



**Fall-Nr.:** IV 2011/406  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 16.08.2019  
**Entscheiddatum:** 04.12.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 04.12.2013**

**Art. 16 ATSG. Art. 43 ATSG. Würdigung verschiedener medizinischer Berichte und Gutachten. Rückwirkende Beurteilung eines langjährigen Krankheitsverlaufs (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Dezember 2013, IV 2011/406).**

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie Löhner; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

#### **Entscheid vom 4. Dezember 2013**

in Sachen

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

**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

**Rente**



### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 30. Januar 2001 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1). Sein damaliger Hausarzt, Dr. med. B.\_\_\_\_, berichtete am 5. Juni 2001 (IV-act. 12), der Versicherte leide an Inguinal- und Oberschenkelschmerzen rechts bei Femurkopfnekrose der rechten Hüfte und 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. In einer Tätigkeit ohne langes Stehen und ohne Heben schwerer Lasten sei der Versicherte voll arbeitsfähig. Mit einem Vorbescheid vom 4. Oktober 2001 (IV-act. 16) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie beabsichtige, sein Rentengesuch abzuweisen. Am 23. November 2001 (IV-act. 19–2 f.) teilte Dr. med. C.\_\_\_\_ mit, der Versicherte leide nicht nur unter Beschwerden von Seiten der Femurkopfnekrose, sondern auch unter Schmerzen an verschiedenen anderen Körperteilen. Diese Schmerzen stünden gegenwärtig gegenüber den Hüftschmerzen im Vordergrund. In einem Bericht vom 2. November 2001 (IV-act. 19–4 ff.) hatte Dr. med. D.\_\_\_\_ als Diagnosen chronische Schmerzen und Parästhesien 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. Auf eine Nachfrage der IV-Stelle hin berichtete Dr. D.\_\_\_\_ am 27. Dezember 2001 (IV-act. 22–5), bezüglich des Thoracic outlet-Syndroms und des cervico-thoraco-vertebralen Syndroms würden intensive physikalische Massnahmen durchgeführt. Da keine strukturellen Probleme und keine wesentlichen degenerativen 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.



## St.Galler Gerichte

A.b Vom 26. Februar bis zum 26. März 2002 hielt sich der Versicherte zur Rehabilitation in der Klinik Valens auf. Diese führte in ihrem Austrittsbericht vom 11. April 2002 aus (IV-act. 28), der Versicherte leide an einem cervicospondylogenen und cervicobrachialen Schmerzsyndrom beidseits mit/bei Status nach einem Distorsionstrauma der Halswirbelsäule im Jahr 1998 und einer Streckhaltung C2–6 und muskulärer Dysbalance, an einem lumbospondylogenen Syndrom beidseits, an einer Anpassungsstörung mit einer depressiven Reaktion mittleren Grades sowie an einer mässiggradigen Coxarthrose rechts mit/bei umschriebener Femurkopfnekrose 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 Prozent. Ein positiver Borrelien-Titer habe nicht mit den Beschwerden in Verbindung gebracht werden können. Nach einer sechsmonatigen antidepressiven Therapie sollte die Arbeitsfähigkeit nochmals beurteilt werden. In der Folge trat der Versicherte am 21. Mai 2002 in eine berufliche Abklärungsstelle ein, ohne allerdings eine entsprechende Leistungszusage der IV-Stelle vorweisen zu können. Der Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 22. Juli 2002 (IV-act. 43), 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 Prozent. Der Berufsberater der IV-Stelle hielt am 15. August 2002 fest (IV-act. 46), die berufliche Abklärung sei am 19. Juli 2002 abgebrochen worden, weil sie von der Invalidenversicherung nicht gutgeheissen worden sei. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent und einem Abzug vom Tabellenlohn von 18 Prozent resultiere ein zumutbares Invalideneinkommen von 23'439 Franken. Das Valideneinkommen betrage 60'682 Franken. Am 20. August 2002 erfuhr die IV-Stelle (IV-act. 50), dass 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 Zürich abzuwarten.

A.c Der Infektiologe Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_ erstattete am 21. Dezember 2004 das von der Suva in Auftrag gegebene Gutachten (IV-act. 76). Er berichtete, der Versicherte habe



## St.Galler Gerichte

über Gelenkschmerzen, Müdigkeit und Leistungsintoleranz geklagt. Im Vordergrund hätten Schmerzen im rechten Hüftgelenk, vor allem im Bereich der Leiste, im Gesäss rechts mit Ausstrahlung bis in die Füsse, Schmerzen im Bereich beider Schultern und Handgelenke, der Halswirbelsäule, des Kopfes und der Augen gestanden. Die klinische Untersuchung habe den klaren Befund einer Coxarthrose rechts, eine grenzwertige Hypertonie und eine 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 eine 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 Halswirbelsäule könnten durch degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule mit konsekutivem Cervicalsyndrom erklärt werden. Insgesamt sei der Versicherte zu 100 Prozent 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 (Suva-act. 54), auf den Prof. Dr. F.\_\_\_\_ Bezug genommen hatte, waren folgende Diagnosen angegeben worden: Panvertebralsyndrom mit Cervicobrachialgie und Lumboischialgie beidseits, Fibromyalgiesyndrom und Lyme-Borreliose. Dr. med. G.\_\_\_\_ hatte am 21. Oktober 2002 berichtet (Suva-act. 28), es bestehe eine noch floride Lyme-Borreliose, wobei das Zentralnervensystem aktuell noch mitbeteiligt sei. Es sei schwierig abzuschätzen, welche klinischen Symptome zur Lyme-Borreliose gehörten.

A.d Die Suva teilte der IV-Stelle am 9. November 2005 mit (IV-act. 82), der Versicherte werde stationär in der Rehaklinik Bellikon untersucht. In ihrem Austrittsbericht vom 21. Dezember 2005 führten die Ärzte der Rehaklinik Bellikon aus (Suva-act. 89), sie hätten folgende Diagnosen erhoben: Einen Status nach einem Zeckenbiss am 5. Mai 2001 und Lyme-Borreliose, einen Status nach einem Autounfall im Oktober 1996



mit Verdacht auf ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, einen Status nach einer Inguinalhernienoperation im Jahr 2000, degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule, eine Femurkopfnekrose der rechten Hüfte sowie eine Coxarthrose beidseits, rechtsbetont. In der interdisziplinären Zusammenfassung im Rahmen der neurologischen Stellungnahme vom 23. Dezember 2005 (Suva-act. 114, S. 9 f.) wurde ausgeführt, die Nacken- und Schulterbeschwerden könnten zu einem erheblichen Teil dem degenerativen Halswirbelsäulenbefund 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 späte Auftreten gegen diese Diagnose. Die geltend gemachten Schmerzen im cervicobrachialen und im Hüftbereich seien durch die degenerativen Veränderungen genügend erklärt. Aus psychiatrischer Sicht 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. In der traumatologischen Stellungnahme vom 31. Mai 2006 (Suva-act. 111) führten die Ärzte der Klinik Bellikon aus, im Vordergrund stünden das Cervicobrachialsyndrom beidseits und die Hüftbeschwerden rechts. Neue



