

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/199 vom 29. Januar 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-01-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2017\\_199](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_199)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/199 du 29 janvier 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/199 del 29 gennaio 2020

## **Regeste**

Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Rückweisung zur Ergänzung des psychiatrischen Teilgutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Januar 2020, IV 2017/199).

## **Volltext**

Entscheid vom 29. Januar 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrer-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull  
Geschäftsnr. IV 2017/199 Parteien A.\_\_\_\_ Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dieter Studer, Studer Anwälte AG, Hauptstrasse 11a, 8280 Kreuzlingen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich am 10. Dezember 2013 unter anderem wegen einer Polyarthrose mit einer Gehbehinderung und einer depressiven Entwicklung infolge von Folterungen im Z.\_\_\_\_ zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an. Er gab an, Medizin studiert und bei der Klinik B.\_\_\_\_, bei der Klinik C.\_\_\_\_ sowie bei zwei weiteren Kliniken (Schrift nicht entzifferbar) gearbeitet zu haben (IV-act. 1). Das Einwohneramt der Gemeinde D.\_\_\_\_ teilte am 30. Dezember 2013 mit (IV-act. 5), der Versicherte sei am 7. Juli 2013 von Y.\_\_\_\_ kommend in die Schweiz zugezogen. Die Klinik C.\_\_\_\_ teilte am 30. Dezember 2013 mit (IV-act. 4), der Versicherte sei ihnen nicht bekannt. Die Klinik B.\_\_\_\_ gab am 7. Januar 2014 an (IV-act. 7), über den Versicherten seien keine Daten auffindbar. Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für allgemeine Medizin FMH, berichtete am 21. Januar 2014 (IV-act. 9-1), der Versicherte leide an einer Polyarthrose, einer fortgeschrittenen Gonarthrose, einer Coxarthrose, einem chronischen lumbospondylogenen Syndrom, einem metabolischen Syndrom, einem Schlafapnoe-Syndrom, einem Reflux sowie einer Hepatopathie. Zudem hielt er einen Status nach Folterungen im Z.\_\_\_\_ und einen Status nach ulcera fest. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit Juli 2013. Der Versicherte sei gehbehindert und könne nur noch Tätigkeiten im Sitzen und Liegen ausüben. Er legte seinem Bericht verschiedene Arztberichte bei: Dr. med. F.\_\_\_\_, physikalische Medizin FMH, hatte am 18. April 2008 folgende Diagnosen notiert (IV-act. 9-20):  
Multitendinotische Periarthropathia humeroscapularis rechts, Brachialgia paraesthetica rechts, beginnende Chondrose C3/4, mässig C4/5, reaktive, teils hyperostotische Spondylose cervical, Cervicolumbovertebralsyndrom bei Chondrose L4/5, gestreckte Fehllhaltung der LWS, Diskopathie L2-S1, Status nach einer Nervenwurzelreizung L5 links 2006, mässiggradige Varusgonarthrose beidseits, Streckdefizit rechts, fortgeschrittene Femoropatellararthrose, Adipositas und latenter Diabetes, welcher in Abklärung sei. In der Beurteilung hatte er unter anderem festgehalten, im Jahr 2006 sei aufgrund eines MRI eine beidseitige Varusgonarthrose festgestellt worden. Dr. med. G.\_\_\_\_ hatte am 29. Mai 2012

