



Fall-Nr.: IV 2014/289
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 08.06.2020
Entscheiddatum: 11.12.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 11.12.2014

Art. 28 IVG. Würdigung der medizinischen Aktenlage mit insgesamt drei polydisziplinären Gutachten. Rückweisung zur weiteren Abklärung des somatischen und allenfalls auch des psychischen Gesundheitszustandes. Die invalidisierende Wirkung der beim Beschwerdeführer vorliegenden mittelgradigen depressiven Episode kann nicht mit dem Argument verneint werden, er habe keine konsequente Depressionstherapie befolgt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Dezember 2014, IV 2014/289).

Entscheid Versicherungsgericht, 11.12.2014

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug,
a.o. Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

Entscheid vom 11. Dezember 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Josef Jacober, Oberer Graben 44, Postfach,
9001 St. Gallen.

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente und unentgeltliche Rechtsverteidigung im Verwaltungsverfahren

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 7. Mai 2007 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (vgl. IV-act. 1). Am 1. August 2006 hatte der Versicherte eine Knie-distorsion links erlitten. Infolge der daraufhin im Spital B.____ durchgeführten Kniegelenksarthroskopie vom 1. September 2006 war es zu Komplikationen im Heilungsverlauf gekommen, welche weitere operative Eingriffe erforderlich gemacht hatten (IV-act. 13). Seitdem litt der Versicherte unter persistierenden Schmerzen und war nur noch mit Hilfe von Gehstöcken mobil. Der Regionale Ärztliche Dienst der IV-Stelle (RAD) veranlasste in der Folge eine Begutachtung des Versicherten in der C.____ AG (IV-act. 17). Im entsprechenden Gutachten vom 25. Februar 2008 wurden als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen eine posttraumatische Gonarthrose links, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie beidseitige Fersenschmerzen genannt. Der psychiatrische Gutachter gab als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung an. Betreffend die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass die angestammte schwere Tätigkeit als Hilfsarbeiter in einer Drechslerei dem Versicherten seit dem 1. August 2006 nicht mehr zumutbar sei. Eine leidensadaptierte Tätigkeit sei ganztags zumutbar, wobei vermehrte Pausen (insgesamt eine Stunde pro Tag) zugestanden werden sollten (IV-act. 29). Mit einer Verfügung vom 21. Juli 2008 wies die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten ab (IV-act. 51). Gleichzeitig wurde ein Verfahren zur Abklärung von beruflichen Massnahmen eröffnet (IV-act. 52). Im Rahmen eines Verzahnungsprogramms des D.____ zeigte sich, dass der Versicherte nur eine Arbeitsleistung von etwa 20% erbringen konnte (IV-act. 61). Aus diesem Grund holte die IV-Stelle Berichte der behandelnden Ärzte ein. Dr. med. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gab in ihrem Bericht vom 15. Januar 2009 als



St.Galler Gerichte

psychiatrische Diagnose eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom an. Sie hielt fest, dass diese im Rahmen einer längeren depressiven Reaktion als Anpassungsstörung entstanden sei. Die Prognose sei noch nicht absehbar. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe für die bisherige Tätigkeit seit dem 14. Oktober 2008 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 67). Auf Veranlassung des RAD (IV-act. 68) wurde der Versicherte polydisziplinär in der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) Ostschweiz begutachtet. Im entsprechenden Gutachten vom 10. Juli 2009 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben: Coxarthrose links, Gonarthrose links nach medialer Menishektomie, chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, Ansatzdendinopathie Ferse plantar beidseits, Tendosynovitis Bizepssehne beidseits, rezidivierende Thrombophlebitiden, postthrombotisches Syndrom, chronische venöse Insuffizienz, leichte bis mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom sowie Verdacht auf psychische Überlagerung der körperlichen Beschwerden. Der orthopädische Gutachter führte in der Beurteilung aus, es hätten sich radiologisch ausgeprägte degenerative Veränderungen an linkem Hüft- und Kniegelenk nachweisen lassen, welche die diesbezüglich geklagten Beschwerden erklärten. Der Zustand rechtfertige auch die Benutzung der Stöcke. Wegen der Arthrosen seien sowohl die Steh- als auch die Sitzdauer eingeschränkt. Es müssten immer wieder Positionswechsel vorgenommen werden. Im Stehen bestehe ausserdem eine Behinderung durch den beidseitigen Fersenschmerz. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. In einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40%. Der psychiatrische Gutachter hielt fest, dass sich die von Dr. E.____ attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit nicht mehr bestätigen lasse. Aktuell liege noch eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode vor, welche zu einer höchstens 40%igen Arbeitsunfähigkeit führe. Die psychiatrische Behandlung, welche bereits gute Wirkung gezeigthabe, sollte fortgesetzt werden. Aus polydisziplinärer Sicht gingen die Gutachter von einer Arbeitsunfähigkeit in Höhe von 50% aus (IV-act. 73). Mit einer Verfügung vom 27. Juli 2010 sprach die IV-Stelle dem Versicherten ein halbe Rente mit Wirkung ab dem 1. September 2008 zu (IV-act. 107).

A.b Die vom Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wurde mit einem Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Oktober 2012 teilweise gutgeheissen. Die angefochtene Verfügung wurde aufgehoben und die Sache im Sinn der Erwägungen zur weiteren Abklärung und anschliessender Neuver-



fügung an IV-Stelle zurückgewiesen. In den Erwägungen wurde im Wesentlichen festgehalten, dass die polydisziplinäre Arbeitsfähigkeitsschätzung im MEDAS-Gutachten nicht hinreichend begründet und daher nicht nachvollziehbar sei. In somatischer Hinsicht sei unklar, ob die attestierte 40%ige Arbeitsunfähigkeit mittels der stattgefundenen bildgebenden Untersuchungen objektiv hinreichend zu begründen sei. Im Hinblick auf die psychiatrisch attestierte Einschränkung gehe aus dem Gutachten nicht hervor, ob eine Beurteilung der zumutbaren Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen erfolgt sei (IV-act. 130).

A.c Gemäss einem Bericht des Psychiatrischen Zentrums F.____ vom 15. März 2013 war der Versicherte vom 12. September 2011 bis 10. Juli 2012 in der Tagesklinik behandelt worden. Als psychiatrische Diagnose wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, angegeben. Die behandelnde Ärztin hielt fest, der Versicherte leide seit mehreren Jahren an einer rezidivierenden depressiven Störung, gekoppelt mit mehreren somatischen Beschwerden. Diese habe zunehmend zu einem sozialen Rückzug sowie Abbau einer tragfähigen Tagesstruktur geführt. Der Versicherte befinde sich seit längerer Zeit in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Die bisherige Tätigkeit als Baustellenmitarbeiter sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Aufgrund der chronischen depressiven Erkrankung leide er unter einem Belastbarkeits- und Leistungsdefizit sowie Konzentrationsmangel. Es habe sich gezeigt, dass er auch Mühe habe, die Tagesstruktur in der Tagesklinik aufrecht zu erhalten. Die Ursache der Arbeitsunfähigkeit liege im somatischen Bereich (IV-act. 143).