Röntgenbilder hätten degenerative Veränderungen C5–7 ergeben. Es sei ein neues vertebrospinales Kernspintomogramm von C0 bis Th6 angefertigt worden. Der Vergleich mit dem drei Jahre alten Magnetresonanzbild habe nur eine minimale Zunahme der degenerativen Veränderungen gezeigt. Der Kompression der Nervenwurzeln C6 und C7 links habe kein klinisches Korrelat entgegengesetzt werden können. Die Parästhesien träten in allen Fingern beider Hände auf und seien somit nicht dermatombezogen. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule 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, sodass bereits eine Totalprothese zur Diskussion stehe. Funktionell habe sich die Coxarthrose noch nicht als gravierend erwiesen, sodass eine vorwiegend sitzende leichte Arbeit ganztags zumutbar sei. Das lumbospondylogene Schmerzsyndrom falle weniger ins Gewicht, die Arbeitsfähigkeit werde dadurch nicht tangiert. Es sei nicht wahrscheinlich, dass die Beschwerden im muskulo-skelettalen Bereich durch die Borreliose verursacht seien.

A.e Die IV-Stelle beauftragte daraufhin die Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) mit einer interdisziplinären Begutachtung. Die Sachverständigen führten im Gutachten vom 19. März 2008 aus (IV-act. 100), folgende Diagnosen seien erhoben worden: Chronisches cervicovertebrales Schmerzsyndrom und occipitofrontale Kopfschmerzen, anamnestisch seit dem Jahr 1996, chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, Coxarthrose beidseits, Status nach Hüfttotalendoprothese rechts am 11. September 2006, sowie – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – Status nach Zeckenbiss im Mai 2001 mit Borrelienexposition, leichte Ringbandstenose-Symptomatik im Mittel- und Ringfinger links, epicondylopathische Ellbogenbeschwerden beidseits, Verdacht auf arterielle Hypertonie, Status nach Inguinalhernienoperation rechts im Jahr 2000 und Status nach Autounfall im Oktober 1996. 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



## St.Galler Gerichte

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 Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei altersentsprechend ebenfalls weitgehend frei. Endphasig träten leichte cervicale Schmerzen ohne radiculäre Schmerzkomponente auf. Es zeigten sich tiefcervicale leichte Muskelverspannungen und diffuse Druckdolenzen der Weichteile interscapulär und paracervical beidseits bis entlang der linea nuchalis. An den Händen bestünden eine Ringbandstenose-Symptomatik links an zwei Gelenken und epicondylopathische 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 Halswirbelsäule 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 Status nach Gelenkersatz vor. Beide Hüftgelenke seien frei beweglich und schmerzlos. Aus muskulo-skelettaler Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht vermindert. Gültig sei diese Einschätzung ab dem Rehabilitationsabschluss nach dem Hüftgelenkseingriff im September 2006. Es bestünden muskuläre und diffuse Weichteildolenzen im Schultergürtelbereich, aber ohne rotatorenmanschettentendinopathische 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 zehn Kilogramm, ohne Arbeiten über dem Kopf oder gebückt, nicht ausschliesslich gehend oder stehend, ohne häufiges Treppensteigen, ohne repetitive greifende Bewegungen und ohne monotone Körperhaltungen sei der Versicherte zu 100 Prozent arbeitsfähig.



## St.Galler Gerichte

A.f Mit einer Verfügung vom 15. Oktober 2008 (IV-act. 122) wies die IV-Stelle das Rentengesuch des Versicherten ab, nachdem sie gestützt auf das Gutachten der asim einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von sieben Prozent ermittelt hatte. Eine dagegen erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit einem Entscheid vom 17. Juni 2010 (IV 2008/476; vgl. IV-act. 141) teilweise gut. Es führte aus, es sei aufgrund der Akten davon auszugehen, dass aus muskulo-skelettaler Sicht für eine adaptierte Tätigkeit seit dem Jahr 2001 durchgehend eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Weiter sei erwiesen, dass spätestens ab der Untersuchung durch die Rehaklinik Bellikon aus psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit nicht mehr beeinträchtigt gewesen sei. Es stehe allerdings nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, ob und allenfalls in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit im Zeitraum zwischen dem Frühjahr 2002 und der Begutachtung durch die Rehaklinik Bellikon aus psychiatrischen Gründen beeinträchtigt gewesen sei. Die IV-Stelle habe diesbezüglich weitere Abklärungen zu tätigen. Falls sich die Frage objektiv nicht mehr beantworten lasse, werde der Versicherte den Nachteil der Beweislosigkeit zu tragen haben. Die Kritik von Dr. G. \_\_\_ am infektiologischen Teilgutachten der asim erscheine plausibel und setze dessen Überzeugungskraft erheblich herab. Allerdings überzeuge auch das Attest einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht. Bezüglich einer allfälligen durch eine Lyme-Borreliose und deren Spätfolgen verursachten Arbeitsunfähigkeit fehle es daher für die Zeit ab dem frühestmöglichen Rentenbeginn an einer überwiegend wahrscheinlich richtigen Arbeitsfähigkeitsschätzung. Die IV-Stelle werde diesbezüglich weitere Abklärungen zu tätigen haben. Das Versicherungsgericht wies die Angelegenheit zur Durchführung der erwähnten ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurück.

