



**Fall-Nr.:** IV 2017/192  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.09.2019  
**Entscheiddatum:** 26.04.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 26.04.2018**

**Art. 7 ATSG; Art. 16 ATSG; Art. 28 IVG: Beschwerdeführer mit funktioneller und ästhetischer Beeinträchtigung durch Verletzung der linken Hand (Fingeramputationen). Abstellen auf psychiatrisches Gutachten bei in der Arbeitsfähigkeitsschätzung teilweise aber divergierenden Vorgutachten. Als Validenbasis ist der Tabellenlohn, da der Beschwerdeführer insbesondere seine letzte Arbeitsstelle nur kurze Zeit innehatte und ein stark unterdurchschnittliches Einkommen erzielte, welches sich bis zum für den Einkommensvergleich massgeblichen Zeitpunkt zufolge Berufserfahrung und Integration bis zum Tabellenlohn erhöht hätte. Bei einer gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 75% resultiert bei einem Tabellenlohnabzug von 20% ein Anspruch auf eine Viertelsrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. April 2018, IV 2017/192).**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie Löhner und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2017/192

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, Waisenhausstrasse 17,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_, meldete sich erstmals am 24. Juni 1993 wegen Fingerletzung mit Stumpfschmerzen bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Der Versicherte hatte am 23. September 1992 einen Unfall mit Amputation des zweiten und dritten Fingers im Bereich des Grundgelenks und Versteifung des vierten Fingers der linken Hand erlitten (Arztbericht Dr.med. B.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin, vom 9. Juli 1993, IV-act. 8; Unfallschein, IV-act. 3).

A.b Die IV-Stelle sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 30. März 1995 ab 1. November 1993 rückwirkend eine halbe Rente zu (IV-act. 23, 19) und hob diese mit Verfügung vom 30. Januar 1998 auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats revisionsweise auf (IV-act. 61). Einen dagegen erhobenen Rekurs wies das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 30. Mai 2000 ab (IV 1998/40, IV-act. 85).

A.c Nach verschiedenen Eingriffen an den verletzten Fingern im Verlauf des Jahres 2000 und gestützt auf medizinische Abklärungen (vgl. u.a. Gutachten Inselspital, Dr.med. C.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2001 [UV-act. 6-85 ff.] und ärztliche Beurteilung Dr.med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH Chirurgie, vom 3. April 2002 [UV-act. 6-66 f.]) meldete sich der



## St.Galler Gerichte

Versicherte am 22. Mai 2002 erneut wegen Unfall(folgen) und permanenten Schmerzen in der linken Hand bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-act. 92).

A.d Der Versicherte wurde in der Folge durch Dr.med. E.\_\_\_\_, Leitender Arzt Abteilung für Hand- und plastische Chirurgie Kantonsspital St. Gallen (KSSG; Begutachtung vom 13. November 2003, IV-act. 124), von Dr.med. F.\_\_\_\_, FMH Neurologie, Rheinburg-Klinik (Teilgutachten vom 19. März 2004, IV-act. 134) und psychiatrisch in der Klinik Z.\_\_\_\_ (Dr.med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie/Psychotherapie und Dr.med. H.\_\_\_\_, Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie, Gutachten vom 28. Juli 2004, IV-act. 143) beurteilt. Die psychiatrischen Experten diagnostizierten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Schmerzwahrnehmungs- und Schmerzverarbeitungsstörung), differenzialdiagnostisch Phantomschmerzen (ICD-10: F45.4), sowie eine spezifische Persönlichkeitsstörung mit impulsiven und passiv-aggressiven Zügen (ICD-10: F60.8). Im Rahmen der genannten Diagnosen sei der Versicherte durch die affektive Beeinträchtigung bedingt auch in der Konzentration und Ausdauer eingeschränkt. Insbesondere sei die affektive Belastungs-intoleranz jedoch hinsichtlich dem Aufbau arbeitsbezogener sowie auch persönlicher Beziehungsstrukturen äusserst abträglich. Eingliederung, Unterordnung und konsequente Durchführung arbeitsbezogener Abläufe stellten für den Versicherten eine besondere Belastung dar. Die persönlichkeitspezifischen Veränderungen verminderten die Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten. Verbunden mit der gegenwärtigen Schmerzstörung sei von einer mindestens 50%-igen Minderung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Es bestehe auch in deren Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit im Ausmass von 20%.

A.e Dr.med. I.\_\_\_\_, FMH Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Leitender Arzt, und Dr.med. J.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Rehaklinik Bellikon führten in ihrem Gutachten vom 22. März 2005/27. Februar 2006 (IV-act. 173; Untersuchungen 20.-23. März und 15. April 2005) aus, bei der motorischen Prüfung zur Messung der rohen Kraft hätten sich zum Teil erhebliche Inkonsistenzen gezeigt, vor allem rechts, was auf Selbstlimitierung hindeute. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung sowie der Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären (IV-act. 173-40). Die rechte, gesunde Hand sei uneingeschränkt einsetzbar. Bei



der linken Hand verbleibe ein inkompletter Faustschluss. Darüber hinaus bestehe eine nicht qualifizier- und quantifizierbare Schmerzsymptomatik. Der Daumen sei weitgehend schmerzfrei einsetzbar und bezüglich Bewegungsfreiheit kaum eingeschränkt. Kräftemässig seien Belastungen von mindestens 5 kg in Bezug auf die linke Hand möglich, genauere Angaben seien aufgrund der Selbstlimitierung in den Tests nicht zu machen (IV-act. 173-37). Psychiatrisch bestehe ein anhaltendes, dysphorisch bis leicht depressives Zustandsbild (ICD-10: F38.8), jedoch kein typisch depressives Syndrom im Ausmass einer Major Depression. Im Vordergrund stünden Klagen über dysphorische Gespanntheit und Schmerzen. Zweifellos dürften Schmerzerleben und Schmerzintensität durch die schwierige emotionale und soziale Lage verstärkt und ungünstig überformt sein; insgesamt bestünden auch eine dysfunktionale Schmerzbewältigung, ein Absacken in die Opferrolle. Akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge spielten sicher eine wesentliche Rolle. Ob diese ein Ausmass hätten, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gerechtfertigt sei, bleibe unklar bzw. sei lediglich möglich (IV-act. 173-47 f.). Aus psychiatrischer Sicht sei dem Versicherten grundsätzlich eine ganztägige Tätigkeit zumutbar, wenn diese körperlich angepasst sei. Es sei allerdings zu berücksichtigen, dass im Falle von zunehmender Schmerzbelastung infolge einer solchen Tätigkeit und auch in Situationen mit komplexer Beziehungsstruktur am Arbeitsplatz und möglichen Konflikten die Affektkontrolle des Versicherten schnell überfordert sein werde, weshalb letztlich eine zusätzliche Einschränkung aus solchen vorwiegend interpersonellen psychiatrischen Gründen bestehe hinsichtlich des Spektrums an Stellen, das dem Versicherten offen stehe (IV-act. 173-48). Die entsprechende Einschränkung schätzte der Gutachter mit 30% ein (IV-act. 173-49). Insgesamt hielten die Experten aus somatischer und psychiatrischer Sicht angepasste Tätigkeiten ganztägig ohne verminderte Leistungsfähigkeit für möglich (IV-act. 173-41).

