

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/217 vom 2. Dezember 2011

Sg Versicherungsgericht, 2011-12-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_217

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/217 du 2 décembre 2011

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/217 del 2 dicembre 2011

Regeste

Art. 16 und 43 ATSG, Art. 28 IVG. Würdigung eines Gerichtsgutachtens und der übrigen medizinischen Aktenlage. Rentenzusprache (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. April 2016, IV 2014/217).

Erwägungen

E. 1

1.1 Nachdem das Bundesgericht den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 5. November 2013 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und anschliessenden neuen Entscheidung an das kantonale Gericht zurückgewiesen hat, ist vorliegend erneut über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden. In Bezug auf die massgebenden Grundlagen zu Gesetzgebung und Rechtsprechung ist auf die einschlägigen Ausführungen in den erwähnten Entscheiden des Versicherungsgerichts, IV 2012/22, und des Bundesgerichts, 8C_911/2013, zu verweisen. 1.2 Für die vorliegende Beurteilung relevant ist lediglich der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der Verfügung vom 2. Dezember 2011 zugetragen hat (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts vom 8. November 2013, 8C_308/2013, E. 3.2.2). Die Entwicklung seither, wozu auch die Ergebnisse einer allfällig – entsprechend der Vermutung des Rechtsvertreters – von der Beschwerdegegnerin durchgeführten Observation des Beschwerdeführers gehören würden, kann im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Einer unter Umständen vorliegenden erheblichen Änderung des Sachverhalts könnte die Beschwerdegegnerin im Rahmen eines von Amtes wegen einzuleitenden Revisionsverfahrens Rechnung tragen.

E. 2

2.1 Das Bundesgericht ist in seinem Entscheid davon ausgegangen, dass die vorhandenen Akten keine abschliessende Beurteilung der IV-rechtlich relevanten Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zuliessen. Die in den ärztlichen Unterlagen verschiedentlich diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung sei ungenügend begründet; deren Vorliegen könne daher weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Gleiches gelte aber auch für die Annahme, das depressive Beschwerdebild stehe im Vordergrund; die medizinische Beurteilung des psychiatrischen Gutachters B.____ sei nicht nachvollziehbar. 2.2 Die asim-Gutachterin C.____ ist gemäss dem Gerichtsgutachten vom 21. August 2015 zum Schluss gekommen, dass beim Beschwerdeführer eine mittel bis schwere depressive Episode vorliege. In Übereinstimmung mit der Beurteilung von B.____ hat auch die asim-Gutachterin die affektive Störung als das Hauptleiden gesehen und die berichteten somatischen Beeinträchtigungen, insbesondere die vom Beschwerdeführer