A.g Die IV-Stelle beauftragte in der Folge die medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Inselspital Bern mit der Erstellung eines weiteren Gutachtens. Am 7. Dezember 2010 (IV-act. 153) teilte die MEDAS Inselspital Bern der IV-Stelle mit, dass für den Fachbereich Infektiologie ein separates Gutachten erstellt werden müsse, was zusätzliche Kosten von etwa 2'000 bis 3'000 Franken verursachen werde. Die IV-Stelle bzw. deren regionaler ärztlicher Dienst (RAD) erteilte am 16. Dezember 2010 (IV-act. 157) eine entsprechende zusätzliche Kostengutsprache. Das Gutachten wurde am 28. Januar 2011 erstellt (IV-act. 163). Die Sachverständigen führten aus, aus psychiatrischer Sicht seien keine Diagnosen zu erheben. Der Versicherte habe zwar



einzelne Merkmale gezeigt, die für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sprechen könnten. Gesamthaft lasse sich aber die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht rechtfertigen, da sich ein massgeblicher innerseelischer Konflikt oder eine ausreichend schwere massgebliche Belastungssituation, welche in enger Verknüpfung mit der Entwicklung des Schmerzsyndroms vorliege, nicht mit hinreichender Zuverlässigkeit ausmachen lasse. Auch die Merkmale einer depressiven Störung seien nicht hinreichend erfüllt. Soweit dies rückblickend bewertet werden könne, sei ab dem 27. Dezember 2001 eine durchgehende Arbeitsfähigkeit von 100 Prozent aus psychiatrischer Sicht zu attestieren. Die sich aus der Anamnese ergebenden krankheitsbedingten Zeiten von Arbeitsunfähigkeit hätten kein rentenberechtigendes Ausmass angenommen. Rückblickend sei die im Austrittsbericht der Klinik Valens postulierte Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen nicht zu bestätigen. Eine Nachuntersuchung hätte zudem bei suffizienter psychiatrischer Behandlung eine Besserung des psychischen Zustandes erwarten lassen, da depressive Anpassungsstörungen in der Regel binnen weniger Wochen oder einiger weniger Monate abklängen. Die von Dr. E.\_\_\_\_ mitgeteilte massive Anpassungsstörung sei retrospektiv nicht nachvollziehbar. Auch die differentialdiagnostischen Erwägungen der Klinik Bellikon, die psychische Beeinträchtigung erinnere noch an eine wellenförmig auftretende Anpassungsstörung, seien nur schwer nachvollziehbar, weil eine Anpassungsstörung selbst bei protrahiertem Verlauf spätestens nach zwei Jahren abklinge oder in eine andere psychische Störung übergehe. Die damalige Diskussion einer Dysthymia sei insoweit angemessen. Auch die Einschätzung, der Versicherte könne wieder in den Arbeitsprozess integriert werden, sei nachvollziehbar. Retrospektiv habe zwischen dem 11. April 2002 bzw. dem 22. Juli 2002 und dem 4. Januar 2006 keine die Arbeitsfähigkeit anhaltend tangierende psychische Beeinträchtigung bestanden. Der Rheumatologe schloss ein entzündlich-rheumatisches Geschehen aus, attestierte aber unter Berücksichtigung der Diagnosen hinsichtlich des Bewegungsapparates qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht wurde das Vorliegen einer Diagnose mit Relevanz für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit verneint. Der Infektiologe führte aus, bei einem Status nach Zeckenbissen im Mai 2001 mit Borrelien-Exposition seien die aktuell beschriebenen Gelenkschmerzen ohne Ergussbildung nicht typisch für eine Borrelien-Arthritis. Laborchemisch fehlten Hinweise auf eine frühe Neuroborreliose und auf einen Status



nach formal korrekter, klinisch aber nicht indizierter Behandlung einer postulierten Neuroborreliose im Jahr 2002. Der Versicherte erfülle formal die Kriterien für ein Post-Lyme-Syndrom nicht. Im infektiologischen Teilgutachten hatten die Sachverständigen ausgeführt, serologisch bestehe ein Status nach Kontakt mit *Borrelia burgdorferi*. Dies sei durch eine positive Borrelienserologie im Jahr 2002 dokumentiert. Die positive Serologie erlaube aber keine Aussage bezüglich des Krankheitsstadiums oder der Krankheitsaktivität. Sie sei auch nicht als Parameter zur Verlaufskontrolle oder zur Beurteilung des Therapieansprechens geeignet. Ob es sich bei den im Jahr 2002 angegebenen Symptomen tatsächlich um eine aktive Borreliose im Sinne einer Lyme-Arthritis gehandelt habe, sei retrospektiv nicht konklusiv zu beurteilen. Der Versicherte sei zum damaligen Zeitpunkt mit einer für die Therapie der Lyme-Arthritis adäquaten Medikation behandelt worden. Die später postulierte Neuroborreliose lasse sich bei fehlendem Nachweis einer intrathekalen Antikörperproduktion und normaler Liquorzellzahl nicht bestätigen. Es sei eine formal korrekte, nach Ansicht der Sachverständigen aber nicht indizierte Behandlung durchgeführt worden. Die aktuell beschriebenen Gelenksschmerzen ohne Ergussbildung seien nicht typisch für eine Borrelien-Arthritis. Aus infektiologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Der Versicherte habe gegenüber den Gutachtern angegeben, dass er seit September 2009 im Rahmen eines Projektes des Sozialamtes erwerbstätig sei. Er arbeite montags und mittwochs jeweils den ganzen Tag und donnerstags am Nachmittag. Es handle sich um eine Fabrikarbeit mit Bearbeitung von Teilen für die Autozulieferer-Industrie. Es sei eine Arbeit für „Leute ohne Kopf“; er würde gerne etwas Anspruchsvolleres machen. Der Versicherte legte den Gutachtern den unterschriebenen Einsatzvertrag vor.

A.h Mit einem Vorbescheid vom 8. September 2011 (IV-act. 174) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie vorsehe, sein Rentengesuch abzuweisen. Dagegen liess der Versicherte am 14. Oktober 2011 (IV-act. 175) einwenden, das Gutachten der MEDAS Inselspital Bern leide an zahlreichen, eklatanten Mängeln, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. So hätten die Sachverständigen seine Ergänzungsfragen nicht beantwortet. Die geklagten Beschwerden seien sodann nicht ausreichend einlässlich und umfassend erhoben und in die Gesamtbeurteilung mit einbezogen worden. Es fehle auch eine ausreichend einlässliche Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten. Die Sachverständigen hätten weder zum Gutachten von