A.f Mit Verfügung vom 2. Mai 2006 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 182). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht teilweise gut und sprach dem Versicherten eine Rente auf Basis eines Invaliditätsgrades von 44% zu (IV 2006/233, IV-act. 205). Auf Beschwerde der IV-Stelle hin hob das Bundesgericht mit Urteil vom 28. Februar 2008 diesen Entscheid auf und wies die Sache zur weiteren Abklärung und neuem Entscheid an die IV-Stelle zurück. Es erwog, das Gutachten der Rehaklinik Bellikon bilde keine hinreichende Beurteilungsgrundlage



## St.Galler Gerichte

für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (8C\_394/2007, IV-act. 211).

A.g In Nachachtung des bundesgerichtlichen Entscheids wurde der Versicherte durch Dr.med. K.\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachtet (Gutachten vom 26. Juni 2008, IV-act. 219). Der Experte diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein anhaltendes dysphorisches und leicht depressives Zustandsbild (ICD-10: F38.8) seit Ende 1994 (IV-act. 219-3). Die Arbeitsunfähigkeit sei mit 30% einzuschätzen (IV-act. 219-4). Der Versicherte sei schneller ermüdbar, kränkbar und reizbar, da er seine Verletzung immer noch nicht in sein Leben integriert habe. Seine psychische Belastbarkeit sei reduziert (IV-act. 219-4 f.)

A.h Mit Verfügung vom 11. Dezember 2008 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren erneut ab, weil eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. ein Revisionsgrund nicht nachgewiesen werden könne (IV-act. 229). Hiergegen liess der Versicherte am 26. Januar 2009 Beschwerde erheben (IV-act. 231-2 ff.). Diese hiess das Versicherungsgericht am 24. Februar 2011 teilweise gut und wies die Sache zur erneuten psychiatrischen Abklärung an die IV-Stelle zurück (IV 2009/26, IV-act. 243). Dr. K.\_\_\_ begründe nicht, weshalb der Versicherte in seiner Leistungsfähigkeit um 30% eingeschränkt sein soll. Ohne eigentliches Explorationsgespräch beruhe die Begutachtung einzig auf der Einschätzung der vom Gutachter als provokativ empfundenen Reaktion während der Exploration, auf den bisherigen Akten und auf beweisrechtlichen Anforderungen nicht genügenden Fremdauskünften (E. 2.5 des zitierten Entscheids).

A.i Die mit einem Obergutachten beauftragten Prof.Dr.med L.\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie und Dr.med. M.\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie (Universitäre Psychiatrische Kliniken [UPK] Basel, Gutachten vom 9. August 2011 [Versand 19. April 2012], IV-act. 254) stellten die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62.8) sowie eines anamnestisch dysphorisch-depressiven Syndroms (ICD-10: F38.8; IV-act. 254-23). Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Versicherte aufgrund einer Persönlichkeitsänderung auf dem freien Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aufgrund von schwergradigen Veränderungen der Selbstwahrnehmung, der Beziehung zu anderen



bzw. der eigenen Rollenzuschreibung in der Gesellschaft und sich daraus ergebender Ansprüche an diese, in Kombination mit affektiven Symptomen wie dysphorische Gereiztheit und inzwischen tatsächlich eingebüsst sozialen Fertigkeiten im Verbund mit Scham und möglicherweise Trauer im Rückblick auf das erlittene Trauma und im weiteren Verlauf "verpasste Leben". Aufgrund der genannten Störungen bestünden mittelschwere bis schwere Einschränkungen mindestens bezüglich Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität, Selbstbehauptungsfähigkeit, Gruppenfähigkeit sowie Kontaktfähigkeit zu Dritten. Die Stresstoleranz und emotionale Belastbarkeit seien erheblich reduziert (IV-act. 254-31). In therapeutischem bzw. beschützendem/ rehabilitativem Rahmen sei eine 4 bis 4,5 stündige Tätigkeit (ca. 50%-Pensum) zumutbar. Auf dem freien Arbeitsmarkt sei aus psychiatrischer Sicht keine Erwerbstätigkeit möglich (IV-act. 254-32).

A.j Mit Verfügung vom 5. März 2013 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wiederum ab, da im Lichte der zur somatoformen Schmerzstörung ergangenen bundesgerichtlichen Rechtsprechung kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege (IV-act. 273; Stellungnahme Rechtsdienst der IV-Stelle vom 11. Dezember 2012, IV-act. 261). Eine dagegen erhobene Beschwerde vom 17. April 2013 (IV-act. 274) hiess das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 27. Februar 2015 teilweise gut, indem es dem Versicherten ab 1. Juni 2005 eine Viertelsrente und ab 1. November 2011 eine ganze Rente zusprach (IV 2013/170, IV-act. 296). Auf Beschwerde der IV-Stelle hin wies das Bundesgericht die Sache wiederum zu neuer Verfügung an die IV-Stelle zurück (Urteil vom 12. Oktober 2015, 8C\_219/2015, IV-act. 307). Es fehle namentlich ein psychiatrisches Obergutachten, welches die eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründe und sich schlüssig mit den bisherigen Gutachten, insbesondere mit den stark voneinander abweichenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit, auseinandersetze (E. 5.3 des zitierten Urteils).

A.k Dr.med. N.\_\_\_\_, Leitender Arzt Psychiatrisches Zentrum Y.\_\_\_\_, diagnostizierte gemäss Obergutachten vom 8. August 2016 (IV-act. 325) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 325-39) eine querulatorische Entwicklung (ICD-10: F48.28, wobei diese Diagnose in der aktuellen ICD-10 nicht mehr aufgeführt wird, vgl. H. DILLING/W. MOMBOUR/M. SCHMIDT, ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Aufl., Bern 2015, S. 56 und 235 ff.), eine akzentuierte



## St.Galler Gerichte

Persönlichkeit mit sensitiv-paranoiden und emotional instabilen Zügen (ICD-10: Z73.1) sowie ein abnormes Krankheitsverhalten mit diversen Phänomenen der dysfunktionalen Beschwerdenbewältigung (ICD-10: F54 bzw. 68.0) nach traumatischen Fingeramputationen (IV-act. 325-39). Essentiell seien die verschiedenen Elemente der Fehlverarbeitung des damaligen Unfalls und seiner unliebsamen Konsequenzen wie etwa Kündigung, ästhetische und funktionelle Beeinträchtigung, sozialer Abstieg. Daraus habe sich eine verhärtete Fehleinstellung gebildet, welche mit hohem Anspruchsdenken einhergehe und es dem Beschwerdeführer geradezu verbiete, sich auf eine angemessene Wiedereingliederung einzulassen (IV-act. 325-34). Eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe für Tätigkeiten, in welcher ein Volleinsatz der linken Hand erforderlich sei. Angepasst seien einfache handwerkliche Tätigkeiten, bei denen die linke Hand lediglich für unterstützende Funktionen ohne erheblichen Kraftaufwand benötigt werde. Auf psychischer Ebene finde sich angesichts der gestellten Diagnosen im Grunde nichts, was eine solche optimal angepasste Tätigkeit unzumutbar erscheinen liesse. Von daher könne höchstens noch von der langjährigen Negativentwicklung mit querulatorischem Einschlag, der Entfremdung von der Arbeitswelt, der Dekonditionierung, dem Aufbau einer Aversionshaltung und der Versteifung auf eine Entschädigungslösung als von schwer überwindbaren Hemmnissen gesprochen werden, was in der Summe doch kaum eine Arbeitsfähigkeitsstörung von mehr als 20% bis 30% ergebe (IV-act. 325-44 f.).