geklagten Schmerzen, unter dieses Grundleiden eingeordnet (vgl. act. G 17, S. 24). Während B.____ gemäss seinem Verlaufsgutachten vom 23. April 2010 die Frage nach dem möglichen Vorliegen einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung nicht abschliessend beantworten konnte (vgl. IV-act. 86-19), hat die asim-Gutachterin diese Diagnose beim Beschwerdeführer sowohl im Begutachtungszeitpunkt als auch retrospektiv verneint. Zur Begründung hat sie ausgeführt, dass zu Beginn der Gesundheitsbeeinträchtigung bis auf den Unfall vom 2. März 2007, der einen Verlust der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bedeutet habe, keine Hinweise auf andere, die Symptomatik auslösenden Umstände, innerseelische Konflikte oder psychosoziale Faktoren vorgelegen hätten. Der Beschwerdeführer sei zu diesem Zeitpunkt sozial und im Arbeitsleben gut integriert gewesen und habe die Landessprache beherrscht. Die wirtschaftliche Situation sei erst nach der Einstellung der Taggelder seitens der Unfallversicherung per 9. November 2007 und dem Verlust des Arbeitsplatzes schwieriger geworden. In den ersten relevanten Arztberichten nach dem Unfall, namentlich den Berichten des Hausarztes Dr. med. G.____, Innere Medizin FMH, vom 29. März 2007 (SUVA-act. 2-113), des Kreisarztes Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie, vom 2. Mai 2007 (IV-act. 18-37 ff.) und der Oberärztin des psychosomatischen Dienstes Klinik Valens, Dr. med. D.____, vom 20. Juli 2007 (IV-act. 18-20 f.), seien keine ausreichenden Kriterien für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung erkennbar. Der Beschwerdeführer habe, untypisch für somatoforme Schmerzstörungen, seine somatischen Beeinträchtigungen differenziert und präzise geschildert (vgl. act. G 17, S. 26). Im weiteren Verlauf sei zunehmend ein ausgeweitetes demonstratives Verhalten des Beschwerdeführers in den Vordergrund getreten, welches sowohl Schmerzerleben, Bewegungsstörungen, aber auch vegetative Symptome beinhaltet habe. Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, sei gemäss seinem Bericht vom 17. September 2007 (vgl. IV-act. 18-7 f.) aufgrund des ausgestalteten Schmerzverhaltens von einer deutlichen somatoformen Schmerzstörung ausgegangen, jedoch fänden sich die für diese Diagnose erforderlichen Kriterien im Bericht nicht dokumentiert. Die konsistent diagnostizierte deutlich depressive Symptomatik sei weiterhin erheblich ausgeprägt, jedoch durch Ausdrucksverhalten des Beschwerdeführers erkennbar überzeichnet gewesen. Die Symptomatik erfülle nur begrenzt die Kriterien einer anhaltenden Schmerzstörung. Die Dynamik der somatoformen Schmerzstörung, bei der Schmerzen als entlastendes Symptom bei zu Grunde liegenden innerseelischen Konflikten entstünden, sei nicht dargestellt worden. Es hätten wechselnde Arztkontakte mit dem Drängen nach Ursachenklärung und die gestörte Arzt-Patienten-Interaktion gefehlt. Die asim-Gutachterin ist aufgrund der in den medizinischen Vorakten beschriebenen Symptomatik, welche die Kriterien zur Stellung der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nie erfüllt habe, zum Schluss gekommen, dass das Verhalten des Beschwerdeführers als Ausdrucksverhalten und damit als Folge einer deutlich ausgeprägten affektiven Beeinträchtigung und nicht als primäre somatoforme Schmerzstörung zu bewerten sei (vgl. act. G 17, S. 30). Sie hat sämtliche relevanten medizinischen Vorberichte in ihre Begründung miteinbezogen und für den Zeitraum vom Krankheitsbeginn im März 2007 bis zum vorliegend massgeblichen Verfügungszeitpunkt im Dezember 2011 das Vorliegen der Diagnosekriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung insbesondere anhand der in den Arztberichten jeweils beschriebenen Symptomatik nachvollziehbar geprüft und verneint. Ihre Schlussfolgerung erscheint überzeugend, weshalb beim Beschwerdeführer das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Sinn einer eigenständigen Diagnose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Daraus folgt auch,