Prof. Dr. F.\_\_\_\_ noch zu den Berichten von Dr. G.\_\_\_\_ Stellung genommen. Das im Rahmen des infektiologischen Teilgutachtens abgegebene Kurzattest entspreche den an eine lege artis durchgeführte Begutachtung zu stellenden Beweisanforderungen in keiner Hinsicht. Es fehlten Befunderhebungen und eine Bezugnahme auf die geklagten Beschwerden ebenso wie eine Auseinandersetzung mit den massgebenden Diagnosekriterien. Die Sachverständigen hätten nur auf die Gelenkschmerzen Bezug genommen und die zahlreichen weiteren Beschwerden, Limitierungen und Defizite zu Unrecht nicht berücksichtigt. Das Gutachten sei daher nicht verwertbar. Eventualiter werde deshalb die Einholung eines weiteren Gutachtens beantragt. Allerdings würden die vorhandenen Akten die Beurteilung des Rentenanspruchs bereits erlauben. Es sei nämlich ausgewiesen, dass der Versicherte vollständig arbeitsunfähig sei. Falls eine Restarbeitsfähigkeit wider Erwarten zu bejahen wäre, sei eine berufliche Abklärung erforderlich. Es sei allerdings zu bezweifeln, dass eine allfällige Restarbeitsfähigkeit noch verwertbar sei. Zumindest sei ein Abzug vom Tabellenlohn von 25 Prozent vorzunehmen. Schliesslich sei das Valideneinkommen deutlich zu tief festgelegt worden. Am 1. November 2011 (IV-act. 178) liess der Versicherte eine Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2011 einreichen. Dieser hatte beziehungsweise auf das Gutachten der MEDAS Inselspital Bern ausgeführt, es handle sich beim infektiologischen Teilgutachten um eine blosser „Schnellbeurteilung“. Die Untersucher hätten keine eigenen, zu einer zur Diskussion stehenden Infektionserkrankung wie der Lyme-Borreliose (wohl: notwendigerweise zu erhebenden Befunde) erhoben. Sie hätten den Versicherten physikalisch nicht untersucht und nach Spuren einer abgelaufenen Infektion gesucht. Der Versicherte sei von einem nicht erfahrenen Assistenten untersucht worden. Der Unterschrift des Oberassistenten (gemeint wohl: Oberarztes) dürfte rein formal sein. Die Untersucher hätten nicht einmal angegeben, welche Dokumente ihnen vorgelegen hätten. Entsprechend sei auch keine Diskussion geführt worden, in der die früher erhobenen Befunde beurteilt und gewertet worden wären. Die Diagnose sei unvollständig und überdies falsch. Es liege kein Status nach Borrelien-Exposition vor, sondern ein solcher nach Borrelien-Infektion. Im Serum hätten nämlich wiederholt spezifische Antikörper gegen *Borrelia burgdorferi* nachgewiesen werden können. Die Untersucher hätten statt einer sorgfältigen Anamnese eine subjektiv gefärbte Schilderung abgegeben. Sie hätten ausschliesslich die normalen Liquorbefunde erwähnt, nicht aber, dass zum Beispiel im Liquor Antikörper gegen das



Flagellin und gegen p83 gefunden worden seien, die im Liquor auch bei einer Schrankenstörung nicht zu finden seien. Die Argumentation gegen das Post-Lyme-Syndrom hätte gerade angesichts der umstrittenen zeitlichen Zusammenhänge wesentlich fundierter ausfallen müssen. Gesamthaft liege eine nicht brauchbare, im Schnellverfahren erhobene, oberflächliche Beurteilung vor. Als Gutachten könne dies nicht bezeichnet werden. Nachdem der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ am 10. November 2011 (IV-act. 181) bezugnehmend auf die Einwendungen des Versicherten gegen den vorgesehenen Entscheid ausgeführt hatte, es bestehe kein weiterer Abklärungsbedarf in medizinischer Hinsicht, insbesondere seien die Ergänzungsfragen von den Gutachtern beantwortet worden, was der Rechtsvertreter offenbar übersehen habe, verfügte die IV-Stelle am 15. November 2011 (IV-act. 182) die Abweisung des Rentengesuchs.

B.

B.a Dagegen liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 16. Dezember 2011 Beschwerde erheben (act. G 1). Er liess die Zusprache einer ganzen Rente spätestens ab dem 1. März 2000 und „sämtlicher weiterer Leistungen aus der Eidgenössischen Invalidenversicherung (insbesondere auch berufliche Massnahmen)“ beantragen. Zur Begründung liess er vorab ausführen, die angefochtene Verfügung sei ungenügend begründet worden. Zudem habe die Beschwerdegegnerin ohne jede Begründung seine Ergänzungsfragen, die er seiner Eingabe vom 14. Oktober 2011 (nochmals) beigelegt habe, den Gutachtern nicht vorgelegt, was eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör darstelle. Dies gelte insbesondere für die im Zusammenhang mit der Eingabe vom 14. Oktober 2011 zusätzlich gestellten Ergänzungsfragen. Ansonsten entsprach die Beschwerdebegründung im Wesentlichen der Begründung der Einwände gegen den Vorbescheid.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 13. Februar 2012 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, der Beschwerdeführer verkenne, dass im Entscheid IV 2008/476 des Versicherungsgerichts vom 17. Juni 2010 bereits verschiedene Teilaspekte verbindlich festgelegt worden seien, weshalb darauf vorliegend nicht mehr einzugehen sei. Das Gutachten der MEDAS Inselspital Bern beantworte die offenen Fragen und sei schlüssig und



## St.Galler Gerichte

nachvollziehbar, weshalb darauf abzustellen sei. Dr. G.\_\_\_\_ sei offensichtlich befangen. Seine Ausführungen weckten keine Zweifel an der Zuverlässigkeit des Gutachtens der MEDAS Inselhospital Bern.

B.c Am 5. März 2012 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt (act. G 7).

B.d Am 23. Mai 2012 liess der Beschwerdeführer replicando an seinen Anträgen festhalten und zur Begründung ergänzend ausführen, entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin sei das vorliegende Verfahren nicht auf die Rentenfrage zu beschränken. Dem Entscheid IV 2008/476 des Versicherungsgerichts vom 17. Juni 2010 komme im vorliegenden Verfahren nicht der Charakter eines Teilentscheides zu, weshalb die Prüfung der Leistungsansprüche vollumfänglich zu erfolgen habe (act. G 13).

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 15).

### Erwägungen:

1.

1.1 Zu beurteilen ist vorliegend eine Verfügung, mit der ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers gegenüber der Invalidenversicherung verneint worden ist. Die angefochtene Verfügung äussert sich nicht zu allfälligen weiteren Ansprüchen des Beschwerdeführers gegenüber der Invalidenversicherung. Die Beurteilung solcher weiterer Ansprüche würde deshalb eine unzulässige Ausdehnung des Streitgegenstandes darstellen. Ob und allenfalls für welche weiteren Leistungen sich der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin angemeldet hat, bildet vorliegend nicht Teil des Streitgegenstandes, denn über allfällige weitere Leistungsbegehren wäre mit entsprechenden Verfügungen zu entscheiden, welche ihrerseits mittels einer Beschwerde angefochten werden könnten. Das vorliegende Verfahren hat sich jedenfalls auf die Rentenfrage zu beschränken, weshalb auf die entsprechenden Begehren des Beschwerdeführers nicht einzutreten ist.