A.l Mit Vorbescheid vom 18. August 2016 stellte die IV-Stelle die erneute Abweisung des Leistungsbegehrens gestützt auf das Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ in Aussicht (IV-act. 329). Hiergegen wurde am 19. September 2016 Einwand erhoben (IV-act. 335). Entsprechend einer Stellungnahme von RAD-Arzt Dr.med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. November 2011 (IV-act. 337), wurde Dr. N.\_\_\_\_ um Stellungnahme zu den abweichenden Einschätzungen der Vorgutachter ersucht (IV-act. 338). Diese datiert vom 11. Januar 2017 (IV-act. 340).

A.m Mit Verfügung vom 13. April 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ein weiteres Mal ab. Gemäss Gutachten des Psychiatrischen Zentrums Y.\_\_\_\_ bestehe in einer adaptierten Tätigkeit eine 70%-ige Arbeitsfähigkeit. Ein Leidensabzug sei nicht gerechtfertigt (IV-act. 346).

B.



B.a Gegen die Verfügung vom 13. April 2017 lässt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. W. Bodenmann, am 18. April 2017 Beschwerde erheben. Er beantragt, es sei ihm unter Kosten- und Entschädigungsfolge ab wann rechtens eine ganze Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% zuzusprechen und auszurichten. Eventualiter seien weitere Abklärungen vorzunehmen mit anschliessender Neubeurteilung und Neufestsetzung der Leistungsansprüche. Zudem ersucht er um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverbeiständung. Zumindest hinsichtlich der ergänzenden Stellungnahme vom 11. Januar 2017 müsse die Unvoreingenommenheit des Obergutachters in Frage gestellt werden. Die Beschwerdegegnerin habe unter Missachtung des Entscheids des Versicherungsgerichts vom 27. Februar 2015 die Gewährung eines Leidensabzuges von 20% verweigert. Die gemäss Bundesgericht entscheidende Fragestellung nach den stark divergierenden Arbeitsfähigkeitseinschätzungen sei Dr. N.\_\_\_\_ nicht unterbreitet worden. Der Obergutachter setze sich mit den Vorgutachten in keiner Weise auseinander, weshalb das Gutachten unter dem Aspekt der Vollständigkeit nicht beweiskräftig sei. Die nachträgliche Würdigung der Vorgutachten vermöge die Mangelhaftigkeit nicht mehr zu heilen. Eine nachvollziehbare Begründung der eigenen Arbeitsfähigkeitsschätzung erfolge nicht. Auch aus diesem Grunde könne das Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ keine hinreichende Grundlage für einen Rentenentscheid bilden. Es sei beim Universitätsspital Zürich, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, ein erneutes psychiatrisches Obergutachten einzuholen. Falls davon abgesehen werde, sei weiterhin von der schlüssigen und nachvollziehbaren Beurteilung von Prof. L.\_\_\_\_/Dr. M.\_\_\_\_ auszugehen, wonach der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig sei. Selbst wenn von der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. N.\_\_\_\_ ausgegangen würde, ergäbe sich in Zusammen- und Wechselwirkung mit den hochgradigen organischen Einschränkungen eine Gesamtarbeitsunfähigkeit von mindestens 45% bis 50%. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades sei ein Tabellenlohnabzug von 25% vorzunehmen aufgrund der rund 25-jährigen Absenz vom Arbeitsmarkt, des fortgeschrittenen Alters, der Teilzeitarbeit, der nur noch sehr eingeschränkt funktionsfähigen linken Hand, der erheblich eingeschränkten Anpassungsfähigkeit, des ausländerrechtlichen Aufenthaltsstatus, des geringen Bildungsgrads und der mangelhaften Sprachkompetenz (act. G 1).



B.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 14. August 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das Obergutachten von Dr. N.\_\_\_\_ erfülle grundsätzlich die Anforderungen an ein lege artis erstelltes, beweiskräftiges Gutachten. Die Ausführungen des Gutachters könnten weder als tendenziös noch als gehässig bezeichnet werden und begründeten auch nicht ansatzweise den Verdacht der Voreingenommenheit oder Befangenheit. Aufgrund der kritisierten fehlenden, vom Bundesgericht geforderten Auseinandersetzung mit den divergierenden Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsschätzungen habe sich Dr. N.\_\_\_\_ (nochmals) ausführlich mit den erwähnten Gutachten auseinandergesetzt und einlässlich begründet, dass er an seiner Beurteilung festhalte. Es sei zulässig und spreche nicht gegen die Beweiskraft des psychiatrischen Obergutachtens, dass Dr. N.\_\_\_\_ seine Expertise durch eine ergänzende Stellungnahme vom 11. Januar 2017 dadurch vervollständigt habe, dass er sich vertieft mit den Schlussfolgerungen in den betreffenden Gutachten auseinandergesetzt und dabei seine eigene Beurteilung bestätigt habe. In rechtlicher Hinsicht seien grundsätzlich einzig schwere psychische Störungen invalidisierend. Dem psychiatrischen Obergutachten lasse sich kein schlüssiger Nachweis eines schwerwiegenden psychischen Leidens entnehmen. Dr. N.\_\_\_\_ habe die beim Beschwerdeführer eruierbaren Phänomene der dysfunktionalen Beschwerdebewältigung nachvollziehbar als Bestandteil eines abnormen Krankheitsverhaltens mit übertriebenem Verharren in der Krankenrolle bzw. Schonhaltung interpretiert. Aus dem Gutachten erhelle, dass beim Beschwerdeführer die Anhaltspunkte auf eine Aggravation deutlich überwiegen und die Grenze eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sei, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre. Damit sei ein Ausschlussgrund gegeben, der die Annahme einer rentenauslösenden Gesundheitsbeeinträchtigung verbiete. Bei dieser Ausgangslage erübrige sich ein strukturiertes Beweisverfahren. Mangels einer leistungsbegründenden Invalidität bestehe kein Leistungsanspruch (act. G 3).

B.c Mit Replik vom 18. Oktober 2017 bringt der Beschwerdeführer vor, er bestreite weiterhin, dass er in somatischer Hinsicht in leidensadaptierter Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Eine allfällige Restarbeitsfähigkeit sei nicht verwertbar. Das Gutachten vom 8. August 2016/11. Januar 2017 vermöge versicherungsmedizinischen Standards nicht zu genügen. Die Diagnosestellung einer querulatorischen Entwicklung sei



unplausibel, nicht nachvollziehbar und nicht lege artis. Dem Rechtsstreit liege unstrittig ein schwerer und folgenreicher Unfall im Jahr 1992 mit Verstümmelung der linken Hand und anschliessender (Teil-)Rentenzusprache zugrunde. Die vom Obergutachter durchgeführten testpsychologischen Untersuchungen seien rudimentär ausgefallen mit der sinngemässen Begründung, dass die Sprachkenntnisse weitere Testungen nicht zulassen würden. Diese Begründung sei nicht stichhaltig, zumal die Vorgutachter des UPK Basel trotz der sprachlichen Defizite des Beschwerdeführers in der Lage gewesen seien, mehrere psychiatrische Zusatztests durchzuführen. Die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden seien nicht hinreichend berücksichtigt worden. Vielmehr schliesse der Gutachter allein aufgrund der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer in einem längeren Rechtsstreit mit den Sozialversicherern befinde, ohne Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und Vorakten und offensichtlich stark wertend auf das Vorliegen einer querulatorischen Entwicklung, obschon aufgrund der Anamnese eine invalidisierende Schmerzstörungsproblematik bzw. eine posttraumatische Belastungsstörung keinesfalls auszuschliessen sei. Die vom Gutachter zitierte Krankheitsdefinition der von ihm diagnostizierten querulatorischen Entwicklung stamme von einem deutschen Psychiater und Eugenetiker aus dem Jahre 1934. Auch wenn sich der Obergutachter dessen nicht bewusst gewesen sei, stelle dies die Wissenschaftlichkeit und die Beweiskraft des Gutachtens grundsätzlich in Frage (act. G 8).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 10).