dass die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerstörungen und vergleichbaren syndromalen Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 ff.) nicht zur Anwendung kommt. 2.3 Die von der asim-Gutachterin festgestellte Diagnose einer mittel bis schweren depressiven Episode basiert auf einer eingehenden psychiatrischen Befunderhebung beim Beschwerdeführer. Sie hat festgehalten, dass sich die affektive Symptomatik im Vergleich zu den vorliegenden Berichten (u.a. auch im Vergleich zum Vorgutachten von B.____ vom 23. April 2010) eher verschlechtert habe (vgl. act. G 17, S. 25). Auch retrospektiv hat die asim-Gutachterin eine affektive Störung diagnostiziert und sich dabei auf die in den medizinischen Vorakten durchgehend beschriebene deutlich depressive Symptomatik gestützt. Bezüglich des Krankheitsverlaufs hat sie festgehalten, dass bereits zu Beginn im März 2007 depressive Symptome das Störungsbild dominiert hätten. Aufgrund der zu dieser Zeit in den Akten erwähnten Befunde einer affektiven Verstimmung (reizbar, klagsam, jammernd), einer Antriebsminderung (Erschöpfung), von formal und inhaltlich eingengtem Denken (ideenarm, ratlos, hilflos, Angst vor Tumor) und von kognitiven Störungen mit Konzentrations- und Schlafstörungen könne eine mindestens mittelgradige depressive Episode diagnostiziert werden. Nachdem der Beschwerdeführer am 19. Mai 2008 einen anteroseptalen Herzinfarkt erlitten habe (vgl. IV-act. 53-5), sei in der Folge von den behandelnden Ärzten konsistent eine Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes beschrieben worden (vgl. insbesondere die Berichte der behandelnden Ärztinnen des Psychiatrischen Zentrums I.____, Dr. med. J.____, IV-act. 49 und Dr. med. K.____, IV-act. 78). Die asim-Gutachterin ist zum Schluss gekommen, dass in Übereinstimmung mit den Vorbeurteilungen die Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit Mai 2008 im Zusammenhang mit dem erlittenen Herzinfarkt als erwiesen zu erachten sei. Seither bestehe anhaltend eine gravierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 100% aufgrund der nun schweren Depression (vgl. act. G 17, S. 31). Der in den medizinischen Akten beschriebene schwankende Verlauf (mal leichter, mal schwerer affektiv beeinträchtigt), welcher sich auch im Ergebnis der neuropsychologischen Testung abbilde und typisch für Verläufe affektiver Erkrankungen sei, könne bei dokumentierten hypothyreoten TSH-Werten, jedoch auch durch ein Zusammenspiel von weiteren organischen Einflussfaktoren verstärkt werden (vaskuläre Prozesse, Hypothyreose). Gesamthaft werde eine primär affektive Störung, gegenwärtig eine schwere depressive Episode, diagnostiziert und differentialdiagnostisch würden hirnrorganische Faktoren erwogen (vgl. act. G 25). Die Diagnosestellung der asim-Gutachterin erscheint sowohl für den Begutachtungszeitpunkt als auch retrospektiv nachvollziehbar und überzeugend. Sie hat sich auf die in den medizinischen Akten beschriebene deutlich depressive Symptomatik, ihre eigene Befunderhebung sowie auf eigen- und fremdanamnestische Angaben gestützt. Mit ihrer Beurteilung hat sie die Ansicht von B.____, wonach beim Beschwerdeführer die depressive Störung als Hauptleiden zu sehen ist, bestätigt und ausreichend begründet. Somit ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer seit Beginn der Erkrankung im März 2007 durchgehend die depressive Störung im Vordergrund gestanden hat. 2.4 Die Beschwerdegegnerin hat gegen die Ausführungen und die Beurteilung der asim-Gutachterin verschiedene Einwände vorgebracht. Insbesondere ist sie der Ansicht, dass beim Beschwerdeführer von Aggravation ausgegangen werden müsse. Hinweise dafür ergäben sich aus den medizinischen Akten und aus dem Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich der asim-Begutachtung und der in diesem Rahmen durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung. Gemäss ihrem (Fach-)Gutachten vom 14. Januar 2015 ist die