über eine gleichentags durchgeführte lumbale-vertebrospinale Kernspintomographie berichtet (IV-act. 9-17). Fachärzte des universitären Herzzentrums des X.\_\_\_\_ hatten am 17. September 2013 angegeben, beim Versicherten seien eine Koronarsklerose ohne signifikante Stenosen der Koronararterien, eine chronisch venöse Insuffizienz (Beine), ein Status nach Leistenhernienoperationen rechts (3x) sowie leicht erhöhte Transaminasen (DD i.R. der Adipositas) diagnostiziert worden (IV-act. 9-9). Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie an der W.\_\_\_\_, hatte am 10. Dezember 2013 eine fortgeschrittene Varusgonarthrose beidseits und eine mässige Coxarthrose beidseits diagnostiziert (IV-act. 9-4). Am 22. Januar 2014 (IV-act. 14) reichte der Versicherte unter anderem eine amtlich beglaubigte englische Übersetzung einer ihm ausgestellten Promotionsurkunde eines Doktors der Medizin vom 9. Oktober 1987 der Universität V.\_\_\_\_ sowie einen Entscheid des Departements für U.\_\_\_\_ vom 17. März 2003 betreffend eine Verlängerung der Bewilligung zur unselbstständigen Berufsausübung als Arzt in der Klinik I.\_\_\_\_ und in der Klinik J.\_\_\_\_ ein (IV-act. 15). Am 4. Februar 2014 teilte die Klinik J.\_\_\_\_ mit (IV-act. 20), dass über den Versicherten keine Unterlagen mehr vorhanden seien. Der Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ erstattete am 8. April 2014 einen Verlaufsbericht (IV-act. 25). Er gab folgende Diagnosen an: Fortgeschrittene Gonarthrose beidseits, Coxarthrose, chronische Diskopathie L4/5, depressive Entwicklung bei einem Status nach Folterungen im Z.\_\_\_\_, Cervicobrachialgie rechts, Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, chronische Müdigkeit, metabolisches Syndrom sowie Nephro- und eine Urolithiasis. Er attestierte dem Versicherten eine seit dem 21. Januar 2014 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit in dessen Beruf als Arzt. Er legte dem Verlaufsbericht mehrere Arztberichte bei: Fachärzte des Departements Innere Medizin des X.\_\_\_\_ hatten in einem Bericht vom 11. Mai 2009 (IV-act. 25-23) anlässlich einer notfallmässigen Behandlung zunehmende Beinödeme, eine arterielle Hypertonie, leicht erhöhte Transaminasen, eine chronische hypochrome, normozytäre Anämie unklarer Aetiologie und eine Adipositas diagnostiziert. Fachärzte der T.\_\_\_\_ hatten in einem Bericht vom 26. August 2013 (IV-act. 25-16) folgende Diagnosen notiert: Progrediente belastungsabhängige Dyspnoe NYHA III unklarer Ätiologie (DD im Rahmen der Diagnose 2), metabolisches Syndrom, Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, Polyarthrose und Klaustrophobie. Gemäss einem Bericht des FF.\_\_\_\_ vom 24. September 2013 (IV-act. 33, Datum Posteingang unbekannt) war der Versicherte im Jahr 1999 erstmals in die Schweiz eingereist und anschliessend wiederholt aus der Schweiz aus- und wieder eingereist. Vom 11. bis 13. Juni 2014 war der Versicherte in der Augenklinik des X.\_\_\_\_ notfallmässig hospitalisiert. Gemäss dem Austrittsbericht vom 13. Juni 2014 (IV-act. 35) war er am 11. Juni 2014 einer pars plana Vitrektomie unterzogen worden. Die Fachärzte hatten eine rhegmatogene Amotio retinae, eine Cataracta corticonuclearis, eine Hyperopie und einen Astigmatismus diagnostiziert. Am 18. Juni 2014 berichtete Dr. H.\_\_\_\_ über eine gleichentags erfolgte Verlaufskontrolle (IV-act. 30). Er notierte – wie im Bericht vom 10. Dezember 2013 – die Diagnosen einer fortgeschrittenen Varusgonarthrose beidseits und einer mässigen Coxarthrose beidseits. Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Ophthalmologie, berichtete am 28. Juli 2014 (IV-act. 43), ca. sechs Wochen nach der Amotio-Operation hätten regelrechte Befunde bestanden. Eine beginnende Cataract habe sich nun ausgebildet. Mit einer Operation sollte noch zugewartet werden. Der Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ berichtete am 16. September 2014 (IV-act. 43), die Gonarthrose und die Coxarthrose seien weit fortgeschritten. Eine Infiltrationstherapie würde den Befund nicht verbessern. Es liege eine Diskushernie L4/L5 vor. Der Visus links betrage unter 40%; rechts bestehe ein Stigmatismus. Die Gelenkzerstörung könne nicht

mehr durch eine Gewichtsreduktion aufgehalten werden. Die Abklärungen wegen des Verdachts auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom seien wegen des Eingriffs am Auge verschoben worden. Die Arbeit als operativ tätiger Arzt sei für den Beschwerdeführer nicht mehr denkbar. Zu bedenken seien auch eine Harninkontinenz respektive Drang (BPH) und die Folterungen. Der RAD-Arzt L.\_\_\_\_ hielt am 17. Oktober 2014 fest (IV-act. 58-3), in der bisherigen ärztlichen Tätigkeit im operativen Bereich bestehe derzeit vor allem wegen des Augenleidens, aber auch wegen der beidseitigen Gonarthrose, kein Eingliederungspotential. In einer leidensadaptierten leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden (vor allem sitzenden, nur wenig gehenden oder stehenden) Tätigkeit, ohne die Einnahme von Zwangspositionen, ohne das Gehen auf unebenem Gelände und ohne hohe Anforderungen an die Sehleistung, könne von einem mittleren Eingliederungspotential mit einer Arbeitsfähigkeit von provisorisch 50%, evtl. in den folgenden Wochen steigerbar, ausgegangen werden. Am 9. Januar 2015 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 52), dass zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien und dass eine medizinische Begutachtung angezeigt sei. Am 26. Oktober 2015 erstattete der Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ einen Verlaufsbericht (IV-act. 53). Er gab folgende Diagnosen an: Polyarthrose, Omarthrose, fortgeschrittene Gonarthrose beidseits, Coxarthrose rechts, Diskopathie LWK4/5 und LWK5/S1, metabolisches Syndrom, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, Amotio retinae links 6/2014, posttraumatische Belastungsstörung nach Folterungen im Z.\_\_\_\_, Refluxkrankheit, Nephrolithiasis, Tinnitus beidseits, Migräne (Gesichtsschmerz) und Inkontinenz. Der Versicherte sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als operativ tätiger ORL-Arzt seit Juli 2013 zu 100% arbeitsunfähig. Am 25. Februar 2016 und 1. März 2016 wurde der Versicherte durch die Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen (PMEDA) polydisziplinär (internistisch, orthopädisch und psychiatrisch) abgeklärt. Im Gutachten vom 24. Mai 2016 nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 79-38 f.): Hochgradige Varusgonarthrose beidseits Leichtgradige Hüftgelenkarthrose beidseits Schulterreckgelenkarthrose rechts Daumensattelgelenkarthrose beidseits, links deutlicher als rechts Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter an: Adipositas Grad II Diabetes mellitus Typ II, Erstdiagnose 2000 Arterielle Hypertonie, Erstdiagnose 1999 Koronarangiographischer Ausschluss einer signifikanten KHK mit Nachweis von Koronarsklerose am 16. September 2013, normale systolische linksventrikuläre Funktion Der internistische Gutachter Dr. med. M.\_\_\_\_ hielt fest (IV-act. 79-19), eine die Arbeitsfähigkeit namhaft einschränkende invalidisierende Diagnose sei nicht evident. Der orthopädische Gutachter Dr. med. N.\_\_\_\_ führte aus (IV-act. 79-27 f.), die Untersuchung habe einen leichtgradigen Verspannungszustand des cervico-thorakalen Abschnittes ohne Zeichen eines namhaften Cervicalsyndroms, insbesondere keine Zeichen einer radikulären Kompression oder Läsion, gezeigt. Im Bereich der Lendenwirbelsäule habe eine erhöhte Muskelspannung mit einer endgradig dargebotenen eingeschränkten Beweglichkeit bestanden. In Bezug auf die Schultergelenke habe rechts das klinische Bild einer Schulterreckgelenkarthrose mit einer leichtgradigen Belastungslimitierung ohne eine namhafte Einschränkung der Funktionalität vorgelegen. Die Daumensattelgelenke betreffend habe sich links führend eine degenerative Krepitation mit Zeichen der Rhizarthrose sowie einer linksseitig demonstrierten Minderfunktionalität des Daumens in der Grob- und Feinmotorik gefunden. In Bezug auf die Hüftgelenke habe eine mittelgradige Bewegungseinschränkung beidseits vorgelegen. Im Bereich der Knie habe eine höhergradige Varusgonarthrose mit einem Bewegungsdefizit, Bewegungs- und