### Erwägungen

1.

Zu befinden ist über die invalidenversicherungsrechtlichen Leistungsansprüche des Beschwerdeführers.

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 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).

1.3 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).

1.4 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). Die Verwaltung resp. das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

2.

2.1 Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung vom 13. April 2017 (IV-act. 346) bildet das psychiatrische Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ vom 8. August 2016 (IV-act. 325) mit Ergänzungen vom 11. Januar 2017 (IV-act. 340). Dabei handelt es sich um die fünfte psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers (Vorgutachten: Klinik Z.\_\_\_\_, Dr. G.\_\_\_\_/Dr. H.\_\_\_\_ vom 28. Juli 2004 [IV-act. 143]; Teilgutachten Dr. J.\_\_\_\_, Rehaklinik Bellikon, vom 22. März 2005 [IV-act. 173]; Dr. K.\_\_\_\_, 26. Juni 2008 [IV-act. 219]; Gutachten UPK Basel, Prof. L.\_\_\_\_/Dr. M.\_\_\_\_ vom 9. August 2011 [IV-act. 254]). Das psychiatrische Teilgutachten der Rehaklinik Bellikon beurteilte das Bundesgericht bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als nicht ganz schlüssig, da der Gutachter eingeräumt hatte, eine prozentuale Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf verschiedene Stellenprofile erweise sich als schwierig. Demnach bilde es keine hinreichende Beurteilungsgrundlage für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (Urteil vom 28. Februar 2008, 8C\_394/2007, E. 3.3 f., IV-act.



211-3 f.). Gestützt auf das Gutachten der UPK Basel sprach das Versicherungsgericht dem Beschwerdeführer mit Entscheid vom 27. Februar 2015 eine ganze Rente zu, wobei es ausführte, das Gutachten scheine in sich plausibel, die Schlussfolgerungen seien begründet und gut nachvollziehbar (IV 2013/170, E. 4, IV-act. 296-7). Demgegenüber erkannte das Bundesgericht, angesichts der stark voneinander abweichenden, letztlich nicht schlüssigen Angaben zur zumutbaren Restarbeitsfähigkeit lasse sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen nicht zuverlässig bestimmen. Im Gutachten der UPK vom 9. August 2011, auf welches sich das kantonale Gericht stütze, seien bezüglich der attestierten 100%-igen Arbeitsunfähigkeit die Folgerungen der Experten nur sehr rudimentär begründet und setzten sich insbesondere nicht genügend mit den stark abweichenden früheren Einschätzungen auseinander. Namentlich fehle eine überzeugende Auseinandersetzung mit den Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2008, gemäss welchem der Beschwerdeführer in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit in der Lage sei ganztags zu arbeiten, wobei nur eine 30%-ige Leistungsminderung bestehe, und mit dem Gutachten der Rehaklinik Bellikon vom 27. Februar 2006, gemäss welchem angepasste Tätigkeiten grundsätzlich ganztags ohne zeitliche Einschränkungen zumutbar seien. Eine nachvollziehbare Begründung, weshalb der Beschwerdeführer (inzwischen) gar nicht mehr arbeitsfähig sein soll, jedoch trotzdem dringend eine therapeutisch geführte, tagesstrukturierende Beschäftigung, allenfalls in einer geschützten Werkstätte im Rahmen von 50% angeraten werde, sei nicht vorhanden. Das Gutachten der UPK bilde mithin keine hinreichende Beurteilungsgrundlage für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (Urteil vom 12. Oktober 2015, 8C\_219/2015, E. 5.3, IV-act. 307-7). Das Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ hatte das Versicherungsgericht als nicht beweiskräftig erachtet, da die Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht schlüssig begründet und keine Übersetzung gewährleistet gewesen sei (Entscheid vom 24. Februar 2011, IV 2009/26, E. 2.5, IV-act. 243-9). Die zitierten Gutachten sind somit bezüglich der Arbeitsfähigkeitsschätzung zum Teil nicht beweiskräftig, was nicht ausschliesst, bezüglich einzelner Befunde und Diagnosen darauf abzustellen.

2.2 Der Beschwerdeführer beklagte sich gegenüber Dr. N.\_\_\_\_ über Schmerzen nicht nur in der linken Hand, sondern im ganzen linken Arm sowie auf der linken Hals- und Kopfseite (IV-act. 325-14). Weiter äusserte er vor allem Vergesslichkeit und



Konzentrationschwäche. Er habe nach dem Unfall kaum noch Kontakte zu anderen Menschen gehabt, diese um ihre Unversehrtheit beneidet und das Gefühl gehabt, dass alle Leute nur noch auf seine Hand starren würden. Im Übrigen sei ihm alles egal, so dass er am liebsten sterben würde, da er keine Lust mehr habe, zu leben. Die Kinder seien weg, die Frau sei krank und er sei nicht mehr "gesund im Kopf". Mittlerweile habe er sogar einen Hass auf die Leute, habe draussen oft das Gefühl, dass alle nur auf ihn starren würden. Er befürchte, in einer entsprechenden Situation gewalttätig zu werden (IV-act. 325-14 f., 16). Der Gutachter diagnostizierte eine querulatorische Entwicklung (ICD-10: F48.28), eine akzentuierte Persönlichkeit mit sensitiv-paranoischen und emotional instabilen Zügen (ICD-10: Z73.1) sowie ein abnormes Krankheitsverhalten mit diversen Phänomenen der dysfunktionalen Beschwerdebewältigung (ICD-10: F54 bzw. F68.0) nach traumatischen Fingeramputationen (IV-act. 325-39). Zur Begründung der ersten Diagnose führte er aus, es falle auf, dass ein zwanzigjähriger Rentenkampf ganz wenigen kurz befristeten Arbeitsversuchen gegenüberstehe. Dieses krasse Missverhältnis zwischen Rehabilitationsbemühungen und Entschädigungsstreben müsse umso mehr als normabweichend betrachtet werden, wenn dabei das überaus auffällige, expansive und aggressive Verhalten, aber auch die inneren Erlebnisse und Verarbeitungstendenzen berücksichtigt würden. Diese eskalierende Entwicklung, bei welcher mittlerweile schon Selbstmord und Tötungsabsichten angedeutet würden, zeige gewisse Züge einer querulatorischen Entwicklung (IV-act. 325-22). Eine Persönlichkeitsstörung schliesst Dr. N.\_\_\_\_ aus, da entsprechende Diagnosekriterien über die gesamte Lebenszeit hinweg in erforderlichem Mass fassbar sein müssten; der Beschwerdeführer habe Militärdienst absolviert, eine Familie gegründet und einige Jahre in fester Anstellung in der hiesigen Wirtschaftswelt gearbeitet. Damit sei das Vollbild einer Persönlichkeitsstörung nicht ohne weiteres vereinbar (IV-act. 325-25). Angesichts der hochgradig rigiden und dysfunktionalen Art und Weise, wie der Beschwerdeführer seine Läsion verarbeite, müsse auf eine Charakterakzentuierung geschlossen werden, welche das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung nicht erreiche (IV-act. 325-25). Der Beschwerdeführer erfülle die Kriterien einer paranoiden Persönlichkeitsstörung mindestens teilweise (übertriebene Empfindlichkeit bei Rückschlägen und Zurücksetzung, Misstrauen sowie streitsüchtiges und beharrliches, situationsunangemessenes Bestehen auf eigenen Rechten), womit sensitiv-paranoische Persönlichkeitszüge postuliert werden könnten (IV-act. 325-26). Weiter