Neuropsychologin zum Schluss gekommen, dass beim Beschwerdeführer globale Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit hätten festgestellt werden können. Die Leistungsdefizite hätten sich insbesondere bei Aufgaben mit komplexem Anforderungscharakter an Aufmerksamkeit, Konzentration und langfristiges Gedächtnis gezeigt und eine mittelschwere bis schwere Ausprägung aufgewiesen. Die Gesamtstruktur der kognitiven Beeinträchtigungen mit Defizitschwerpunkten insbesondere bezüglich des Verarbeitungstempos und der Reaktionszeit sowie bezüglich des mnestischen Bereichs deute auf eine deutliche psychoaffektive Unterlagerung, die – unter Berücksichtigung der umfangreichen Dauermedikation mit verschiedenen, analgetisch psychoaktiven Substanzen – eine polypharmazeutisch mitverursachte Antriebs- und Leistungsdämpfung nahelege. Vor dem Hintergrund der bisherigen Krankengeschichte und unter Berücksichtigung der Ergebnisse in den aktuell angewendeten Beschwerdevalidierungsverfahren sei mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass neben den psychometrisch objektivierten und am ehesten psychoaffektiv unterlagerten sowie polypharmakologisch mitbedingten Leistungseinschränkungen auch Verdeutlichungstendenzen das Gesamtergebnis der Untersuchung mitgestalteten und beim Beschwerdeführer das Gesamtergebnis der Untersuchung eher überzeichneten. Insofern sei der aktuell erhobene kognitive Befund eher mit einem vom Beschwerdeführer im Rahmen seiner zu Grunde liegenden psychoaffektiven Störung mit somatoformer Ausgestaltung appellativ-überzeichneten Status vereinbar. Ein Demenzsyndrom sei angesichts des Alters, der Verlaufsdynamik sowie der kognitiven Befundkonstellation weniger wahrscheinlich (vgl. act. G 17, Beilage 2 zum (Haupt-)Gutachten, S. 17 f.). Die Gutachterin C.____ hat die neuropsychologische Beurteilung berücksichtigt und zu den festgestellten Verdeutlichungstendenzen festgehalten, dass diese im Zusammenhang mit der gesamten Entwicklung nicht als primär wegweisend gewertet werden könnten. Sie nähmen neben der konsistent diagnostizierten und mit der aktuellen Befunderhebung übereinstimmenden Entwicklung einer schweren Depression eine untergeordnete Rolle ein (vgl. act. G 17, S. 33). Das appellative, die Symptomatik überzeichnende Verhalten des Beschwerdeführers haben sowohl die Neuropsychologin als auch C.____ im Rahmen der psychoaffektiven Störung eingeordnet. So hat die Neuropsychologin festgehalten, dass der aktuell erhobene kognitive Befund vereinbar sei mit der appellativ überzeichneten, somatoformen Ausgestaltung der zu Grunde liegenden psychoaffektiven Störung des Beschwerdeführers (vgl. act. G 17, Beilage 2 zum (Haupt-)Gutachten, S. 18). Die Gutachterin C.____ hat ausgeführt, dass sich beim Beschwerdeführer gemäss den Akten bereits im Herbst 2007 ein appellatives, die Symptomatik überzeichnendes Verhalten abgezeichnet habe. Aus neuropsychologischer Sicht seien damals keine Hinweise auf Verdeutlichung oder Aggravation, jedoch eine deutliche affektive Überlagerung kognitiver Defizite beschrieben worden (vgl. Bericht von L.____ vom 19. Juni 2007, IV-act. 18-30). Retrospektiv werde die in den Vordergrund getretene Schmerzsymptomatik als Ausdrucksverhalten gravierender affektiver Verstimmung, einer Befindensverschlechterung und damit einhergehender Rat- und Hilflosigkeit bewertet (vgl. act. G 17, S. 26). Bei der Befunderhebung hat die Gutachterin festgehalten, dass zeitweilig der Eindruck einer Verdeutlichung entstehe, welche jedoch als Ausdrucksverhalten zu werten sei, ohne dass eine gravierende psychische Beeinträchtigung in Frage gestellt werden könne (vgl. act. G 17, S. 24). Aus diesen Ausführungen ergibt sich, dass sowohl die Verdeutlichungstendenzen als auch das appellativ überzeichnende Verhalten des Beschwerdeführers als Ausdruck der erheblichen depressiven Störung zu sehen sind. Die Gutachterin hat sich in ihrer Beurteilung ausführlich mit dem in früheren