Palpationsschmerzen, einer Krepitation der Gelenkpartner, einer Minderbelastbarkeit und einer Einschränkung der Gehfähigkeit trotz dem Tragen von Kniegelenkbandagen und der Nutzung eines Gehstockes festgestellt werden können. Die erhobenen Befunde begründeten schlüssig eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit mit einem Ausschluss körperlich schwerer Arbeiten sowie von überwiegend gehend und stehend oder kniend ausgeübten Tätigkeiten (Arbeitsfähigkeit 0%) auf Dauer. In der erlernten Tätigkeit als Arzt sei in angepasster Form (rein konservative, nicht-chirurgische Arbeiten) eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit anzunehmen (Arbeitsfähigkeit 100%, Pensum und Rendement 100%), zumal eine Besserung und Stabilisierung der Gesundheitsstörungen durch eine Gewichtsreduktion zu erwarten sei. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. O. \_\_\_ notierte (IV-act. 79-33 f.), ein Anhalt für eine psychische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe nicht. Im nach AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Untersuchungsbefund habe sich ein logorrhöischer Versicherter präsentiert, welcher ohne Zeichen mnestischer oder konzentrativer Defizite über seinen Werdegang und seine Beschwerden berichtet habe. In der Untersuchung seien narzisstische Persönlichkeitszüge wie eine erhöhte Kränkbarkeit sowie inadäquat imponierende Grössenfantasien deutlich geworden. Die Stimmung sei situationsadäquat unauffällig gewesen. Klinische Zeichen einer namhaften Depressivität wie Anhedonie, Interessenreduktion, eine Antriebsstörung oder eine Störung der zirkadianen Rhythmik hätten nicht vorgelegen. Der Versicherte habe gelegentlich auftretende Unruhezustände sowie klaustrophobe Ängste beschrieben, die jedoch nicht die Intensität einer eigenständig zu klassifizierenden Angststörung erreicht hätten. Die diagnostischen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung wie eine erhöhte Schreckhaftigkeit, eine Hypervigilanz, Intrusionen beziehungsweise Flashbackerlebnisse seien nicht zu eruieren gewesen. Da eine posttraumatische Belastungsstörung üblicherweise innerhalb von sechs Monaten im Anschluss an das traumatische Ereignis auftrete und es dem Versicherten in der Zeit nach der Entlassung aus dem Gefängnis im Z. \_\_\_ im Jahr 1996 bis im Jahr 2011 offenbar problemlos gelungen sei, einer regelmässigen Arbeitstätigkeit als Assistenzarzt nachzugehen, sei eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Traumafolgenstörung ohnehin nicht wahrscheinlich. Insgesamt habe sich keine namhafte psychische Störung feststellen lassen. Die vom Versicherten berichteten gelegentlich auftretenden Stimmungsschwankungen sowie Ein- und Durchschlafstörungen seien nicht als namhaft krankheitswertig einzuschätzen. Eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung finde nicht statt. Der Versicherte empfinde sich auch nicht als psychisch krank oder hilfsbedürftig. In der Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss (IV-act. 79-34 f., 79-41), dass in Zusammenfassung aller Teilgutachten, der dabei erhobenen Anamnesen und Befunde sowie der Aktenlage der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Arzt in der Chirurgie sowie in jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch in einer anderen, überwiegend gehend und stehend ausgeübten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, aufgrund einer hochgradigen Varusgonarthrose beidseits, einer leichtgradigen Hüftgelenkarthrose beidseits, einer Schulterreckgelenkarthrose rechts und einer Daumensattelgelenkarthrose beidseits auf Dauer zu 100% arbeitsunfähig sei. Die orthopädischen Befunde begründeten schlüssig eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit mit einem Ausschluss von körperlich schweren Arbeiten sowie von überwiegend gehend und stehend oder kniend ausgeübten Tätigkeiten (Arbeitsfähigkeit 0%) auf Dauer. Diese qualitative Minderung gelte retrospektiv betrachtet etwa seit dem Jahr 2006, da im Jahr 2008 eine bereits seit 2006 bestehende Gonarthrose genannt worden sei. In der erlernten Tätigkeit als Arzt sei in