beständen eine emotionale Instabilität mit Impulsivität bzw. emotional-instabile/impulsive Persönlichkeitszüge (IV-act. 325-27 f.). Sodann erklärt der Gutachter, der Beschwerdeführer berichte zwar über Albträume und eine aversive Haltung gegenüber Messern und ähnlichen Küchengegenständen (aichmophobische Ängste). Eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende posttraumatische Belastungsstörung bestehe dagegen nicht, die geschilderte Symptomatik schliesse eine adaptierte Tätigkeit nicht aus (IV-act. 325-21). Auch ein algogenes Psychosyndrom verneint der Gutachter in Anbetracht des hochenergetischen, kaum depressiven klinischen Bildes mit gesteigerter Aggressivität und gar Gewaltbereitschaft (IV-act. 325-22). Schliesslich stellt der Gutachter in verschiedener Hinsicht Inkonsistenzen bzw. Diskrepanzen fest und schliesst daraus auf eine dysfunktionale Beschwerdenbewältigung in Form von Aggravation (demonstrative Note bei der Symptompräsentation), Symptomausweitung (Schmerz nicht mehr lokal, sondern auf Nacken und Kopf ausstrahlend, dazu Schlafstörungen und Verstimmungen), Selbstlimitierung, eine final ausgerichtete Entschädigungshaltung, ein Verharren in der Krankenrolle sowie eine subjektive Leistungsinsuffizienz bzw. mangelhafte Leistungsmotivation (IV-act. 325-30 f.). Zu den Inkonsistenzen führt er im Einzelnen aus, die geklagten Beschwerden liessen sich weitgehend nicht mit objektiven Befunden in Einklang bringen, es bestehe eine Diskrepanz zwischen subjektiven Beschwerden und körperlicher Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation, teilweise seien die Schilderung von Beschwerden und Krankheitsverlauf vage, der Beschwerdeführer habe appellative, demonstrative Klagen vorgetragen und dauernde Beschwerden angegeben, die sich weder durch Medikamente, Alkohol oder durch unterschiedliche Körperhaltung oder Tageszeit bessern liessen, trotz intensiv geschilderter Beschwerden seien die Therapiemassnahmen eher minimal und fehlten eigene Strategien zur Schmerzbewältigung und über mögliche Verweistätigkeiten sei weitgehend keine sachliche Diskussion zustande gekommen (IV-act. 325-29 f.). Ergänzend ist hier zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer Verweistätigkeiten hauptsächlich wegen seiner Aggressivität ausschloss (IV-act. 325-17) und die Blutspiegelbestimmung ergab, dass der Beschwerdeführer das Medikament Pregabalin (Lyrica) seit längerem nicht mehr eingenommen hatte (IV-act. 325-19). Sodann erschienen gewisse testmässig erfassten Ausfälle wie etwa Gedächtnislücken, Merkfähigkeitsschwäche, Konzentrationsunfähigkeit etc. inkonsistent und unplausibel (IV-act. 325-10 ff., 33).



Zusammenfassend ergebe sich gemäss Gutachter der Eindruck eines eher wenig authentischen Zustandsbildes (IV-act. 325-30). Zur Arbeitsfähigkeit führt der Gutachter aus, essentiell dafür, dass der Beschwerdeführer trotz anatomisch stabiler Verhältnisse noch keine Erwerbstätigkeit ausübe, seien die verschiedenen Elemente der psychologischen Fehlverarbeitung des damaligen Unfalls und seiner unliebsamen Konsequenzen wie etwa Kündigung, ästhetische und funktionelle Beeinträchtigung und sozialer Abstieg. Daraus habe sich eine verhärtete Fehleinstellung ergeben, welche es ihm geradezu verbiete, sich auf eine angemessene Wiedereingliederung einzulassen (IV-act. 325-34). Es finde sich im Grunde nichts, was eine optimal angepasste Tätigkeit - jede einfache handwerkliche Tätigkeit, bei der die linke Hand lediglich für unterstützende Funktionen ohne erheblichen Kraftaufwand eingesetzt werde - unzumutbar erscheinen liesse. Die Arbeitsfähigkeit sei höchstens um 20% bis 30% eingeschränkt durch die schwer überwindbaren Hemmnisse durch die langjährige Negativentwicklung mit querulatorischem Einschlag, Entfremdung von der Arbeitswelt, Dekonditionierung, den Aufbau einer Aversionshaltung und der Versteifung auf eine Entschädigungslösung (IV-act. 325-45). Es lasse sich kein hartes Argument finden, weshalb sich ein solches Ausgangsniveau nicht durch aufbauendes Arbeitstraining noch weiter steigern liesse (IV-act. 325-45).

2.3 Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ stellten in ihrem Gutachten vom 28. Juli 2004 zusätzlich zu einer spezifischen Persönlichkeitsstörung mit impulsiven und passiv-aggressiven Zügen noch die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und attestierten eine Arbeitsfähigkeit von insgesamt 50% (IV-act. 143-4). Die Abweichung von der durch Dr. N.\_\_\_\_ geschätzten Arbeitsfähigkeit erklärt sich mit der Bejahung der genannten Diagnosen bzw. dadurch, dass keine Inkonsistenzen festgestellt wurden. Dr. N.\_\_\_\_ hält die attestierte Arbeitsunfähigkeit aufgrund der gestellten Diagnosen in seiner Ergänzung vom 11. Januar 2017 zum Gutachten deshalb für nicht nachvollziehbar (IV-act. 340-4). Damals habe der Beschwerdeführer keine psychiatrische Erkrankung geltend gemacht und lediglich an einer psychogenen Schlafumkehr gelitten (IV-act. 340-4). Die Gutachter der Reha-Klinik Bellikon kamen im Gutachten vom 22. März 2005 (IV-act. 173) zum Schluss, grundsätzlich seien dem Beschwerdeführer aus somatischer und psychiatrischer Sicht angepasste Tätigkeiten ohne zeitliche Einschränkungen zumutbar, wobei aufgrund einer schnellen Überforderung der Affektkontrolle mit einer Lohneinbusse von grob geschätzt 30% zu rechnen sei (IV-act. 173-41, 49). Sie stellten



