



**Fall-Nr.:** IV 2014/565  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 25.10.2019  
**Entscheiddatum:** 21.12.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 21.12.2016**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Invalidisierende Wirkung eines mittelgradigen depressiven Leidens bejaht. Dem steht ein allfälliges Therapiepotenzial nicht entgegen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Dezember 2016, IV 2014/565). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_49/2017.**

Besetzung

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichter Joachim Huber,  
Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

IV 2014/565

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Wydler,

advokatur im lindenhof, Postfach 41, 9320 Arbon,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 17. September 2010 zum Bezug von IV-Leistungen an und brachte vor, an einem Nierentumor, einer Depression und Atembeschwerden zu leiden (IV-act. 1). In Würdigung der Aktenlage gelangte RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt u.a. für Arbeitsmedizin, zur Auffassung, das Nierenkarzinom verhalte sich seit 2 Jahren ruhig. Blasenentzündungen könnten therapiert werden. Das Schlafapnoe-Syndrom werde erfolgreich mit einer nächtlichen Maskenbeatmung behandelt. Die arterielle Hypertonie werde medikamentös eingestellt. Das leichte Karpaltunnelsyndrom der rechten Hand könne behandelt werden. Hinzu komme eine Schwerhörigkeit. Da eine Beurteilung des behandelnden Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, noch ausstehend sei, sei die psychische Situation, die entscheidend sein dürfte, noch unklar (Aktennotiz vom 23. November 2010, IV-act. 32). Am 25. November 2010 ging bei der IV-Stelle ein Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 1. November 2010 ein. Darin gab er an, der Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11). Bezogen auf die angestammte Tätigkeit des Versicherten als "Dreher CNC" (siehe hierzu IV-act. 1-5) bescheinigte er ab 24. Februar 2010 eine 50%ige und seit 15. Oktober 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 34; vgl. auch den Verlaufsbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2011, IV-act. 47).

A.b Wegen einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit rechts bei Status nach Hörsturz rechts im Januar 2010 und einer Hochtonminderhörigkeit links (siehe hierzu den Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für ORL Hals- und Gesichtschirurgie, vom 23. April 2010, IV-act. 40-13 ff.; vgl. auch dessen Bericht vom 8. September 2011, IV-act. 68) erteilte die IV-Stelle dem Versicherten am 22. September 2011 Kostengutsprache für die Abgabe eines Hörgerätes (IV-act. 70).



## St.Galler Gerichte

A.c Im Schreiben vom 27. Oktober 2011 führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, dass er beim Versicherten bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung kein Rehabilitationspotential mehr sehe und sich die therapeutischen Massnahmen höchstens auf intermittierende Stabilisierungen auf niedrigem Niveau beschränkten. Er diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, "wechselnde Mischbilder der vor allem somatischen depressiven Symptome" mit anhaltenden Spannungen, Sorgen, Verzweiflung und allgemeiner Müdigkeit bzw. geistiger und körperlicher Erschöpfung (ICD-10: F33.8), gegenwärtig in mittelgradigem bis schwerem Ausmass. Des Weiteren leide der Versicherte an einer generalisierten Angststörung (ICD-10: F41.1; IV-act. 72; vgl. auch dessen Bericht vom 29. Juni 2012, IV-act. 90). RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ schloss sich der Einschätzung an, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht aussichtsreich seien (ELAR-Notiz vom 24. November 2011, IV-act. 73). Die IV-Stelle wies daraufhin das Gesuch um berufliche Massnahmen ab. Zur Begründung gab sie an, der Versicherte fühle sich nicht arbeitsfähig und nicht in den Arbeitsmarkt integrierbar (Mitteilung vom 5. Januar 2012, IV-act. 79).

A.d Der behandelnde Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie FMH, berichtete am 2. April 2012, aus kardiologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 87). Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte am 18. und 19. Oktober, am 19. Dezember 2012 und am 25. Januar 2013 polydisziplinär (internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch, pneumologisch und HNO-ärztlich) in der MEDAS asim Begutachtung, Universitätsspital Basel, abgeklärt. Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die asim-Gutachter: eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.1); ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.96) und (anamnestisch) eine Hochtonschwerhörigkeit links vorbestehend bei Verdacht auf eine zusätzliche, nicht organische Hörstörung beidseits (ICD-10: H90.8). Sie bescheinigten dem Versicherten sowohl für die angestammte als auch für eine körperlich leicht bis mittelschwere leidensangepasste Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Gutachten vom 13. März 2013, IV-act. 105).

A.e RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen, hielt die gutachterliche Einschätzung für plausibel. Wenn es durch die geplante Intensivierung der psychiatrischen Behandlung zu einer Remission der depressiven Episode komme, sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit "möglich", was nicht gleichbedeutend sei mit



"überwiegend wahrscheinlich" (Stellungnahme vom 4. April 2013, IV-act. 106). Der zuständige Mitarbeitende des Rechtsdienstes der IV-Stelle hielt dafür, das depressive Leiden sei therapeutisch beeinflussbar. Unter diesen Umständen liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor (Stellungnahme vom 15. April 2013, IV-act. 107). Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ermittelte die IV-Stelle einen 5%igen Invaliditätsgrad und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 26. April 2013 die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 110). Dagegen erhob dieser am 17. Mai 2013 Einwand (IV-act. 114), den er am 29. Mai 2013 ergänzte (IV-act. 115). Im Verlaufsbericht vom 9. Dezember 2013 gab Dr. C.\_\_\_\_ an, der Zustand des Versicherten habe sich trotz einer intensiven tagesklinischen Behandlung im Psychiatriezentrum G.\_\_\_\_ vom 4. Juli 2013 bis zum 18. November 2013 (siehe hierzu den Bericht von med. pract. H.\_\_\_\_, Oberärztin der Tagesklinik, vom 4. März 2014, IV-act. 128) nicht nachhaltig verbessert. Die therapeutische Struktur habe aber eine weitere Verschlechterung verhindern können. Unter den therapeutischen Massnahmen sei mit der Erhaltung der 50%igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Eine weitere Verbesserung sei aber nicht mehr zu erwarten (IV-act. 123). Am 17. März 2014 nahm der psychiatrische asim-Gutachter Stellung zur im Einwand geäusserten Kritik des Versicherten (IV-act. 129).