angepasster Form (rein konservative, überwiegend sitzend ausgeübte oder wechselbelastende nicht-chirurgische Arbeiten) eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit anzunehmen (Arbeitsfähigkeit 100%, Pensum und Rendement 100%), zumal eine Besserung und Stabilisierung der Gesundheitsstörungen durch eine Gewichtsreduktion zu erwarten sei. Dies gelte ex tunc. Eine Arbeitsfähigkeit von 100% sei auch in nicht-ärztlichen, überwiegend sitzend oder wechselbelastend ausgeübten, körperlich leichten Tätigkeiten anzunehmen. Gut geeignet seien zum Beispiel Arbeiten im Bürobereich, in Wach- und Telefondiensten oder in Übersetzungsdiensten. A.p. Die RAD-Ärztin Dr. med. P.\_\_\_\_ notierte am 16. Juni 2016 (IV-act. 81), auf das Gutachten der PMEDA vom 24. Mai 2016 könne vollumfänglich abgestellt werden. Dieses sei umfassend, in sich widerspruchsfrei, kohärent und schlüssig. A.q. Die IV-Stelle teilte dem Versicherten mit einem Vorbescheid vom 22. Juni 2016 mit (IV-act. 84), dass sie beabsichtige, das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abzuweisen. Zur Begründung hielt sie fest, nach den ihr zur Verfügung stehenden Unterlagen sei der Versicherte in der Tätigkeit als Arzt oder in nicht-ärztlichen, körperlich leichten Tätigkeiten mit rein konservativen, vorwiegend sitzend oder wechselbelastend ausgeübten Tätigkeiten uneingeschränkt leistungsfähig. Auf eine aktive Arbeitsvermittlung bestehe ein Anspruch, wenn gesundheitsbedingte Einschränkungen die Stellensuche (z.B. das Führen eines Vorstellungsgesprächs) beeinträchtigten. Beim Versicherten liege keine solche gesundheitsbedingte Einschränkung vor. Mit einem auf Englisch verfassten Schreiben vom 9. Juli 2016 (IV-act. 85) bzw. einem auf Deutsch übersetzten Schreiben vom 20. Juli 2016 (IV-act. 88) erhob der Versicherte dagegen einen Einwand. Er machte sinngemäss geltend, der Vorbescheid basiere auf dem Gutachten der PMEDA von Prof. Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH. Die Untersuchungen vom 25. Februar 2016 und 1. März 2016 seien unprofessionell und ausserhalb der Regeln der medizinischen Praxis durchgeführt worden. Prof. Q.\_\_\_\_ sei ausser sich und wütend auf ihn gewesen, weil er (der Versicherte) aufgrund seiner ausgeprägten Klaustrophobie eine Untersuchung in einem offenen MRI-Gerät verlangt habe. Was immer Prof. Q.\_\_\_\_ im Gutachten geschrieben habe, basiere auf Rache. Der Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ hielt in einem ärztlichen Zeugnis vom 8. Juli 2016 im Wesentlichen fest (IV-act. 86), die im Vorbescheid als uneingeschränkt bezeichnete Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers als Arzt oder in nicht-ärztlichen leichten Tätigkeiten werde der Polymorbidität nicht gerecht. Der Beschwerdeführer leide an einem Cervicalsyndrom mit Brachialgie sowie einer Tendenz zu Muskelkrämpfen, was seine Arbeit als operativ tätigen Arzt ausschliesse. Eine Rhizarthrose rechts behindere zudem seine Arbeit. Seit der Netzhautablösung sei sein Visus ebenfalls beeinträchtigt. A.r. Dr. P.\_\_\_\_ vom RAD notierte am 5. August 2016 (IV-act. 91), die Gutachter müssten bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeiten auf Befunde abstellen. Von einer Manipulation der Befunde oder der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus Rache könne daher nicht ausgegangen werden. A.s. Mit einer Verfügung vom 5. September 2016 (IV-act. 95) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab. Zum Einwand hielt sie fest, in den eingereichten Unterlagen seien keine neuen, medizinisch objektivierbaren wesentlichen Änderungen der Befunde oder der Symptome mitgeteilt worden, welche nicht schon im Zeitpunkt des Vorbescheids bekannt gewesen wären. A.t. Am 21. September 2016 teilte die Klinik I.\_\_\_\_ mit (IV-act. 99), gemäss ihren Unterlagen habe in der Zeit von 2001 bis 2003 kein Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten bestanden. A.u. Der Versicherte hielt in einem Schreiben an die IV-Stelle vom 27. September 2016 fest (IV-act. 100), er sei mit der Verfügung vom 5. September 2016 nicht einverstanden. A.v. Dr. med. R.\_\_\_\_ erstattete

