



**Fall-Nr.:** IV 2009/114  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 14.07.2020  
**Entscheiddatum:** 29.04.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 29.04.2010**

**Art. 28 Abs. 1 IVG (heute: Art. 28 Abs. 2 IVG). Rentenanspruch. Beweistauglichkeit des Verwaltungsgutachtens (asim) bejaht. Leidensabzug von 15 % gewährt unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Beschwerdeführer nur noch Hilfstätigkeiten ausüben kann, des fortgeschrittenen Alters (58 J. zum Verfügungszeitpunkt) sowie der langen Betriebszugehörigkeit beim ehemaligen Arbeitgeber (17 J.) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. April 2010, IV 2009/114). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_486/2010.**

Vizepräsidentin Marie-Theres Rüegg Haltinner, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Jürg Schutzbach

#### **Entscheid vom 29. April 2010**

in Sachen

**V.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Fürsprecher Frank Goecke, Ankerstrasse 24, Postfach 2250,  
8026 Zürich,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



betreffend

### Rente

### Sachverhalt:

A.

A.a V. \_\_\_ meldete sich am 13. Juni 2005 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Rente; act. G 5.1/2). Der Versicherte arbeitete vom 2. November 1987 bis 31. Juli 2004 als Textilmitarbeiter bei der A. \_\_\_; die Stelle verlor er, weil die A. \_\_\_ ihre Produktion einstellte (act. G 5.1/26). Dr. med. B. \_\_\_, Facharzt Allgemeinmedizin, diagnostizierte in seinem Bericht vom 5. Juli 2005 eine chronische Lumboischialgie, bestehend seit Mai 2003 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Diabetes mellitus Typ II, eine Adipositas sowie eine Pollinose. Die Arbeitsfähigkeit betrage 50 % seit 21. Mai 2005 (act. G 5.1/21.1). Dr. med. C. \_\_\_, Spezialarzt FMH für Chirurgie sowie für Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 2. August 2005 (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) ein cervical- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen der LWS mit leichter Discopathie L3/L4 und L4/L5 sowie mässiggradiger Spondylarthrose L5/S1, eine Skoliose der Lendenwirbelsäule, eine Haltungsinsuffizienz, eine Cervico-Brachialgie sowie eine Periarthritis humero-scapularis (PHS) beidseits. Für die bisherige Schwerarbeit sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Andere Tätigkeiten seien ihm dagegen noch zumutbar. Diese Tätigkeit sollte leicht und wechselbelastend sein mit wahlweise Sitzen oder Stehen, kein Heben von Lasten über 10 kg kurzfristig und 2 kg längerfristig. Bei einer solchen Tätigkeit bestehe eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit, d.h. vier Stunden pro Tag (act. G 5.1/27).

Im Weiteren stellte Dr. med. D. \_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen einer mittel- bis schwergradigen depressiven Störung mit somatischen Symptomen (F32.11, F32.2) auf dem Boden einer ängstlichen Persönlichkeit (F60.6) sowie eines chronifizierten zervikal- und lumbalbetonten Panvertebralsyndroms bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten



## St.Galler Gerichte

Tätigkeit gab er (aus rein psychiatrischer Sicht) mit 70 % seit dem 10. September 2004 an. Die Prognose sei ungünstig (act. G 5.1/52).

A.b Ein orthopädisches Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Orthopädie FMH, vom 28. September 2006 ergab als Diagnosen eine AC-Gelenksarthrose beidseits bei Status nach Traumatisierung links, eine leichte Discopathie L3/4 und L4/5, eine Verkalkung des Labrum acetabulare Hüfte rechts sowie eine minime Protrusion HWK 3-6. An Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nannte Dr. E.\_\_\_\_, dass keine Arbeiten in Zwangshaltung und gebückter Stellung ausgeführt und keine Lasten über 5 kg wiederholt gehoben werden könnten. Wegen der linken Schulter dürfe eine angepasste Tätigkeit keine Überkopfarbeiten beinhalten. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei ein vollschichtiger Einsatz zumutbar, wobei hier die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht berücksichtigt sei (act. G 5.1/56).