A.d Am 11. März 2013 berichtete der Hausarzt Dr. med. G.____, Innere Medizin FMH, dass der Gesundheitszustand des Versicherten seit Januar 2009 insgesamt stationär sei. Mit einer Besserung des Gesundheitszustandes sei nicht zu rechnen. Im Gegenteil sei davon auszugehen, dass sowohl bezüglich der Gonarthrose links als auch bezüglich der bekannten Coxarthrose eine Progression der degenerativen Veränderungen eintreten werde. Als Folge der Mobilisation an Stöcken sei es zusätzlich auch zu zunehmenden Überlastungsschmerzen im Bereich des rechten Schultergelenks gekommen. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Aufgrund des Verlaufs, insbesondere auch der Beschäftigung im D.____, sei, abgesehen von kurz dauernden Einsätzen (zwei bis drei Stunden pro Tag) in einer geschützten Werkstatt,



keine Möglichkeit einer leidensadaptierten Tätigkeit ersichtlich (IV-act. 146). Auch die behandelnde Psychiaterin Dr. E. ___ gab gemäss ihrem Verlaufsbericht vom 17. April 2013 einen stationären Gesundheitszustand des Versicherten an. Als psychiatrische Diagnosen nannte sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, sowie eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom. Sie führte aus, dass die depressive Antriebs- und Stimmungslage sowie die Schmerzen des Versicherten trotz regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in ambulantem Setting und trotz Medikamentenwechsel nicht wesentlich hätten beeinflusst werden können. Es handle sich um eine chronifizierte depressive und Schmerzproblematik, die sich schon seit Jahren bzw. seit dem Unfall im Jahre 2006 mit vier nachfolgenden Knieoperationen entwickelt habe. Die seit 2008 entstandene depressive Verstimmung habe sich ebenfalls chronifiziert und sei therapieresistent geblieben. Es könne mit keiner Besserung der Arbeitsfähigkeit durch die psychiatrische Behandlung gerechnet werden. In der bisherigen Tätigkeit als Drechsler/ Spitzer sei der Versicherte seit 2006 zu 100% arbeitsunfähig. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe nur eine Arbeitsfähigkeit für eine Tätigkeit in geschütztem Rahmen bzw. für eine seinen körperlichen Leiden angepasste Tätigkeit. In einer solchen Tätigkeit sei der Versicherte zu 50% arbeitsfähig mit einer 70%igen Leistungsfähigkeit (IV-act. 147).

A.e Auf Veranlassung des RAD (IV-act. 136) wurde der Versicherte im August/September 2013 im Zentrum für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen AG (ZIMB) polydisziplinär begutachtet. Im entsprechenden Gutachten vom 13. Januar 2014 wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt: Mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom, posttraumatische medial und femorobital betonte Pagonarthrose links Grad III bis IV nach Kellgren, medial betonte Gonarthrose des rechten Kniegelenks gemäss Kellgren Grad I bis II, Coxarthrose des linken Hüftgelenks gemäss Kellgren Grad III sowie primäre Varikosis curum beidseits. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde insbesondere ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom aufgeführt. Der internistische Gutachter hielt fest, der Versicherte sei aufgrund seiner Varikosis für rein stehende Tätigkeiten nicht mehr geeignet. Ansonsten ergäben sich aus internistischer Sicht keine Einschränkungen seiner zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Der chirurgisch-orthopädische Gutachter führte aus, dass sich beim Versicherten unter Berücksichtigung der



klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunde ein stringentes Beschwerdemuster der geklagten Schmerzsymptomatik hinsichtlich des linken Hüftgelenks sowie beider Kniegelenke gezeigt habe. Die Beschwerden im Bereich der Schulter- sowie der Ellenbogengelenke liessen sich hingegen nicht objektivieren und entbehrten jedweder morphologischer Korrelation. Aufgrund der ausgeprägten Pagonarthrose im Bereich des linken Kniegelenks, der medial betonten Gonarthrose des rechten Kniegelenks sowie der linksseitigen Hüftgelenksarthrose könne der Versicherte seine als schwer einzustufende, angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben. Für eine als leicht einzustufende, überwiegend sitzende Tätigkeit sei der Versicherte hingegen unter Beachtung der Schonkriterien für Patienten mit Hüftgelenks- und Kniegelenksarthrose aus rein orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht zu 100% arbeitsfähig. Der psychiatrische Gutachter hielt fest, dass durch die mittelgradige depressive Episode eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe. Diese Einschränkung sei mit einer verminderten Belastbarkeit des Versicherten sowie seiner raschen Erschöpfung zu begründen. Es bestünden weiterhin subjektiv erlebte Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Durch die Depression seien die Auffassungsgabe des Versicherten und das flexible Denken vermindert. Die Arbeitsfähigkeit von 50% beziehe sich jeweils auf einen ganzen Tag. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung liege beim Versicherten nicht vor. Aus interdisziplinärerer Sicht hielten die Gutachter fest, dass der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit dem 1. September 2006 zu 100% arbeitsunfähig sei. In einer den körperlichen Leiden optimal angepassten Tätigkeit sei der Versicherte zwischen Ende April 2007 und Ende 2008 zu 100% arbeitsfähig gewesen. Seit Anfang 2009 bzw. seit dem Vorliegen der depressiven Symptomatik sei dem Versicherten noch eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit zumutbar (IV-act. 159). Gemäss seiner Stellungnahme vom 23. Januar 2014 beurteilte der RAD das Gutachten als ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar (IV-act. 160). Der Rechtsdienst der IV-Stelle führte am 4. Februar 2014 aus, dass der im ZIMB-Gutachten diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom schon vom Schweregrad der Depression her keine invalidisierende Beeinträchtigung beigemessen werden könne. Leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis seien therapierbar. Angesichts der gutachterlichen Therapieempfehlungen und weil lediglich einmal pro Monat eine Therapiesitzung bei der Psychiaterin Dr. E.____ stattfinden, könne nicht von



einer konsequenten ambulanten Behandlung gesprochen werden, die letztlich infolge Resistenz der Krankheit als gescheitert betrachtet werden müsste. In rechtlicher Hinsicht sei eine invalidisierende Wirkung des psychischen Leidens zu verneinen. Damit sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer somatisch angepassten Tätigkeit auszugehen (IV-act. 164).