am 6. Oktober 2016 einen Arbeitgeberbericht (IV-act. 101). Er gab an, den Versicherten von Februar 2001 bis April 2002 zu vier bis sechs Stunden pro Woche als Operationsassistent beschäftigt zu haben. Der Jahreslohn habe im Jahr 2001 Fr. 3'023.80 und im Jahr 2002 Fr. 1'801.-- betragen. A.w. Mit einem Vorbescheid vom 7. Dezember 2016 (IV-act. 104) stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 5% die Abweisung des Begehrens um eine Invalidenrente in Aussicht. Zur Begründung gab sie an, die Abklärungen hätten ergeben, dass dem Versicherten die erlernte Tätigkeit als Chirurg und jedwede andere, überwiegend gehend und stehend ausgeübte Tätigkeit nicht zumutbar sei. Die in der Schweiz ausgeübte Tätigkeit als Operationsassistent oder andere adaptierte Tätigkeiten, zum Beispiel im Bürobereich, in Wach- und Telefondiensten oder in Übersetzerdiensten, seien ihm hingegen uneingeschränkt zumutbar. Damit sei er in der Lage, ein Bruttojahreseinkommen in der Höhe von Fr. 66'453.-- (Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik [LSE], Tabelle TA 1, Anforderungsniveau AN1) zu erzielen. Beim Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 69'732.-- stütze sie sich auf die LSE, Tabelle TA 1, Sektor Gesundheits- und Sozialwesen, Anforderungsniveau AN2. Der Versicherte erhob am 26. Januar 2017 bzw. am 16. Februar 2017 dagegen einen Einwand (IV-act. 107, 108). Er beantragte, das Leistungsbegehren, insbesondere die Rentenprüfung, sei nochmals zu überprüfen und die Berichte des Psychiaters seien abzuwarten. Zur Begründung führte er an, er könne höchstens zwei Stunden sitzen und 20 Minuten gehen. Wenn er stehe, müsse er sich nach kurzer Zeit wieder setzen oder hinlegen. Eine Gewichtsreduktion sei – entgegen der Annahme des Gutachters – nicht zu erwarten, da die Bedingungen nicht optimal seien. Infolge einer Netzhautablösung habe er notfallmässig operiert werden müssen. An diesem Auge sei ein beträchtlicher Verlust der Sehfähigkeit eingetreten. Das andere Auge müsse wahrscheinlich auch noch behandelt werden. Bei ständiger Anstrengung der Augen könnte eine Erblindung eintreten. Aufgrund der psychischen Probleme werde er sich einer Behandlung bei einem Psychiater unterziehen. A.x. Mit einer Verfügung vom 6. April 2017 (IV-act. 115) wies die IV-Stelle, entsprechend dem Vorbescheid, das Begehren um eine Invalidenrente ab. Zum Einwand hielt sie fest, die erwähnten orthopädischen und internistischen Beschwerden seien im Zeitpunkt der Begutachtung bekannt gewesen und bei der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit berücksichtigt worden. Die Adipositas habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Das rechte Auge verfüge korrigiert über eine Sehkraft von 0.8. Damit sei der Versicherte in der Lage, die zugemutete vollständige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Hilfstätigkeit umzusetzen. Aus psychiatrischer Sicht habe anlässlich der Begutachtung keine Erkrankung festgestellt werden können. Den eingereichten Unterlagen könne keine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der Begutachtung entnommen werden. Weitere medizinische Unterlagen seien nicht nachgereicht worden. A.y. Am 10. April 2017 ging bei der IV-Stelle ein Bericht der Augenklinik des Y.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2014 betreffend eine Nachkontrolle des linken Auges nach der pars plana Vitrektomie vom 11. Juni 2014 ein. Laut diesem Bericht war der postoperative Verlauf zufriedenstellend gewesen. B. B.a. Am 22. Mai 2017 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. April 2017 (act. G 1). Er beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Rückweisung der Sache zur Vornahme ergänzender Abklärungen und zur anschliessenden Neuverfügung an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin). Eventualiter sei ihm mit Wirkung ab 1. Juni 2014 eine ganze Rente zuzusprechen. Zudem beantragte er die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverbeiständung. Ergänzend zu den Einwänden im Vorbescheidverfahren machte der Beschwerdeführer geltend, Dr. E.\_\_\_\_ habe ab dem