1.2 Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (vgl. Art. 42 ATSG), wie sie der Beschwerdeführer geltend macht, liegt nicht vor. Die Ergänzungsfragen, die er der



Beschwerdegegnerin zuhanden der Gutachter der MEDAS Inselehospital Bern zugestellt hatte, sind von diesen zur Kenntnis genommen und ausführlich beantwortet worden. Die Sachverständigen haben die Fragen zwar als „ergänzende Zusatzfragen des RAD“ bezeichnet (wohl, weil sie ihnen via RAD weitergeleitet worden sind), aber ein Vergleich zwischen den dort wiedergegebenen Fragen (vgl. IV-act. 163–28 ff.) und den Ergänzungsfragen des Beschwerdeführers (vgl. IV-act. 155–2) zeigt, dass es sich um die Ergänzungsfragen des Beschwerdeführers handelt bzw. dass lediglich die Überschrift missverständlich ist. Die Rüge des Beschwerdeführers, sein Anspruch auf rechtliches Gehör sei verletzt worden, weil die Gutachter nicht auf seine Fragen eingegangen und diese nicht beantwortet hätten, erweist sich als unbegründet. Keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist auch darin zu erblicken, dass die Beschwerdegegnerin die nach dem Eingang des Gutachtens zusätzlich gestellten Ergänzungsfragen nicht an die Sachverständigen weitergeleitet hat. Sinngemäss hat er damit um eine Ergänzung des Gutachtens ersucht. Die Beschwerdegegnerin hat diesen sinngemässen Antrag konkludent abgewiesen, indem sie die entsprechenden Fragen nicht an die Sachverständigen weitergeleitet, sondern gestützt auf das Gutachten über das Rentengesuch entschieden hat. Die fehlende Begründung stellt keine Gehörsverletzung dar, weil sich aus der gesamten Begründung ohne Weiteres ergibt, dass die Beschwerdegegnerin davon ausgegangen ist, dass eine Ergänzung des Gutachtens nicht notwendig sei. Der Anspruch auf rechtliches Gehör verpflichtet die Verwaltung nicht in jedem Fall ohne Weiteres, weitere Abklärungen zu tätigen. Allenfalls stellt die konkludente Abweisung des sinngemässen Gesuchs des Beschwerdeführers um eine Ergänzung des Gutachtens eine Verletzung der Abklärungspflicht dar. Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör liegt diesbezüglich aber nicht vor. Auch die knappe Begründung der angefochtenen Verfügung stellt keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör dar, weil anhand der gesamten Akten ohne Weiteres nachvollzogen werden können, weshalb die Beschwerdegegnerin so entschieden hat. Auch wird aus den Akten ersichtlich, dass sie sich mit den Argumenten des Beschwerdeführers auseinandergesetzt hat. Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist deshalb gesamthaft zu verneinen.

2.



2.1 Der Beschwerdeführer leidet an vielfältigen Gesundheitsbeschwerden. Entscheidend für die Beurteilung des Rentenanspruchs ist, ob und inwiefern die einzelnen Gebrechen seine Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen. Anders ausgedrückt interessiert, welche Tätigkeiten er in welchem Umfang trotz seiner Gesundheitsbeeinträchtigungen noch ausüben könnte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Entscheid IV 2008/476 des Versicherungsgerichtes vom 17. Juni 2010 bereits festgehalten worden ist, dass aus muskulo-skelettaler Sicht für eine adaptierte Tätigkeit seit dem Jahr 2001 durchgehend eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden habe und dass spätestens ab der Untersuchung durch die Rehaklinik Bellikon aus psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit nicht mehr beeinträchtigt gewesen sei. Zu prüfen ist also vorliegend nur, ob und allenfalls inwiefern die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch eine allfällige Lyme-Borreliose und deren Spätfolgen und – im Zeitraum vom Frühjahr 2002 bis Ende 2005 – durch allfällige psychische Beschwerden beeinträchtigt (gewesen) ist. Es bietet sich an, nachfolgend die einzelnen Komplexe je für sich einzeln zu beurteilen. Anschliessend ist eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen, da die einzelnen Beschwerdekompexe zwar allenfalls nicht für sich allein, aber im Zusammenspiel dagegen eine relevante Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben können.

2.2 Obwohl im Zeitraum seit der Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung im Jahr 2001 die somatischen Beschwerden erhebliche Veränderungen erfahren haben, lässt sich anhand der massgebenden Akten für adaptierte Tätigkeiten eine durchgehende volle Arbeitsfähigkeit postulieren. Dr. med. B.\_\_\_\_ hat in seinem Bericht vom 5. Juni 2001 einzig eine Femurkopfnekrose rechts angegeben, aber eine volle Arbeitsfähigkeit für den Hüftbeschwerden angepasste Tätigkeit attestiert. Die behandelnden Ärzte haben damals die Auffassung vertreten, dass eigentlich eine Hüftprothese rechts implantiert werden sollte. Dr. D.\_\_\_\_ hat am 27. Dezember 2001 zusätzlich auf ein chronisches cervico-thoraco-vertebrales Syndrom und einen Verdacht auf ein Thoracic outlet-Syndrom hingewiesen, aber ebenfalls eine volle Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten attestiert. Erst die Ärzte der Klinik Valens haben in ihrem Austrittsbericht vom 11. April 2002 eine um 50 Prozent verminderte Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten attestiert, wobei allerdings unklar ist, welcher Anteil der Arbeitsunfähigkeit auf die danach erstmals diagnostizierte Anpassungsstörung zurückzuführen war. Gemäss der traumatologischen Stellungnahme der Rehaklinik Bellikon vom 31. Mai 2006 sind im



Bereich der Halswirbelsäule nur minimale degenerative Veränderungen erkennbar gewesen. Auch die Ärzte der Rehaklinik Bellikon haben, auch unter Berücksichtigung der Coxarthrose, eine volle Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten attestiert. Am 11. September 2006 ist eine Hüftprothese rechts eingesetzt worden. Die Sachverständigen des asim haben in ihrem Gutachten vom 19. März 2008 ausgeführt, links sei eine beginnende Coxarthrose erkennbar. Dennoch bestehe aus muskulo-skelettaler Sicht für eine adaptierte Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Die Sachverständigen der MEDAS Inselspital Bern haben in ihrem Gutachten vom 28. Januar 2011 das postoperative Ergebnis am rechten Hüftgelenk explizit als „sehr gut“ bezeichnet. Sie haben weiter rezidivierende Beschwerden der Wirbelsäule bei Fehlstatik, Haltungsinsuffizienz, mässigem muskulären Hartspann und nur mässig gut trainierter Rumpfmuskulatur, radiologisch eine degenerative Veränderung der unteren Halswirbelsäule und lumbal beginnende degenerative Veränderungen ohne ein nervenwurzelbezogenes Defizit, eine beidseits verkürzte Ischiocruralmuskulatur sowie Funktionsschmerzen der Handgelenke radial diagnostiziert. Den entsprechenden Beschwerden haben sie aber keine quantitative Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt. Sie haben für leidensadaptierte Tätigkeiten ebenfalls eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert. Zusammenfassend ist für die Zeit ab 2001 in somatischer Hinsicht von einer durchgehend uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit auszugehen. Die muskulo-skelettalen Beeinträchtigungen bewirken also nur eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, indem sie das Spektrum der zumutbaren Tätigkeiten reduzieren. Es besteht kein Anlass, hinsichtlich dieser umfassend abgeklärten Beschwerden an den weitgehend übereinstimmenden Schlussfolgerungen der behandelnden und begutachtenden Ärzte zu zweifeln. Es steht deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die muskulo-skelettalen Beeinträchtigungen keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben.