A.f Gestützt auf die Stellungnahme des Rechtsdienstes stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit einem Vorbescheid vom 5. Februar 2014 die Einstellung der Rente in Aussicht (IV-act. 168). Gegen diesen Vorbescheid liess der Versicherte am 12. März 2014 einwenden, dass die Stellungnahme des Rechtsdienstes unhaltbar sei, da sie im Widerspruch stehe zu den fachkompetenten ärztlichen Beurteilungen der ZIMB-Gutachter und des RAD, welcher sich den Ausführungen der Gutachter vollumfänglich angeschlossen habe (IV-act. 172). Am 10. April 2014 hielt der Rechtsvertreter ergänzend fest, dass im Gutachten ausdrücklich festgehalten worden sei, dass beim Versicherten keine somatoforme Schmerzstörung oder ein sonstiges syndromales Beschwerdebild vorliege. Aufgrund dieser Feststellung hätten die Gutachter mit der Meinung des medizinischen Laien konfrontiert und zur Stellungnahme eingeladen werden müssen. Auch die behandelnde Psychiaterin Dr. E.____ habe gemäss ihrer Stellungnahme vom 2. April 2014 das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung verneint und daher jede Diskussion der Försterkriterien als hinfällig erachtet. Zudem habe sie festgehalten, dass beim Versicherten mit Sicherheit eine invalidisierende Wirkung des psychischen Leidens auf die Arbeitsfähigkeit bestehe. Beim Einkommensvergleich sei entsprechend dem Gutachten von einer höchstens 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen. Aufgrund des hohen Alters, der somatischen Einschränkungen und des reduzierten Beschäftigungsgrades sei beim Invalideneinkommen zudem ein Abzug vom Tabellenlohn von 25% vorzunehmen. Aus dem Einkommensvergleich resultiere somit ein IV-Grad von 62%, womit der Versicherte Anspruch auf eine Dreiviertelsrente habe (IV-act. 177). Dr. E.____ hatte auf Anfrage des Rechtsvertreters am 2. April 2014 berichtet, dass sich die beim Versicherten vorliegende mittelgradige depressive Episode langsam entwickelt und über die Jahre verselbständigt habe. Die Diagnose sei aufgrund der diagnostischen Leitlinien des ICD-10 gestellt worden, da der Versicherte folgende Kriterien erfülle: Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit sowie Schlafstörungen.



Eine somatoforme Schmerzstörung habe weder von ihr noch von einem anderen Kollegen diagnostiziert werden können, da die somatischen Beschwerden objektivierbar seien. Der Versicherte sei in seiner bisherigen Tätigkeit als Drechsler zu 100% arbeitsunfähig und in einer leidensadaptierten Tätigkeit in geschütztem Rahmen zu 50% arbeitsfähig mit einer 70%igen Leistungsfähigkeit. Die mit Sicherheit bestehende invalidisierende Wirkung des psychischen Leidens auf die Arbeitsfähigkeit (endogene Depression) sei auch im Gutachten bestätigt worden. Es bestehe ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens. Während der gesamten Behandlung habe der Versicherte keine Aggravations- und Simulationstendenzen gezeigt (IV-act. 178). Der Mitarbeiter des Rechtsdienstes hielt am 22. April 2014 fest, es sei eine Rechtsfrage, ob die ärztlicherseits diagnostizierten Leiden den Rechtsbegriff der invalidisierenden Krankheit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG erfüllten. Beim Beschwerdeführer sei das nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung verlangte Erfordernis für die Annahme einer invalidisierenden Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung, nämlich dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt werde, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweise, nicht erfüllt. Deshalb sei von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen. Dem Bericht von Dr. E.____ vom 2. April 2014 seien keine relevanten Aspekte zu entnehmen, die Anlass für eine andere Betrachtung bieten oder weitere medizinische Abklärungen erforderlich machen würden (IV-act. 179). Mit einer Verfügung vom 24. April 2014 stellte die IV-Stelle die dem Versicherten bisher ausgerichtete halbe Rente per sofort ein und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung (IV-act. 181).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 28. Mai 2014. Darin beantragte der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Josef Jacober, die Verfügung vom 24. April 2014 sei aufzuheben und ihm sei aufgrund eines Invaliditätsgrades von mindestens 60% ab dem 1. September 2008 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Ergänzung des interdisziplinären ZIMB-Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Der Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen bzw. die aufschiebende Wirkung sei wiederherzustellen. Im Verfahren vor dem Versicherungsgericht und für das Vorbescheidverfahren sei dem Rechtsvertreter die unentgeltliche Rechtspflege zu



gewähren. Der Rechtsvertreter führte zur Begründung zunächst an, die Beschwerdegegnerin habe durch die angefochtene Verfügung das rechtliche Gehör verletzt, da sie sich nicht mit den Vorbringen des Beschwerdeführers im Vorbescheidverfahren auseinandergesetzt habe. Weiter hielt der Rechtsvertreter fest, dass bei einem sachgemäss erstellten medizinischen Gutachten – wie es vorliegend unstreitig gegeben sei – die medizinischen Tatsachenfeststellung nicht willkürlich abgeändert oder von ihr abgewichen werden könne und dürfe. Genau dies habe die Beschwerdegegnerin aber getan, indem sie entgegen aller medizinischer Feststellungen, ohne Rückfrage an die Gutachter völlig unbegründet behauptet habe, in rechtlicher Hinsicht liege keine invalidisierende Wirkung des psychischen Leidens vor. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung könne die invalidisierende Wirkung einer mittelgradigen depressiven Störung nicht schlechthin ausgeschlossen werden. Sämtliche von der Beschwerdegegnerin zitierten Bundesgerichtsentscheide befassten sich mit somatoformen Schmerzstörungen oder sonstigen vergleichbaren unklaren syndromalen Zuständen. Dies entspreche aber nicht der Situation des Beschwerdeführers, welcher neben der mittelgradigen depressiven Episode diverse somatische Leiden, und nicht "bloss" eine somatoforme Schmerzstörung habe, was auch von den behandelnden Ärzten bestätigt werde. Dem Argument der Beschwerdegegnerin, dass der Beschwerdeführer keine konsequente Depressionstherapie befolge, sei entgegenzuhalten, dass der Beschwerdeführer seit dem 14. Oktober 2007 bei Dr. E.____ in Behandlung stehe, bereits eine 10-monatige Behandlung im Psychiatrischen Zentrum F.____ absolviert habe und neben der internistischen Medikation auch Medikamente zur Behandlung der Depression erhalte. Hinzu komme, dass auch die RAD-Ärztin keine Therapiemöglichkeit mehr gesehen habe, welche die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit verbessern könnte. Keine der medizinischen Fachpersonen habe zum Ausdruck gebracht, dass die Depressionstherapie nicht konsequent verfolgt werde. Betreffend die unentgeltliche Rechtspflege samt unentgeltlicher Rechtsverteidigung im Verwaltungsverfahren habe die Beschwerdegegnerin die bundesgerichtliche Rechtsprechung missachtet, indem sie nicht über das Gesuch entschieden habe (act. G 1).