Jahr 2007 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Die medizinischen Berichte bis Anfang 2014 hätten eine Polymorbidität aufgezeigt. Die Arbeitsfähigkeit sei auch in einer adaptierten Tätigkeit erheblich eingeschränkt gewesen. Die weiteren Berichte der Jahre 2014/2015 hätten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestätigt. Die Beschwerdegegnerin habe Ende 2014 zwar mindestens provisorisch eine leicht höhere Arbeitsfähigkeit als Dr. E. \_\_\_ für möglich gehalten, nämlich 50%, evtl. in den nächsten Wochen steigerbar, jedoch mit zahlreichen Einschränkungen beim Zumutbarkeitsprofil. Sie habe es offenbar auch nicht als hinreichend wahrscheinlich erachtet, dass Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen noch zu einer erheblichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen könnten. Schadenminderungsmassnahmen in der Form einer nötigen Behandlung oder einer Gewichtsreduktion seien ihm nicht auferlegt worden. Vor diesem Hintergrund sei er invaliditätsbedingt nicht mehr eingliederbar gewesen. Er habe deshalb ab dem 1. Juni 2014 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Bei der Begutachtung sei der orthopädischen Begutachtung das entscheidende Gewicht zugekommen. Dabei sei es zu einer groben Auseinandersetzung in Bezug auf die Untersuchung in einem offenen MRI-Gerät gekommen. Aus diesem Grund könne nicht ohne weiteres von einer vollständigen Unbefangenheit von Dr. N. \_\_\_ und Prof. Q. \_\_\_ bei der weiteren Untersuchung und Gutachtensabfassung ausgegangen werden. Die Ergebnisoffenheit des Gutachtens sei infolge dieses Vorfalls als erheblich beeinträchtigt einzustufen. Des Weiteren sei die vollständige Arbeitsfähigkeit in einer "adaptierten" Arztstätigkeit oder in einer anderen adaptierten Tätigkeit nicht nachvollziehbar. Dr. E. \_\_\_ habe zum Gutachten bzw. zum darauf gestützten IV-Vorbescheid festgehalten, die uneingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers als Arzt oder in nicht ärztlichen leichten Tätigkeiten werde der Polymorbidität in keiner Weise gerecht. Er habe konkret darauf hingewiesen, dass er (der Beschwerdeführer) an einem Cervicalsyndrom mit Brachialgie sowie an einer Tendenz zu Muskelkrämpfen leide, was seine Tätigkeit als operativ tätiger Arzt ausschliesse. Auch sei das Zumutbarkeitsprofil zu wenig spezifisch und die erwähnten Einschränkungen begründeten das von der Beschwerdegegnerin veranschlagte Invalideneinkommen nicht. Das PMEDA-Gutachten sei zudem nicht genügend umfassend, da das Augenleiden nicht mituntersucht worden sei. Hinsichtlich des psychiatrischen Teils des Gutachtens falle auf, dass die Folterungen im Gefängnis trotz offensichtlich erheblichen Schädigungen kaum erwähnt worden seien (vgl. act. G 1.1.8). Nicht hinreichend klar sei, inwieweit die spärlichen und emotionslos bzw. inadäquat vorgetragenen Angaben in der Untersuchung sowie der fehlende Behandlungswunsch im Sinne eines Vermeidungsverhaltens krankheitsbedingt seien, sodass eine tiefer liegende, traumatische Störung vorliegen könnte. Dr. E. \_\_\_ habe wiederholt auf diesen Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hingewiesen. Der Beschwerdeführer reichte mit der Beschwerdeschrift einen Bericht des Spitals AA. \_\_\_ vom 4. Juni 1999 ein (act. G 1.1.8). Demnach war der Beschwerdeführer vom 10. Mai bis 17. Mai 1999 in der Klinik für Chirurgie hospitalisiert gewesen und einer Leistenrevision und einer Narbenkorrektur am Penis unterzogen worden. In der Anamnese war festgehalten worden, der Beschwerdeführer sei seit März 1999 in der Schweiz. Zuvor sei er 14 Monate in BB. \_\_\_ inhaftiert gewesen. Er habe einen Status nach einer Hernienoperation rechts 1997 in BB. \_\_\_ gehabt und sei postoperativ gefoltert worden, wobei es zu einem Hernienrezidiv rechtsseitig und zu Vernarbungen am Penis gekommen sei. B.b. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 10. Juli 2017 die Abweisung der Beschwerde (act. G 8). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, für die Annahme eines Anscheins der Befangenheit sei