zum Teil erhebliche Inkonsistenzen bei motorischen Tests und Diskrepanzen zwischen den demonstrierten physischen Einschränkungen und den objektivierbaren pathologischen Befunden fest (IV-act. 173-40) und bestätigten die von Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen nicht (IV-act. 173-49). Während das Bundesgericht im Urteil vom 28. Februar 2008 (8C\_394/2007, E. 3.4, IV-act. 211-4) dieses Gutachten nicht als hinreichende Grundlage für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit betrachtete, erachtet Dr. N.\_\_\_\_ diese Arbeitsfähigkeitsschätzung im Nachhinein aufgrund einer Gesamtschau für nachvollziehbar (IV-act. 340-5). Dr. K.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer habe jeweils gegen Rentenentscheide Rekurs eingelegt, ohne sich leidenschaftlich um Arbeit zu bemühen. Er sei in der Erziehung seiner Kinder sehr engagiert und wirke vom körperlichen Ausdruck her ausreichend trainiert. Er sei schneller ermüdbar, kränkbar und reizbar, da er seine Verletzung noch immer nicht in sein Leben integriert habe. Die Arbeitsunfähigkeit sei mit 30% einzuschätzen (IV-act. 219-4). Dr. N.\_\_\_\_ bestätigt die attestierte Arbeitsunfähigkeit, weist aber darauf hin, dass die Diagnosen zu ergänzen wären (IV-act. 340-5). Die Gutachter der UPK Basel hielten im Gutachten vom 9. August 2011 fest, dem Versicherten sei es nicht gelungen, im Hinblick auf soziale Teilhabe und berufliche Partizipation funktionale Coping-Strategien und soziale Fertigkeiten zu entwickeln (IV-act. 254-24). Die inzwischen eingetretene völlig dysfunktionale Entwicklung seiner Persönlichkeit habe sowohl eine deutliche Störung der alltäglichen Funktionsfähigkeiten als auch authentisch wirkendes subjektives Leiden und nachteilige Auswirkungen auf seine soziale Umgebung zur Folge (IV-act. 254-25). Das zunehmend auf "ein Leben im Rentenverfahren" eingeengte Verhalten mit u.a. Dekonditionierung und Selbstlimitierung sowie das innere Erleben des Versicherten hätten sich in dem 20-jährigen Verlauf zu in der Persönlichkeit verwurzelten Charakterzügen entwickelt, denen inzwischen fraglos Krankheitswert zukomme (IV-act. 254-29). Der Beschwerdeführer sei aufgrund von schwergradigen Veränderungen der Selbstwahrnehmung, der Beziehung zu anderen bzw. der eigenen Rollenzuschreibung in der Gesellschaft und sich daraus ergebender Ansprüche an diese, in Kombination mit affektiven Symptomen wie dysphorische Gereiztheit und inzwischen tatsächlich eingebüsst sozialen Fertigkeiten im Verbund mit Scham und möglicherweise Trauer im Rückblick auf das erlittene Trauma und im weiteren Verlauf "verpasste Leben" auf dem freien Arbeitsmarkt nicht mehr arbeitsfähig (IV-act. 254-31). Die Gutachter diskutierten auffällige Testergebnisse und Unsicherheiten bezüglich



Beschwerdevalidität bei klinisch weitgehend authentischem, bemühtem Wirken am ehesten im Rahmen der diagnostizierten andauernden Persönlichkeitsänderung (IV-act. 254-23 ff.). Dr. N.\_\_\_\_ begründet die Abweichung seiner Einschätzung von derjenigen der UPK Basel damit, dass diese das abnorme Krankheitsverhalten bzw. die dysfunktionale Beschwerdebewältigung oder querulatorische Entwicklung nicht berücksichtige (Stellungnahme vom 11. Januar 2017, IV-act. 340-6).

2.4 Insgesamt reiht sich das der angefochtenen Verfügung zugrundeliegende Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ in die Mehrheit der Vorgutachten ein: eine depressive Störung oder eine somatoforme Schmerzstörung wurden seit dem Gutachten der Klinik Z.\_\_\_\_ (28. Juli 2004, IV-act. 143) nicht mehr diagnostiziert. Hinsichtlich der Persönlichkeit wurden zwar Auffälligkeiten hervorgehoben, aber eine Persönlichkeitsstörung im Sinne der ICD-10 seither ebenfalls nicht mehr diagnostiziert. Mehrfach finden sich Hinweise auf suboptimales Leistungsverhalten bzw. Inkonsistenzen. Die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit werden hauptsächlich mit aggressiv-forderndem Verhalten aufgrund der durch die Unfallfolgen erlittenen Kränkung begründet. So halten die Gutachter der Klinik Z.\_\_\_\_ eine psychische (affektive) Belastungsintoleranz verbunden mit fordernd reizbarem und passiv-aggressivem Verhalten mit Schwierigkeiten im Aufbau von Beziehungsstrukturen, in der Eingliederung, Unterordnung sowie in der Durchführung arbeitsbezogener Abläufe fest (IV-act. 143-4); die Experten in Bellikon begründeten die Arbeitsunfähigkeit mit möglichen Konflikten am Arbeitsplatz aufgrund einer Überforderung der Affektkontrolle (Gutachten Rehaklinik Bellikon, IV-act. 173-48), Dr. K.\_\_\_\_ mit schneller Ermüdbarkeit, Kränkbarkeit und Reizbarkeit (Gutachten Dr. K.\_\_\_\_, IV-act. 219-4 f.) und die Gutachter der UPK Basel führten im Wesentlichen Veränderungen der Persönlichkeit in Verbindung mit affektiven Symptomen und eingebüssten sozialen Fähigkeiten an (Gutachten UPK Basel, IV-act. 254-24, 31). Die von Dr. N.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20% bis 30% liegt im Bereich der Vorgutachten von Dr. K.\_\_\_\_ (30%, IV-act. 219-4) und der Rehaklinik Bellikon (30%, IV-act. 173-49). In der Ergänzung vom 11. Januar 2017 hat Dr. N.\_\_\_\_ zudem noch separat dargelegt, wie er die Einschätzungen der Vorgutachter würdigt (IV-act. 340). Die vorliegenden psychiatrischen Beurteilungen unterscheiden sich vor allem in Bezug auf den Einfluss der verfestigten Krankheitsüberzeugung bzw. der dysfunktionalen Verarbeitung des Unfalls auf die Arbeitsunfähigkeit. Letztendlich scheint zentral,



inwieweit dem Beschwerdeführer objektiv betrachtet deren Überwindung zugemutet werden kann.

2.5 Nachdem das Bundesgericht das mit BGE 141 V 281 für somatoforme (organisch nicht erklärbare) Leiden eingeführte strukturelle Beweisverfahren auch auf depressive Leiden anwendet (BGE 143 V 415 ff., E. 4.5, und BGE 143 V 427 ff., E. 7.1), liegt es nahe, die gestellte Frage anhand der bundesgerichtlichen Indikatoren zu beantworten (vgl. auch BGE 143 V 424 f., E. 5.2.1, wonach die Intention des durch Indikatoren geleiteten strukturierten Beweisverfahren sei, danach zu fragen, ob die vorhandenen Funktionseinbussen durch die erhobenen Befunde abgedeckt und erklärbar seien und E. 7.1, wonach psychische Erkrankungen wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich seien). Dr. N.\_\_\_\_ hält zwar verschiedene Inkonsistenzen und Diskrepanzen sowie eine Aggravationstendenz fest (E. 2.2). Er äussert sich - wie im Übrigen auch die Vorgutachter - nicht zur Frage, wie bewusstseinsnah dieses Verhalten ist. Entgegen der Beschwerdegegnerin kann somit trotz entsprechender Tendenzen nicht von einer als Ausschlussgrund genügend nachgewiesenen Aggravation oder Simulation ausgegangen werden. Die diagnostizierte akzentuierte Persönlichkeit weist nicht den Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung auf. Eine Depression oder eine somatoforme Schmerzstörung wurde von Dr. N.\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit den meisten Vorgutachten nicht diagnostiziert. Hinsichtlich der Schmerzen führte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. Frei, am 31. Januar 2013 aus, der Beschwerdeführer sei an der linken Hand massiv invalidisiert; es liege ein reaktives Schulterarm-Syndrom vor. Der Beschwerdeführer habe während zwei Jahrzehnten regelmässig und immer wieder über erhebliche Schmerzen im Bereich seiner Hand, im Ellenbogen und im Schulterbereich bis zum Nacken und zum Kopf geklagt. Er sei während der ganzen Zeit immer wieder behandelt worden mit nicht-steroidalen Antirheumatika, mit Spritzen und neustens mit Antidepressiva (IV-act. 267-1). Der Bericht des Hausarztes gibt die Schilderungen des Beschwerdeführers wieder, ohne diese objektivierende Befunde zu erwähnen. Umfangreichere spezialärztliche Abklärungen oder Behandlungen sind nicht aktenkundig. Zudem ist davon auszugehen, dass das verordnete Lyrica nicht regelmässig eingenommen wird (IV-act. 325-19). Somit erscheint nachvollziehbar, dass die Arbeitsfähigkeit nicht durch eine schwerere Schmerzsymptomatik eingeschränkt ist. Gemäss Dr. N.\_\_\_\_ bestehen Beeinträchtigungen funktionell und ästhetisch durch