B.b Am 4. Juli 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. In formeller Hinsicht hielt sie fest, dass ein allfälliger Anspruch auf unentgeltliche Rechtsverteidigung nicht Teil des Anfechtungsgegenstandes und



daher in diesem Verfahren nicht zu prüfen sei. Über das Gesuch werde demnächst entschieden. Betreffend die gerügte Verletzung der Begründungspflicht sei festzuhalten, dass in der angefochtenen Verfügung die leitgebenden Überlegungen genannt worden seien. Die Begründungspflicht verlange nicht, dass sich die Behörde mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand einlässlich auseinandersetze. Eine allfällig vorliegende Verletzung der Begründungspflicht wäre jedenfalls als geheilt anzusehen. In materieller Hinsicht führte die Beschwerdegegnerin aus, es sei entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, somit auch bei Depressionen, keineswegs allein Sache der im konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer Arbeitsunfähigkeit führe. Die Arbeitsunfähigkeit sei ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes, welcher vom Bundesgericht allgemein konkretisiert und von den rechtsanwendenden Behörden praktisch gehandhabt werde. Der Grundsatz der freien Beweiswürdigung verlange zudem eine Prüfung aller Beweismittel, somit auch des Sachverständigengutachtens, auf Beweiseignung- und kraft im Einzelfall hin. Schliesslich gebiete das Prinzip des rechtsgleichen Gesetzesvollzugs eine administrative bzw. gerichtliche Überprüfung der ärztlichen Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit auf ihre beweisrechtlich erforderliche Schlüssigkeit im Einzelfall hin. Vorliegend gehe aus dem ZIMB-Gutachten hervor, dass die 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers allein mit der mittelschweren depressiven Störung zu begründen sei. Nebst den auf den Unfall vom 1. August 2006 zurückzuführenden Knieschmerzen leide der Beschwerdeführer seit Jahren an multiplen Schmerzen am Bewegungsapparat, insbesondere auch an einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom. Die vom Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung geklagten Schmerzen im Bereich der Schulter- und Ellenbogengelenke hätten nicht nachvollzogen werden können. Somit bestehe in wesentlichem Ausmass seit längerer Zeit eine organisch nicht erklärbare Schmerzproblematik. Nach der Aktenlage sei zu schliessen, dass sich die depressive Symptomatik infolge der Schmerzsymptomatik entwickelt habe, womit es sich nicht um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handle und daher invaliditätsrechtlich keine weitergehende Bedeutung habe. Hinzu komme, dass keine konsequente Depressionstherapie durchgeführt werde,



obwohl leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur im Prinzip therapeutisch angebar seien. Der psychiatrische Gutachter des ZIMB habe eine intensivere Gesprächstherapie mit wöchentlichen Terminen und eine Überprüfung der antidepressiven Medikation empfohlen. Zudem habe er eine stationäre Therapie als sinnvoll erachtet. Der Beschwerdeführer nehme jedoch nur sporadisch (1x im Monat) einen Termin bei der behandelnden Psychiaterin wahr. Weiter habe das Medikament Trittico unter dem therapeutischen Bereich gelegen. Die zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten seien somit nicht optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden, womit dem depressiven Leiden keine invalidisierende Wirkung beigemessen werden könne (act. G 5).

B.c Mit einer Replik vom 14. August 2014 hielt der Beschwerdeführer an seinen Beschwerdeanträgen fest. Der Rechtsvertreter brachte vor, das Medikament Trittico sei im Rahmen der Behandlung in der Tagesklinik F.____ eingestellt worden. Der Gutachter habe lediglich eine höhere Dosis empfohlen. Ein Compliance-Problem bestehe seitens des Beschwerdeführers nicht. Trotz der langandauernden Behandlung und vorhandener Motivation beim Beschwerdeführer sei es in der Tagesklinik F.____ nicht gelungen, eine nennenswerte Verbesserung herbeizuführen. Ein davor begonnenes Arbeitsprojekt der Gemeinde mit dem Ziel, die Depression zu bekämpfen, sei ebenfalls erfolglos gewesen und habe abgebrochen werden müssen. Der psychiatrische ZIMB-Gutachter sei zum Schluss gekommen, dass mittlerweile ein Chronifizierungsprozess stattgefunden habe. Die Behandlungsempfehlungen seien wohl eher auf den Erhalt des aktuellen Gesundheitszustandes gerichtet. Auch die RAD-Ärztin habe festgehalten, dass sie die vom Gutachter empfohlenen therapeutischen Massnahmen zwar als medizinisch sinnvoll erachte, aber dass aus versicherungsmedizinischer Sicht dadurch nicht mit einer relevanten Besserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei. Die Beschwerdegegnerin spreche die beiden Begriffe Therapierbarkeit und Überwindbarkeit des Leidens an. Sie gehe damit offensichtlich nach wie vor entgegen allen ärztlichen Einschätzungen – insbesondere des ZIMB-Gutachtens und der Äusserung des RAD – in willkürlicher Art und Weise davon aus, dass beim Beschwerdeführer eine somatoforme Schmerzstörung vorliege und die Depression lediglich eine Begleiterscheinung davon darstelle. Eine Depression gehöre nicht zu der Gruppe von Krankheitsbildern, welche analog in die für die somatoforme Schmerzstörung geschaffene Schmerzpraxis einbezogen werde. Das Kriterium der



Überwindbarkeit sei vorliegend deshalb gar nicht anwendbar. Die Gutachter hätten lediglich bei den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom erwähnt. Ein Grossteil der vom Beschwerdeführer empfundenen Schmerzen – gerade auch im Bereich der Hüfte und damit der unteren Wirbelsäule – seien jedoch objektivierbar. Aus diesem Grund hätten die Gutachter auch folgerichtig eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom diagnostiziert. Bezüglich der Therapierbarkeit sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer regelmässig Termine bei der behandelnden Psychiaterin wahrnehme. Seine Compliance sei unproblematisch und er würde auch häufigere Therapiesitzungen wahrnehmen. Dass die Psychiaterin der Auffassung sei, dass eine höhere Therapiedichte keine Besserung herbeiführen würde bzw. zum Erhalt der aktuellen Gesundheitszustandes nicht notwendig sei, könne dem Beschwerdeführer nicht zum Vorwurf gemacht werden. Betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverbeiständung sei ihm mit einem standardisierten Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 28. Juli 2014 mitgeteilt worden, dass die Voraussetzungen erfüllt seien (act. G 8).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 10).

Erwägungen:

1.

1.1 In formeller Hinsicht hat der Beschwerdeführer zunächst eine Verletzung seines Anspruchs auf rechtliches Gehör gerügt. Die Beschwerdegegnerin habe sich in der angefochtenen Verfügung mit den Einwänden zum Vorbescheid nicht ausreichend auseinander gesetzt. Aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) folgt unter anderem die grundsätzliche Pflicht der Behörden, ihren Entscheid zu begründen. Die Begründung eines Entscheids muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person diesen in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann; in diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt (Bundesgerichtsentscheid vom 4. Mai 2009, 8C_541/2008; BGE 134 I 83 E. 4.1). Nicht erforderlich ist hingegen, dass sich der Entscheid mit allen Parteistandpunkten



einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt (Bundesgerichtsentscheid vom 28. Oktober 2008, 9C_508/2008; BGE 133 III 439 E. 3.3). Die Beschwerdegegnerin hat zu den Einwänden der Beschwerdeführerin insofern Stellung genommen, als sie angab, gemäss dem Rechtsdienst handle es sich bei der Beurteilung, ob ein ärztlich diagnostiziertes Leiden invalidisierende Wirkung habe, um eine Rechtsfrage. In diesem Lichte könnten sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen sei. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sei davon auszugehen, dass leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis therapierbar seien. Beim Beschwerdeführer sei die Voraussetzung für die Annahme einer invalidisierenden Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung, nämlich dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt werde, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweise, nicht erfüllt (vgl. IV-act. 181). Das für die Abweisung des Rentengesuchs entscheidende Argument der Beschwerdegegnerin ist demnach, dass der Beschwerdeführer trotz rechtsprechungsgemäss grundsätzlicher Therapierbarkeit seines Leidens keine konsequente Depressionstherapie befolgt habe. Aus diesem Grund ist es zu vernachlässigen, dass die Beschwerdegegnerin zum Vorbringen des Rechtsvertreters im Einwand zum Vorbescheid, wonach beim Beschwerdeführer keine somatoforme Schmerzstörung vorliege, keine Stellung genommen hat. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Verfügung unter den wesentlichen, entscheiderelevanten Aspekten kurz begründet. Zudem hat sie den vom Rechtsvertreter eingereichten Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. E.____ vom 2. April 2014 ausdrücklich berücksichtigt. Eine Verletzung der Begründungspflicht liegt somit nicht vor. Falls dennoch von einer Verletzung ausgegangen werden müsste, so jedenfalls lediglich von einer leichten, welche zudem als geheilt gelten könnte (zum Ganzen: Bundesgerichtsentscheid vom 26. Juni 2007, I 496/06). Im Übrigen würde eine Rückweisung der Sache zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung nicht zu vereinbaren wären (BGE 116 V 187 E. 3d). Der Beschwerdeführer selbst hat der materiellen Behandlung den Vorzug gegeben, indem er sämtliche materiellen Einwände aus dem Verwaltungsverfahren in der Beschwerde an das Gericht nochmals vorgebracht hat (vgl. act. G 1).



1.2 Eine förmliche Behandlung des beschwerdeweise gestellten Antrags auf Wiederherstellung der mit der Verfügung entzogenen aufschiebenden Wirkung der Beschwerde erübrigt sich mit dem Vorliegen des Entscheids in der Sache; der Antrag wird hinfällig. Der Vollständigkeit halber ist aber festzuhalten, dass die vorliegend erfolgte Auszahlung der halben Invalidenrente sich nicht auf eine rechtskräftige Verfügung gestützt hat, da die leistungszusprechende Verfügung vom 21. Juli 2008 mit dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 10. Oktober 2012 aufgehoben worden war. Für die (vorläufige) Weiterausrichtung der Rente hat daher gar keine Rechtsgrundlage mehr bestanden, womit die Rentenzahlung für die Zukunft voraussetzungslos hat gestoppt werden können.

1.3 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in formeller Hinsicht weiter gerügt, die Beschwerdegegnerin habe die bundesgerichtliche Rechtsprechung missachtet, indem sie es unterlassen habe, über sein Gesuch um unentgeltliche Rechtsverbeiständung im Verwaltungsverfahren zu entscheiden. Bei der Rüge des Rechtsvertreters handelt es sich um eine Rechtsverweigerungsbeschwerde gemäss Art. 56 Abs. 2 ATSG. Aus der Gutheissung einer Rechtsverweigerungsbeschwerde folgt, dass der Versicherungsträger durch die Gerichtsinstanz angewiesen wird, die fragliche Handlung vorzunehmen. Wie aus dem der Replik beigelegten Schreiben vom 28. Juli 2014 hervorgeht, hat die Beschwerdegegnerin das Gesuch des Rechtsvertreters nachträglich bewilligt (vgl. act. G 8.1). Damit ist das Begehren des Rechtsvertreters gegenstandslos und die Rechtsverweigerungsbeschwerde hinfällig geworden. Wäre darüber zu entscheiden gewesen, hätte eine Rechtsverweigerung seitens der Beschwerdegegnerin verneint werden müssen. Der Rechtsvertreter hat das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverbeiständung erstmals im Einwand vom 12. März 2014 gestellt (vgl. IV-act. 172-6). In der Ergänzung zur Stellungnahme vom 10. April 2014 hat er ausdrücklich an seinem Gesuch festgehalten (vgl. IV-act. 177-2). Kurz darauf ist am 24. April 2014 die angefochtene Verfügung ergangen. Entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters ist es durchaus üblich, dass die Verwaltung über ein Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung nicht zusammen mit dem Leistungsbegehren, sondern in einer separaten Verfügung entscheidet (Urteil des Bundesgerichts vom 12. November 2009, 8C_454/2009, E. 1.1). Die Beschwerdegegnerin hat in der Beschwerdeantwort vom 4. Juli 2014 denn auch festgehalten, dass sie demnächst über das Gesuch entscheiden werde (vgl. act. G 5)



und hat dieses schliesslich am 28. Juli 2014 gutgeheissen. Zwar wäre es aus Sicht des Rechtsvertreters wünschenswert gewesen, wenn die Beschwerdegegnerin über das Gesuch bereits im Rahmen des Vorbescheidverfahrens entschieden hätte, jedoch kann aus dem Umstand, dass erst nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung über das Gesuch entschieden worden ist keine Rechtsverweigerung der Beschwerdegegnerin abgeleitet werden, zumal der Entscheid auch zeitnah zur angefochtenen Verfügung erfolgt ist. Folglich wäre der entsprechende Teil des Beschwerdebegehrens abzuweisen gewesen, wenn er nicht durch die am 28. Juli 2014 nachträglich erteilte Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung gegenstandslos geworden wäre

2.

2.1 In materieller Hinsicht ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers umstritten.

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist zur Bemessung des Invaliditätsgrades 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 sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens – und damit indirekt des Invaliditätsgrades – ist grundsätzlich der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, so dass dessen Ermittlung normalerweise den ersten Schritt bei der Erhebung des massgebenden Sachverhalts bildet.

2.3 Die gesetzlichen Definitionen von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, Invalidität, Ermittlung des Invaliditätsgrades usw. stellen Rechtsbegriffe dar. Gerichtliche Schlussfolgerungen in ihrem Geltungsbereich, z.B. die Bejahung oder Verneinung einer



erheblichen Arbeitsunfähigkeit oder einer rentenbegründenden Invalidität, sind daher Akte der Rechtsanwendung und nicht Schritte der Sachverhaltsfeststellung. Indessen hängen Rechts- und Tatfragen im Bereich der Invaliditätsbemessung aufs Engste miteinander zusammen, handelt es sich doch bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades um einen mehrstufigen Prozess, in dessen Verlauf mannigfaltige Tatsachenfeststellungen (einschliesslich Schätzungen) getroffen werden (BGE 132 V 393 E. 3.1).

2.4 Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit und der Invalidität bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

3.

3.1 Vorab zu klären ist die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Der Beschwerdeführer ist insgesamt drei Mal polydisziplinär begutachtet worden. Die Beschwerdegegnerin hat in rein medizinischer Hinsicht auf das ZIMB-Gutachten vom 13. Januar 2014 abgestellt. Bezüglich der Arbeitsfähigkeitsschätzung ist sie jedoch vom Gutachten abgewichen. Sie hat die im Gutachten psychiatrisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% in rechtlicher Hinsicht als nicht invalidisierend erachtet und ist daher von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen. Zu beurteilen ist im Folgenden zunächst, ob das ZIMB-Gutachten in medizinischer Hinsicht überzeugt und als Grundlage für eine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung dienen kann.