nicht die subjektive Sicht der betroffenen Parteien, sondern eine objektive Beurteilung massgebend. Da die Ausführungen im orthopädischen Teil des Gutachtens sachlich und neutral gehalten seien, lägen keine Anhaltspunkte für eine Befangenheit des orthopädischen Gutachters vor. Selbst wenn dieser über die Untersuchung im offenen MRI-Gerät verärgert gewesen sein sollte, könne darin noch kein Ausnahmegrund erblickt werden. Soweit der Beschwerdeführer einwende, das PMEDA-Gutachten sei nicht umfassend, weil das Augenleiden nicht mituntersucht worden sei, sei darauf hinzuweisen, dass es im Ermessen der Gutachter liege, weitere Fachleute beizuziehen. Vorliegend sei davon auszugehen, dass die PMEDA-Gutachter aufgrund der in den Vorakten aufgeführten Berichte über das Augenleiden im Bilde gewesen seien. Demnach hätten sechs Wochen nach der Operation regelrechte Befunde vorgelegen. Mangels Hinweisen darauf, dass seither weitere ophthalmologische Behandlungen stattgefunden haben könnten, und weil der Beschwerdeführer bei der Anamneseerhebung nicht über eine Sehstörung geklagt habe, sei nicht erkennbar, weshalb bei der Begutachtung ein Facharzt für Ophthalmologie hätte beigezogen werden müssen. Nicht stichhaltig sei auch die Kritik am psychiatrischen Teil des PMEDA-Gutachtens. Der psychiatrische Gutachter habe nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht zu eruieren gewesen seien. Soweit der Beschwerdeführer geltend mache, er habe Anspruch auf eine ganze Rente, weil er invaliditätsbedingt nicht mehr eingliederbar sei und ihm keine Massnahmen der Schadenminderungspflicht in Bezug auf eine nötige Behandlung oder eine Gewichtsreduktion auferlegt worden seien, könne ihm nicht gefolgt werden. Vielmehr habe der Beschwerdeführer die Schadenminderungspflicht verletzt, weil er keine Anstrengungen unternommen habe, in der Schweiz wieder eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Solange es ihm möglich und zumutbar sei, mittels der ihm obliegenden Selbsteingliederung eine Stelle zu finden, wo er seine verbliebene Leistungsfähigkeit erwerblich verwerten könne, müssten Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen nicht geprüft werden. Auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt stünden den physischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers angepasste Verweistätigkeiten in einer genügenden Vielzahl offen. B.c. Das Versicherungsgericht bewilligte am 14. August 2017 das Gesuch um die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Beschwerdeverfahren (act. G 11). Bd. Der Beschwerdeführer machte in der Replik vom 12. Oktober 2017 ergänzend geltend (act. G 16), der Gesundheitsschaden sei in somatischer und in psychischer Hinsicht erheblicher, als im angefochtenen Entscheid und im PMEDA-Gutachten angenommen worden sei. Er reichte dazu verschiedene Unterlagen ein. Dr. E.\_\_\_\_ hatte in einem Bericht vom 2. August 2017 unter anderem festgehalten (act. G 16.2), die Polyarthrose sei weiter fortgeschritten. Der Beschwerdeführer leide an Nykturie (bei BPH), Schwindel, Vergesslichkeit, Müdigkeit, Tinnitus und Krampfneigung in den Händen. Zudem lägen ein Bruxismus und eine Cervicobrachialgie rechts vor. Des Weiteren weise er ein metabolisches Syndrom mit einer Hypertonie, einem Diabetes mellitus sowie einer Adipositas auf. Aufgrund der Polyarthrose sei ein adäquates Training praktisch unmöglich. Ein Zustand nach einer Netzhautablösung beeinträchtige und bedrohe die Sehkraft. Aufgrund der Polymorbidität sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als nicht mehr gegeben festzulegen. Dipl. Arzt S.\_\_\_\_, Dignität FMH, Psychiatrie und Psychotherapie, Fachpsychotherapeut für Traumatherapie (DIPT/SIPT), hatte am 3. Oktober 2017 berichtet (act. G 16.3), er habe beim Beschwerdeführer eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (late onset, ICD-10 F43.1) sowie rezidivierende depressive Episoden, gegenwärtig eine mittelgradige

Episode mit einem somatischen Syndrom (ICD-10 F33.11), diagnostiziert. Der Beschwerdeführer habe schwerste physische und psychische Gewalt mit Folter erlitten und sei mit dem Leben bedroht worden. Aufgrund der intrusiven Erinnerungen auf verschiedenen Ebenen sei das für eine posttraumatische Belastungsstörung erforderliche Kriterium des Wiedererlebens erfüllt gewesen. Der Beschwerdeführer habe ein deutliches Vermeidungsverhalten mit einem starken sozialen Rückzug, einer zunehmenden Teilnahmlosigkeit an sozialen Aktivitäten, einer Vermeidung, über die belastenden Ereignisse zu sprechen, und einer affektiven Bagatellisierung im Sinne einer Abspaltung der schwer traumatisierenden Ereignisse gezeigt. Er leide an einem Hyperarousal mit Durchschlafstörungen, Albträumen, Konzentrationsstörungen, Nervosität und emotionaler Reizbarkeit. Der Beschwerdeführer habe das relativ rasche Auftreten posttraumatischer Symptome geschildert. Aufgrund der nicht erhaltenen Unterstützung habe er dann versucht, die Ereignisse und die Symptome selbstständig zu verarbeiten und ein "normales Leben" zu leben. In nicht seltenen Fällen werde die posttraumatische Symptomatik unterdrückt bzw. verdrängt. Erst beim Wegfall von stabilisierenden Faktoren und/oder bei heftigen Triggersituationen könne die komplexe posttraumatische Symptomatik exazerbieren (sogenannte late onset PTBS). Dies sei beim Beschwerdeführer erfüllt gewesen. In Bezug auf die Begutachtung durch den psychiatrischen Gutachter Dr. O. \_\_\_ bleibe fraglich, ob die traumarelevante Psychopathologie überhaupt erfragt worden sei. Des Weiteren habe Dr. O. \_\_\_ ausgeführt, die "Schilderungen der Traumatisierungen während der psychiatrischen Exploration seien ohne affektive Beteiligung" geschehen. In der Psychotraumatologie sei aber genau diese Schilderung als sogenanntes "emotional numbing" bei traumatisierten Patienten zu beurteilen. Gemäss der Theorie der traumabezogenen strukturellen Dissoziation stelle eine komplexe PTBS bereits eine primäre strukturelle Dissoziation dar. Die prämorbid Persönlichkeitsstruktur spalte sich durch die traumatisierenden Ereignisse in einen "anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil" (ANP) und in einen "emotionalen Persönlichkeitsanteil" (EP) auf. Genau dies liege beim Beschwerdeführer vor. Der ANP habe über viele Jahre versucht, den Alltag zu bewältigen und einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Aufgrund bestimmter Triggerereignisse sowie des Verlustes von stabilisierenden Faktoren sei es zur Exazerbation des EP gekommen, wobei der Beschwerdeführer mit den traumabezogenen Intrusionen und Emotionen überflutet worden und psychosozial dekompenziert sei. Aufgrund der aktuellen Psychopathologie liege gegenwärtig eine mittelgradige depressive Episode mit einem somatischen Syndrom vor. Da diese Episoden wiederkehrend seien, könne von einer rezidivierenden depressiven Episode ausgegangen werden. Die häufigste Komorbidität bei komplexen Traumafolgenstörungen seien affektive Störungen respektive depressive Episoden. Beim Beschwerdeführer seien die rezidivierenden depressiven Episoden als komorbide Störungen einzuordnen, weil die traumatisierenden Ereignisse nicht integriert worden seien, weshalb es phasenweise zu intrusiven und emotionalen Überflutungen komme, die depressiv bewältigt würden. Die aktuelle traumabezogene Psychopathologie sei von Dr. O. \_\_\_ im PMEDA-Gutachten nicht ausreichend beschrieben und gewürdigt worden. Der Beschwerdeführer sei aufgrund der Psychopathologie sowie der somatischen Erkrankungen im angestammten Beruf als Chirurg sowie in einer Verweistätigkeit gegenwärtig zu 100% arbeitsunfähig. Als weitere Unterlagen reichte der Beschwerdeführer ein Befragungsprotokoll des CC. \_\_\_ vom 22. März 1999 (act. G 16.1.2), ein Protokoll der DD. \_\_\_ vom 20. Mai 1999/11. Juni 1999 (act. G 16.1.2) sowie ein Protokoll der Befragung des EE. \_\_\_ vom 28. November 2011 (act. G 16.1.3) ein. B.e. Die Beschwerdegegerin