Ein weiteres, rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten wurde beim Universitätsspital Basel (Academy of Swiss Insurance Medicine [asim]) in Auftrag gegeben und am 13. August 2007 erstattet. Die Gutachter diagnostizierten ein chronisches lumbovertebrales Syndrom (M54.5) bei pseudoradikulären Ausstrahlungen rechts, Haltungsinsuffizienz und Wirbelsäulenfehlform, muskulärer Dysbalance, vier von fünf Waddel-Zeichen, im weiteren eine Akromioklavikulararthrose links (M19.1) bei periartropathischen Beschwerden bei muskulärer Dysbalance. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, gegenwärtig remittiert (F32.4) sowie ein Diabetes mellitus diagnostiziert. Aus rheumatologischer Sicht wurde eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit attestiert. Diese sollte das Achsenskelett wenig belasten und Heben und Tragen von Lasten in Lendenhöhe bis maximal 10 kg und in Brusthöhe bis maximal 5 kg umfassen. Repetitive Torsions- oder Schwenkbewegungen des Rumpfes, vorgeneigtes kniendes oder gebeugtes Arbeiten oder Arbeiten auf Überkopfhöhe sollten auf 15 bis 20 Minuten begrenzt werden. Aus psychiatrischer Sicht wurde eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (act. G 5.1/67.16 ff).

A.c Mit Vorbescheid vom 6. Februar 2008 teilte die Sozialversicherungsanstalt dem Versicherten mit, er habe bei einem Invaliditätsgrad von 14 % keinen Anspruch auf eine



## St.Galler Gerichte

Invalidenrente (act. G 5.1/93). Mit Mitteilung vom 5. Februar 2008 zeigte sie ihm ausserdem den Abschluss der Arbeitsvermittlung an (act. G 5.1/91).

Mit Stellungnahme vom 10. März 2008 machte der Rechtsvertreter geltend, der Versicherte habe Anspruch auf mindestens eine halbe Rente, eventualiter sei er interdisziplinär, unter Beteiligung der Rheumatologie, Psychiatrie und Neuropsychologie abzuklären. Ausserdem sei beim behandelnden Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ ein Verlaufsbericht einzuholen. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, das psychiatrische Teilgutachten sei nicht verwertbar. Dieses beziehe sich nur auf einen Kurzbericht von Dr. D.\_\_\_\_ sowie auf die eigenen Untersuchungsergebnisse. Drittauskünfte seien keine eingeholt worden. Die Schlussfolgerungen des Gutachtens würden sodann auch vom behandelnden Wirbelsäulenspezialisten Dr. C.\_\_\_\_ angezweifelt, erachte doch auch er ein psychisches Leiden als mitbeteiligt (act. G 5.1/95).

A.d Mit einem weiteren psychiatrischen Gutachten des Universitätsspitals Basel vom 14. Januar 2009 wurde erneut eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen verneint. Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden mittelgradige depressive Episoden mit somatischem Syndrom, gegenwärtig remittiert (F32.4), sowie ein Verdacht auf Vortäuschung einer psychischen Störung aus instrumentellen Gründen (Z76.5) diagnostiziert. Indessen könnten dieser Verdacht sowie die eventuell vorhandenen Ressourcen im ambulanten Rahmen nicht hinreichend geklärt werden. Vielmehr sollte dies in einem Setting erfolgen, wo der Versicherte hinreichend lange beobachtet werden könne. Schliesslich könne auch die Differenz zu den Angaben des behandelnden Psychiaters in dessen Bericht vom 13. März 2008 nicht nachvollzogen werden (act. G 5.1/112).

A.e Nachdem der RAD Ostschweiz eine weitere Abklärung im stationären Rahmen nicht für notwendig erachtet hatte, wies die IV-Stelle St. Gallen das Rentengesuch mit Verfügung vom 27. Februar 2009 wie vorgesehen ab (act. G 5.1/116).