2.3 Im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 11. April 2002 ist erstmals eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit des Beschwerdeführers angegeben worden. Die Ärzte haben die Diagnose einer Anpassungsstörung mit einer depressiven Reaktion mittleren Grades angegeben. Sie hatten eine medikamentöse Therapie eingeleitet. Da sie eine Neu beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach einer sechsmonatigen antidepressiven Behandlung empfohlen haben, muss vermutet werden, dass sie die



angegebene Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent auf die psychische Beeinträchtigung zurückgeführt haben. Weiter bedeutet dies, dass sie die psychische Beeinträchtigung als heilbar qualifiziert haben. Auch Dr. E. \_\_\_ hat am 22. Juli 2002 eine Anpassungsstörung festgestellt, die er als „massiv“ bezeichnet hat. Seine Arbeitsfähigkeitsschätzung (ebenfalls 50 Prozent) hat sich aber nicht allein auf die psychische Beeinträchtigung bezogen. Er hat vielmehr den gesamten (psychischen und somatischen) Zustand des Beschwerdeführers berücksichtigt. Bezüglich der Heilungschancen ist er hingegen pessimistischer gewesen als die Ärzte der Klinik Valens. Er hat den Zustand als stationär bzw. fraglich besserungsfähig qualifiziert. Im psychosomatischen Consilium der Rehaklinik Bellikon vom 4. Januar 2006 ist zwar über eine deutlich gesteigerte Unruhe und eine emotionale Labilisierung berichtet worden. Der zuständige Arzt ist aber davon ausgegangen, dass die Qualität eines eigentlichen depressiven Syndroms nicht erreicht sei; auch die Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung seien nicht erfüllt. Die psychische Beeinträchtigung erinnere aber noch an eine wellenförmig auftretende Anpassungsstörung. Der zuständige Arzt der Rehaklinik Bellikon hat sich zwar nicht explizit zur Arbeitsfähigkeit geäußert, aber er ist davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich wieder in den Arbeitsprozess integriert werden könne. Die Sachverständigen der asim haben keine psychiatrische Gesundheitsbeeinträchtigung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Die Gutachter der MEDAS Inselspital Bern haben retrospektiv die Zuverlässigkeit der Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Klinik Valens, von Dr. E. \_\_\_ und der Rehaklinik Bellikon in Frage gestellt. Ihrer Auffassung nach hat der Beschwerdeführer gemäss den von ihnen erhobenen Befunden und den Angaben in den Vorakten ab 2001 nie an einer länger dauernden, die Arbeitsfähigkeit in relevanter Weise einschränkenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung gelitten. Diese retrospektive Neubeurteilung, die sich vor allem auf formale Argumente stützt, vermag nicht vollständig zu überzeugen. Lediglich gestützt auf das neue Gutachten vom 28. Januar 2011 kann jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, der Beschwerdeführer sei insbesondere im Frühjahr 2002 vollständig arbeitsfähig gewesen. Für den Zeitraum zwischen der Behandlung in der Klinik Valens (Frühjahr 2002) bis zur stationären Begutachtung durch die Rehaklinik Bellikon (Ende 2005) bleibt ungewiss, ob und allenfalls in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus



psychischen Gründen beeinträchtigt gewesen ist. Fest steht aufgrund der Akten nur, dass der Beschwerdeführer vor der Behandlung in der Klinik Valens (Frühjahr 2002) und nach der stationären Begutachtung durch die Rehaklinik Bellikon (Ende 2005) nicht aus psychischen Gründen arbeitsunfähig gewesen ist. Daher ist in antizipierender Beweiswürdigung davon auszugehen, dass ein weiteres Gutachten, das sich retrospektiv zum Verlauf einer allfälligen relevanten psychischen Erkrankung und der dadurch verursachten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit äussern würde, keinen weiteren Erkenntnisgewinn verschaffen könnte. Es existieren nämlich keine echtzeitlichen medizinischen Berichte aus dem fraglichen Zeitraum, die noch nicht gewürdigt worden wären und weitere medizinische Untersuchungen sind naturgemäss nicht geeignet, neue Erkenntnisse bezüglich dieses vergangenen Zeitraumes zu verschaffen. Folglich ist eine Beweislosigkeit hinsichtlich einer möglichen psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit im Zeitraum vom Frühjahr 2002 bis Ende 2005 auszugehen, deren Nachteil der Beschwerdeführer zu tragen hat. Im Ergebnis bedeutet das, dass auch für diese Periode von einer zumindest aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen ist.

2.4 Zu beurteilen bleibt, welche Auswirkungen die Folgen des im Mai 2001 erlittenen Zeckenbisses auf die Arbeitsfähigkeit gehabt haben. Der Beschwerdeführer hat den Vorfall der Suva im Februar 2002 als Unfall gemeldet. Dr. G.\_\_\_\_ hat am 21. Oktober 2002 als Diagnose eine Lyme-Borreliose Stadium II mit Beteiligung des Bewegungsapparates und des zentralen Nervensystems angegeben. Er hat ausgeführt, in der Untersuchung habe ausser einer Spastizität der gesamten Muskulatur kein wesentlicher pathologischer Befund erhoben werden können. Die Untersuchungen bezüglich *Borrelia burgdorferi* hätten bei deutlich erhöhten Antikörpertitern ein Resultat ergeben, das mit einem lange anhaltenden Immunkontakt vereinbar sei. Im Liquor hätten sich eine leichte Zellzahlvermehrung und Antikörper gegen *Borrelia burgdorferi* finden lassen. Der Nachweis einer noch aktuellen autochthonen Antikörperproduktion hätte aber nicht erbracht werden können. Aufgrund der vorliegenden Resultate, insbesondere aufgrund der serologischen Daten, bestehe mit Eindeutigkeit eine noch floride Lyme-Borreliose. Da sich im Liquor auch ein Entzündungssyndrom gefunden habe, sei anzunehmen, dass das Zentralnervensystem aktuell noch mitbeteiligt sei. Es sei schwierig abzuschätzen, welche klinischen Symptome zur Lyme-Borreliose gehörten, da noch ein Panvertebralsyndrom und Coxarthrosen vorlägen.