die schwer lädierte Hand (IV-act. 325-9, 36), sowie die psychische Fehlentwicklung, welche durch die akzentuierte Persönlichkeit verstärkt wird (IV-act. 325-36). Der Beschwerdeführer verfüge über schwache intellektuelle und bildungsmässige Ressourcen (Lesen, Schreiben, Rechnen, Computerbenützung). Die externen Ressourcen durch Beziehungen zur Ehefrau, zu Nachkommen und zu weiteren Verwandten und Bezugspersonen seien nicht als besonders hoch einzuschätzen (IV-act. 325-28, 36 f.). Die Verstimmung, die durch seine teilweise erfolglose Rechtssuche resultiert habe, scheine die persönlichen Beziehungen mitbeeinträchtigt zu haben, so dass der Beschwerdeführer letztlich seine familiären Ressourcen untergraben, indem er sich mit seinen Angehörigen zerstritten habe (IV-act. 325-38). Motivationshemmend seien auch die aufgrund der langen Erwerbslosigkeit aufgelaufenen Schulden (IV-act. 325-37). Für eine wirksame Psychotherapie fehlten die sprachlichen und mentalitätsmässigen Voraussetzungen, und ein wirksames Psychopharmakon (vorbehältlich einer "Off-label-Behandlung" mit Seroquel) existiere nicht (IV-act. 325-39 f., 40). Der Gutachter würdigt sodann die von ihm festgestellten Inkonsistenzen (IV-act. 325-29 ff., E. 2.2). Zusammenfassend erlaubt das Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren (vgl. BGE 141 V 309 E. 8; Urteil des Bundesgerichts vom 13. April 2016, 9C\_168/2015, E. 2.2.3). Es berücksichtigt - zusammen mit der Stellungnahme vom 11. Januar 2017 - die vorhandenen Akten und die vom Beschwerdeführer geklagten Beeinträchtigungen angemessen. Das Ergebnis einer 25%-igen Arbeitsunfähigkeit (Durchschnittswert, vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juni 2013, 9C\_730/2012, E. 4.2) scheint unter Berücksichtigung der Ergebnisse des strukturierten Beweisverfahrens bzw. insbesondere der geschilderten sozialen Einbettung kombiniert mit den eher limitierten Ressourcen trotz der nicht schwerwiegenden Diagnosen nachvollziehbar.

2.6 Konkrete Anhaltspunkte für eine Voreingenommenheit von Dr. N.\_\_\_\_ oder andere das Gutachten disqualifizierende Elemente sind trotz des vom Rechtsvertreter kritisierten unglücklich gewählten Zitats nicht fassbar. Vielmehr dauerte die Begutachtung insgesamt fünfeinhalb Stunden (IV-act. 325-2), obwohl sich der Beschwerdeführer eher widerwillig verhielt (IV-act. 325-11), wobei unkooperatives bis unangemessenes Verhalten auch in den Vorgutachten von Dr. K.\_\_\_\_ (IV-act. 219-2 f.) und der UPK Basel (IV-act. 254-1) beschrieben wurde. Obwohl der Beschwerdeführer über eine schwache Sprachkompetenz verfügt (IV-act. 325-11, 28) und den bestellten



Dolmetscher aufgrund der Ethnie zurückwies (IV-act. 325-9), erachtete der Gutachter das Gesagte für inhaltlich ausreichend verständlich und nachvollziehbar (IV-act. 325-11), was im Zusammenhang mit der vergleichsweise langen Begutachtungsdauer darauf schliessen lässt, dass er sich um die Verständigung bemühte, erklärte und nachfragte. In somatischer (orthopädischer) Hinsicht attestierte Dr. C.\_\_\_\_, Handchirurgie Inselspital Bern, eine volle Arbeitsfähigkeit für rein einhändig durchzuführende Arbeiten, die sich je nach Funktionsumfang der linken Hand bis zu generell 50% für bimanuelle handwerkliche Tätigkeiten reduziere (Gutachten vom 5. Juni 2001, UV-act. 6-91). Dr. I.\_\_\_\_, Rehaklinik Bellikon, kam im Teilgutachten vom 22. März 2005 zum Schluss, die linke Hand diene lediglich als Hilfshand, mit welcher das Tragen von Lasten über 5 kg, selten 10 kg, nicht mehr möglich sei. Angepasste Tätigkeiten seien (auch) aus somatischer Sicht ganztägig ohne verminderte Leistungsfähigkeit möglich (IV-act. 173-41). Eine über die psychiatrisch bedingte quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch objektivierbare rein somatische Beschwerden ist damit nicht ausgewiesen. Auch die SUVA ging im Übrigen hinsichtlich der rechten, dominanten Hand bzw. in den als für angepasst befundenen Verweistätigkeiten von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus und gewährte aufgrund des Schmerzerlebens und der Tatsache, dass der Beschwerdeführer keine grobmanuellen Arbeiten mehr durchführen könne, einen Abzug vom DAP-Einkommen von 20%, was einen Invaliditätsgrad von 30% ergab (Verfügung vom 7. Mai 2002, UV-act. 6-62 ff.; Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2002, UV-act. 8-1 ff., E. 3b; Entscheid des Versicherungsgerichts betreffend Invalidenrente und Integritätsentschädigung vom 21. März 2007, UV-act. 8-15 ff., E. 4d). Aus den unfallver-sicherungsrechtlichen Entscheiden kann der Beschwerdeführer für das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren somit nichts zu seinen Gunsten ableiten. Dr. N.\_\_\_\_ hat seine eigene Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar begründet und sich im Gutachten sowie der Ergänzung schlüssig mit den bisherigen Gutachten auseinandergesetzt und nachvollziehbar erläutert, wie die verschiedenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen einzuordnen sind (IV-act. 340). Auf das Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ ist daher abzustellen und von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 75% in angepassten Tätigkeiten auszugehen.

3.



3.1 Betreffend Rentenbeginn ist mit Blick auf das Datum der Anmeldung des Beschwerdeführers (Mai 2002) das Recht anwendbar, wie es vor Inkrafttreten der Änderungen der 5. IV-Revision bestanden hatte. Die Frist von 6 Monaten nach Geldendmachung des Anspruchs gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG in der seit 2008 geltenden Fassung findet somit keine Anwendung. Das Wartejahr (vgl. Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in der vor 2008 in Kraft gestandenen Fassung) begann folglich am 24. Juni 2004 (Datum Begutachtung in der Klinik Z.\_\_\_\_) zu laufen und war am 23. Juni 2005 beendet. Entsprechend besteht ein all-fälliger Rentenanspruch ab 1. Juni 2005 (vgl. Art. 29 Abs. 2 IVG in der damals geltenden Fassung). Für den Einkommensvergleich ist somit das Jahr 2005 massgebend (BGE 143 V 300, E.4.1.3, BGE 129 V 222).