B.



## St.Galler Gerichte

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 30. März 2009 mit dem Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 27. Februar 2009. Zudem sei dem Beschwerdeführer mindestens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wird wiederum geltend gemacht, es könne nicht auf die beiden psychiatrischen (Teil-)Gutachten vom 13. August 2007 und vom 14. Januar 2009 abgestellt werden. Zum einen sei unzulässigerweise auf das Einholen von Auskünften bei Dr. D. \_\_\_ verzichtet worden. Zum anderen seien dem Rechtsvertreter die einverlangten Testbogen und Auswertungen nicht zugestellt worden, sodass diese der beratenden Psychiaterin nicht hätten vorgelegt werden können. Die Testergebnisse seien damit nicht validierbar und es könne nicht darauf abgestellt werden. Die Gutachten seien sodann widersprüchlich, da bereits im ersten Gutachten von einem - via naturalis - remittierten Leiden ausgegangen worden sei, gleichwohl aber im zweiten Gutachten von einer (weiteren) Verbesserung gesprochen werde, die auf die Psychopharmakotherapie zurückgeführt werde. Der Beschwerdeführer sei im Weiteren auch aus somatischer Sicht nicht im attestierten Umfang arbeitsfähig. Das rheumatologische Teilgutachten halte eine leistungsmässige Einschränkung von 20 % für möglich. Obwohl selbst diese Schätzung zu optimistisch sei, stelle die Beschwerdegegnerin nicht darauf, sondern auf den von der SUVA ermittelten Invaliditätsgrad (von 14 %) ab. Schliesslich sei dem Beschwerdeführer ein Leidensabzug von 20 % zu gewähren (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 24. April 2009 beantragt die Verwaltung Abweisung der Beschwerde. Den asim-Gutachten komme grosses Gewicht zu, weil es sich beim asim um eine für die IV geschaffene spezialisierte Gutachterstelle handle und diese somit mit der iv-rechtlichen Fragestellung bestens vertraut sei. Es müsse nicht zwingend eine Fremdanamnese durchgeführt werden. Die Rechtsprechung verlange einzig, dass die Expertise in Kenntnis der medizinischen Vorakten vorgenommen werde. Dies treffe vorliegend zu. Im Übrigen könne eine medizinische Administrativexpertise nicht allein durch die andere Ansicht eines behandelnden Facharztes in Frage gestellt werden, es sei denn, wenn ein solcher objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringe, die bei der Begutachtung unerkannt geblieben seien. Im Weiteren beständen zwischen den beiden Gutachten keine Widersprüche. Vielmehr werde im ersten asim-Gutachten lediglich eine mögliche Erklärung dafür



geliefert, dass die von Dr. D.\_\_\_\_ beschriebene massive psychomotorische Herabsetzung und ausgesprochen depressive Grundstimmung bei der Begutachtung nicht mehr vorhanden gewesen seien. Schliesslich habe das asim dem Beschwerdeführer zu Recht aus somatischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert. Es liege weder im Rücken- noch im Schulterbereich eine Nervenschädigung oder eine Schädigung der knöchernen Struktur vor.

Der Beschwerdeführer habe 2003 ein Jahreseinkommen von Fr. 63'313.-- erzielt. Beim Invalideneinkommen sei auf die Tabellenlöhne abzustellen. Tabelle 4 (hochgerechnet auf 41,7 Wochenstunden) ergebe ein Invalideneinkommen von Fr. 57'745.--. Zudem sei ein Leidensabzug von 10 % vorzunehmen, da der Beschwerdeführer nur noch leichte Hilfstätigkeiten ausführen könne. Somit resultiere ein Invaliditätsgrad von 18 %, womit kein Anspruch auf eine Rente bestehe (act. G 5).