Wahrscheinlich sei vor allem die Lyme-Borreliose eine Mitursache der muskulo-skelettalen Beschwerden. Die von Dr. G.\_\_\_\_ erhobenen Befunde sind also eher diskret gewesen. Abgesehen von einer Spastizität und den bereits damals bekannten muskulo-skelettalen Beschwerden hat Dr. G.\_\_\_\_ keine klinischen Befunde erhoben, welche die Arbeitsfähigkeit hätten beeinträchtigen können. Selbst hinsichtlich der muskulo-skelettalen Beschwerden erachtete er eine Lyme-Borreliose lediglich als eine wahrscheinliche Mitursache. Die späteren Stellungnahmen von Dr. G.\_\_\_\_ zu anderen fachärztlichen Berichten beschränken sich auf die Frage nach der genauen Diagnose; zur Arbeitsfähigkeit hat sich Dr. G.\_\_\_\_ nicht geäußert. Bezugnehmend auf einen Bericht eines Kreisarztes der Suva hat Dr. G.\_\_\_\_ am 10. Dezember 2003 (vgl. Suva-act. 59) ausgeführt, weshalb eine Rocephintherapie indiziert gewesen sei und dass ein Fibromyalgiesyndrom eine Folge einer Lyme-Borreliose sein könne. Er hat weder auf neue Befunde hingewiesen noch eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben. Am 21. Dezember 2006 (Suva-act. 127) hat Dr. G.\_\_\_\_ den Bericht der Rehaklinik Bellikon kritisiert und ausgeführt, es läge ein Syndrom vor, das einer Fibromyalgie ähnele, aber durch die Lyme-Borreliose verursacht sei. Auch in dieser Stellungnahme hat Dr. G.\_\_\_\_ nicht auf neue Befunde hingewiesen. Ebenfalls fehlen Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit. Einzig der Schlussfolgerung von Dr. G.\_\_\_\_, es müsse „unbedingt“ am Gutachten von Prof. Dr. F.\_\_\_\_ festgehalten werden, lässt den Rückschluss zu, dass Dr. G.\_\_\_\_ von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen ist. Prof. Dr. F.\_\_\_\_ hatte nämlich der Suva 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 Status nach Lyme-Borreliose abgeben. 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 Prozent auszugehen. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung vermag allerdings nicht zu überzeugen, da nicht bekannt ist, auf welche Art von Erwerbstätigkeit sie sich bezogen hat und da Prof. Dr. F.\_\_\_\_ möglicherweise die Folgen der Wirbelsäulen- und Hüftbeschwerden für die Arbeitsfähigkeit überschätzt hat. Zudem hat Prof. Dr. F.\_\_\_\_ nicht zum Ausdruck gebracht, ob und inwiefern er von der subjektiven Einschätzung des



Beschwerdeführers abgewichen ist. Es fehlt jedenfalls an eingehenden Ausführungen zur versicherungsmedizinisch relevanten Frage der Zumutbarkeit der Verrichtung von Arbeit trotz Beschwerden. In der traumatologischen Stellungnahme der Rehaklinik Bellikon vom 31. Mai 2006 zuhanden der Suva hatte dagegen ein muskulo-skelettaler Borreliosebefall nicht ausgeschlossen, aber auch nicht als wahrscheinlich betrachtet werden können. Im infektiologischen Konsilium zur Begutachtung durch die asim vom 7. Dezember 2007 ist ausgeführt worden, 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. G.\_\_\_\_ hat am 26. November 2008 in einer weiteren Stellungnahme nicht nur diese infektiologische Einschätzung, sondern die gesamte medizinische Abklärung durch die asim kritisiert und als nicht überzeugend erachtet. Soweit sich Dr. G.\_\_\_\_ auf die rheumatologische und die psychiatrische Abklärung bezogen hat, hat er seinen fachärztlichen Kompetenzbereich überschritten. Die Folgen des Zeckenbisses erklären nicht alle Beschwerden des Beschwerdeführers, denn es sind andere Ursachen zumindest eines Teils der Beschwerden nachgewiesen, wie im Übrigen auch Prof. Dr. F.\_\_\_\_ erkannt hat. Die Sachverständigen der Universitätsklinik für Infektiologie des Inselspitals Bern haben in ihrem Gutachten vom 7. Januar 2011 das Vorliegen eines Post-Lyme-Syndroms wie auch eine Borrelien-Arthritis und einer Neuroborreliose verneint und eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert. Dr. G.\_\_\_\_ hat dieses Gutachten mit einer weiteren Stellungnahme vom 26. Oktober 2011 kritisiert. Er hat insbesondere bemängelt, es handle sich um eine blosse Schnellbeurteilung. Auch wenn das Teilgutachten tatsächlich recht kurz ausgefallen ist, ist dieser Schluss nicht haltbar. Die Sachverständigen haben nämlich wohl bewusst darauf verzichtet, die gesamte Anamnese, von der sie annahmen, sie werde ja im Hauptgutachten bereits ausführlich wiedergegeben, nochmals wiederzugeben. Eine explizite Auseinandersetzung mit den abweichenden Meinungen (insbesondere von Dr. G.\_\_\_\_) fehlt zwar, die Schlussfolgerungen der Sachverständigen zeigen aber, dass und weshalb sie diese nicht teilen. Das Teilgutachten äussert sich sodann zur für das vorliegende Verfahren wesentlichen Frage nach der zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Entscheidend für die Beurteilung eines Rentengesuchs ist nämlich die Frage, welche Tätigkeiten der betroffenen Person qualitativ und quantitativ trotz