A.f Im Rahmen der zweiten Anhörung beantragte der Versicherte die Einholung weiterer medizinischer Berichte bei den behandelnden Ärzten (Stellungnahme vom 1. April 2014, IV-act. 131). Am 4. Juni 2014 reichte er ein Schreiben von Dr. C.\_\_\_\_ vom "7. April 2014" (Datum Posteingang beim Rechtsvertreter des Versicherten: 4. Juni 2014) ein, worin sich dieser zur Stellungnahme des psychiatrischen asim-Gutachters und zum Vorbescheid äusserte (IV-act. 135). Die IV-Stelle holte in der Folge Berichte bei den behandelnden Ärzten ein. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, führte am 16. Juli 2014 aus, der Versicherte leide u.a. an einem Aneurysma der Aorta ascendens (5 cm im Querdurchmesser) und einer therapieresistenten arteriellen Hypertonie. Mit Gültigkeit ab 1. Mai 2014 bescheinigte er für rein sitzende Tätigkeiten eine 50%ige und für wechselbelastende Tätigkeiten eine 30%ige Leistungsfähigkeit (IV-act. 139). Dr. C.\_\_\_\_ berichtete am 18. August 2014, der Versicherte leide aus psychiatrischer Sicht unter einer rezidivierenden depressiven Störung mit seit längerer Zeit mittelgradiger depressiver Symptomatik, die sich seit Ende 2013 verschlechtert habe, weshalb er dem Versicherten anstatt einer 4-wöchigen Rehabilitation in der Klinik J.\_\_\_\_ eine



tagesklinische psychiatrische Behandlung in der psychiatrischen Tagesklinik G.\_\_\_\_ empfohlen und in die Wege geleitet habe. Im Rahmen der tagesklinischen Behandlung sei es zur Verbesserung der schweren depressiven Symptomatik gekommen (IV-act. 141). RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ vertrat in der Stellungnahme vom 11. September 2014 die Auffassung, die kardiologischen Befunde hätten sich nicht verschlechtert. Weitere Abklärungen seien daher nicht angezeigt (IV-act. 142). Am 21. November 2014 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 145).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 21. November 2014 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 12. Dezember 2014. Der Beschwerdeführer beantragt darin deren Aufhebung. Es sei ihm für die Dauer vom 1. Februar bis 14. Oktober 2010 eine halbe Rente, vom 15. Oktober 2010 bis 18. November 2013 eine "volle" Rente und ab 19. November 2013 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Er rügt eine Verletzung des rechtlichen Gehörs und bringt des Weiteren vor, die angefochtene Verfügung berücksichtige nicht vollständig die nach dem asim-Gutachten angefallenen fachpsychiatrischen Akten. Das asim-Gutachten sei im Zeitpunkt des Verfügungserlasses nicht mehr aktuell gewesen. Es bestehe ausserdem keine Rechtfertigung, dem depressiven Leiden aus therapeutischen Überlegungen die invalidenversicherungsrechtliche Erheblichkeit abzusprechen (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 16. Februar 2015 die Abweisung der Beschwerde. Sie vertritt die Ansicht, dass dem psychischen Leiden keine invalidisierende Wirkung zukomme. Die therapeutischen Mittel seien noch nicht ausgeschöpft (act. G 6).

B.c Mit Präsidialentscheid vom 18. Februar 2015 ist dem Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) entsprochen worden (act. G 7).

B.d In der Replik vom 25. Februar 2015 hält der Beschwerdeführer unverändert an den Beschwerdeanträgen fest (act. G 10).



B.e Die Beschwerdegegnerin hat auf eine begründete Duplik verzichtet (act. G 12).

### Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

1.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).



1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht 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.

2.

In einem ersten Schritt ist die Frage zu beantworten, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist.

2.1 Bei der Würdigung des asim-Gutachtens vom 13. März 2013 fällt ins Gewicht, dass es auf eigenständigen, polydisziplinären Abklärungen beruht und für die streitigen Belange umfassend ist. Daran ändert nichts, dass keine kardiologische Begutachtung durchgeführt wurde, nachdem der behandelnde Facharzt im Bericht vom 2. April 2012 ausführte, aus kardiologischen Gründen bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 87-4). Sodann gehen aus den weiteren bis zur Begutachtung angefallenen Akten keine Hinweise für eine kardiologische Verschlechterung hervor. Dies gilt insbesondere auch für den - nicht in den Akten liegenden - von den asim-Gutachtern auszugsweise wiedergegebenen Bericht der Klinik für Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 12. September 2012 (IV-act. 106-16 ff.), welcher der gutachterlichen Einschätzung zur Herzkrankheit zu Grunde lag und demgemäss aktuell von einem kontrollierten Zustand ausgegangen werden könne (IV-act. 105-33). Der Beschwerdeführer nahm denn auch erst wieder im Dezember 2013 eine fachkardiologische Behandlung in Anspruch (IV-act. 139-2; vgl. auch die Aussage des Beschwerdeführers, dass sich die Herzerkrankung seit Mitte/Ende November 2013 "massiv bemerkbar gemacht" habe, IV-act. 131-1; vgl. auch die damit zu vereinbarende Stellungnahme des RAD vom 11. September 2014, IV-act. 142-2, und des Beschwerdeführers in act. G 10, Rz 4). Auch aus psychiatrischer Sicht besteht kein Anlass von der damaligen gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abzuweichen (siehe hierzu IV-act. 105 sowie die ergänzende Stellungnahme des psychiatrischen asim-Gutachters vom 17. März 2014, IV-act. 129), zumal diese von Dr. C.\_\_\_\_ ausdrücklich geteilt wurde (siehe dessen Stellungnahme vom 7. April 2014, IV-act. 135-1). Es bestehen ferner keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche



Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Vor diesem Hintergrund besteht kein Anlass, die Beweiskraft des asim-Gutachtens bzw. der darin enthaltenen Arbeitsfähigkeitsschätzung bis zum Zeitpunkt der Begutachtung in Frage zu stellen.

2.2 Was die Zeit nach der asim-Begutachtung anbelangt, so ergeben sich weder aus den Ausführungen des Beschwerdeführers noch den seither ergangenen Akten Hinweise darauf, dass sich dessen Gesundheitszustand dauerhaft in einem Mass verschlechtert hätte, das - im Vergleich zur gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung - zu darüber hinausgehenden Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit geführt hätte. Einzig für die Zeit der intensiven tagesklinischen Behandlung vom 4. Juli bis 18. November 2013 (IV-act. 128-2) ist von einer vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Zu beachten ist weiter, dass bereits anlässlich der asim-Begutachtung die von Dr. C.\_\_\_\_ vorgeschlagene stationäre Behandlung im Raum stand (IV-act. 105-45 f. und IV-act. 105-48) und eine leitliniengerechte Behandlung vom psychiatrischen asim-Gutachter empfohlen wurde (IV-act. 105-48 unten). In der Stellungnahme vom 18. August 2014 begründete Dr. C.\_\_\_\_ die schliesslich anstelle der stationären durchgeführte tagesklinische (teilstationäre) Therapie zwar mit einer "Ende 2013" aufgetretenen Verschlechterung (IV-act. 141-1). Allerdings beschrieb er diese Verschlechterung nicht näher. Er sprach lediglich von einer Gefährdung der 50%igen Arbeitsfähigkeit und von einer Verbesserung durch die tagesklinische Behandlung (IV-act. 141-1). Seitens der Tagesklinik wurde ab Behandlungsende ebenfalls eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestätigt, allerdings mit allenfalls etwas reduzierter Leistungsfähigkeit und "am ehesten im geschützten Rahmen" (IV-act. 128-3). In kardiologischer Hinsicht ist von Bedeutung, dass Dr. I.\_\_\_\_ trotz des nicht (mehr) gut eingestellten Blutdrucks eine 50%ige Arbeitsfähigkeit wenigstens für sitzende Tätigkeiten bescheinigt hat (IV-act. 139-3 und IV-act. 139-6).

2.3 Gestützt auf das asim-Gutachten ist ab Februar 2010 von einer 50%igen, ab 15. Oktober 2010 bis 18. Oktober 2012 von einer 100%igen und ab 19. Oktober 2012 (Datum der psychiatrischen Begutachtung) von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (IV-act. 105-34). Zusätzlich ist für die Zeit der tagesklinischen Behandlung vom 4. Juli bis 18. November 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen (IV-act. 128-2).



3. Zu beurteilen ist sodann die invalidenversicherungsrechtliche Erheblichkeit des depressiven Leidens.

3.1 Grundsätzlich bedarf es nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens einer fachärztlichen, lege artis auf die Vorgaben eines Klassifikationssystems abgestützten Diagnose. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung dürfe sich dabei die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die rechtsanwendenden Behörden hätten mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtige, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich seien. Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen würden, sei bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (Urteil des Bundesgerichts vom 30. März 2011, 9C\_1041/2010, E. 5.1 mit Hinweisen).

3.2 Zunächst bestreitet die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines selbstständigen depressiven Leidens und weist zusätzlich auf ein aus ihrer Sicht inkonsistentes Verhalten des Beschwerdeführers hin (act. G 6, Rz 6).

3.2.1 Zu beachten gilt es den finalen Charakter der Invalidenversicherung. Dies bedeutet, dass bei der Leistungsprüfung nicht nach der Art und Genese eines die Erwerbsunfähigkeit verursachenden Gesundheitsschadens gefragt wird. Der Gesundheitszustand ist folglich immer gesamtheitlich zu betrachten. Selbst eine Erwerbsunfähigkeit, deren psychogene krankhafte Grundlage (auch) durch eine soziokulturelle Überforderung verursacht worden ist, fällt in den Geltungsbereich der Invalidenversicherung, vorausgesetzt es handelt sich um ein verselbstständigtes psychisches Leiden. Eine rentenbegründende Invalidität kann damit nicht allein mit dem Hinweis auf das Vorhandensein soziokultureller oder psychosozialer Belastungsfaktoren verneint werden (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2014, 8C\_830/2013, E. 5.2.3 mit Hinweisen auf Rechtsprechung und Literatur).