B.c Mit Replik vom 3. September 2009 macht der Rechtsvertreter geltend, dass vorliegend nicht von einer Drittbefragung Abstand hätte genommen werden dürfen. Gerade weil der psychiatrische Gutachter 2007 kein psychisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe erkennen können, wäre eine Anfrage beim behandelnden Psychiater angezeigt gewesen, ob die Therapie fortgesetzt werde, welche Diagnose Gegenstand der Behandlung sei und welche Prognose gestellt werde. Im Übrigen sei das beauftragte asim befangen, habe es doch im Jahr 2008 rund vier Millionen Franken an Honoraren von der Invalidenversicherung erhalten.

Der Beschwerdeführer übe inhaltliche und fachärztlich wohlbegründete Kritik am asim-Gutachten und reiche deshalb ein psychiatrisches Gutachten von med. pract. F.\_\_\_\_ vom 7. Juli 2009 ein. Die Gutachterin leite ausführlich die Pathogenese her und diagnostiziere eine anhaltende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwer, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Bezüglich Therapieempfehlungen und Prognose sei die Gutachterin pessimistisch. Die Arbeitsfähigkeit werde auf 10 - 20 % in einer angepassten Tätigkeit angesetzt, die je nach Verlauf auf 30 % gesteigert werden könnte. Gemäss Gutachterin weise der BDI-Test, gemäss dessen Ergebnis der Beschwerdeführer eine deutlich depressive Erkrankung aufweise, sodann eine gute Verlässlichkeit auf. Der Verdacht auf eine bewusste Manipulation der Ergebnisse lasse



sich nicht von der Hand weisen. Das asim-Gutachten sei insgesamt nicht verwertbar. Vielmehr sei auf das Gutachten vom 7. Juli 2009 abzustellen (act. G 11).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 13).

### Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2008 sind mit der 5. IVG-Revision verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 E. 1), und weil bei der Beurteilung ferner auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abzustellen ist (BGE 121 V 366 E. 1b), sind für den sich bis Ende 2007 verwirklichten Sachverhalt die bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen materiellen Bestimmungen anzuwenden. Für den danach bis zum Erlass der Verfügung vom 27. Februar 2009 verwirklichten Sachverhalt ist auf das aktuelle materielle Recht abzustellen, wobei dieses in Bezug auf die Anspruchsvoraussetzungen keine Änderung erfahren hat.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in der bis am 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung (heute: Art. 28 Abs. 2 IVG) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum



Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

2.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die (Gerichts-)Expertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen,



die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis auf BGE 122 V 160 E. 1c, [BGE 118 V 290 neues Fenster](#) E. 1b, [BGE 112 V 32 neues Fenster](#) f.; RKUV 2000, 214).

3.

3.1 Vorliegend ist die somatische Beurteilung durch das asim an sich unbestritten. Bestritten sind demgegenüber die psychiatrische Beurteilung - wobei hier im Wesentlichen streitig ist, ob die depressive Episode gegenwärtig remittiert oder anhaltend ist - sowie die daraus fliessende (Gesamt-)Arbeitsfähigkeitsschätzung. Umstritten ist sodann der bei der Bemessung des Invalideneinkommens vorzunehmende Leidensabzug.

3.2 Der Rechtsvertreter rügt zunächst, dass die psychiatrischen Gutachter des asim keine Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater genommen hätten. Entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters gehen die Gutachter Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_ in ihrem Verlaufsgutachten vom 14. Januar 2009 aber gerade nicht davon aus, dass die Ausführungen Dr. D.\_\_\_\_ in dessen Bericht vom 13. März 2008 (zu) lange zurücklägen. Vielmehr ist es für sie unerklärlich, dass zwischen dem von ihnen erhobenen Befund und den Ausführungen Dr. D.\_\_\_\_, die nicht so lange zurücklägen, eine derart grosse Diskrepanz bestehen könne. Nachdem die beiden Gutachter jedoch sowohl den Arztbericht Dr. D.\_\_\_\_ vom 3. Juli 2006 als auch die Stellungnahme vom 13. März 2008 und damit die Position des behandelnden Arztes kannten, ist nicht ersichtlich, inwiefern eine erneute Rückfrage an dieser unterschiedlichen Beurteilung etwas hätte ändern können. Von der Einholung einer zusätzlichen Stellungnahme konnte deshalb abgesehen werden. Wie die Beschwerdegegnerin zudem zu Recht ausführt, vermag die abweichende Beurteilung eines behandelnden Arztes allein nicht die medizinische Administrativexpertise in Frage zu stellen, so lange jener keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorbringt, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (EVG-Urteil vom 18. April 2006 [I783/05] E. 2.2). Vorliegend hielt Dr. D.\_\_\_\_ an seiner bereits im Arztbericht vom 3. Juli 2006 geäusserten Ansicht, es liege eine mittel-