Gesundheitsbeeinträchtigungen zugemutet werden können. Diese Frage kann unter gewissen Voraussetzungen auch dann beantwortet werden, wenn bezüglich der genauen Diagnose noch gewisse Unsicherheiten bestehen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die klinische Untersuchung klar aufzeigt, welche Bewegungen und Belastungen der versicherten Person möglich sind. Vorliegend haben die klinischen Untersuchungen des Rheumatologen, des Neurologen und der Infektiologen ergeben, dass die Arbeitsfähigkeit lediglich für bestimmte Tätigkeiten beeinträchtigt ist. Eine weitere Klärung der Frage, welche Diagnosen im Zusammenhang mit den Folgen des Zeckenbisses zu bestätigen oder zu verwerfen sind, ist von vorneherein nicht geeignet, die Ergebnisse dieser klinischen Untersuchungen in Frage zu stellen, zumal keinerlei Anlass zur Annahme besteht, dem Beschwerdeführer sei es vor und nach den Untersuchungen wesentlich schlechter gegangen als während den Untersuchungen. Die Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_ wecken keinen Zweifel an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Infektiologen der MEDAS Inselspital Bern, denn er hat weder die Ergebnisse der klinischen Untersuchung bzw. die Befunde noch die Arbeitsfähigkeitsschätzung in Frage gestellt. Seinen Stellungnahmen lassen sich generell weder bezüglich der klinischen Befunde noch bezüglich allfälliger Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit relevante Ausführungen entnehmen. Er scheint zu verkennen, dass die in diesem Verfahren interessierende Frage jene nach der Arbeitsfähigkeit und nicht jene nach der genauen Diagnose ist. Das infektiologische Teilgutachten der MEDAS Inselspital Bern ist hinsichtlich der hier interessierenden Fragen jedenfalls klar: Aus infektiologischer Sicht ist die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der klinischen Untersuchung unter Berücksichtigung der Vorakten derart eindeutig gewesen sind, dass auf weitere Ausführungen verzichtet worden ist. Die Kürze des Teilgutachtens zwingt jedenfalls nicht zum Schluss, es sei unsorgfältig gearbeitet worden. Von den verschiedenen Gutachten und medizinischen Berichten, die im Recht liegen, wird sodann nur im Gutachten von Prof. Dr. F.\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spätfolgen des Zeckenbisses attestiert, welche allerdings auch den übrigen Beschwerden Rechnung trägt. Bereits im Entscheid IV 2008/476 vom 17. Juni 2010 ist ausgeführt worden, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Den übrigen Berichten lässt sich keine durch allfällige Spätfolgen eines Zeckenbisses verursachte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit entnehmen. Insofern stimmt das infektiologische



Teilgutachten der MEDAS Inselspital Bern mit den übrigen Berichten überein. Es ist deshalb gesamthaft mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im massgebenden Zeitraum nicht längerfristig durch die Folgen des Zeckenbisses beeinträchtigt gewesen ist.

2.5 Es ist deshalb zusammenfassend davon auszugehen, dass keine quantitative Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliegt und dass eine solche im hier massgebenden Zeitraum nie längerfristig vorgelegen hat.

3.

3.1 Da der Beschwerdeführer als Hilfsarbeiter tätig gewesen ist, ist für die Berechnung des Invaliditätsgrades (vgl. Art. 16 ATSG) von einer Validenkarriere als Hilfsarbeiter auszugehen. Der Beschwerdeführer hat an seinem letzten Arbeitsplatz allerdings ein überdurchschnittliches Einkommen erzielt. Im Jahr 2000 hätte es maximal 58'500 Franken betragen (vgl. IV-act. 6–2). Das durchschnittliche Einkommen eines Hilfsarbeiters gemäss den Ergebnissen der Schweizer Lohnstrukturerhebung hat im Jahr 2000 55'773 Franken (angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41,9 Stunden pro Woche im Jahr 2000) betragen. Das Einkommen des Beschwerdeführers wäre also fünf Prozent höher gewesen als das Durchschnittseinkommen eines Hilfsarbeiters gemäss Statistiken. Trotzdem ist es als Valideneinkommen zu berücksichtigen. Weil der Beschwerdeführer nach wie vor Hilfsarbeitertätigkeiten ausüben könnte, ist als Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens das statistische Durchschnittseinkommen heranzuziehen. Die qualitativen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers sind keineswegs derart einschränkend, dass realistischerweise die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit in Frage zu stellen wäre. Auch die Arbeitsentwöhnung rechtfertigt den Schluss, die Restarbeitsfähigkeit sei nicht mehr verwertbar, nicht. Immerhin ist es dem Beschwerdeführer möglich gewesen, an einem Einsatz in einem Pensum von 50 Prozent teilzunehmen. Gemäss seinen eigenen Angaben ist er dabei sogar unterfordert gewesen. Die Reintegration in das Erwerbsleben ist dem Beschwerdeführer jedenfalls zumutbar. Allerdings ist ein Abzug vom Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75) zu gewähren, um den leidensbedingten Nachteilen auf dem Arbeitsmarkt Rechnung zu tragen. Mehr als 15 Prozent sind nicht gerechtfertigt. Da von einer Arbeitsfähigkeit von 100 Prozent



auszugehen ist (vgl. E. 2), beträgt der Invaliditätsgrad unter Berücksichtigung der Vergleichseinkommen im Jahr 2000 18,96 bzw. 19 Prozent (=  $[58'500 \text{ Franken} - 55'773 \text{ Franken} \times 85 \text{ Prozent}] \div 58'500 \text{ Franken}$ ). Weil erst ab einem Invaliditätsgrad von 40 Prozent ein Rentenanspruch besteht, hat die Beschwerdegegnerin das Rentengesuch des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen.

3.2 Dementsprechend ist die Beschwerde abzuweisen. Die gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwands auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten hätte der unterliegende Beschwerdeführer zu bezahlen. Da ihm aber die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt worden ist, ist er von der Bezahlung dieser Kosten zu befreien. Der Staat hat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers sodann angemessen zu entschädigen. Ein überdurchschnittlich hoher Aufwand ist nicht ausgewiesen. Die Akten sind zwar umfangreich, aber der Rechtsvertreter ist mit der Mehrheit der Akten bereits bestens vertraut gewesen, nachdem er bereits gegen eine frühere Verfügung Beschwerde geführt hatte. Das Honorar ist deshalb auf pauschal 3'500 Franken (einschliesslich Mehrwertsteuer und Barauslagen) anzusetzen. Davon ist gemäss Art. 31 Abs. 3 des St. Galler Anwaltsgesetzes (sGS 963.70) ein Anteil von vier Fünfteln zu entschädigen. Sofern es die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers dereinst gestatten sollten, kann er gemäss Art. 99 Abs. 2 des St. Galler Verwaltungsrechtspflegegesetzes (sGS 951.1) in Verbindung mit Art. 123 ZPO zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Entschädigung für seinen Rechtsbeistand verpflichtet werden.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.
2. Der Beschwerdeführer wird im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.
3. Der Staat hat dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Entschädigung von Fr. 2'800.-- (einschliesslich Mehrwertsteuer und Barauslagen) auszurichten.