3.2 In somatischer Hinsicht stehen beim Beschwerdeführer die Knie- und Hüftbeschwerden im Vordergrund. Im Gutachten der AEH vom 25. Februar 2008 ist aus somatischer Sicht festgehalten worden, dass sich zumindest die Problematik des linken Knies nachvollziehen liesse, jedoch hätten sich sowohl in der Untersuchung, beim Herumgehen mit den Stöcken, als auch in der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) einige Inkonsistenzen gefunden. Betreffend die anderen somatischen Beschwerden stehe eine ausgeprägte Dekonditionierung im Vordergrund (vgl. IV-act. 29-7). Als Schlussfolgerung der EFL haben die Gutachter ausgeführt, dass die Resultate der Belastbarkeitstests für die Beurteilung infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenzen nur teilweise verwertbar seien. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mehr leisten könnte, als was er bei den Leistungstests gezeigt habe (vgl. IV-act. 29-8). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit haben die Gutachter eine leichte vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit kurz aufzustehen und mit vermehrten Pausen (insgesamt 1 Stunde pro Tag) als zumutbar erachtet (vgl. IV-act. 29-9). Im folgenden Gutachten der MEDAS Ostschweiz vom 10. Juli 2009 hat Dr. med. H.____, Orthopädische Chirurgie FMH, festgehalten, dass sich beim Beschwerdeführer radiologisch ausgeprägte degenerative Veränderungen am linken Hüft- und Kniegelenk nachweisen liessen, welche die geklagten Beschwerden erklärten. Therapeutisch sei bei beiden Gelenken die Implantation eines Kunstgelenks angezeigt. Eine adaptierte Beschäftigung dürfe nur kurze Stehphasen beinhalten, beim Sitzen müssten halbstündliche Positionswechsel vorgenommen werden. Auch bei Berücksichtigung der (qualitativen) Einschränkungen verbleibe eine zusätzliche zeitliche Reduktion infolge der auftretenden Schmerzen und der vermehrten Pausen im Umfang von 40% (vgl. IV-act. 73). Das Versicherungsgericht hat im Urteil vom 10. Oktober 2012 bezüglich dieser Beurteilung kritisiert, dass Dr. H.____ keine Stellung genommen habe zu der deutlich optimistischeren Einschätzung der AEH-Gutachter. Es sei ungeklärt, ob die Differenz mit einer unterdessen verfügbaren genaueren Bildgebung oder aber mit einer allfälligen Verschlechterung des Zustands in den zwischen den Begutachtungen liegenden anderthalb Jahren zu erklären sei (vgl. IV-act. 130-12). Aus dem ZIMB-Gutachten vom 13. Januar 2014 geht hervor, dass Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie FMH, festgehalten hat, es zeige sich beim Beschwerdeführer unter Würdigung der klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunde ein stringentes Beschwerdemuster der



geklagten Schmerzproblematik hinsichtlich des linken Hüftgelenks sowie beider Kniegelenke. Die Beschwerden im Bereich der Schulter- sowie der Ellenbogengelenke liessen sich hingegen nicht objektivieren. Für eine als leicht einzustufende, überwiegend sitzende Tätigkeit sei der Beschwerdeführer unter Beachtung der Schonkriterien für Patienten mit Hüft- und Kniegelenksarthrose aus rein orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht arbeitsfähig. Dem Beschwerdeführer sei jedoch alle 3 Stunden eine 30-minütige Pause zu ermöglichen (vgl. IV-act. 159-50). Aus den Gutachten der MEDAS und der ZIMB ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer die im Vordergrund stehenden Knie- und Hüftbeschwerden objektivierbar sind. Gemäss den Gutachten der AEH sowie der ZIMB folgt aus den somatischen Beschwerden lediglich eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dr. H.____ von der MEDAS hatte hingegen eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und diese Einschränkung mit den auftretenden Schmerzen und dem vermehrten Pausenbedarf erklärt (vgl. IV-act. 73-27). Festzuhalten ist, dass anlässlich der AEH-Begutachtung die Hüftarthrose des Beschwerdeführers noch nicht diagnostiziert worden war. Allenfalls ist die tiefere Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. H.____ mit der zusätzlichen Berücksichtigung der Hüftarthrose zu erklären. Die Beschwerdegegnerin hat jedoch eine Rückfrage an Dr. H.____ betreffend seine vom AEH-Gutachten abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung unterlassen. Aus diesem Grund bleibt die vom Versicherungsgericht mit dem Urteil vom 10. Oktober 2012 aufgeworfene Frage, ob eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei oder ob es sich um eine abweichende gutachterliche Beurteilung handle, letztlich weiterhin unklar. Der zuletzt somatisch begutachtende Dr. I.____ hat weder zum Gutachten der MEDAS noch zu jenem der AEH Stellung genommen. Um seine Einschätzung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensadaptierten Tätigkeit würdigen zu können, erscheint eine Stellungnahme zu den vorangehenden Gutachten, insbesondere zu der doch deutlich abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. H.____, jedoch unerlässlich. Bei einem Vergleich der vorliegenden Gutachten in somatischer Hinsicht zeigen sich zudem nicht ohne Weiteres nachvollziehbare Unterschiede in der Diagnosestellung sowie in der Beurteilung: In den Gutachten der AEH und der MEDAS ist das chronische lumbovertebrale Schmerzsyndrom mit mehrsegmentären Spondylosen als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit qualifiziert worden (vgl. IV-act. 29-8, 73-25), während dem Dr. I.____ die gleiche



Diagnose ohne weitere diesbezüglichen Ausführungen unter den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt hat (vgl. IV-act. 159-60). Weiter sind in den Gutachten der AEH und der MEDAS die vom Beschwerdeführer geklagten Fersenschmerzen als arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnose aufgenommen worden. Dr. H.____ hat bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sogar ausdrücklich festgehalten, dass der Beschwerdeführer durch den beidseitigen Fersenschmerz zusätzlich zu den Knie- und Hüftbeschwerden im Stehen behindert sei (vgl. IV-act. 73-27). Demgegenüber hat Dr. I.____ im ZIMB-Gutachten keine die Fersen betreffende Diagnose genannt. Gemäss seinen Angaben hat der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung nicht über Fersenschmerz geklagt (vgl. IV-act. 159-35). Zudem habe sich in der klinischen Untersuchung der Fersen kein auffälliger Befund gezeigt (vgl. IV-act. 159-45). Es bleibt jedoch unklar, ob diesbezüglich seit der Begutachtung durch Dr. H.____ eine Verbesserung eingetreten ist oder ob Dr. I.____ den Gesundheitszustand anders beurteilt hat. Schliesslich besteht auch betreffend die Objektivierbarkeit und die Arbeitsfähigkeitsrelevanz der Ellenbogen- und Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers Unklarheit. Im Gutachten der AEH ist als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Omarthrose beidseits genannt worden (vgl. IV-act. 29-23). Gemäss dem MEDAS-Gutachten hat Dr. H.____ eine Tendosynovitis der Bizepssehne beidseits mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angegeben (vgl. IV-act. 73-25). Aus dem ZIMB-Gutachten geht hervor, dass beim Beschwerdeführer im August 2010 eine Bursektomie im Bereich des rechten Ellenbogengelenks nach Bursitis olecrani durchgeführt worden war (vgl. IV-act. 159-60). Für die vom Beschwerdeführer anlässlich der Befragung weiterhin geklagten Ellenbogen- und Schulterschmerzen hat Dr. I.____ in der klinischen Untersuchung keine entsprechenden Befunde erheben können (vgl. IV-act. 159-40 f., 159-50). Bei den Diagnosen finden die geklagten Schmerzen selbst unter den nicht arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnosen keine Berücksichtigung (vgl. IV-act. 159-59 f.). Die vom Beschwerdeführer gemachte Angabe, wonach er durch den ständigen Gebrauch der Gehstöcke Schmerzen in den Ellenbogen habe, erscheint nicht unplausibel (vgl. IV-act. 159-30). Durch das Erfordernis einer Bursektomie im Bereich des rechten Ellenbogengelenks im August 2010 ist jedenfalls nachgewiesen, dass zumindest in der Vergangenheit ein organisches Korrelat für die Beschwerden rechtsseitig bestanden hat (vgl. IV-act. 146-10 f.). Aus einem Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 12. Januar 2012 geht



