rheumatologische und auf die psychiatrische Abklärung bezogen hat, erwecken seine Äusserungen den Eindruck, dass über das Ziel hinausgeschossen worden sei. Die Folgen des Zeckenbisses vermögen kaum alle Beschwerden des Beschwerdeführers zu erklären, denn es sind andere Ursachen zumindest eines Teils der Beschwerden nachgewiesen, wie im übrigen auch Prof. Dr. med. L.____ erkannt hat. In bezug auf die Frage, ob der Beschwerdeführer eine akute Lyme-Borreliose durchgemacht hat und nun an den Spätfolgen dieser Krankheit leidet, erscheinen die Ausführungen von Dr. med. M.____ – jedenfalls aus der notwendigerweise laienhaften Sicht des Gerichts – als zumindest so



plausibel, dass sie die Überzeugungskraft der Feststellung im infektiologischen Konsilium des asim, arbeitsfähigkeitsrelevante Spätfolgen der Lyme-Borreliose seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, erheblich herabsetzen. Andererseits vermag aber auch die Einschätzung von Dr. med. M.____, der – auch für die Vergangenheit - von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten ausgehen dürfte, nicht zu überzeugen. Damit fehlt nicht nur für den Zeitpunkt der Abklärung durch das asim, sondern für die Zeit ab dem frühestmöglichen Rentenbeginn eine überwiegend wahrscheinlich richtige Arbeitsfähigkeitsschätzung. Da das zumutbare Invalideneinkommen nicht ermittelt werden kann, besteht keine Möglichkeit, die Invalidität des Beschwerdeführers zu bemessen. Das bedeutet, dass die angefochtene Verfügung (bzw. der dort behauptete Invaliditätsgrad) auf einem unzureichend abgeklärten Sachverhalt beruht und deshalb aufgrund eines Verstosses gegen den Untersuchungsgrundsatz (bzw. das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit) als rechtswidrig zu qualifizieren ist.

3.

Daraus folgt, dass die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 24. Oktober 2008 aufzuheben ist. Die Sache ist zur weiteren Abklärung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Erwerbstätigkeit für die gesamte Zeit ab dem möglichen Rentenbeginn an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dieser Verfahrensausgang ist in bezug auf die amtlichen und die ausseramtlichen Kosten als vollumfängliches Obsiegen des Beschwerdeführers zu betrachten, so dass die eventualiter bewilligte unentgeltlichen Rechtspflege und -verbeiständung nicht zum Zug kommt. Der Beschwerdeführer hat gegenüber der Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf den Ersatz der Vertretungskosten. Diese bemessen sich nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses (Art. 61 lit. g ATSG). Das Verfahren ist in bezug auf beide Kriterien als durchschnittlich zu werten. Deshalb ist dem Beschwerdeführer praxismässig eine Parteientschädigung von Fr. 3500.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das Beschwerdeverfahren in IV-Sachen ist kostenpflichtig. Die vollumfänglich unterliegende Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr zu bezahlen. Diese bemisst sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Da auch hier



St.Galler Gerichte

von einem durchschnittlichen Verfahren auszugehen ist, erweist sich praxisgemäss eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- als angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 15. Oktober 2008 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3500.- zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen.