



**Fall-Nr.:** IV 2017/102  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.02.2020  
**Entscheiddatum:** 24.06.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 24.06.2019**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Der Beschwerdeführer macht invalidisierende Beschwerden aufgrund des dritten erlittenen Schleudertraumas geltend. Abweisung eines Rentengesuchs gestützt auf ein bezüglich Beweiskraft bestrittenes polydisziplinäres Gutachten, welches eine Arbeitsfähigkeit von 100% attestierte. Das Gutachten weist auf mehrere Diskrepanzen und Inkonsistenzen hin und die neuropsychologische Symptomvalidierung war hochgradig auffällig. Das Gutachten ist trotz gerügtem Hinweis auf eine "Schleudertraumastatistik" beweiskräftig. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden ist nicht überwiegend wahrscheinlich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Juni 2019, IV 2017/102).**

#### **Entscheid vom 24. Juni 2019**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie Löhner und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2017/102

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller, Engelgasse 214, 9053 Teufen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich am 24. Oktober 2011 (Posteingang 31. Mai 2012) wegen Folgen dreier Autounfälle bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 2). Nach eigenen Angaben war der Versicherte am 24. November 2000 in einen Auffahrunfall von hinten und am 14. Februar 2007 in eine seitliche Heckkollision mit Abdrehen seines Autos verwickelt gewesen (Beschwerdeschrift, act. G 1-3). Am 30. August 2010 war ihm ein Militärfahrzeug (Puch mit Anhänger) aufgefahren (Schadenmeldung UVG vom 6. September 2010, Fremdakten, act. 1-280 f.; Bericht Armee vom 31. August 2010, Fremdakten, act. 1-160 f.).

**A.b.** Vom 17. November bis 15. Dezember 2010 war der Versicherte in der Rehaklinik Bellikon stationär therapiert worden. Dabei waren ein zervikovertebrales Syndrom ohne ossäre Läsionen an HWS und BWS sowie ein sehr diskretes Bandscheibenbulging C4/5 ohne Einengung des Spinalkanals oder neuroforaminaler Strukturen erhoben und eine mässige Symptomausweitung beobachtet worden (Austrittsbericht vom 20. Dezember 2010, Fremdakten, act. 1-186 ff.). In einer biomechanischen Kurzbeurteilung vom 26. Januar 2011 war im Wesentlichen ausgeführt worden, eine Aufprallgeschwindigkeit von 10 bis 15 km/h führe im "Normalfall" nicht zu erheblichen HWS-Schädigungen. Für die vom Versicherten beklagten Beschwerden ergäben sich jedoch unter Berücksichtigung der Abweichungen vom Normalfall



Erklärungsmöglichkeiten (Fremdakten, act. 1-127 ff.). Der Kreisarzt der SUVA hatte am 23. März 2011 zusammenfassend Stellung genommen, aufgrund der vorhandenen Unterlagen und der klinischen und radiologischen Abklärungen sei nicht von einem schwergradigen Trauma auszugehen. Ein Vorzustand infolge früherer HWS-Verletzungen liege nicht vor, da auch bei den beiden früheren Unfällen keine strukturellen Läsionen verursacht worden seien. Medizinisch theoretisch sei der Versicherte voll arbeitsfähig (Fremdakten, act. 1-115 ff.). Einem Bericht der Rheumaklinik und des Instituts für Physikalische Medizin des Universitätsspitals Zürich (USZ) vom 31. Mai 2011 ist zu entnehmen, dass die für den Versicherten stark einschränkenden, plötzlich exacerbierten Beschwerden mutmasslich durch intermittierend auftretende akute segmentale Dysfunktionen am zervikothorakalen Übergang ausgelöst würden. Der voll arbeitsfähige Versicherte zeige ein adäquates Schmerzverhalten ohne Zeichen der Ausweitung und führe selbständig regelmässige Therapien (zweimal wöchentlich MTT) durch. Eine entzündlich rheumatologische Erkrankung oder eine Fibromyalgie liege nicht vor. Der Versicherte sei in allen Lebensbereichen mittelgradig eingeschränkt, was einen grossen Einfluss auf die Lebensqualität ausübe. Er sei durch die veränderte Arbeitssituation belastet. Die Leistungsbereitschaft bei den durchgeführten Tests werde als schlecht beurteilt, da vier der sieben durchgeführten Tests wegen Schmerzen selbstlimitiert gewesen seien (Fremdakten, act. 1-91 ff.). Der Kreisarzt der SUVA hatte am 4. Juli 2011 als Diagnose ein chronisches, intermittierend exazerbierendes cervico-/thorakovertebrales bis spondylogenes Syndrom bei Status nach drei HWS-Distorsionstraumen, segmentaler Dysfunktion C1/C2 links und C4 bis Th5 mit Hypermobilität, Insuffizienz der anterioren und dorsalen HWS-Stabilisationsmuskulatur, Schulterprotraktion mit muskulärer Dysbalance, Hyperkyphose der oberen BWS und Hyperlordose der unteren HWS festgehalten. Interpretierend hatte er ausgeführt, die Untersuchung im USZ habe neben segmentalen Funktionsstörungen diverse muskuläre Probleme zu Tage befördert. Diese Befunde könnten sowohl Folge wie auch Ursache der Fehlhaltung sein (Fremdakten, act. 1-86 f.). Dr.med. B.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, hatte in einem Bericht vom 8. Juli 2011 an C.\_\_\_\_, Bewegungswissenschaftlerin ETH, auf demonstratives Verhalten des Versicherten hingewiesen (Fremdakten, act. 1-84 f.). Letztere hatte in Berichten vom 22. August (Fremdakten, act. 1-71 ff.) und vom 12. Oktober 2011 (Fremdakten, act. 1-66 ff.) festgehalten, die vorhandene



Beschwerdesymptomatik könne durch die beschriebenen muskulären Defizite im Schulter-Nackebereich und den damit verbundenen Überlastungsreaktionen teilweise erklärt werden. Aufgrund einer starken Angst vor Belastung und der geringen Leistungsbereitschaft seitens des Versicherten sei die Durchführung einer gezielten Trainingstherapie kaum möglich. Trotz intensiver therapeutischer Massnahmen und einem deutlichen Rückgang der muskulären Verspannungen in den letzten Wochen klagte der Versicherte über eine Zunahme der Beschwerdeproblematik, die nur schwer nachvollziehbar sei. Die Einzeltherapie sei am 5. Oktober 2011 gestoppt worden.

**A.c.** Die Ärzte der Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin USZ hielten im Bericht vom 19. Januar 2012 fest, dem Versicherten sei in der Zwischenzeit die Arbeitsstelle gekündigt worden, sodass sicherlich neu eine zusätzliche psychosoziale Belastungssituation bestehe. Die empfohlenen Massnahmen seien bisher nur unvollständig umgesetzt worden. Weder an der Diagnose noch an den therapeutischen Empfehlungen hätte sich in der Zwischenzeit eine Veränderung ergeben (Fremdakten, act. 1-44 f.).

**A.d.** Mit Verfügung vom 15. Februar 2012 stellte die SUVA ihre Leistungen mangels Adäquanz des Kausalzusammenhangs der Beschwerden des Versicherten mit dem Unfallereignis vom 30. August 2010 per 29. Februar 2012 vollständig ein (Fremdakten, act. 1-33 ff.). Eine dagegen erhobene Einsprache wurde mit Entscheid vom 8. Mai 2012 (Fremdakten, act. 1-10 ff.) abgewiesen (was in der Folge durch Entscheid des hiesigen Versicherungsgerichts vom 2. Juli 2013 [UV 2012/56, IV-act. 39-3 ff.] und durch das Bundesgericht [Urteil vom 9. April 2014, 8C\_635/2013, IV-act. 39-21 ff.] geschützt wurde).

**A.e.** RAD-Arzt Dr.med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, nahm am 22. Juni 2012 Stellung, es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% in angestammter Tätigkeit (IV-act. 17). Gestützt darauf gewährte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 27. Juni 2012 das rechtliche Gehör zur beabsichtigten Abweisung des Leistungsbegehrens (berufliche Massnahmen und Rentenleistungen; IV-act. 21).

**A.f.** Ab August 2012 absolvierte der Versicherte ein Programm im zweiten Arbeitsmarkt im E.\_\_\_\_. Dabei war er an 5 1/2 von 20 Tagen krankheitsbedingt abwesend (vgl. Auszug Bericht Stiftung Arbeitsgestaltung vom 7. September 2012, IV-act. 28).



**A.g.** Mit Einwand vom 31. August 2012 machte der Versicherte zusammenfassend geltend, der Vorbescheid vom 27. Juni 2012 stütze sich ausschliesslich auf die Abklärungen der SUVA. Diese habe den vorangegangenen Unfällen vom 24. November 2000 und vom 14. Februar 2007 zuwenig Rechnung getragen (IV-act. 23-1 ff.). Die IV-Stelle orientierte den Versicherten mit Schreiben vom 12. Oktober 2012, sie werde zum Einwand nach Abschluss des unfallversicherungsrechtlichen Verfahrens Stellung nehmen (IV-act. 31), womit sich der Versicherte nicht einverstanden erklärte (Schreiben vom 17. Oktober 2012, IV-act. 32).

**A.h.** Dr.med. F.\_\_\_\_, Leitende Ärztin Rheumatologie Kliniken Valens, führte im Verlaufsbericht vom 29. Mai 2013 aus, die angegebenen Beschwerden entsprächen weiterhin einem bisher therapierefraktären chronischen cervicocephalen und cervikothorakospondylogenen Syndrom bei insbesondere muskulären Dysbalancen mit Myogelosen und nur geringen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen. Bisher seien die ambulanten Therapiemassnahmen ausgeschöpft worden und sollten vorerst weitergeführt werden, nachdem leider zweimalig ein Kostengutsprachege such für einen stationären Rehabilitationsaufenthalt abgelehnt worden sei (IV-act. 39-30 f.). Im Bericht vom 18. Februar 2014 hielt die Ärztin fest, der Versicherte stehe regelmässig in ihrer rheumatologischen Behandlung. Die Beschwerdesymptomatik sei vor allem verursacht durch ausgeprägte muskuläre Dysbalancen mit Myogelosen und Triggerpunkten, welche nur schwer therapeutisch angegangen werden könnten (IV-act. 39-35 f.).

**A.i.** In Stellungnahmen vom 14. Mai und 27. Juni 2014 führte RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ aus, unter Berücksichtigung der vorliegenden Akten und der Urteile werde davon ausgegangen, dass keine wesentlichen unfallfremden gesundheitlichen Einschränkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen. Es könne davon ausgegangen werden, dass die gerichtlich festgestellten Beurteilungen weiterhin ihre Gültigkeit hätten. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe volle Arbeitsfähigkeit spätestens ab dem Zeitpunkt, in dem die SUVA ihre Leistungspflicht einstelle. Das Ausmass der demonstrierten Einschränkungen sei mit den objektiven pathologischen Befunden nur ungenügend zu erklären (IV-act. 53-5 f.). Die Eingliederungsverantwortliche schloss ihren Fall am 10. Oktober 2014 ab, da sich der Versicherte 100% arbeitsunfähig fühle (IV-act. 49-4 f.).



**A.j.** Dr.med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Arztbericht vom 27. Februar 2015 fest, er behandle den Versicherten seit 12. April 2013. Es fänden zirka monatlich stützende psychotherapeutische Gespräche mit Fokus auf Empowerment/ Gelassenheit statt (IV-act. 56). Auf Nachfrage der IV-Stelle führte er am 7. Juni 2014 aus, der Versicherte leide an einer längeren leicht- bis mittelgradigen depressiven Anpassungsstörung (ICD-10: F43.22). Es bestünden ungenügende klinische Hinweise für eine posttraumatische psychische Pathologie, die Auswirkung auf den Verdienst hätte. Es sei ihm vom 1. Januar bis 31. Dezember 2014 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit durch den Hausarzt attestiert worden. Vom 1. bis 31. Januar 2015 habe aufgrund einer vorübergehenden psychischen Verschlechterung eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit 1. Februar 2015 sei eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit durch den Hausarzt attestiert. Die depressive Symptomatik alleine begründe eine ca. 20%-ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 61).

**A.k.** Nach einer Einholung einer weiteren RAD-Stellungnahme vom 15. Juni 2015 (IV-act. 62), wonach die 20%-ige Arbeitsunfähigkeit aus RAD-psychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen und anerkannt werden könne, erliess die IV-Stelle am 2. Februar 2016 erneut einen Vorbescheid, wonach sie das Gesuch abzuweisen gedenke (IV-act. 66). Hiergegen wandte der Versicherte am 9. März 2016 im Wesentlichen ein, die Ablehnung der SUVA-Leistungen sei klar aus unfallversicherungsrechtlicher Betrachtung, mangels Kausalität, erfolgt. Seine Beschwerden seien von der SUVA nie in Zweifel gezogen worden (IV-act. 69).

**A.l.** Am 1. Mai 2016 trat der Versicherte eine 35%-Stelle bei der H.\_\_\_\_ GmbH an, deren Geschäftsführer und Gesellschafter der Sohn des Versicherten ist (Arbeitsvertrag, IV-act. 91, Lohnabrechnung Mai 2016, IV-act. 92).

**A.m.** In der Folge wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle durch die PMEDA, Polydisziplinäre medizinische Abklärungen, Zürich, polydisziplinär begutachtet (Gutachten vom 13. September 2016; Dr.med. I.\_\_\_\_, Innere Medizin; Dr.med. J.\_\_\_\_, Neurologie; Dr.med. K.\_\_\_\_, Orthopädie; Dr.med. L.\_\_\_\_, Psychiatrie; Mag.rer.nat. M.\_\_\_\_, Neuropsychologie; Untersuchungen 28. Juni, 1., 5. und 8. Juli 2016; IV-act. 81). Die Gutachter kamen zum Schluss, es bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit ex tunc in der zuletzt ausgeübten sowie in jedweder vergleichbaren oder auch anderen Tätigkeit



## St.Galler Gerichte

des allgemeinen Arbeitsmarktes. Die hiesigen objektiven Befunde sprächen durchgehend für eine nicht plausible Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden und die erfolgte neuropsychologische Beschwerdevalidierung weise ein verfälschendes Antwortverhalten aus. Hinweise für eine namhafte psychiatrische Erkrankung liessen sich nicht erheben. Für die beklagten zervikalen und weiteren Schmerzen bestehe kein objektives Befundkorrelat (IV-act. 81-40). Es liege eine Symptomausweitung (also eine nicht plausible Ausprägung der reklamierten Beschwerden) vor (IV-act. 81-47).

**A.n.** RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ nahm am 20. September 2016 Stellung, auf das Gutachten könne abgestellt werden (IV-act. 82). Der Beschwerdeführer bemängelte am Gutachten hauptsächlich, dieses basiere auf statistischen Werten statt auf Befunden bzw. einer Auseinandersetzung mit seinen Beschwerden (IV-act. 86). Die PMEDA entgegnete dazu am 25. Januar 2017, das Gutachten beschränke sich nicht auf eine statistische Abhandlung. Zudem seien nach versicherungsmedizinischen Regeln die Beschwerden nach den Kriterien überwiegender Wahrscheinlichkeit zu prüfen. Eben dies hätten die Gutachter anhand ihrer Befunde, der Aktdaten und grundsätzlicher Kausalitätserwägungen der wissenschaftlichen Medizin getan. Eine Schonhaltung oder ein schmerzgeplagter Eindruck sei nicht zu erkennen gewesen. Der erfolgte Test zur Prüfung eines verfälschenden Antwortverhaltens sei zweifelsfrei hochgradig auffällig gewesen und das Testverfahren gelte in der wissenschaftlichen Medizin als robuster Parameter und dessen Durchführung als Qualitätskriterium versicherungsmedizinischer Evaluationen. Die Behauptung sich aufsummierender (Beschwerden nach mehreren) Schleudertraumata sei abwegig, da es keinen (entsprechenden) Anhalt aus der Datenlage der wissenschaftlichen Medizin gebe (IV-act. 98).

**A.o.** RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ hielt am 2. Februar 2017 fest, aus Sicht des RAD würden die medizinischen Einwände in sachlich fundierter Art und Weise widerlegt und hätten bezüglich des Gutachtens keine Bedeutung (IV-act. 99).

**A.p.** Mit Verfügung vom 3. Februar 2017 wies die IV-Stelle das Gesuch ab. Die Abklärungen hätten ergeben, dass der Versicherte am 30. August 2010 bei einem Autounfall eine HWS-Distorsion erlitten habe. Gemäss Abklärungen der SUVA seien die beklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachvollziehbar. Aus



versicherungsmedizinischer Sicht bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit (IV-act. 100).

### **B.**

**B.a.** Gegen die Verfügung vom 3. Februar 2017 lässt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. D. Ehrenzeller, am 6. März 2017 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und es sei ihm mit Wirkung ab November 2012 mindestens eine halbe IV-Rente zuzusprechen. Eventualiter sei unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Er macht zusammengefasst geltend, die Folgen der vorgängigen Unfälle seien noch nicht abgeheilt gewesen, vielmehr habe er sich zum Zeitpunkt des dritten Unfalls in einem kritischen Zeitpunkt des Genesungsprozesses befunden. Entgegen der Darlegung der Gutachter entspreche es einer Erfahrungstatsache, dass pathologische Zustände nach HWS-Verletzungen bei erneuter Traumatisierung stark exacerbieren könnten. Das Gutachten beruhe im Prinzip auf statistischen Aussagen und Unterlagen und nicht auf seinem Gesundheitszustand. Es werde ständig auf die epidemiologischen Kriterien der Kausalbeziehung assoziierter Phänomene/Ereignisse verwiesen. Die zitierte Literatur stamme mit einer Ausnahme aus dem Jahr 1998 oder früher. Die allgemein gehaltenen Aussagen würden eine Voreingenommenheit der Gutachter belegen. Die Gutachter würden im Prinzip jede Anspruchstellung für Versicherungsleistungen im Kontext mit Schleudertraumata mit einer Rentenbegehrlichkeit gleichsetzen. Die begutachtenden Ärzte verfügten nicht über ein Gutachter-Attest bzw. ein SIM-Zeugnis. Ein Schmerzsyndrom nach drei HWS-Traumata lasse sich organisch nie hinreichend belegen, weshalb die Rechtsprechung diesem Schmerzbild angepasst worden sei. Es treffe nicht zu, dass er seine Miktion als unauffällig geschildert habe. Ebenso unzutreffend sei, dass eine sachliche Diskussion über Verweistätigkeiten nicht möglich gewesen sei und weiterhin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit reklamiert werde, zumal er seit Mai 2016 eine Beschäftigung bei seinem Sohn habe antreten können. Als freundliche, offene und auch gepflegte Person sei er über die Befragungsmethode der Gutachter völlig schockiert gewesen und sich wie ein Beschuldigter vorgekommen. Das in der neuropsychologischen Begutachtung festgestellte abnehmende Leistungsverhalten sei ganz natürlich zu erklären. Die von den Gutachtern



angenommene Antwortverzerrung werde auch hier statistisch begründet. In Anbetracht des mit ihm kollidierenden Fahrzeugs mit massiver Eisenkonstruktion ohne eigene Knautschzone könne trotz geringer Auffahrgeschwindigkeit eine M.\_\_\_\_ Beeinträchtigung resultieren. Schliesslich lägen Hinweise auf eine beginnende hypertensive Herzkrankheit vor. Die Aussagen zu den Ressourcen seien sehr knapp gehalten. Es sei von einer Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % auszugehen, wobei die heute ausgeübte Tätigkeit im Umfang von 35 % keinen direkten Vergleich zu einer üblichen Erwerbsstelle zulasse, da er die Zeit relativ frei einteilen könne und die Hilfstätigkeiten ohne jeglichen Druck ausführen könne. Im psychiatrischen Gutachten sei auch nicht gewürdigt oder diskutiert worden, dass er in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung stehe. Hinsichtlich des Aktivitätsniveaus hätte eine differenziertere Gewichtung vorgenommen werden müssen (act. G 1).

**B.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 2. Juni 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Das PMEDA-Gutachten sei ausführlich abgefasst und dessen Schlussfolgerungen zusammen mit der Arbeitsfähigkeitseinschätzung erscheine als begründet und schlüssig. Es erfülle die Kriterien eines beweistauglichen Gutachtens. Die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vorgebrachten Einwendungen hätten durch die PMEDA widerlegt werden können, was der RAD bestätigt habe. Die PMEDA habe auch die SUVA-Akten gewürdigt. Sowohl die SUVA-Gutachter als auch die Gutachter der PMEDA hätten kein medizinisches objektives Befundkorrelat (zu den beklagten Beschwerden) finden können. Es würden einzig ätiologisch-pathogenetisch unerklärliche syndromale Leidenszustände beschrieben, denen infolge der fehlenden Objektivierbarkeit jedoch keine invalidisierende Wirkung zukomme. Gemäss dem PMEDA-Gutachten lägen keine erheblichen somatisch-pathologischen Befunde und auch keine psychische Komorbidität vor. Bereits in den SUVA-Akten bzw. in den Berichten der Rehaklinik Bellikon sei festgestellt worden, dass der Beschwerdeführer den Hang zur Symptomausweitung habe. Er habe während den Untersuchungen nicht schmerzgeplagt gewirkt und die spontane Mobilität, insbesondere des Kopfes bzw. der Halswirbelsäule, sei frei und ungehindert gewesen. Der Verdacht auf Symptomausweitung werde dadurch bestärkt, dass der psychiatrische Gutachter der PMEDA ein verfälschtes Antwortverhalten festgestellt habe. Der Beschwerdeführer gebe an, dass er den Alltag dank Medikation nur knapp



## St.Galler Gerichte

meistern könne, könne jedoch einer aktiven belastenden Arbeitstätigkeit bei seinen Söhnen nachgehen. Ausserdem beschreibe er eine rege Alltagstätigkeit. Die vom internistischen Gutachter festgehaltene deutliche Beschwiellung von Händen und Füssen lasse auf eine tatsächlich rege physische Tätigkeit schliessen. Aus den Akten gehe hervor, dass der Beschwerdeführer sozial sehr gut eingebettet sei und auf stabile Familienstrukturen zurückgreifen könne. Er sei gemäss Gutachten im Alltag selbständig und selbstversorgend (act. G 4).

**B.c.** Mit Replik vom 10. Juli 2017 bestreitet der Beschwerdeführer, dass seine Einwendungen vom 27. Oktober 2016 von der Gutachterstelle widerlegt worden seien. Ebenso wenig werde auf die fehlenden Ausbildungsnachweise der Gutachter eingegangen. Das Gutachten beruhe auf zweifelhaften und veralteten statistischen Schlüssen und beantworte eigentlich nur die Frage, ob es sich um eine reine Rentenbegehrlichkeit handeln solle oder nicht. Die Rotation des Halses habe nichts mit der Arbeitsfähigkeit zu tun. Im Gutachten sei fälschlicherweise nachzulesen, dass er die Tätigkeit bei seinen Söhnen ohne Bezahlung ausübe. Er sei von seiner Ehefrau nach N.\_\_\_\_ gefahren worden, selber fahre er nur kurze Strecken. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb das Sistieren der Beschwerdedarstellung bei Ablenkung auffällig sein sollte. Als eher intelligente Person habe er zweifellos keine Verfälschungen bewusst vorgenommen, welche das Führen eines Motorfahrzeuges in Frage stellten. Er sei vor dem dritten Unfall keineswegs voll leistungsfähig gewesen. Er habe sich eine leichtere Tätigkeit gesucht und sowohl Therapien als auch Medikamente und das Entgegenkommen des Arbeitgebers seien weiterhin notwendig gewesen, um die Arbeitsfähigkeit beizubehalten. Er leide auch immer wieder unter Übelkeit und Magenproblemen, weshalb er vom 30. Juni bis 1. Juli 2017 habe hospitalisiert werden müssen (act. G 6; act. G 6.1).

**B.d.** Am 17. August 2017 reicht der Beschwerdeführer einen Bericht der Facharztpraxis für Innere Medizin Dr. O.\_\_\_\_ in P.\_\_\_\_, vom 4. August 2017 zu den Akten, wonach er sich während der Ferien wegen seiner hypertensiven Herzkrankheit notfallmässig habe in Spitalbehandlung begeben müssen (act. G 8; act. G 8.1).

**B.e.** Mit Duplik vom 14. September 2017 bringt die Beschwerdegegnerin vor, die Gutachter verfügten über die notwendige Qualifikation. Diese werde vom Bundesamt



für Sozialversicherungen (BSV) überwacht und sei nach Ergehen der entsprechenden Mitteilung nicht gerügt worden. Die beklagten Verspannungen und Kopfschmerzen seien in den Anamnesen berücksichtigt und sodann medizinisch gewürdigt worden. Es mangle an einem objektiven Befund, der die subjektiven Empfindungen des Beschwerdeführers stütze. Invalidisierend könnten nur Einschränkungen sein, die auf objektiven Befunden beruhten. Es sei nicht ersichtlich, inwiefern die Gutachter ein Interesse gehabt hätten, die Aussagen des Beschwerdeführers in den Anamnesen wahrheitswidrig wiederzugeben. Die Vergabe der Gutachtensaufträge erfolge nach Zufallsprinzip, womit die Unabhängigkeit gewahrt werde. Die Aussage, dass die Ehefrau den Beschwerdeführer gefahren habe, sei nachgeschoben und haltlos. Die vom Beschwerdeführer gelieferten Testergebnisse könnten nur bei schwersten kognitiven Störungen nachvollzogen werden. Er würde somit ständige Pflege und Überwachung benötigen. Der Beschwerdeführer versuche, basierend auf subjektiven Angaben den Beweiswert des Gutachtens zu erschüttern. Ein die geltend gemachten Schmerzen objektivierender Befund bleibe weiterhin aus. Aufgrund des verfälschenden Antwortverhaltens und des demonstrativen Verhaltens könne auf seine Aussagen nicht abgestellt werden (act. G 9).

### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende 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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**1.2.** Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und



E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

**1.3.** Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

**1.4.** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin 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 Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind



(BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

**1.5.** Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

## 2.

Der Beschwerdeführer rügt, das Gutachten der PMEDA vom 13. September 2016 (IV-act. 81) genüge den Anforderungen einer beweistauglichen Grundlage der angefochtenen Verfügung vom 3. Februar 2017 (IV-act. 100) nicht.

## 3.

**3.1.** Zunächst macht der Beschwerdeführer geltend, die jeweils aus dem Ausland beigezogenen Gutachter verfügten nicht über die notwendige (Zusatz-)ausbildung, um als Gutachter tätig zu sein.

**3.2.** Mit der Beschwerdegegnerin ist vorab festzuhalten, dass entsprechende Einwände gegen die Gutachtenspersonen bereits nach der Mitteilung der Namen am 13. Mai 2016 hätten geltend gemacht werden können bzw. müssen (IV-act. 77). Der Beschwerdeführer war schon damals vertreten und der Rechtsvertreter wusste um die Abläufe. Im Zusammenhang mit dem situativen Beizug ausländischer Konsiliarärzte durch bestimmte MEDAS führte das Bundesgericht zudem aus, es bleibe eine offene Frage, wie auf die Problematik einer mangelnden Vertrautheit mit den hiesigen



(versicherungs-)medizinischen Anforderungen zu reagieren sei. Nach der Rechtsprechung stehe fest, dass die Gutachter nicht zwingend über eine FMH-Ausbildung verfügen müssen; verlangt sei eine *Fachausbildung*, die auch im Ausland erworben sein könne (BGE 137 V 246, E. 3.3.2; Urteil vom 1. Februar 2018, 8C\_460/2017, E. 5.5). Neuropsychologische Teilgutachter haben einen anerkannten Abschluss in Psychologie und einen eidgenössischen oder als gleichwertig anerkannten Weiterbildungstitel in Neuropsychologie nach dem Psychologieberufegesetz vom 18. März 2011 (PsyG); oder einen anerkannten Abschluss in Psychologie nach dem PsyG und einen Fachtitel Neuropsychologie der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen nachzuweisen (IV-Rundschreiben Nr. 367 vom 21. August 2017). Spezielle Kenntnisse im Gutachtensbereich wie insbesondere das Zertifikat "medizinischer Gutachter SIM" werden zwar empfohlen, sind aber nicht fachliche Voraussetzung für eine beweistaugliche Begutachtung (vgl. E. Furrer, Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung, SZS 2019 Nr. 3, S. 6 ff.). Die Begutachtenden sind mit entsprechendem Facharzttitel, teilweise FMH, aufgeführt, so dass - auch in Anbetracht der Aufsichtspflicht des BSV - davon auszugehen ist, dass sie über die erforderlichen Fachkenntnisse verfügen. Dass der Leiter der Gutachtensstelle, welcher selbst keine Untersuchung bzw. fachliche Teilbegutachtung vorgenommen hat, das Gutachten mitunterzeichnet hat, vermag dessen Beweiskraft nicht zu zerstören (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Januar 2017, 8C\_548/2016, E. 4.1). Eine Voreingenommenheit bzw. Befangenheit des betreffenden Institutsleiters wurde vom Bundesgericht schon mehrfach abgelehnt; insbesondere aus der Beilage des Anhangs "Assoziation von leichtgradigen HWS-Schleudertraumen (ohne Nachweis struktureller Läsionen) mit Kopf- und Nackenschmerzsyndromen", welcher auch vorliegend dem Gutachten beigelegt ist, schloss das Bundesgericht nicht auf Befangenheit (Urteile des Bundesgerichts vom 4. Januar 2017, 8C\_548/2016, E. 4.1, und vom 30. März 2017, 9C\_19/2017, E. 4 f.). Nebst dem Leiter, Prof.Dr.med. Q, unterzeichnete der neuropsychologische Gutachter mag.rer.nat. M.\_\_\_\_ das Gutachten "in Vertretung" der jeweiligen Fachärzte (IV-act. 81-50). Auf der Vorderseite wird ausgeführt, in Zusammenfassung aller Teilgutachten, der dabei erhobenen Anamnesen und Befunde sowie der Akten Daten seien die Gutachter gemeinsam zum Schluss gekommen, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren oder auch einer anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes sei mit 100 % einzuschätzen (IV-act. 81-49). Somit ist davon auszugehen, dass eine Konsensbeurteilung stattgefunden hat. Zudem haben alle Gutachter die Stellungnahme vom 25. Januar 2017 unterschrieben (IV-act. 98). Im Übrigen wäre ein Teilgutachten selbst ohne Unterschrift beweistauglich, sofern das



Gesamtgutachten unterzeichnet ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 8. Mai 2008, 9C\_235/2007, E. 3.2.2, und vom 4. November 2008, 8C\_499/2007, E. 3.2.2). Weitere Hinweise auf formelle Unregelmässigkeiten werden nicht geltend gemacht und sind den Akten nicht zu entnehmen. In formeller Hinsicht erweist sich das Gutachten somit als beweistauglich.

#### 4.

**4.1.** Der Beschwerdeführer schilderte anlässlich der Begutachtung, er habe 2004 und 2008 Verkehrsunfälle erlitten, die jedoch folgenlos verlaufen seien. 2010 sei ein Auto auf sein Fahrzeug aufgefahren. Seither leide er unter unvermindert anhaltenden Nackenbeschwerden, sein Leben sei "zerstört und kaputt gemacht" worden. Er leide unter krampfartigen Schmerzen, die vom Nacken ausgehend über beide Schultern nach lumbal ausstrahlen würden bzw. permanenten Schmerzen cervical und entlang der oberen Brustwirbelsäule bzw. Schmerzen, die von der BWS ausstrahlend bis nach zervikal und in den Kopf (Hinterhauptregion) ziehen würden. Auf einer Skala von 0 bis 10 sei die Ausprägung minimal mit 3, aktuell mit 6 und maximal mit 8 zu bewerten. Miktion und Stuhlverhalten seien bis auf eine dreimalige Nykturie unauffällig. Er leide unter Durchschlafstörungen und sei gelegentlich tagesmüde (IV-act. 81-9, 13, 18, 23, 25, 30). Zwischenzeitliche Physiotherapie und physikalische Therapiemassnahmen sowie eine Rehabilitationsbehandlung 2013 hätten keine durchgreifende Besserung bewirkt (IV-act. 81-24). Als analgetische Bedarfsmedikation gab er Primofenac Salbe und Flectoparin Gel (Diclofenac, rheumatische Beschwerden und stumpfe Traumen), Dafalgan 1 g (Paracetamol, leichte bis mässig M.\_\_\_\_ Schmerzen) sowie Novalgin (Metamizol, refraktäre, M.\_\_\_\_ Schmerzen; IV-act. 81-10; vgl. zu den Medikamenten [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch)) an. Er nehme zwei- bis dreimal bzw. viermal täglich Dafalgan und täglich ein- bis zweimal Novalgin ein, was die Schmerzen um 1 % bzw. 2 % bzw. für wenige Stunden auf Niveau 3 -4/10 VAS reduziere (IV-act. 81-14, 19, 23). Schweres Heben und Tragen sowie schnelle Bewegungen würden den Schmerz verstärken (IV-act. 81-23). Aufgrund seiner Schmerzen könne er sich nicht vorstellen, irgendeine Erwerbstätigkeit auszuüben (IV-act. 81-10, 24). Er benutze bedarfsweise das Auto seines Sohnes und sei damit die 80 km zur Untersuchung selbst gefahren. Er sei ein "sicherer Autofahrer" (IV-act. 81-31). Er verrichte täglich für etwa drei bzw. vier Stunden ohne Bezahlung in der Autowerkstatt seines Sohnes leichte Arbeiten, vor allem Botengänge (IV-act. 81-10, 19 f.). Er treffe nur gelegentlich Freunde, habe aber einen guten und engen Kontakt zur Familie. Sport treibe er nicht, da dies seine körperlichen Beschwerden verschlimmere, Hobbies habe er nicht (IV-act. 81-10). Vor einem Monat habe er für 10 Tage in R.\_\_\_\_ Freunde und Angehörige besucht, er verbringe dort einmal



jährlich Ferien (IV-act. 81-15, 19 f., 26). Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter verneinte er auf Nachfrage depressive Beschwerden. Durch den Dauerschmerz reagiere er oft gereizt, könne sich schlecht konzentrieren und sei auch vergesslich (IV-act. 81-23, vgl. auch S. 30). Er habe auf nichts Lust (IV-act. 81-31). Als Medikament nannte er Rebalance 500 mg (Johanniskraut, gegen Gemütsverstimnungen, Nervosität und begleitende Schlafstörungen, [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch)). Er sei seit etwa zwei Jahren mit vier bis fünf psychotherapeutischen Gesprächen im Jahr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, weil ihn alles störe, er mit seinem Leben unzufrieden sei und er oft gereizt reagiere. Durch die Therapie habe sich sein Zustand nicht verändert (IV-act. 81-24).

**4.2.** Ein MRI HWS vom 25. November 2010 zeigte ein lediglich sehr diskretes Bandscheibenbulging auf dem Niveau HWK 4/5, jedoch ohne Einengung des Spinalkanals oder neuroforaminaler Strukturen (IV-act. 1-180 f.). Im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 20. Dezember 2010 wurde ausgeführt, das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Es bestehe eine mässige Symptomausweitung (Fremdakten, act. 1-186 ff.). Dem gegenüber ist dem Bericht Rheumaklinik und Institut für physikalische Medizin des USZ vom 31. Mai 2011 zu entnehmen, die für den Versicherten stark einschränkende, plötzlich exacerbierten Beschwerden würden mutmasslich durch intermittierend auftretende akute segmentale Dysfunktionen am zervikothorakalen Übergang ausgelöst (Fremdakten, act. 1-91 ff.). Der Kreisarzt der SUVA hielt am 4. Juli 2011 fest, es bestehe ein chronisches, intermittierend exazerbierendes cervico-/thorakovertebrales bis spondylogenes Syndrom bei Status nach drei HWS-Distorsionstraumen, segmentaler Dysfunktion C1/C2 links und C4 bis Th5 mit Hypermobilität, Insuffizienz der anterioren und dorsalen HWS-Stabilisationsmuskulatur, Schulterprotraktion mit muskulärer Dysbalance, Hyperkyphose der oberen BWS und Hyperlordose der unteren HWS. Die Untersuchung im USZ habe neben segmentalen Funktionsstörungen diverse muskuläre Probleme zu Tage befördert (Fremdakten, act. 1-86 f.). Die Bewegungswissenschaftlerin C.\_\_\_\_ führte am 22. August 2011 aus, die vorhandene Beschwerdesymptomatik könne durch die beschriebenen muskulären Defizite im Schulter-Nackebereich und den damit verbundenen Überlastungsreaktionen teilweise erklärt werden (Fremdakten, act. 1-71 ff.). Dr. B.\_\_\_\_ erhob gemäss Bericht vom 19. März 2012 klinisch paravertebral zervikal und thorakal eine diffuse Druckdolenz bei generell erhaltener Beweglichkeit sowohl der BWS als auch der HWS (Fremdakten, act. 1-24 ff.). Dr.med. S.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte im Bericht vom 25. September 2012



aus, als radiologisches Korrelat sei eine leichte Spondylophytose im Bereich Th4 und Th5 sichtbar (IV-act. 33). Die den Beschwerdeführer ambulant behandelnde Ärztin der Klinik Valens berichtete, die angegebenen Beschwerden entsprächen weiterhin einem bisher therapierefraktären chronischen cervicocephalen und cervikothorakospondylogenen Syndrom bei insbesondere muskulären Dysbalancen mit Myogelosen und nur geringen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen. Die Beschwerdesymptomatik sei vor allem verursacht durch ausgeprägte muskuläre Dysbalancen mit Myogelosen und Triggerpunkten, welche nur schwer therapeutisch angegangen werden könnten (Berichte vom 29. Mai 2013, IV-act. 39-30 ff., und vom 13. Februar 2014, IV-act. 39-35 f.). Das Bundesgericht hielt im unfallversicherungsrechtlichen Urteil (vom 9. April 2014, 8C\_635/2013, E. 2) zusammenfassend fest, die geklagten Beschwerden seien nicht auf einen im Sinne der Rechtsprechung organisch objektiv ausgewiesenen Gesundheitsschaden zurückzuführen (IV-act. 39-24). Der RAD nahm am 14. Mai/27. Juni 2014 dahingehend Stellung, dass keine wesentlichen unfallfremden gesundheitlichen Einschränkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen (IV-act. 53-5 f.). Als Korrelat der beklagten Beschwerden wurden in den Vorakten somit segmentale Dysfunktion im Bereich C1/C2 links und C4 bis Th5 mit Hypermobilität, Insuffizienz der anterioren und dorsalen HWS-Stabilisationsmuskulatur, eine Schulterprotraktion mit muskulärer Dysbalance und eine Hyperkyphose der oberen BWS und Hyperlordose der unteren HWS festgestellt. Es erscheint somit nachvollziehbar, dass sowohl der neurologische als auch der orthopädische Gutachter weder klinisch noch bildgebend ein organisches Korrelat für die Beschwerden im vom Beschwerdeführer geschilderten Ausmass finden konnten, sondern vielmehr eine uneingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule verzeichneten (IV-act. 81-18, 23).

**4.3.** Der psychiatrische Gutachter kam zum Schluss, eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychiatrische Erkrankung sei anhand objektiver Befunde nicht festzustellen (IV-act. 81-30). Die Stimmung sei unauffällig, zeitweise unterschwellig gereizt, affektiv sei der Versicherte angemessen schwingungsfähig. Hinweise für Schuldgefühle und Insuffizienzerleben fänden sich nicht. Der Antrieb wirke unauffällig. Psychomotorische Auffälligkeiten zeigten sich nicht. Im AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund liessen sich die Achsenkriterien einer namhaften Depression (vitale Traurigkeit, Antriebs-, Freud- und Interessenverlust) nicht erkennen. Auch die strukturierte Alltagsgestaltung (mit etwa halbschichtiger Arbeitstätigkeit), die unauffällige Verhaltensbeobachtung und die geringe Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapiemassnahmen sprächen gegen eine namhafte depressive Störung. Die in den Akten beschriebene depressive Entwicklung könne also



nicht bestätigt werden. Auch die aktenkundig festgestellte Diagnose einer Anpassungsstörung könne aufgrund der definitionsgemäss maximal zweijährigen Dauer hier bereits aus formellen Gründen nicht gestellt werden (IV-act. 81-28 f.). Der psychiatrische Gutachter äussert sich nicht zum Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung. Diese Diagnose wurde indes im gesamten Aktenverlauf nirgendwo erwogen. Wie nachfolgend noch aufzuzeigen sein wird, bestehen im Verhalten des Beschwerdeführers Inkonsistenzen, welche es als nachvollziehbar erscheinen lassen, dass nicht von einem andauernden, schweren und quälenden Schmerz ausgegangen werden kann (vgl. H. Dilling/H.J. Freyberger, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 7. Aufl., Bern 2014, S. 195). Der neuropsychologische Gutachter gelangte zum Ergebnis, das in der Symptomvalidierung erzielte Ergebnis sei höchst auffällig und wäre nur bei einer schwersten kognitiven Störung (mit ständigem Pflege- und Überwachungsbedarf) zu erwarten, die angesichts der Alltagsbeständigkeit und Selbstversorgung sowie der regen Alltagsaktivität des Versicherten gar nicht vorliegen könne. Aus neuropsychologischer Sicht sei keine kognitive Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu attestieren (IV-act. 81-38).

### 5.

**5.1.** Nach dem Gesagten geht aus dem Gutachten übereinstimmend mit den medizinischen Vorakten zum einen hervor, dass die vom Beschwerdeführer beschriebenen Schmerzen und kognitiven Einschränkungen nur teilweise somatisch und nicht psychiatrisch objektivierbar sind. Ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt, beurteilt sich sinngemäss der Rechtsprechung zu der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (BGE 136 V 279). Es kommt daher das mit BGE 141 V 281 eingeführte strukturierte Beweisverfahren zur Anwendung.

**5.2.** Die Gutachter haben verschiedene Inkonsistenzen vermerkt: Der internistische Experte hielt fest, diskrepanz zu den anamnestischen Angaben wirke der Beschwerdeführer nicht schmerzgeplagt (IV-act. 81-12 f.). Die beklagten Bewegungseinschränkungen beider Arme über Schulterhöheniveau hinaus seien nicht nachvollziehbar. Während der 10-minütigen Ultraschalluntersuchung des Abdomens sei es dem Versicherten sofort, problemlos und durchgängig möglich gewesen, beide Arme hinter dem Kopf verschränkt zu halten. Die angegebene Schmerzintensität habe während der 90-minütigen Untersuchung nicht mit dem Eindruck des Untersuchers übereingestimmt. Alle Bewegungen seien spontan sowie auf Aufforderung hin flüssig und zügig ausgeführt worden. Die deutlich sicht- und tastbare Beschwielen der Hände spreche ebenfalls für eine rege körperliche Aktivität (IV-act. 81-13). Auch der



neurologische Gutachter berichtete, während des Untersuchs habe der Beschwerdeführer nicht schmerzgequält oder anderweitig beeinträchtigt gewirkt (IV-act. 81-15). Der psychiatrische Gutachter führte aus, die Beschwerdeschilderung sei geordnet, dabei (aber) ausweichend und wenig konkret. Der Beschwerdeführer wirke weder schmerzgequält noch in seiner Beweglichkeit beeinträchtigt (IV-act. 81-26). Die geklagten Beschwerden seien nach Art und Lokalisation nicht mit objektiven Befunden in Einklang zu bringen. Es bestehe eine auffällige Diskrepanz zwischen demonstrierter Beschwerdeschilderung und fehlender objektiver Beeinträchtigung. Die Beschwerden lösten in der Gegenübertragung keine Betroffenheit beim Gutachter aus. Der Versicherte habe durch bisherige Therapiebemühungen seit dem Unfall 2010 keine Besserung erzielen können. Auch sei die seltene und wenig intensive psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (mit Terminen im Abstand von zwei bis drei Monaten und einem unterdosierten Johanniskrautpräparat) als Ausdruck eines geringen Leidensdrucks zu verstehen. Eine sachliche Diskussion über mögliche Verweistätigkeiten sei nicht möglich gewesen. Ausserdem hätten sich bei dem orientierenden Test zur Beschwerdevalidierung klare Hinweise für ein nicht glaubwürdiges Antwortverhalten ergeben. Insgesamt fänden sich somit deutliche Indizien für eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden (IV-act. 81-29 f.). Der neuropsychologische Gutachter führte aus, die testpsychologische Erhebung habe formal unterdurchschnittliche Leistungen erbracht (Reaktionsbereitschaft, geteilte Aufmerksamkeit, wahrnehmungsgebundenes logisches Denken, kurz- und längerfristige visuelle Merkleistung). Das Beschwerdevalidierungsverfahren deute jedoch auf eine nicht ausreichende Leistungsbereitschaft hin. Das Ergebnis des Beschwerdevalidierungsverfahrens decke sich mit der Verhaltensbeobachtung, da auch hier die Beschwerdedarstellung demonstrativ gewirkt habe. Der Versicherte habe mehrmals bereits gefundene Lösungen verworfen, die begangenen Fehler seien inkonsistent gewesen und zu keiner kognitiven Störung passend. Auch die Reaktionszeitmessungen hätten auf ein nicht plausibles Antwortverhalten hingedeutet. Die Untersuchungsergebnisse deuteten auf eine unüblich hohe Streubreite im Antwortverhalten und der Antwortlatenz hin, die selbst bei einer kognitiven Verlangsamung z.B. aufgrund eines schweren Schädel-Hirntraumas ungewöhnlich wäre. Das berichtete problemlose Führen eines Autos wäre bei einer derartigen Verlangsamung gar nicht möglich. Beim Versicherten sei mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer bewusst oder vorbewusst motivierten Antwortverzerrung auszugehen. Das in der Symptomvalidierung erzielte Ergebnis sei höchst auffällig und wäre nur bei einer schwersten kognitiven Störung (mit ständigem Pflege- und Überwachungsbedarf) zu erwarten, die angesichts der Alltagsbeständigkeit und



Selbstversorgung sowie der regen Alltagsaktivität des Versicherten gar nicht vorliegen könne (IV-act. 81-37 f.).

**5.3.** Der neuropsychologische Gutachter begründet nachvollziehbar, weshalb eine kognitive Beeinträchtigung, wie sie den Testergebnissen entsprechen würde, nicht vorliegt. Offenbar sind insgesamt zwei unterschiedliche Beschwerdevalidierungstests auffällig ausgefallen (vgl. IV-act. 81-30 und 81-37). In der internistischen und psychiatrischen Anamnese wurde ausdrücklich vermerkt, der Beschwerdeführer sei alleine angereist und selbst zum Begutachtungsort gefahren. Er könne das verfügbare Fahrzeug mit Automatik problemlos und sicher führen. Er fahre hin und wieder vorzugsweise kurze Strecken (IV-act. 81-10, 14, 20, 26). Dass, wie vom Rechtsvertreter mit Replik geltend gemacht (act. G 6, S. 3), die Ehefrau gefahren sei, erscheint in Anbetracht des quasi doppelten Widerspruchs zu den gutachterlichen Aufzeichnungen nicht überwiegend wahrscheinlich, zumal sich aus dem Gutachten keine Anhaltspunkte ergeben, dass im konkreten Fall des Beschwerdeführers gleich zwei Gutachter befangen gewesen wären oder den Beschwerdeführer falsch verstanden hätten. Selbst wenn der Beschwerdeführer nur kürzere Strecken fährt, ist dies mit den neuropsychologischen Testergebnissen unvereinbar. Sodann sprechen weitere Inkonsistenzen gegen das Vorhandensein von Schmerzen in der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Intensität. Zu nennen sind hier zunächst die - objektivierbare - freie Beweglichkeit von Hals- und Brustwirbelsäule während den Untersuchungen. Auch berichten die Gutachter übereinstimmend, dass der Beschwerdeführer keinen schmerzgeplagten Eindruck vermittelt habe. Sodann vermag der Beschwerdeführer, diskrepant zu seiner subjektiven Einschätzung einer kompletten Arbeitsunfähigkeit, immerhin im Betrieb seines Sohnes während bis zu vier Stunden täglich leichtere Arbeiten zu verrichten. Die psychiatrisch lediglich leichte und analgetisch lediglich bedarfsweise verordnete Medikation und die bisher erfolgten Behandlungen lassen nicht auf einen Leidensdruck in der vom Beschwerdeführer dargelegten Intensität schliessen. Ähnlich wie von den Gutachtern war bereits in der Rehaklinik Bellikon eine mässige Symptomausweitung beobachtet worden (Austrittsbericht vom 20. Dezember 2010, Fremdakten, act. 1-186 ff.), und auch der Bericht der Rheumaklinik und des Instituts für physikalische Medizin erwähnt eine Selbstlimitierung (Fremdakten, act. 1-91 ff.). Schliesslich hielt auch die Bewegungswissenschaftlerin fest, schon bei geringer Belastung und bei leichten Übungen ohne Gewicht habe der Beschwerdeführer über eine Schmerzzunahme geklagt und die Übung nach kurzer Zeit abgebrochen. Er habe eine starke Angst vor Belastung und eine geringe Leistungsbereitschaft gezeigt (Bericht vom 12. Oktober 2011, Fremdakten, act. 1-66 ff.). Der psychiatrische Gutachter kommt somit



nachvollziehbar zum Schluss, es seien mehrere Indizien für eine nicht plausible Präsentation (gemäss Widder) zu identifizieren (IV-act. 81-29). Insgesamt fänden sich deutliche Indizien für eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden (IV-act. 81-30). Dem ist auch aus rechtlicher Sicht zu folgen: Das Bundesgericht führte in einem Urteil vom 29. Juni 2015 (9C\_899/2014, E. 4.1) aus, dass regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vorliege, wenn die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruhe. Dies treffe namentlich zu, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese bestehe, wenn intensive Schmerzen angegeben würden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibe, wenn keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen werde, wenn demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirkten oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet würden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt sei.

**5.4.** Ob vorliegend von einem anspruchsausschliessenden Malingering auszugehen ist, kann indes offen bleiben, denn auch die Prüfung des Anspruchs anhand der massgebenden Standardindikatoren führt zum Ergebnis, dass keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Einschränkungen bestehen. Aufgrund der fehlenden Objektivierbarkeit und der dargelegten vorhandenen Inkonsistenzen ist nicht von einer schwergradigen, sondern höchstens von einer mittelgradigen funktionellen Einschränkung auszugehen (vgl. Bericht der Rheumaklinik und des Instituts für physikalische Medizin, Universitätsspital Zürich, Fremdakten, act. 1-92). Psychiatrischerseits stellte der Fachexperte keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Komorbidität fest (IV-act. 81-30). Hinsichtlich der Persönlichkeit werden keine Befunde oder Diagnosen erwähnt oder geltend gemacht. Der behandelnde Psychiater diagnostizierte ausschliesslich eine längere leicht- bis mittelgradige Anpassungsstörung (ICD-10: F43.22), die für sich alleine vorübergehend zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% geführt habe (vgl. IV-act. 61). Von massgeblichen psychischen bzw. persönlichkeitsbedingten Einschränkungen ist somit nicht auszugehen. Der Beschwerdeführer absolvierte in seiner Heimat zehn Schuljahre (Gymnasium abgebrochen) und war in der Schweiz als Bauarbeiter, Produktionsmitarbeiter und in einem Schuhreparaturservice tätig (IV-act. 81-25). Er ist verheiratet und Vater dreier erwachsener Söhne, wobei er auch eine frühere Partnerschaft und seit längerem vermehrte Ehestreitigkeiten erwähnt. Er fliegt einmal jährlich in seine Heimat, wo er ein eigenes Haus besitzt (IV-act. 81-26). Aufgrund dieser Angaben ist von weitgehend intakten Ressourcen und keinen gravierenden psychosozialen oder soziokulturellen Belastungsfaktoren auszugehen. Die Gutachter



halten fest, der Beschwerdeführer sei im Alltag selbständig und selbstversorgend sowie sozialfamiliär eingebunden, die Ressourcen für eine Arbeitstätigkeit seien also erhalten. Er arbeite zudem bereits im Unternehmen seines Sohnes. Eine namhafte Änderung des Aktivitätsniveaus sei nicht wahrscheinlich. Willensbildung und Einsichtsfähigkeit seien angesichts der erhobenen Befunde nicht limitiert (IV-act. 81-48 f.).

**5.5.** Das Gutachten der PMEDA berücksichtigt die beklagten Beschwerden und medizinischen Vorakten vollständig. Es genügt dem für Schleudertraumen anwendbaren strukturierten Beweisverfahren. Der Kardiologe Dr.med. T.\_\_\_\_ diagnostizierte eine beginnende hypertensive Herzkrankheit. Er äusserte sich nicht zur Arbeitsunfähigkeit und empfahl eine Steigerung der antihypertensiven Therapie (Bericht vom 29. November 2016, act. G 1.3). Die kardialen Beschwerden führten vom 26. Juli bis 4. August 2017 zu einer notfallmässigen ambulanten Behandlung im Spital von P.\_\_\_\_ (act. G 8.1). Der internistische Gutachter diagnostizierte eine Hypertonie, attestierte dieser aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 81-12). Aus den Berichten von Dr. T.\_\_\_\_ und des Spitals P.\_\_\_\_ ergibt sich kein vom internistischen Gutachter nicht berücksichtigter objektiver Befund, welcher dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Frage zu stellen vermag. Die im Bericht des Urologen Dr.med. U.\_\_\_\_ notierte Nykturie (drei bis viermal, act. G. 1.2) wurde auch vom internistischen Gutachter aufgenommen (bis zu dreimalige Nykturie, IV-act. 81-9). Der Verdacht auf Gastritis, welcher vom 30. Juni bis 1. Juli 2017 zu einer Kurzhospitalisation führte (act. G 6.1), betrifft den vorliegend nicht mehr relevanten Zeitraum nach Erlass der angefochtenen Verfügung (BGE 121 V 366 E. 1 b; BGE 131 V 243 E. 2.1); zudem ist eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Dauer und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit dem vorliegenden Bericht nicht als überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen.

**5.6.** Dem Gutachten der PMEDA ist ein Anhang beigelegt mit dem Titel "Assoziation von leichtgradigen HWS-Schleudertraumen (ohne Nachweis struktureller Läsionen) mit Kopf- und Nackenschmerz-Syndromen". Darin wird unter anderem dargelegt, bei jedem zweiten Patienten mit HWS-Schleudertrauma habe ein Schmerzsyndrom vor dem Unfall entweder bereits bestanden oder zumindest als entsprechende Disposition vorgelegen (IV-act. 81-52). Typisch für den posttraumatischen Kopfschmerz sei, dass er weder mit der Schwere des Traumas noch mit neurologischen Ausfällen oder untersuchungstechnischen Befunden korreliere (so genannter Dosis-Antwort-Effekt). Es bestehe mithin kein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad des erlittenen Traumas und der Häufigkeit und Ausprägung des Kopfschmerzsyndroms (IV-



act. 81-53). Bei Patienten ohne Aussicht auf eine materielle Entschädigung seien Schmerzsyndrome nach HWS-Traumen nicht häufiger gewesen als bei Personen ohne solche Verletzungen (IV-act. 81-54). Der Beschwerdeführer stellt die von den Gutachtern zitierten Studien mit Hinweis auf neuere Untersuchungen in Frage (E. Samuelsson, Schleudertrauma - quo vadis?: in HAVE, Personen-Schaden-Forum 2017, Zürich 2017, S. 17 ff.). Die zitierten Studien sowie das vom Beschwerdeführer angeführte bundesgerichtliche Urteil vom 14. Februar 2012 (8C\_150/2011) beziehen sich vor allem auf den in der Unfallversicherung relevanten adäquaten Kausalzusammenhang. Das Vorbringen des Beschwerdeführers lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass entgegen den von den Gutachtern zitierten Statistiken vom Vorhandensein invalidisierender Beschwerden auszugehen sei, umso mehr als er bereits vorgängig zwei Schleudertraumen erlitten habe. Aufgrund der Akten ist nicht erstellt, dass sich die vorangegangenen Unfallereignisse auf die Folgen der HWS-Distorsion vom 30. August 2010 auswirkten. In der Anamnese des internistischen Gutachtens ist im Gegenteil festgehalten, dass diese folgenlos verlaufen seien (IV-act. 81-9). Im Bericht der Rehaklinik Bellikon vom 12. November 2010 wurden vom Beschwerdeführer angegebene seit dem Unfall im Jahr 2007 vorbestehende Kopf- und Rückenschmerzen lediglich ohne Weiterungen vermerkt (Fremdakten, act. 1-212). Die biomechanische Kurzbeurteilung vom 16. Januar 2011 (Fremdakten, act. 1-127 ff.) kam im Wesentlichen zum Ergebnis, dass sich für die Beschwerden aufgrund der möglicherweise bestehenden Vorschädigung "Erklärungsmöglichkeiten" ergäben. Letztlich geht es hier im Kontext der final ausgerichteten Invalidenversicherung um die Frage, ob bzw. inwieweit Beschwerden nach einem Schleudertrauma statistisch objektivierbar sind. Dies wird von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung verneint, indem HWS-Distorsionen (Schleudertrauma) ohne Nachweis struktureller Läsionen nach dem für nicht bildgebend-apparativ oder klinisch objektivierbare Beschwerden anwendbaren strukturierten Beweisverfahren zu beurteilen sind (E. 5.1). Eine Ausnahme im vorliegenden Fall hierzu aufgrund von Vorschädigungen lässt sich auch aufgrund der erwähnten biomechanischen Kurzbeurteilung nicht begründen. Dass aufgrund der vom Beschwerdeführer angeführten Studien eine andere Sichtweise gerechtfertigt wäre, drängt sich nicht auf.

**5.7.** Zusammenfassend stützt sich das Gutachten nicht auf generelle Statistiken zu Schleudertraumen, sondern berücksichtigt die geklagten Beschwerden, die medizinische Aktenlage und die umfassend erhobenen Befunde. In Anbetracht der von den Gutachtern übereinstimmend beobachteten und dokumentierten diversen Inkonsistenzen erscheint nachvollziehbar und schlüssig, dass keine invaliditätsbegründenden funktionellen Einschränkungen vorliegen. Die Gutachter



begründen dies mit ihren Befunden und Wahrnehmungen, die statistische Argumentation ist lediglich ergänzend und von untergeordneter Bedeutung. Somit ist von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angestammter und vergleichbaren Tätigkeiten auszugehen und dies auch retrospektiv (vgl. IV-act. 81-49). Es besteht kein Rentenanspruch.

### **6.**

**6.1.** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

**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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

### **Entscheid**

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### **1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

#### **2.**

Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.