zudem hervor, dass sich bei der am 17. Oktober 2011 durchgeführten Sonographie der Schultergelenke eine prominente Bursa subacromialis beidseits im Sinne einer möglichen chronischen Bursitis subacromialis gezeigt hat. Weiter hätten geringe Verkalkungen der Supraspinatussehne rechts sowie beginnende AC-Gelenksarthrosen beidseits bestanden (vgl. IV-act. 146-18). Vor diesem Hintergrund erscheinen die von Dr. I.____ durchgeführten Untersuchungen der Schulter- und Ellenbogengelenke sowie seine diesbezügliche Beurteilung als zu wenig umfassend.

3.3 Zusammengefasst sind in somatischer Hinsicht ergänzende Abklärungen angezeigt, weshalb auf die Einschätzung im ZIMB-Gutachten, wonach der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei, nicht abgestellt werden kann. Die Angelegenheit ist sinnvollerweise dem ZIMB-Gutachter Dr. I.____ zur Klärung der Fragen und erneuten Beurteilung – allenfalls unter Vornahme von weitergehenden Untersuchungen des Beschwerdeführers – vorzulegen. Dabei hat der Mediziner auch Stellung zu nehmen zum Gutachten der AEH vom 28. Februar 2008 sowie insbesondere zum Gutachten der MEDAS vom 10. Juli 2009.

4.

4.1 In psychiatrischer Hinsicht ist die im ZIMB-Gutachten genannte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode aufgrund der Akten- und Befundlage gut nachvollziehbar. Je nach Ergebnis der ergänzenden somatischen Abklärungen ist jedoch auch der psychische Gesundheitszustand allenfalls ergänzend abzuklären und eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen. Der psychiatrische Gutachter des ZIMB hat zwar ausdrücklich festgehalten, dass beim Beschwerdeführer keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestehe (vgl. IV-act. 159-67). Jedoch ist in der Vergangenheit von verschiedenen Ärzten auf eine mögliche psychische Überlagerung der Schmerzen des Beschwerdeführers hingewiesen worden. So hatte der psychiatrische MEDAS-Gutachter als Diagnose einen Verdacht auf psychische Überlagerung der körperlichen Beschwerden angegeben (vgl. IV-act. 73-25). Weiter hatten sowohl die Ärzte des Psychiatrischen Zentrums F.____ als auch die behandelnde Psychiaterin Dr. E.____ eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom diagnostiziert (vgl. IV-act. 143, 147). Auch sind in sämtlichen Gutachten gewisse Inkonsistenzen anlässlich der somatischen klinischen Untersuchungen



beschrieben worden. Sollten die somatischen Abklärungen ergeben, dass ein arbeitsfähigkeitsrelevantes Schmerzsyndrom ohne organische Grundlage bestünde, so hätte der psychiatrische Gutachter zu prüfen, ob es sich hierbei um ein syndromales Beschwerdebild handelt. Bejahendenfalls hätte er bei seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung rechtsprechungsgemäss die Förster-Kriterien zu berücksichtigen und zu beurteilen, ob und inwiefern dem Beschwerdeführer die willentliche Überwindbarkeit der Schmerzen zumutbar ist (vgl. BGE 136 V 279 E 3.2.3). Weiter hätte der psychiatrische Gutachter dazu Stellung zu nehmen, ob die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode lediglich als Begleiterkrankung des syndromalen Beschwerdebildes zu sehen ist oder ob ihr ein eigenständiger Krankheitswert zukommt.

4.2 Zur invalidisierenden Wirkung einer mittelgradigen depressiven Episode bei gleichzeitigem Vorliegen eines Schmerzsyndroms ohne organische Grundlage kann grundsätzlich festgehalten werden, dass der Gesetzgeber im Rahmen der 6. IV-Revision die invalidenversicherungsrechtlich (weiterhin) relevante Bedeutung depressiver Leiden deutlich hervorgehoben hat (Amtliches Bulletin Nationalrat, 16. Dezember 2010, AB 2010 N 2117 ff.; vgl. auch Amtliches Bulletin Ständerat, 1. März 2011, AB 2011 S. 39 f.). Es widerspricht damit dem Willen des Gesetzgebers, wenn eine – sich auf ein klinisch festgestelltes depressives Leiden zurückzuführende – gutachterlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vom Rechtsanwender bloss unter Hinweis auf das gleichzeitige Vorliegen eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Leidens korrigiert und als invalidenversicherungsrechtlich irrelevant erklärt wird. Dies gilt umso mehr, wenn das syndromale Krankheitsbild von der medizinischen Fachperson zur Begründung der Arbeitsunfähigkeit nicht herangezogen wird.

4.3 Selbst bei Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode mit eigenständigem Krankheitswert, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, kann unter Umständen die invalidisierende Wirkung gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung noch deshalb verneint werden, weil keine konsequente Depressionstherapie durchgeführt worden ist, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Gemäss Bundesgericht gelten leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen als grundsätzlich therapeutisch angebar (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Februar 2012, 9C_736/2011, E. 4.2.2.1.). Die Ausschöpfung sämtlicher ärztlich empfohlener Therapiemassnahmen ist daher als Ausdruck des allgemeinen Grundsatzes der