bis schwergradige depressive Störung vor (F32), fest bzw. er ging sogar von einer Verschlimmerung aus, indem er die Diagnose auf eine tiefe rezidivierende Störung (F33.2) erhöhte. Dr. D.\_\_\_\_ begründete seine Ansicht damit, dass der Beschwerdeführer in seiner Depression sehr gehemmt und zeitweise ganz hilflos sei. Er zeige eine schnelle Erschöpfung. Die von den Gutachtern genannten Störungen der kognitiven Funktionen seien Ausdruck der durch die Untersuchungssituation (Gespräch mit unbekanntem Leuten und in einem fremden Milieu) ausgelösten Ängste und Überforderung (act. G 5.1/52.1 und 97). Ebenso hielt Dr. D.\_\_\_\_ in seiner zweiten Stellungnahme vom 27. März 2009 an seiner Ansicht fest, diesmal im Wesentlichen begründet durch die Resultate des BDI-Tests, der einen Wert von 30 von 63 Punkten ergeben habe, wobei schon eine Punktzahl ab 26 für eine bedeutende Depression spreche (act. G 1.1.2). Im Übrigen beruht die divergierende Beurteilung durch Dr. D.\_\_\_\_ aber im Wesentlichen auf einer subjektiv anderen Interpretation der erhobenen Befunde. Jedenfalls ist mit der Beschwerdegegnerin festzustellen, dass der behandelnde Arzt keine durch die Gutachter unerkannt gebliebene, objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringt, die zu einer anderen Beurteilung führen könnten.

3.3 Im Weiteren moniert der Rechtsvertreter, dass ihm die anlässlich der Begutachtung verwendeten Testbögen und deren Auswertung dem Beschwerdeführer nicht zugänglich gemacht. Im Sinn des rechtlichen Gehörs wäre dies zwingend gewesen, da nur so überprüft werden könne, ob die Antworten des Beschwerdeführers richtig übersetzt und ausgewertet worden seien. Die Parteigutachterin, med. pract. F.\_\_\_\_ - die offenbar mindestens über die Ergebnisse des MADRS-Tests verfügte - ging davon aus, dass dieser Test zu optimistisch ausgefallen sei und die zehn Items viel zu tief bewertet worden seien. So sei etwa bei Item 3 (innere Spannung) nur ein Wert von 0 angegeben worden, was einer leichten Spannung entspreche. In den Gesprächen sei der Beschwerdeführer jedoch sehr angespannt gewesen, entsprechend einem Wert von 4 (auf der bis 6 reichenden Skala). Bei Item 4 (Schlaflosigkeit) sei ebenfalls ein Wert von 0 angegeben worden (= schläft wie gewöhnlich). Ihre Einschätzung betrage dagegen wiederum 4 (= Schlaf mindestens zwei Stunden verkürzt oder unterbrochen). Bei Item 10 (Selbstmordgedanken) sei wiederum 0 angegeben worden, obwohl der Beschwerdeführer über regelmässige Selbstmordgedanken berichte und konkrete Vorstellungen habe, wie er sich umbringen könne. Dies entspreche einem Wert von 4



oder 5. Ähnliches gelte für die Items 6 (Konzentrationsschwierigkeiten), 8 (Gefühllosigkeit) und 9 (pessimistische Gedanken). Im Weiteren sei die Diskrepanz zwischen dem BDI- und dem MADRS-Test auffällig gross. Die Punktzahl, die der Beschwerdeführer im BDI erreicht habe, entspreche deutlich einer aktuellen, depressiven Erkrankung; der BDI-Test gelte zudem als sehr reliabel. Die Fremdbeurteilungsbögen (2007 und 2009) könnten dagegen mangels korrekter Nennung von Datum und Name des Untersuchers nicht verwendet werden (act. G 11.2, S. 17).