3.2

3.2.1 Zur Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Da die Invaliditätsbemessung der voraussichtlich bleibenden oder längere Zeit dauernden Erwerbsfähigkeit zu entsprechen hat (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG), ist auch die berufliche Weiterentwicklung mitzuberücksichtigen, welche die versicherte Person normalerweise vollzogen hätte; dazu ist allerdings erforderlich, dass konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ein beruflicher Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert worden wären (Urteil vom 5. Juli 2011, 8C\_261/2011, E. 6.3; BGE 129 V 224 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Unterdurchschnittliche Einkommen sind sodann bis zur Erheblichkeitsschwelle von 5 % zu parallelisieren, soweit ihre persönlichen Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländerrechtlicher Status) die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglicht hatten (Urteil des Bundesgerichts vom 19. November 2012, 9C\_112/2012, E. 4.4; BGE 135 V 297 E. 5.1 und E. 6.1.2 f.). In einem weiteren Urteil vom 10. März 2015 (9C\_735/2014) führte das Bundesgericht aus, die Beschwerdeführerin habe das



geltend gemachte Vergleichseinkommen nur während einer relativ kurzen Zeit von jeweils rund eineinhalb Jahren und mit einem längeren dazwischen liegenden Unterbruch erzielt, so dass nicht gesagt werden könne, es seien besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben gewesen (BGE 129 V 472, E. 4.2.1).

3.2.2 Vorliegend sind in den Akten teils unterschiedliche Lohnangaben seiner früheren Arbeitgeberin enthalten (IV-act. 25-2: 29. Juni 1995 12 x Fr. 3'600.-- = Fr. 43'200.--; Anspruch auf einen 13. Monatslohn bestand gemäss Arbeitgeberin nicht, vgl. Ziff. 20; IV-act 9-2: 12. Juli 2003 13 x Fr. 3'400.-- = Fr. 44'200.--) und das erzielte Einkommen war deutlich unterdurchschnittlich. Der Beschwerdeführer erlitt die massgebliche Handverletzung im Jahr 1993 bereits als \_\_-Jähriger, war zu diesem Zeitpunkt nur gerade drei Jahre erwerbstätig und dies auch noch bei drei verschiedenen Arbeitgebern. Für den Einkommensvergleich ist zudem das weit nach dem Unfall liegende Jahr 2005 massgebend (E. 3.1). Bis dahin hätte der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit mehr Berufserfahrung, besseren Sprachkenntnissen sowie fortgeschrittener Integration einen durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn erzielen können. Das Valideneinkommen ist daher aufgrund des Tabellenlohnes und nicht aufgrund des letzten tatsächlichen Einkommens zu bemessen.

3.3 Die SUVA sprach dem Beschwerdeführer einen Tabellenlohnabzug von 20 % zu (Verfügung vom 7. Mai 2002, Fremdakten, act. 6-62 ff.; Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2002, Fremdakten, act. 8-1 ff., E. 3b). Das hiesige Versicherungsgericht führte dazu im unfallversicherungsrechtlichen Beschwerdeentscheid aus, dieser lasse sich vor dem Hintergrund der Tatsache, dass das auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt erzielbare Einkommen durch verschiedene leidensbedingte Auflagen an den Arbeitsplatz zusätzlich limitiert sei, im Ergebnis nicht beanstanden (Entscheid vom 21. März 2007, UV 2003/14, Fremdakten, act. 8-15 ff.). Im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren hielt es fest, der Beschwerdeführer könne wegen der Einschränkungen an der linken Hand nur noch leichte Hilfstätigkeiten ausführen und sei bei manuellen Tätigkeiten deutlich eingeschränkt. Es rechtfertige sich daher, den Abzug auf insgesamt 20 % festzusetzen (Entscheid vom 16. Mai 2007, IV 2006/233). Daran ist auch mit Blick auf spätere Entscheide (Entscheidung des Versicherungsgerichts vom 29. Januar 2014, IV 2012/309, E. 4.3 und vom 29. Juli



2016, IV 2014/507, E. 5.3) festzuhalten. Das Bundesgericht bezeichnete in neueren Urteilen, welche Personen betrafen, welche die verletzte Hand als Zudienhand nutzen konnten, Tabellenlohnabzüge von 10% (Urteil vom 18. Juni 2013, 8C\_366/2013, E. 4.2) bzw. 15% (Urteil vom 5. Juli 2013, 8C\_350/2013, E. 3.3) als nicht rechtsfehlerhafte Rechtsausübung. Das Alter des Beschwerdeführers rechtfertigt keinen speziellen Abzug vom Tabellenlohn, jedoch fällt die vorliegend sehr lange Dauer der Abwesenheit vom Arbeitsmarkt massgeblich ins Gewicht. Erschwerend dürfte sich auch die sich in der hochgradig rigiden und dysfunktionalen Art und Weise der Verarbeitung der Läsion zeigende Charakterakzentuierung (vgl. Gutachten Dr. N.\_\_\_\_ vom 8. August 2016, IV-act. 325-25) erweisen. Hinzu kommt, dass die 25%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit allein mit psychischen Faktoren begründet ist und der Beschwerdeführer durch die Einschränkungen an der Hand in Kombination mit der völligen Arbeitsentwöhnung deutliche Lohneinbussen wird in Kauf nehmen müssen. Es rechtfertigt sich deshalb vorliegend in Analogie zum von der SUVA gewährten Abzug ein Tabellenlohnabzug von 20%.

3.4 Der Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) betrug für das Jahr 2004 Fr. 4'777.-- (TA1, Ziff. 27, 28, Metallbe- und -verarbeitung, Anforderungsniveau 4, Männer). Bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,4 Std. (BFS, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftszweigen, Ziff. 24-25, Herstellung von Metallerzeugnissen) beläuft sich das Einkommen für das Jahr 2004 auf Fr. 59'330.--. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2005 (BFS, Lohnentwicklung 2013, Indices Männer 2004: 1975, 2005: 1992) beträgt das Valideneinkommen Fr. 59'841.--. Für das Invalideneinkommen ist vom Durchschnittswert für Hilfsarbeiter, Anforderungsniveau 4, Männer 2005 (TA 1, Total, Informationsstelle AHV/IV, siehe Informationsstelle AHV/IV, Invalidenversicherung, Ausgabe 2008, Lausanne 2008, Anhang 2) von Fr. 58'389.-- auszugehen. Entsprechend der 75%-igen Arbeitsfähigkeit beträgt dieser Fr. 43'792.-- (0,75 x Fr. 58'389.--). Unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzuges von 20 % resultieren ein Invalideneinkommen von Fr. 35'032.-- und ein Invaliditätsgrad von 41,5 %. Der Beschwerdeführer hat somit ab 1. Juni 2005 Anspruch auf eine Viertelsrente. Dieser bestünde selbst dann, wenn für beide Vergleichseinkommen vom durchschnittlichen Hilfsarbeitereinkommen ausgegangen bzw. ein Prozentvergleich vorgenommen würde



(vgl. dazu BGE 104 V 136 f. E. 2b und Urteil des Bundesgerichts vom 4. Februar 2015, 9C\_888/2014, E. 2); hier ergäbe sich ein Invaliditätsgrad von 40 % (1-[75% x 80%]).

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und der Beschwerdeführer hat ab 1. Juni 2005 Anspruch auf eine Viertelsrente.

4.2 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. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Hinsichtlich der Beschwerde gegen die Rentenverfügung gilt es zu beachten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Überklagung in sozialversicherungsrechtlichen Rentenfällen von einem vollständigen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2016, 9C\_288/2015, E. 4.2). Die Gerichtskosten sind daher vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

4.3 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.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. Aufgrund der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von praxisgemäss Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich die Festsetzung einer Entschädigung aus der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 13. April 2017 aufgehoben und dem Beschwerdeführer ab 1. Juni 2005 eine Viertelsrente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen 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.