3.2.2 Der Beschwerdeführer leidet an einem polymorbiden somatischen Krankheitsbild und an einer mehrjährigen depressiven Erkrankung, ohne dass bislang eine Remission eintrat (IV-act. 105-32). Es liegt insbesondere kein bloss vorübergehendes psychisches Leiden vor. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend anerkennt, war als Auslöser des depressiven Leidens die Diagnose eines Nierenzellkarzinoms beteiligt (act. G 6, Rz 6). Des Weiteren führte die Herzkrankheit zu einer zusätzlichen psychischen Belastung (IV-act. 85-1 unten; zu den "Gesundheitsängsten" siehe auch IV-act. 105-47). Auch der psychiatrische asim-Gutachter legte plausibel dar, dass die Verunsicherung des Beschwerdeführers durch dessen polymorbides Krankheitsbild ausgelöst worden war (IV-act. 105-48). Dabei handelt es sich indessen nicht um invaliditätsfremde Faktoren. Auf jeden Fall kann keine Rede davon sein, für das Entstehen des mehrjährigen depressiven Leidens seien allein invaliditätsfremde Faktoren massgebend. Daran vermag nichts zu ändern, dass sich der Beschwerdeführer allenfalls durch psychosoziale Umstände zusätzlich seelisch bedrängt fühlt. Der psychiatrische asim-Gutachter mass der starken Krankheitsüberzeugung offenbar keinen Einfluss auf die psychische Krankheit zu. Im Gegenteil ging er davon aus, dass das depressive Leiden die Krankheitsüberzeugung beeinflusst (IV-act. 105-48). Im Gesamtgutachten, das vom psychiatrischen asim-Gutachter nicht mitunterzeichnet worden ist, wird demgegenüber zwar von einer wechselseitigen Beeinflussung durch die Krankheitsüberzeugung gesprochen. Allerdings wird aber auch auf eine davon nicht abhängige "affektive Erkrankung" hingewiesen (IV-act. 105-32; siehe zur affektiven Erkrankung bzw. deren Progredienz auch die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters in IV-act. 129-3). Da sich der psychiatrische asim-Gutachter mit krankheitsfremden Aspekten ausdrücklich auseinandergesetzt hat (siehe auch zur Begründung der Arbeitsunfähigkeit IV-act. 129-3), kann ohnehin davon ausgegangen werden, dass er sie bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ausgeklammert hat (Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2013, 8C\_651/2012, E. 5.3). Zumindest ergeben sich aus den Akten keine gegenteiligen Gesichtspunkte. Solche benennt denn auch die Beschwerdegegnerin nicht. Schliesslich legt die Beschwerdegegnerin weder dar noch ist aus den Akten ersichtlich, dass ein Wegfall der psychosozialen und/oder soziokulturellen Faktoren die langjährige selbstständige, zumindest inzwischen verselbstständigte, depressive Krankheit verschwinden lassen würde (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2015, 9C\_140/2014, E. 3.4.2).



3.2.3 Gegen eine invalidenversicherungsrechtliche Erheblichkeit der vom psychiatrischen Gutachter bescheinigten Arbeitsunfähigkeit sprechen weder die von den somatischen Experten teilweise erwähnte Tendenz zur Symptomausweitung noch die teilweise inkongruenten Befunde, vermochte doch der psychiatrische Gutachter diese im Rahmen des psychischen Beschwerdebildes zu erklären (IV-act. 105-32: "Bei der psychiatrischen Untersuchung korrelierte hierzu die affektive Symptomatik mit herabgesetzter Grundstimmung, ausgeprägten Gesundheitsängsten und starker Identifizierung mit der Krankenrolle. Aus psychiatrischer Sicht sehen wir die geschilderten Symptome und Beschwerden im Rahmen einer affektiven Erkrankung"). Im Übrigen macht die Beschwerdegegnerin weder substantiiert geltend noch ergibt sich aus dem psychiatrischen Gutachten, dass invaliditätsfremde Gesichtspunkte bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung miteinbezogen worden sind. Ergänzend bleibt darauf hinzuweisen, dass RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ in Würdigung der damaligen Aktenlage das Bestehen von Hinweisen auf suboptimales Leistungsverhalten bzw. auf relevante Inkonsistenzen zunächst verneint hatte (Stellungnahme vom 27. Januar 2012, IV-act. 80).

3.3 Gegen eine invalidisierende Wirkung führt die Beschwerdegegnerin sodann ins Feld, leichte bis mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur seien im Prinzip therapeutisch angebar (act. G 6, Rz 7).

3.3.1 Vorab verkennt die Beschwerdegegnerin bei ihrer Argumentation, dass psychische Leiden wie das vorliegende bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit den somatischen Erkrankungen vergleichbar sind (vgl. BGE 139 V 562 E. 7.1.4 sowie die darin genannte Rz 1003 des Kreisschreibens über die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG [KSSB] in der ab 1. Januar 2015 gültigen Fassung). Körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigungen sind gemäss herrschender Rechtslage (Art. 7 Abs. 1 ATSG) einander gleichgestellt. Es geht daher nicht an, dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Rechtskontrolle hinsichtlich der Zumutbarkeit von Art. 7 Abs. 2 ATSG ihre eigene Einschätzung über die beweiskräftige medizinische Fachmeinung setzt und hinsichtlich der Zumutbarkeitsprüfung ausschliesslich bei leicht- bis mittelgradigen depressiven Leiden weitere Kriterien (wie etwa dasjenige der Behandelbarkeit) hinzuzieht (Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2013, 8C\_651/2012, E. 5.3). Eine gesonderte rechtliche Behandlung für leichte bis



mittelgradige depressive Leidensbilder ist sodann nicht mit Art. 8 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101) vereinbar, wonach niemand namentlich wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung diskriminiert werden darf. Der Bundesrat hat in der Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (5. IV-Revision) zu Recht darauf hingewiesen, dass eine Ungleichbehandlung gewisser Krankheitsbilder bei der Leistungsberechtigung mit dem verfassungsrechtlichen Diskriminierungsverbot in Konflikt geriete. Es würden Versicherte mit unterschiedlichen Krankheiten nach willkürlichen Kriterien ungleich behandelt. Die Folge wäre eine rechtsungleiche Behandlung von an unterschiedlichen Krankheiten leidenden Versicherten (BBI 2005 4529 f.). Der in der jüngeren Rechtsprechung des Bundesgerichts streng und isoliert hervorgehobene Aspekt der therapeutischen Angehörigkeit als Rentenanspruchsvoraussetzung findet bei keiner anderen Krankheitsgruppe Anwendung. Die ausschliesslich bei leicht- bis mittelgradigen depressiven Leiden geltende beweiserschwerende Vermutung, dass diese zu keiner Erwerbsunfähigkeit führen, da sie therapeutisch angehörig seien, ist mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz nicht vereinbar (siehe auch PHILIPP GEERTSEN, Ausgewählte Rechts- und Tatfragen, in: UELI KIESER/MIRIAM LENDFERS, JaSo 2015, St. Gallen 2015, S. 196 f.; vgl. mit Bezug auf die frühere Praxis des Bundesgerichts zur Überwindbarkeit somatoformer Leiden das Rechtsgutachten JÖRG PAUL MÜLLER/MATTHIAS KRADOLFER, vom 20. November 2012, S. 34 f. sowie GEERTSEN, a.a.O., FN 91 mit Hinweisen auf die Kritik in der Lehre). Bereits anlässlich der 4. IV-Revision ist im Nationalrat denn auch betont worden, dass die Therapierbarkeit als Voraussetzung eines Rentenanspruchs ausschliesslich für psychische Leiden mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz nicht zu vereinbaren ist (siehe Votum Suter Marc F.: "Insbesondere ist die Therapierbarkeit eines psychischen Leidens als solche kein Ausschlussgrund für die Gewährung einer Invalidenrente, so wenig wie bei körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen. Auch hier gilt der Gleichbehandlungsgrundsatz, bei psychischen Leiden so gut wie bei physischen Leiden.", AB 2001 N 1945; Votum Goll Christine: "Herr Borer will eine Speziallösung für psychisch Behinderte schaffen. Das schafft immer auch Rechtsungleichheiten. Sonderlösungen für bestimmte Kategorien von Personen mit Behinderungen führen immer zu Ungleichbehandlungen.", AB 2001 N 1945; Votum Gross Jost: "Herr Borer, ich glaube, Ihr Minderheitsantrag geht so weit, dass im Grunde genommen die Gleichberechtigung - die Gleichwertigkeit der



psychischen Behinderung -, die wir in Artikel 8 Absatz 2 der Bundesverfassung, aber auch jetzt im IVG, in Artikel 5 beispielsweise, festgeschrieben haben, faktisch wieder ausgehebelt werden soll: Psychisch Behinderte würden durch Ihren Minderheitsantrag faktisch vom IV-Berentungssystem ausgeschlossen."; AB 2001 N 1945). Des Weiteren liegt eine Verletzung von Art. 8 Abs. 2 BV nahe, wenn allein aufgrund des geringeren Schweregrads einer Depression (leicht- bis mittelgradig gegenüber schwergradig) die objektiv-medizinische Beurteilung einen geringeren Stellenwert erhielte (siehe auch GEERTSEN, a.a.O., FN 83).

3.3.2 Soweit die Beschwerdegegnerin zur Rechtfertigung der Abweisung des Leistungsgesuchs auf die im Rahmen weiterer Therapie bestehende Möglichkeit einer gesundheitlichen Verbesserung hinweist, übersieht sie, dass in der Invalidenversicherung die Therapierbarkeit eines somatischen oder psychischen Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht im Weg steht. Einer allfälligen Verbesserung des Gesundheitszustands ist durch eine Rentenrevision zu begegnen (Urteil des Bundesgerichts vom 2. September 2014, 9C\_395/2014, E. 4.5). Die Behandelbarkeit einer psychischen Störung sagt denn auch, für sich allein betrachtet, nichts über deren invalidisierenden Charakter aus (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2013, 9C\_947/2012, E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 127 V 298 E. 4c; vgl. auch GEERTSEN, a.a.O., S. 197 f. mit Hinweisen auf die Rechtsprechung in FN 81 und FN 88). Darauf wurde auch im Nationalrat im Rahmen der 4. IV-Revision hingewiesen (Votum Gutzwiler Felix: "Wenn man sich die Sache überlegt, muss man grundsätzlich aber doch sagen, dass die Behandelbarkeit eines Leidens nicht für die Festlegung des Beginns des Rentenanspruchs beigezogen werden kann. Bei einer grossen Mehrheit der Versicherten wäre vermutlich der Rentenanspruch im Vergleich zu heute gar nicht mehr gegeben. Ich spreche nicht von den Krankheiten des Bewegungsapparates, bei denen die Sachlage relativ klar ist. Aber denken Sie an Krankheiten wie multiple Sklerose, Krebs, Depression und andere, bei denen das Leiden selten oder nie stabilisiert ist. Da wird es, weil ja nur eine Einzelfallbegutachtung Klärung bringen könnte, ausserordentlich schwierig sein festzustellen, ob die Verbesserungen zu verzeichnen sind, die optimalerweise erzielt werden können, oder nicht. Nur eine Einzelfallbeurteilung könnte das wirklich aufzeigen; ich glaube, dass das impraktikabel ist. Weil also die Behandelbarkeit des Leidens nicht als Grundsatz angenommen werden kann, ist es meiner Ansicht nach



klar, dass wir beide Minderheitsanträge ablehnen müssen.", AB 2001 N 1945; Votum Suter Marc F.: "Insbesondere ist die Therapierbarkeit eines psychischen Leidens als solche kein Ausschlussgrund für die Gewährung einer Invalidenrente, so wenig wie bei körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen. Auch hier gilt der Gleichbehandlungsgrundsatz, bei psychischen Leiden so gut wie bei physischen Leiden. Wesentlich ist, dass mindestens während einem Jahr eine 40-prozentige Arbeits- und entsprechende Erwerbsunfähigkeit bestanden hat [...]", AB 2001 N 1945; Votum Goll Christine: "Eine eventuelle Behandlungsmöglichkeit oder eine mögliche Therapierbarkeit einer Krankheit kann nie ein Kriterium für die Berechnung des Rentenanspruchs sein. Es ist klar; Sinn und Zweck der Invalidenversicherung ist es, das Risiko abzudecken, das bei einer gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit entstehen kann.", AB 2001 N 1945). Das Bundesgericht hat sodann in der jüngeren Rechtsprechung klargestellt, dass die Behandelbarkeit eines psychischen Leidens sogar bei grundsätzlich guter Prognose einen - allenfalls befristeten - Rentenanspruch nicht zum Vorneherein ausschliesst (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2014, 8C\_148/2014 E. 3.1 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juni 2014, 8C\_56/2014, E. 4.1). Würde im Übrigen der Behandelbarkeit wesentlicher Einfluss auf den invalidisierenden Charakter eines depressiven Leidens zugestanden, so würde dies einen rückwirkend befristeten Rentenanspruch für ein depressives Leiden, wie er etwa im Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2014, 9C\_292/2014, E. 3.2 anerkannt wurde, ausschliessen.