Dem ist jedoch entgegen zu halten, dass den erwähnten Tests, die zu einem erheblichen Teil auf den Angaben und Einschätzungen der versicherten Person beruhen, für die Belange der Sozialversicherung keine ausschlaggebende Bedeutung zukommen kann. Diesen Instrumenten kommt im Rahmen der gutachterlichen Exploration lediglich eine ergänzende Funktion zu. Entscheidend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [bzw. Bundesgerichts] vom 9. August 2006 [I 391/06] E. 3.2.2; vom 23. September 2008 [9C\_458/2008] E. 4.2; und vom 15. September 2009 [9C\_775/2008] E. 3.3). Dies muss umso mehr gelten, wenn - wie im Fall des Beschwerdeführers - Anzeichen von Aggravation oder Simulation vorliegen. Die Auswertung der Fragebogen und deren Einordnung in den Gesamtzusammenhang obliegt demnach dem Gutachter. Insofern erscheint es nicht sachgerecht, die Fragebogen losgelöst von der übrigen Untersuchung durch andere - bei der Exploration nicht anwesende - Ärzte nachvollziehen zu lassen. Nachdem die Testauswertung ohnehin nur im Zusammenhang mit der Hauptexploration vorzunehmen ist, erscheint sodann die Tatsache, dass die Testbogen offenbar weder Datum noch Name des Untersuchers getragen haben, als sekundär. Jedenfalls vermag dieses Kriterium für sich nicht die Aussagekraft des Gutachtens als Ganzes zu schmälern.

3.4 Mit der Beschwerdegegnerin ist sodann davon auszugehen, dass kein Widerspruch zwischen den beiden psychiatrischen (Teil-)Gutachten des asim besteht. So wurde im zweiten Gutachten gegenüber der Erstbegutachtung vom April 2007 insofern eine Besserung des Zustandes bemerkt, als beim Beschwerdeführer keine Explosivität mehr zu beobachten war, er also ruhiger war. In Bezug auf den



psychischen Status gingen die Gutachter jedoch nach wie vor von einer gegenwärtig remittierten depressiven Episode aus. Während sie im Gutachten vom April 2007 mangels Nachweises des Medikamentenspiegels noch von einer Remission via naturalis ausgingen, gingen sie im Gutachten vom Januar 2009 von einem Erfolg der laut laborchemischer Untersuchung suffizienten Psychopharmakotherapie aus (act. G 5.1/67.38 und 112.8). Im Übrigen erscheinen die Gutachten für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Selbst die Parteigutachterin räumt ein, dass die asim-Gutachten - wie auch die Arztberichte von Dr. D.\_\_\_\_ - formal und inhaltlich korrekt, kohärent und (abgesehen von den Testbogen) nachvollziehbar seien (act. G 11.2 S. 17). Anders als der beschwerdeführerische Rechtsvertreter verstieg sie sich auch nicht auf die Andeutung, die Gutachter hätten die Testergebnisse bewusst manipuliert. Für letzteres bestehen denn auch keine Anhaltspunkte. Für die unterschiedliche Beurteilung der beteiligten Fachärzte fand die Parteigutachterin keine Erklärung. Sie begründet auch nicht näher, weshalb sie eine vom Gutachten abweichende Diagnose stellt, insbesondere, weshalb sie von einer anhaltenden depressiven Störung ausgeht. Hingegen fand sie es nach eigenen Angaben schwierig, den Beschwerdeführer mit seinen Schmerzen ernst zu nehmen oder sich in seine Lage zu versetzen (act. G 11.2, S. 12). Mithin ist davon auszugehen, dass auch die Parteigutachterin lediglich eine andere medizinische Würdigung des gleichen Sachverhalts vornimmt. Insoweit sich der Gesundheitszustand nach Verfügungserlass verschlechtert haben sollte, könnte darauf im vorliegenden Verfahren ohnehin nicht eingetreten werden. Vielmehr wäre ein solcher Sachverhalt Gegenstand eines neuen Verfahrens.