Arztberichten beschriebenen sowie dem von ihr anlässlich der Begutachtung selbstbeobachteten Verhalten des Beschwerdeführers auseinandergesetzt, weshalb auf ihre nachvollziehbare und überzeugende Schlussfolgerung abgestellt werden kann. Ein bewusst aggravierendes Verhalten bzw. ein absichtliches Täuschungsverhalten seitens des Beschwerdeführers – wie es die Beschwerdegegnerin angenommen hat – kann vor diesem Hintergrund überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen werden. Hinzu kommt, dass die Beschwerdegegnerin den entsprechenden, wohl schon früher erhobenen Verdacht auf Aggravation/Simulation beim Beschwerdeführer nicht erhärten konnte (vgl. IV-act. 104).

2.5 Die weiteren Beanstandungen der Beschwerdegegnerin bezüglich der von der Gutachterin angenommenen zuverlässigen Medikamenteneinnahme des Beschwerdeführers, der Berücksichtigung von organischen Faktoren als Mitursache für den schwankenden Verlauf der depressiven Störung sowie dem von der Gutachterin in Betracht gezogenen Zusammenhang zwischen den kognitiven Einbussen und dem MRI-Befund vom 7. Mai 2015 sind von untergeordneter Bedeutung und vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Die Aussage der Gutachterin, wonach die nachgewiesenen Medikamentenspiegel für eine zuverlässige Medikamenteneinnahme sprächen (vgl. act. G 17, S. 24), hat sich wohl auf die antidepressive Medikation (Cipralex und Mirtazapin) bezogen, welche beim Beschwerdeführer in erster Linie von Bedeutung gewesen ist (vgl. act. G 17, S. 20 und Beilage 1: “Befund Medikamente und Toxilogie“). Bei ihrer Aussage, wonach beim Beschwerdeführer pharmakologische Effekte des Opioids auf Wachheit, Antrieb und Modulationsfähigkeit aufgrund der hohen Dosen von Tramal nicht auszuschliessen seien (vgl. act. G 17, S. 24), hat sich die Gutachterin auf die (fremd-)anamnestischen Angaben sowie die früheren medizinischen Berichte gestützt, wonach der Beschwerdeführer hohe Tramaldosen eingenommen hat (vgl. act. G 17, S. 17, 24). Der fehlende Labornachweis von Tramal ist nicht auf ein entsprechend negatives Testergebnis zurückzuführen, sondern damit zu erklären, dass der Beschwerdeführer darauf wohl aufgrund seiner im Vordergrund stehenden depressiven Störung gar nicht getestet worden ist. Andernfalls – wovon nicht auszugehen ist – würden die Aussagen der Gutachterin sowie die von ihr zusätzlich gestellte Diagnose einer Opioidabhängigkeit (vgl. act. G 17, S. 23) keinen Sinn machen. Nach Ansicht der Gutachterin hat offenbar keine Indikation zur Durchführung eines Labortests für den Nachweis von Tramal bestanden. Es sind auch keine Gründe ersichtlich, weshalb an der Richtigkeit der (fremd-)anamnestischen Angaben zur Einnahme von Tramal zu zweifeln wäre. Wie aus den vorliegenden medizinischen Akten hervorgeht, hat der Beschwerdeführer Tramal schon seit Jahren eingenommen. Hinweise dafür, dass er das Medikament abgesetzt hätte, sind nicht ersichtlich. Im Rahmen der Begutachtung durch die MEDAS-Ostschweiz im Januar 2008 ist Tramal bei der Laboruntersuchung nachgewiesen worden (vgl. IV-act. 32-15). Die Gutachter hatten damals empfohlen, die hohe Tramaldosis von 200 mg täglich zu reduzieren, da das Medikament insbesondere für die Brechreizsymptome verantwortlich gemacht werden könne (vgl. IV-act. 32-13). Anlässlich der Verlaufsbeurteilung im März 2010 hat der Beschwerdeführer angegeben, Tramal in der Menge von 100 mg täglich einzunehmen (vgl. IV-act. 86-3). Gemäss dem asim-Gutachten hat der Beschwerdeführer die Tramaldosis wieder auf 200 mg täglich erhöht. Diese Angabe ist aufgrund der Vorakten plausibel, so dass auch die darauf gestützte Annahme der Gutachterin, wonach sich die hohe Tramaldosis negativ auf das Verhalten des Beschwerdeführers auswirken könnte, nachvollziehbar erscheint. Bei der Aussage der Gutachterin, dass beim Beschwerdeführer organische Faktoren (vaskulär bei mikroangiopathischen Einflüssen, latente