3.3.3 Es bleibt ausserdem unklar, was die Beschwerdegegnerin aus der Behauptung, leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur seien "im Prinzip therapeutisch angebar", zum Ausdruck bringen will. Einerseits ist nicht nachvollziehbar, was sie unter "therapeutisch angebar" versteht und inwiefern die gemachte Aussage eine spezielle Behandlung der genannten depressiven Leiden rechtfertigt. Sie legt weder dar noch geht aus der von ihr in diesem Zusammenhang zitierten Rechtsprechung (etwa Urteil des Bundesgerichts vom 7. Februar 2012, 9C\_736/2011, E. 4.2.2.1) hervor, inwiefern es sich bei der therapeutischen Angebarkeit - im Vergleich mit anderen Erscheinungsformen psychischer, geistiger oder körperlicher Leiden - um ein Merkmal handelt, das nur bei leichten bis mittelgradigen Depressionen Relevanz erheischt. Andererseits haben weder die Beschwerdegegnerin noch die Rechtsprechung - soweit ersichtlich - sich bislang zur



Semantik des Begriffs "therapeutisch angebar" geäussert. Die vom Bundesgericht eingeführte Formulierung stützt sich auf HABERMEYER/VENZLAFF, Affektive Störungen, in: Psychiatrische Begutachtung, 5. Auflage 2009, S. 193 (etwa Urteil des Bundesgerichts vom 7. Februar 2012, 9C\_736/2011, E. 4.2.2.1). Aus der vom Bundesgericht zitierten Fundstelle ergibt sich mit aller Deutlichkeit eine äusserst beschränkte Wirksamkeit therapeutischer Behandlungsbemühungen bei depressiven Leiden. Nicht mehr als 50 bis 60% der Patienten mit rezidivierenden depressiven Störungen sprechen auf antidepressive Pharmakotherapie oder störungsspezifische Psychotherapie an, die Raten der Vollremission sind noch geringer. Hinsichtlich der Rückfallrate ein Jahr nach Therapiebeendigung finden sich in einer Metaanalyse Angaben von bis zu 60% nach antidepressiver Medikation (HABERMEYER/VENZLAFF, a.a.O., S. 193). Nach HABERMEYER/VENZLAFF haben depressive Störungsbilder des Weiteren über Jahre hinweg Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit. Etwa 70% aller depressiven Erkrankungen verliefen monopolar-depressiv, d.h. es komme zum rezidivierenden Auftreten depressiver Krankheitsphasen. Die rezidivierenden depressiven Störungen seien nach aktuellen Verlaufsstudien mit einer nicht unerheblichen Tendenz zur Chronifizierung bzw. zur Ausbildung von Defekten verbunden. Ein Drittel der Fälle zeige lediglich partielle Besserungen, in 55-65% der Fälle komme es zu Rezidiven, etwa 10% chronifizierten (HABERMEYER/ VENZLAFF, a.a.O., S. 190 mit Hinweis). Studien der letzten Jahre haben sogar ergeben, dass die Pharmakotherapie nur bei ca. 1/3 der Patienten die erwartete, überprüfbare Wirkung zeigt (ULRIKE HOFFMANN-RICHTER, Psychische Beeinträchtigungen in der Rechtsprechung: Ein Blick aus psychiatrischer Sicht, in: UELI KIESER [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2015, St. Gallen 2016, S. 78). Allein schon vor diesem Hintergrund haben Rechtsanwender den Vorschlägen zu medizinischen Therapiemassnahmen und den Prognosen über deren Erfolgsaussichten - wenn überhaupt - bloss äusserst zurückhaltend Beachtung zu schenken. In der medizinischen Literatur wird in damit zu vereinbarender Weise allgemein darauf hingewiesen, dass der medizinische Gutachter mit Behandlungsprognosen sehr vorsichtig umgehen sollte, selbst wenn fundierte Therapiestudien zur Verfügung stehen (JÖRG JEGER, Die persönlichen Ressourcen und ihre Auswirkungen auf die Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit - Eine kritische Auseinandersetzung mit der Überwindbarkeitspraxis, in: GABRIELA RIEMER-KAFKA [Hrsg.], Psyche und



Sozialversicherung, Zürich 2014, S. 170). Auf jeden Fall lässt die erwähnte medizinische Literatur nicht die regelbildende Vermutung zu, leichte bis mittelgradige depressive Leiden führten grundsätzlich bei konsequenter Therapie zu keiner Beeinträchtigung der Arbeitsunfähigkeit. Vielmehr weckt sie daran erhebliche Zweifel. Entsprechend dem vagen Prognosecharakter bezeichneten die asim-Gutachter eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch ihren Therapievorschlag denn auch lediglich als "möglich" (IV-act. 105-34). Dies hat die Beschwerdegegnerin trotz ausdrücklichen Hinweises durch RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_, dass eine Remission des depressiven Leidens lediglich "möglich" sei, "was nicht gleichbedeutend ist mit «überwiegend wahrscheinlich»" (IV-act. 106; siehe auch IV-act. 105-34), ausser Acht gelassen. Vor diesem Hintergrund ist eine arbeitsfähigkeitsrelevante Therapiealternative nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan.