3.5 Geht man mit dem asim-Gutachten von einer remittierten depressiven Episode aus, erscheint auch die vom asim festgestellte Arbeitsfähigkeit von 100 % aus rein psychiatrischer Sicht als plausibel.

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung hinsichtlich der körperlichen Leistungsfähigkeit macht der Rechtsvertreter sodann geltend, das rheumatologische Gutachten halte eine leistungsmässige Einschränkung von 20 % für möglich. Das Gutachten ziehe nicht die richtigen Schlüsse, wenn es trotz der genannten Einschränkungen (wenig belastend für das Achsenskelett, Heben und Tragen von



Lasten in Lendenhöhe maximal 10 kg, in Brusthöhe maximal 5 kg, Hantieren mit Werkzeugen soll für die oberen Extremitäten und Hände leichte bis maximal mittelschwere Belastungen beinhalten, Arbeiten über Kopfhöhe nur bis maximal 15 Minuten) von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgehe. Zwar ist mit dem Beschwerdeführer festzustellen, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung des rheumatologischen Gutachters insofern nicht ganz klar erscheint, als er sich nicht definitiv darauf festlegt, ob der Beschwerdeführer nun vermehrte Pausen benötigt oder nicht, wobei das Gutachten von einer Einschränkung von maximal 20 % ausgeht. Indessen ist selbst bei einer grosszügigen Auslegung, d.h. bei Annahme einer lediglich 80 %-igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit bei vollem Pensum nicht von einem Rentenanspruch auszugehen (vgl. unten E. 3.7), weshalb die Arbeitsfähigkeit nicht genauer festgelegt zu werden braucht.

3.6 Schliesslich ist noch kurz auf den Vorwurf einzugehen, die Gutachtenstelle sei auf Grund der Auftragslage von der Invalidenversicherung abhängig. Nach der Rechtsprechung ist indessen nur eine fachlich-inhaltliche Unabhängigkeit des Gutachters gegenüber dem Auftraggeber verlangt. Selbst eine ausgedehnte Gutachtertätigkeit für die Verwaltung vermag keine Befangenheit im Sinne von Art. 36 ATSG zu begründen, selbst dann nicht, wenn der betreffende Gutachter sein Einkommen vollständig durch Gutachtensaufträge der Invalidenversicherung erzielen sollte (Urteil vom 28. August 2007 [9C\_67/2007] E. 2.3). Somit lässt sich auch daraus nichts ableiten, das gegen die Verwendbarkeit des angefochtenen Gutachtens sprechen würde.

3.7 Als Ergebnis lässt sich damit festhalten, dass die asim-Gutachten weder durch die Ausführungen Dr. D.\_\_\_\_ noch jenen von med. pract. F.\_\_\_\_ erschüttert werden können. Mithin ist darauf abzustellen. Daran ändert auch nichts, dass der Verdacht auf Aggravation oder Simulation nach Ansicht der Gutachter erst noch erhärtet werden müsste. Auch ohne weitere Abklärung geht das Verlaufsgutachten schlüssig von einer seit zwei Jahren remittierten depressiven Episode und einer - aus psychiatrischer Sicht - vollständigen Arbeitsfähigkeit aus (vgl. auch RAD-Bericht vom 26. Februar 2009 [act. G 5.1/115.2]). Im Übrigen blieb die Aggravationstendenz des Beschwerdeführers auch anderen Ärzten nicht verborgen. So wies bereits Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, Rheumatologie, in seinem Konsiliarbericht zu Händen der Helsana



Krankenversicherung vom 20. September 2005 auf "bewusstseinsnahe Elemente" hin, weshalb mit invasiven Eingriffen vorsichtig umgegangen werden sollte, da diese eine weitere Stigmatisierung und Schmerzverstärkung bewirken könnten (SUVA-Akten).