Schilddrüsenunterfunktion) als Mitursache für den schwankenden Verlauf der depressiven Störung in Betracht gezogen werden könnten, handelt es sich um einen möglichen plausiblen Erklärungsansatz. Daneben hat die Gutachterin jedoch auch festgehalten, dass ein schwankender Verlauf grundsätzlich typisch sei bei affektiven Erkrankungen (vgl. act. G 17, S. 25). Ob der geäußerte Verdacht einer Mitursache von organischen Faktoren zutreffend ist oder nicht, spielt jedoch keine Rolle, denn wie die Gutachterin ausgeführt hat, leite sich trotz der zeitweiligen Schwankungen keine gravierende Veränderung der Leistungsfähigkeit bzw. der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab (vgl. act. G 17, S. 33).

2.6 Betreffend den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat die asim-Gutachterin festgehalten, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 2. März 2007 bis zur Entlassung aus der Klinik Valens am 24. Juni 2007 zu 100% arbeitsunfähig gewesen sei, insbesondere im Rahmen des stationären Aufenthalts. Für den Zeitraum ab dem 25. Juni 2007 bis zum 19. Mai 2008 könne unter Würdigung aller Vorakten und Spiegelung an der eigenen aktuellen Befundung retrospektiv eine konsistente Einschätzung der Leistungsfähigkeit aufgrund der mittelschweren Depression von 50% gutachterlich bestätigt werden (vgl. act. G 17, S. 30). Ab dem 19. Mai 2008 werde in Übereinstimmung mit den Vorbeurteilungen von Dr. J. ___ und Dr. K. ___ eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes im Zusammenhang mit dem erlittenen Herzinfarkt als erwiesen erachtet. Seither bestehe anhaltend eine gravierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 100% aufgrund der nun schweren Depression. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (act. G 17, S. 31). Die Beurteilung der asim-Gutachterin weicht von der Arbeitsfähigkeitsschätzung von B. ___ im Verlaufsgutachten vom 23. April 2010 ab. B. ___ hatte im Vergleich zu seinem Vorgutachten vom 13. März 2008 keine Veränderung der Arbeitsfähigkeit festgestellt und ist nach wie vor von einer 60%igen Einschränkung aus psychiatrischer Sicht ausgegangen (vgl. IV-act. 32-12, 86-18). Das Ereignis des Herzinfarktes sowie dessen psychischen Auswirkungen auf den Beschwerdeführer hat er in seiner Beurteilung nicht erwähnt. Demgegenüber hat die Gutachterin C. ___ festgehalten, dass solche Ereignisse wie das subjektive Erleben der bedrohlichen Umstände im Zusammenhang mit einem Herzinfarkt in der Regel zu psychischen Beeinträchtigungen führten und beim Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlechterung der Störung beigetragen hätten (vgl. act. G 17, S. 32). Die Einschätzung von C. ___, wonach seit dem Herzinfarkt vom 19. Mai 2008 eine anhaltende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes mit einer daraus folgenden vollen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers eingetreten ist, erscheint nachvollziehbar und überzeugend. Ihre Einschätzung wird zudem auch durch die Berichte der behandelnden Psychiaterinnen Dr. J. ___ vom 3. September 2008 (vgl. IV-act. 49) und Dr. K. ___ vom 4. Dezember 2009 (vgl. IV-act. 78) gestützt. Betreffend die retrospektive Einschätzung einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für den Zeitraum ab dem 25. Juni 2007 bis zum 19. Mai 2008 hat die Beschwerdegegnerin beanstandet, dass die Gutachterin ohne weitere Begründung aus der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit abgeleitet habe. Dem ist zu entgegnen, dass die Gutachterin ihre Beurteilung nicht schematisch, sondern – wie sie ausdrücklich festgehalten hat – unter Berücksichtigung und Würdigung aller Vorakten sowie der im Rahmen ihrer Begutachtung erhobenen Befunde vorgenommen hat. Retrospektiv hat sie so eine konsistente Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers von 50% aufgrund der mittelschweren Depression bestätigen können. Dabei hat sie insbesondere auf den Bericht