Schadenminderungspflicht einer versicherten Person zu betrachten, wonach diese alles vorzukehren hat, um die Invalidität zu verringern (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, Art. 7 N 34). Gemäss dem Bericht von Dr. E.____ vom 15. September 2009 ist der Beschwerdeführer seit Oktober 2007 in ambulanter Behandlung gewesen. Dr. E.____ hat festgehalten, dass der Beschwerdeführer anfänglich in 14-tägigen Abständen zur Gesprächstherapie gekommen sei und aktuell alle drei Wochen komme. Die Prognose sei nicht absehbar. Unter der Medikation mit Remeron und Sertralin bzw. nach der Medikamentenoptimierung sei es zu einer leichten Besserung der Schlafstörung gekommen (vgl. IV-act. 67-2 f.). Der psychiatrische MEDAS-Gutachter hat am 27. Mai 2009 festgehalten, dass die psychiatrische Behandlung bei Dr. E.____ fortgesetzt werden solle, da sie bereits gute Wirkung gezeigt habe. Man dürfe auf eine weitere Verbesserung des psychischen Zustands hoffen (vgl. IV-act. 73-38). Gemäss dem Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums F.____ vom 16. Juli 2012 hatte der Beschwerdeführer vom 12. September 2011 bis 12. Juli 2012 eine Behandlung in der Tagesklinik absolviert. Die behandelnde Ärztin hat ausgeführt, der Beschwerdeführer habe die Tagesklinik zunächst an vier Tagen in der Woche und dann aufgrund von Überforderung im Verlauf nur noch an drei Tagen in der Woche besucht. Er habe am gesamten multimodalen Therapieangebot teilgenommen. Der Beschwerdeführer habe von den gebotenen Therapien profitieren können und es sei eine Tagesstruktur aufgebaut worden. Jedoch hätten sich die depressiven Symptome nur teilweise remittieren lassen. Psychopharmakologisch sei die bereits installierte Therapie, bis auf eine Erhöhung der Tritticosidosis von 50g auf 100g wegen Einschlafproblemen, nicht verändert worden (vgl. IV-act. 146 f.). Im Bericht vom 15. März 2013 hat die behandelnde Ärztin festgehalten, dass der Beschwerdeführer aufgrund der chronischen (psychischen) Erkrankung auch in Zukunft auf eine kontinuierliche integrative psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung angewiesen sein werde (vgl. IV-act. 143-1 f.). In ihrem Verlaufsbericht vom 17. April 2013 hat Dr. E.____ einen stationären Gesundheitszustand angegeben. Sie hat festgehalten, dass die Antriebs- und Stimmungslage sowie die Schmerzen des Beschwerdeführers trotz regelmässiger psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung in ambulantem Setting und Medikamentenwechsel nicht wesentlich hätten beeinflusst werden können. Die 10-monatige psychiatrische Behandlung in der Tagesklinik F.____ habe keine Veränderung der Schmerzsymptomatik des



Beschwerdeführers bewirkt. Es handle sich um eine chronifizierte depressive und Schmerzproblematik, welche sich seit Jahren entwickelt habe. Die seit 2008 entstandene depressive Verstimmung sei therapieresistent geblieben. Mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch die psychiatrische Behandlung könne nicht gerechnet werden (vgl. IV-act. 147-1 f.). Im ZIMB-Gutachten vom 13. Januar 2014 hat der psychiatrische Gutachter festgehalten, er empfehle eine intensivere Gesprächstherapie mit wöchentlichen Terminen. Aufgrund der positiven Auswirkungen einer vorgegebenen Struktur auf den Beschwerdeführer sei eine teil- bzw. stationäre Therapie durchzuführen. Weiter solle die antidepressive Medikation überprüft werden. Insgesamt sei aber festzuhalten, dass mittlerweile ein Chronifizierungsprozess stattgefunden habe, wodurch es schwierig sein dürfte, den Beschwerdeführer aus seinem regressiven Prozess herauszuholen (vgl. IV-act. 159-58). Der RAD hat diesbezüglich am 23. Januar 2014 festgehalten, dass die vom psychiatrischen Gutachter empfohlenen therapeutischen Massnahmen medizinisch sinnvoll seien. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei dadurch jedoch nicht mit einer arbeitsfähigkeitsrelevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes zu rechnen (vgl. IV-act. 160-2).

4.4 Die Beschwerdegegnerin hat argumentiert, dass der Beschwerdeführer nicht sämtliche im ZIMB-Gutachten empfohlenen Therapiemassnahmen ausgeschöpft habe und damit die Voraussetzung für die Annahme einer invalidisierenden Wirkung der mittelgradigen depressiven Episode, namentlich die Befolgung einer konsequenten Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweise, nicht erfüllt habe. Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. Der Beschwerdeführer steht seit Oktober 2007 ununterbrochen in ambulanter Behandlung bei Dr. E.____. Weiter hat er eine rund 10-monatige Behandlung in der Psychiatrischen Tagesklinik F.____ absolviert. Zudem ist die antidepressive Medikation bei guter Compliance des Beschwerdeführers im Verlauf umgestellt und angepasst worden. Durch keine der Behandlungen hat eine wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes erreicht werden können. Vielmehr hat Dr. E.____ in ihrem Verlaufsbericht vom 17. April 2013 den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auch nach der Behandlung in der Tagesklinik F.____ als stationär beschrieben. Aus diesem Grund ist sie nachvollziehbar davon ausgegangen, dass aufgrund der eingetretenen Chronifizierung der Depression keine Verbesserung durch eine psychiatrische Behandlung erwartet werden könne (vgl.



IV-act. 147-1 f.). Auch der psychiatrische ZIMB-Gutachter hat angegeben, dass beim Beschwerdeführer ein Chronifizierungsprozess stattgefunden habe, wodurch es schwierig sein dürfte, den Beschwerdeführer aus seinem regressiven Prozess herauszuholen (vgl. IV-act. 159-58). Entsprechend der Ansicht des Rechtsvertreters ist davon auszugehen, dass die vom Gutachter empfohlenen Massnahmen aufgrund seiner Ausführungen eher auf den Erhalt des aktuellen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und der Verhinderung einer weiteren Verschlechterung gerichtet gewesen sind. Dem entspricht auch die Aussage des RAD, wonach die gutachterlich empfohlenen Massnahmen zwar medizinisch sinnvoll seien, aber dadurch nicht mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes zu rechnen sei (vgl. IV-act. 160-2). Angesichts der bereits erfolglos absolvierten Therapiemassnahmen bei nicht zu beanstandender Motivation und Compliance des Beschwerdeführers ist somit unwahrscheinlich, dass durch eine höhere Frequenz der Gesprächssitzungen bei Dr. E.____, eine erneute teilstationäre oder auch stationäre Behandlung oder eine Anpassung der Medikation eine Verbesserung der Depression bzw. der Arbeitsfähigkeit eintreten wird. Vor diesem Hintergrund muss die mittelgradige depressive Episode des Beschwerdeführers als weitgehend therapieresistent bezeichnet werden. Deren invalidisierender Charakter kann daher jedenfalls nicht mit dem Argument einer nicht konsequent befolgten Depressionstherapie verneint werden.

5.

5.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 24. April 2014 teilweise gutzuheissen, und die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2 Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit angemessen. Die Rückweisung zur Neubeurteilung gilt praxisgemäss als



volles Obsiegen (BGE 132 V 235 E. 6). Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Für einen durchschnittlichen Vertretungsaufwand, wie es die vorliegende Angelegenheit erfordert hat, erscheint eine praxisgemäss pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat somit dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 24. April 2014 aufgehoben; die Sache wird zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerde betreffend unentgeltlicher Rechtsverteidigung im Verwaltungsverfahren wird abgeschrieben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.
4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.