3.3.4 Die frühere bei somatoformen Schmerzstörungen praktizierte Rechtsprechung des Bundesgerichts und das darin angewandte Regel-/Ausnahmemodell (BGE 131 V 49; vgl. auch BGE 130 V 352) wurden im Wesentlichen mit der grundsätzlichen Behandelbarkeit dieser Leiden begründet. "Grundlagen und Wesen dieser Vermutung hat das EVG im Leiturteil BGE 130 V 352 nicht näher begründet. Aus dem spezialisierten medizinischen Schrifttum lässt sich indessen nichts Gegenteiliges ableiten, wird doch allgemein von der grundsätzlichen Behandelbarkeit dieser Störungen ausgegangen" (ULRICH MEYER, Somatoforme Schmerzstörung - ein Blick zurück auf eine Dekade der Entwicklung, in: RENÉ SCHAFFHAUSER/UELI KIESER [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2010, St. Gallen 2011, S. 25; kritisch hierzu GEERTSEN, a.a.O., FN 91 mit weiteren Hinweisen). Die identische argumentative Grundlage führt die jüngere Rechtsprechung nunmehr zur Begründung des Regel-/Ausnahmemodells bei den leichten bis mittelschweren depressiven Leiden ins Feld (siehe etwa Urteil des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2016, 9C\_434/2016, E. 6.3, worin das Bundesgericht inzwischen - ohne Hinweis auf die medizinische Literatur - von "therapeutisch gut angebar" spricht [im Original ohne Hervorhebung]). Das Bundesgericht hat in BGE 141 V 281 ausführlich dargelegt, dass am bisherigen Regel-/Ausnahmemodell für somatoforme Leiden nicht mehr festgehalten werden kann und die bisherige Rechtsauffassung zu verwerfen ist. Nichts anderes kann für ein Regel-/Ausnahmemodell bei leichten bis mittelschweren depressiven Leiden gelten. Mit der vom Bundesgericht ausschliesslich für leichte bis mittelschwere depressive Leiden



geschaffenen Vermutung der Überwindbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. dem damit verbundenen Regel-/Ausnahmemodell wird denn auch u.a. ein ergebnisoffenes Beweisverfahren verunmöglicht (siehe hierzu BGE 141 V 294 f. E. 3.6). Des Weiteren brachte der Gesetzgeber im Rahmen der 6. IV-Revision zum Ausdruck, das Regel-/Ausnahmemodell für pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder dürfe nicht für depressive Leiden gelten (AB 2010 N 2117 ff.; vgl. auch AB 2011 S 39 f.; siehe mit Bezug auf ein mittelgradiges depressives Leiden Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2014, 8C\_914/2013, E. 3.2 am Schluss). Damit geht einher, dass auch aus den Botschaften zur 5. und 6. IV-Revision (BBI 2005 4459 und 2010 1817 ff.) keine entsprechende Absicht hervorgeht.

3.3.5 Das allein an den Schweregrad einer bestimmten Diagnose anknüpfende Regel-/Ausnahmemodell ist auch deswegen zu verwerfen, da es dadurch die psychiatrischen Fachpersonen bei bestehenden Therapiemöglichkeiten in der Hand hätten, faktisch über das Vorliegen einer Invalidität zu entscheiden, indem sie bestimmte Diagnosen bzw. Schweregrade verwenden oder vermeiden (vgl. BBI 2005 4530). Dabei fällt ins Gewicht, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und der begutachtenden Person deshalb praktisch ein gewisser Spielraum - innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind - zusteht, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist (anstatt vieler Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juli 2012, 8C\_215/2012, E. 7.4).

3.3.6 Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Regel-/Ausnahmemodell bei leichten bis mittelschweren depressiven Leiden (siehe etwa Urteil des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2016, 9C\_434/2016, E. 6.3) bildet keine konstante Praxis. In BGE 127 V 298 E. 4c wurde ausgeführt, "nach dem Gesagten ist die bisherige uneinheitliche Rechtsprechung in dem Sinne klarzustellen, dass die Behandelbarkeit einer psychischen Störung, für sich allein betrachtet, nichts über deren invalidisierenden Charakter aussagt. Für die Entstehung des Anspruchs auf eine Invalidenrente im Besonderen ist immer und einzig vorausgesetzt, dass während eines Jahres (ohne wesentlichen Unterbruch) eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit nach Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG bestanden hat und eine anspruchsbegründende Erwerbsunfähigkeit gemäss Art. 28 Abs. 1 bis Abs. 1ter IVG sowie Art. 28 Abs. 2 IVG oder Art. 5 Abs. 1 IVG in



Verbindung mit Art. 28 Abs. 3 IVG und Art. 27 f. IVV weiterhin besteht". Diese Sichtweise wurde in den Folgejahren übernommen. Gerade auch in Bezug auf eine "Depression" (siehe hierzu ULRICH MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2. Aufl. 2010, S. 275 f.). Jüngst bejahte das Bundesgericht einen Anspruch auf eine ganze Rente, obschon sich die u.a. an einer mittelgradigen Depression leidende Versicherte (siehe hierzu den vorinstanzlichen Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 31. März 2016, IV. 2015.00132, E. 4.1 ff.) einer zumutbaren Behandlung mittels Psychopharmaka widersetzt hatte (Urteil vom 4. November 2016, 9C\_391/2016, E. 3.3 und E. 3.4; siehe auch Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2014, 8C\_148/2014, E. 3.1). SAGER gelangt zum Schluss, der Tenor der Rechtsprechung gehe dahin, dass eine (konsequente Depressions-)Therapie nicht als zwingende Voraussetzung zu erachten sei (RAHEL SAGER, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, in: SZS 59/2015, S. 319).