der Klinik Valens vom 21. Juni 2007 Bezug genommen, worin dem Beschwerdeführer ab dem 25. Juni 2007 eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden ist (vgl. act. G 17, S. 29, IV-act. 18-23). Gestützt auf die in den folgenden Berichten geschilderten Befunde ist die Gutachterin zum Schluss gekommen, dass die Arbeitsfähigkeitseinschränkung von 50% aufgrund der retrospektiv zu diagnostizierenden mittelschweren Depression bis zum 19. Mai 2008 angehalten hat. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der asim-Gutachterin vermag somit auch in retrospektiver Hinsicht zu überzeugen. Folglich ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer vom 2. März 2007 bis 24. Juni 2007 zu 100% arbeitsunfähig, vom 25. Juni 2007 bis 19. Mai 2008 zu 50% arbeitsunfähig und ab diesem Zeitpunkt anhaltend wieder zu 100% arbeitsunfähig gewesen ist. 2.7 Zusammengefasst erfüllt das asim-Gerichtsgutachten vom 21. August 2015 sämtliche rechtsprechungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines Gutachtens, womit darauf abzustellen ist. Die gemäss dem Bundesgerichtsentscheid offen gebliebene Frage nach dem Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung kann gestützt auf das Gutachten überwiegend wahrscheinlich verneint werden. Gleichzeitig hat die Gutachterin die bereits von B. ___ diagnostizierte, im Vordergrund stehende depressive Störung bestätigt und die Herleitung der Diagnose unter Berücksichtigung sämtlicher Vorakten sowie der von ihr erhobenen Befunde einlässlich und nachvollziehbar begründet. Schliesslich vermögen auch ihre gezogenen Schlussfolgerungen und die Arbeitsfähigkeitsschätzungen zu überzeugen.

E. 3

3.1 Im Folgenden ist zu prüfen, ob und ab wann die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers gegeben sind. 3.2 Nach dem hier anwendbaren altrechtlichen Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG entsteht ein Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsfähig gewesen ist. Gestützt auf das asim-Gutachten hat die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers vom 2. März bis 24. Juni 2007 100% und ab dem 25. Juni 2007 bis 19. Mai 2008 50% betragen. Somit hat ab dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit eine durchgehende mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit während einem Jahr vorgelegen. Da das Wartejahr im März 2008 erfüllt worden ist, ist der frühestmögliche Beginn des Rentenanspruchs der 1. März 2008. 3.3 Für die Invaliditätsbemessung kann grundsätzlich auf die im Urteil des Versicherungsgerichts vom 5. November 2013 ermittelten Vergleichseinkommen, namentlich ein Valideneinkommen von Fr. 66'880.-- und ein Invalideneinkommen von Fr. 58'389.--, sowie den begründeten Tabellenlohnabzug von 15% verwiesen werden (E. 6.4 bis 6.6 des Urteils IV 2012/22). Ausgehend von der am 1. März 2008 vorliegenden 50%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 15% resultiert ein Invalideneinkommen von rund Fr. 24'815.-- (Fr. 58'389.-- x 0.5 - 15%). Stellt man dieses dem Valideneinkommen von Fr. 66'880.-- gegenüber, so resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 42'065.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 63% entspricht. 3.4 Damit hat im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, am 1. März 2008, eine rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit vorgelegen. Der Beschwerdeführer hat ab 1. März 2008 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 63% einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 3.5 Ab dem 19. Mai 2008 ist gemäss dem asim-Gutachten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, welche sich in einer anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt. Ab diesem Zeitpunkt liegt das Invalideneinkommen daher bei Null. Unabhängig von der Höhe des