3.8 Zur Berechnung des Invalideneinkommens macht der Beschwerdeführer geltend, es sei ein Leidensabzug von 20 % vorzunehmen. Der Beschwerdeführer sei auf Grund seiner rudimentären Schulbildung und fehlender Berufsausbildung, den schlechten Deutschkenntnissen und seinem Aufenthaltsstatus gegenüber anderen und gesunden Hilfsarbeitern auf dem Arbeitsmarkt deutlich benachteiligt. Nur schon auf Grund des aus rheumatologischer Sicht propagierten Zumutbarkeitsprofils habe er wegen den somatischen Einschränkungen einen erhöhten Pausenbedarf und sei auch bei leichten Tätigkeiten, wie Kontrollarbeiten, nur beschränkt einsetzbar.

Nach der Rechtsprechung hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen - insbesondere auch von invaliditätsfremden Faktoren - des konkreten Einzelfalles ab (etwa leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/ Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25% festzusetzen ist. Eine schematische Vornahme des Leidensabzuges ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b, bestätigt etwa in AHl 2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen).

Vorliegend gewährte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in diesem Verfahren einen Leidensabzug von 10 %, weil er nur noch leichte Hilfsarbeiten verrichten könne. Damit erscheint ein weiterer Abzug infolge der geringen Schulbildung, der fehlenden Berufsausbildung sowie der geringen Deutschkenntnisse nicht gerechtfertigt. In den für den Beschwerdeführer noch in Frage kommenden Tätigkeiten dürften diese Defizite nicht sehr schwer wiegen. Im Übrigen erzielte der Beschwerdeführer als Gesunder trotz dieser Mankos ein überdurchschnittliches Einkommen, so dass nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden kann, diese Eigenschaften des Beschwerdeführers wirkten sich lohnsenkend aus. Dasselbe gilt für den Aufenthaltsstatus. Im Weiteren ist gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung zum Teilzeitabzug von Vollzeit arbeitenden Männern mit beschränkter



Leistungsfähigkeit kein solcher vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 2. November 2007 [I 69/07] E. 5.2, seither mehrfach bestätigt in 8C\_765/2007 E. 4.3.3, 9C\_344/2008 E. 4, 9C\_980/2009 E. 3.1.2). Dementsprechend kann dieses Kriterium auch beim Leidensabzug nicht berücksichtigt werden. Nachdem die gesundheitsbedingte Notwendigkeit von vermehrten Pausen bereits mit der Annahme einer 80 %-igen Arbeitsfähigkeit berücksichtigt wurde (vgl. oben E. 3.4), ist es nicht gerechtfertigt, hier einen weiteren Abzug zu gewähren. Einzig das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers sowie die lange Dienstzeit beim ehemaligen Arbeitgeber (1987 bis 2004 [act. G 5.1/26.1]) können zusätzlich zum von der Beschwerdegegnerin gewährten Abzug berücksichtigt werden. Es rechtfertigt sich damit, von einem 15 %-igen Leidensabzug auszugehen (vgl. ähnlich gelagerte Fälle, z.B. IV 07/147).

3.9 Der Invaliditätsgrad beträgt damit 38,9 % (Valideneinkommen 2003 Fr. 64'313.-- [act. G 5.1/16.2 und 26.2], Invalideneinkommen Fr. 39'267.-- [LSE 2003, 41,7 h, Niveau 4: Fr. 57'745.-- x 80 % x 85 %]), weshalb kein Anspruch auf eine Rente besteht.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist daran anzurechnen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

**entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.



2. Der Beschwerdeführer bezahlt die Gerichtskosten von Fr. 600.--, unter Anrechnung des in gleicher Höhe geleisteten Vorschusses.