3.3.7 Zu ergänzen bleibt, dass weder aus den Akten noch den Ausführungen der Beschwerdegegnerin Hinweise für eine fehlende Therapiemotivation hervorgehen. Der Beschwerdeführer nahm seit 6. Dezember 2008 (IV-act. 34-2) und damit inzwischen während Jahren eine vielschichtige und konsequente Therapie in Anspruch (Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie und medikamentöse Therapie, IV-act. 34-4, IV-act. 86-4, IV-act. 90-3). Dr. C.\_\_\_\_ äusserte am 8. Februar 2011 die Befürchtung, dass von reinen therapeutischen Massnahmen kaum eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei (IV-act. 47-1). Trotz dieser vielgestaltigen Therapiebemühungen wurde bisher keine Remission erreicht (IV-act. 105-32). RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ hielt bereits in der ELAR-Notiz vom 24. November 2011 gestützt auf die Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2011 (IV-act. 72) fest: "kein Rehapotenzial, therapeutisch ausgereizt" (IV-act. 73; vgl. auch das Triage-Protokoll vom 8. Dezember 2011, IV-act. 76-1). Diese Betrachtungsweise wird durch den Umstand bestätigt, dass die nach der asim-Begutachtung fortgesetzte und um eine mehrmonatige tagesklinische Behandlung ergänzte Therapie zu keiner Besserung des Gesundheitszustands geführt hat (IV-act. 123-1, IV-act. 128 und IV-act. 141). Die Beschwerdegegnerin verhält sich mit dem Vorwurf ungenügender Therapie im vorliegenden Fall überdies widersprüchlich, nachdem die Eingliederungsverantwortliche der früher geäusserten dringenden Empfehlung von Dr.



C.\_\_\_\_ (IV-act. 47-1) und von RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ (IV-act. 51-1) um die Durchführung eines Belastbarkeitstrainings nicht nachgekommen ist (IV-act. 52-2).

3.4 Insgesamt besteht kein Grund der gutachterlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit die invalidenversicherungsrechtliche Wirkung abzusprechen. Der Vollständigkeit halber ist zu bemerken, dass die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch die asim versicherungsmedizinisch vom RAD vollumfänglich bestätigt worden ist (IV-act. 106).

4.

Ausgehend von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% ab Februar 2010, von 100% ab 15. Oktober 2010 bis 18. Oktober 2012, von 50% ab 19. Oktober 2012, von 100% ab 4. Juli 2013 und von 50% ab 19. November 2013 (vgl. vorstehende E. 2.3) verbleibt die Bestimmung des Invaliditätsgrads. Mit Blick darauf, dass die phasenweise bestehende 50%ige Restarbeitsfähigkeit sowohl für die angestammte als auch für eine leidensangepasste Tätigkeit gilt (IV-act. 105-33), kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Die konkrete Bestimmung eines Tabellenlohnabzugs kann offen bleiben. Denn vorliegend rechtfertigten die konkreten Umstände wie etwa das fortgeschrittene Alter und die qualitativen leidensbedingten Einschränkungen jedenfalls keinen über 15% liegenden Tabellenlohnabzug. Damit ergeben sich bei einem 15%igen Tabellenlohnabzug folgende Invaliditätsgrade: 58% ab Februar 2010, 100% ab 15. Oktober 2010 bis 18. Oktober 2012, 58% ab 19. Oktober 2012, 100% ab 4. Juli 2013 und 58% ab 19. November 2013. Die IV-Anmeldung erfolgte am 17. September 2010, weshalb der Rentenanspruch frühestens am 1. März 2011 entsteht (Art. 29 Abs. 1 IVG). In diesem Zeitpunkt war das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bereits abgelaufen. In Nachachtung von Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) hat der Beschwerdeführer für die Dauer vom 1. März 2011 bis 31. Januar 2013 Anspruch auf eine ganze Rente, für die Dauer vom 1. Februar 2013 bis 31. Oktober 2013 auf eine halbe Rente, für die Dauer vom 1. November 2013 bis 28. Februar 2014 auf eine ganze Rente und ab 1. März 2014 auf eine halbe Rente.

5.



Die Frage, ob die Gehörsrüge des Beschwerdeführers begründet ist, kann offen bleiben, da er einer materiellen Beurteilung den Vorzug einräumt (act. G 1, Rz 8) und die angefochtene Verfügung zudem aus materiellen Gründen aufzuheben ist.

6.

6.1 Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 21. November 2014 aufzuheben. Dem Beschwerdeführer ist für die Dauer vom 1. März 2011 bis 31. Januar 2013 eine ganze Rente, für die Dauer vom 1. Februar 2013 bis 31. Oktober 2013 eine halbe Rente, für die Dauer vom 1. November 2013 bis 28. Februar 2014 eine ganze Rente und ab 1. März 2014 eine halbe Rente zuzusprechen. Die Sache ist zur Berechnung und Ausrichtung der Rentenleistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

6.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. betreffend Überklagung Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Dezember 2011, IV 2009/459, E. 5.2 f.).

6.3 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.--. In mit der vorliegenden Angelegenheit vergleichbaren Fällen wird praxisgemäss eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen erachtet (vgl. anstatt vieler etwa den Entscheid des Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 29. Januar 2014, IV 2012/309 mit Hinweis). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt für den gehabten Aufwand eine pauschale Entschädigung im Sinn von Art. 22 HonO im Betrag von Fr. 4'000.-- (exklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Bei der Darstellung der von ihm geltend



gemachten Bemühungen hat er auf eine zeitliche Quantifizierung verzichtet (act. G 10.1). Vorliegend besteht weder mit Blick auf den Aktenumfang noch auf die umstrittenen Fragestellungen ein Anlass, von der in vergleichbaren Fällen üblichen Pauschalentschädigung abzuweichen. Der Beschwerdeführer hat deshalb Anspruch auf eine Parteientschädigung im Umfang von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Unter diesen Umständen erübrigt sich die Festsetzung einer Entschädigung aus der bewilligten unentgeltlichen Rechtsverteidigung (act. G 7).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 21. November 2014 aufgehoben. Dem Beschwerdeführer wird für die Dauer vom 1. März 2011 bis 31. Januar 2013 eine ganze Rente, für die Dauer vom 1. Februar 2013 bis 31. Oktober 2013 eine halbe Rente, für die Dauer vom 1. November 2013 bis 28. Februar 2014 eine ganze Rente und ab 1. März 2014 eine halbe Rente zugesprochen. Die Sache wird zur Berechnung und Ausrichtung der Rentenleistungen im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.