Valideneinkommens ist somit im Sinne eines verkürzten Einkommensvergleichs von einer vollständigen Erwerbseinbusse auszugehen, was einem Invaliditätsgrad von 100% entspricht. Damit hat der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 3.6 Bei der rückwirkenden Zusprache einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente finden gemäss Rechtsprechung die für die Rentenrevision geltenden Normen (Art. 17 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) analog Anwendung (Urteil des Bundesgerichts vom 16. April 2013, 8C_93/2013, E. 2; 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Gemäss Art. 88a IVV ist bei einer Verbesserung (Abs. 1) oder Verschlechterung (Abs. 2) der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat. Die Verschlechterung ist vorliegend am 19. Mai 2008 eingetreten, womit die Dreimonatsfrist am 19. August 2008 abgelaufen ist. Der Rechtsvertreter hat die Erhöhung auf eine ganze Rente per 1. August 2008 beantragt (vgl. act. G 21). Gemäss ständiger Praxis des Versicherungsgerichts erfolgt die Rentenanpassung jedoch nicht rückwirkend per Anfang des Monats, in dem die Dreimonatsfrist abgelaufen ist, sondern erst ab Beginn des folgenden Monats, weil nur dann die gesetzlich vorgesehene Frist von drei Monaten gesamthaft eingehalten ist. Folglich hat der Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 1. März 2008 bis 31. August 2008 einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und ab dem 1. September 2008 einen unbefristeten Anspruch auf eine ganze Rente.

E. 4

4.1 Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Verfügung vom 2. Dezember 2011 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Der Beschwerdeführer hat vom 1. März 2008 bis 31. August 2008 einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und ab 1. September 2008 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung. Die Sache ist zur Festsetzung des Rentenbetrags an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4.2 Das Beschwerdeverfahren in Angelegenheiten der Invalidenversicherung ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Angesichts des durch die Einholung des Gerichtsgutachtens überdurchschnittlichen Aufwands erscheint eine Gerichtsgebühr von Fr. 1'000.-- als angemessen. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat für diese Gebühr aufzukommen. Dem Beschwerdeführer ist der im Verfahren IV 2012/22 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzuzahlen. Zudem hat die Beschwerdegegnerin die Kosten für das Gerichtsgutachten zu übernehmen. Diese belaufen sich insgesamt auf Fr. 10'390.10 (vgl. act. G 20). 4.3 Dem obsiegenden Beschwerdeführer ist eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG). Im Verfahren IV 2012/22 wurde diese auf Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt (E. 7.3 jenes Urteils). Im Zusammenhang mit dem Gerichtsgutachten war der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers nochmals einige Male mit dem Fall befasst, womit ihm ein überdurchschnittlicher Vertretungsaufwand entstanden ist. Insgesamt rechtfertigt es sich daher, die Parteientschädigung auf Fr. 4'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 2. Dezember 2011 aufgehoben und dem Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 1. März 2008 bis 31. August 2008 eine Dreiviertelsrente und ab 1. September 2008 eine (unbefristete) ganze Rente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung der Rentenbeträge an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- und

die Kosten des Gutachtens von Fr. 10'390.10 zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer im Verfahren IV 2012/22 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm zurückzuerstatten.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung von Fr. 4'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.