verzichtete auf eine Duplik (act. G 18). Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 6. April 2017 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem IV-Grad von 5% verneint. Strittig ist somit, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat zur Beantwortung dieser Frage die Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen (PMEDA) mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens (internistisch, orthopädisch und psychiatrisch) beauftragt. Im Gutachten der PMEDA vom 24. Mai 2016 ist dazu angegeben worden (IV-act. 79-34 f., 79-41), der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Arzt in der Chirurgie sowie in jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch in einer anderen, überwiegend gehend und stehend ausgeübten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Dauer zu 100% arbeitsunfähig. Die orthopädischen Befunde begründeten schlüssig eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit mit Ausschluss von körperlich schweren Arbeiten sowie von überwiegend gehend und stehend oder kniend ausgeübten Tätigkeiten. Retrospektiv gelte dies aktenkundig etwa seit 2006. In der erlernten Tätigkeit als Arzt sei in angepasster Form (rein konservative, überwiegend sitzend ausgeübte oder wechselbelastende nicht-chirurgische Arbeiten) eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit anzunehmen (Arbeitsfähigkeit 100%, Pensum und Rendement 100%). Dies gelte ex tunc. Eine Arbeitsfähigkeit von 100% sei auch in nicht-ärztlichen, überwiegend sitzend oder wechselbelastend ausgeübten, körperlich leichten Tätigkeiten anzunehmen. Eine namhafte psychische Erkrankung sei nicht wahrscheinlich und werde aktenkundig und anamnestisch nicht behandelt. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem Gutachten voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob es die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist,

in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418). Die Sachverständigen der PMEDA haben den Beschwerdeführer persönlich untersucht und seine subjektiven Klagen aufgenommen. Sie haben die objektiven klinischen Befunde wiedergegeben, umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese gewürdigt. Der internistische Gutachter Dr. M.\_\_\_\_ hat nachvollziehbar dargelegt, dass er keine die Arbeitsfähigkeit namhaft einschränkende invalidisierende Diagnose hat feststellen können. Der orthopädische Gutachter Dr. N.\_\_\_\_ hat ebenfalls schlüssig aufgezeigt, dass der Beschwerdeführer an einer hochgradigen Varusgonarthrose beidseits, einer leichtgradigen Hüftgelenkarthrose beidseits, einer Schultergelenkarthrose rechts und einer Daumensattelgelenkarthrose beidseits, links deutlicher als rechts, leidet und infolgedessen nicht mehr in der Lage ist, körperlich schwere Arbeiten sowie überwiegend gehend oder stehend ausgeübte Tätigkeiten zu erfüllen. In der erlernten Tätigkeit als Arzt ist er in angepasster Form (rein konservative, nicht-chirurgische Arbeiten) jedoch vollständig arbeitsfähig (Arbeitsfähigkeit 100%, Pensum und Rendement 100%). Die Erhebung der Befunde, die Diagnosestellung und die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ überzeugen. Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, bei der MRI-Untersuchung sei es zu einer groben Auseinandersetzung in Bezug auf die Untersuchung in einem offenen MRI-Gerät gekommen. Aus diesem Grund könne nicht ohne weiteres von einer vollständigen Unbefangenheit von Dr. N.\_\_\_\_ und Prof. Q.\_\_\_\_ bei der weiteren Untersuchung und der Gutachtensabfassung ausgegangen werden. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festgehalten hat, ist für die Annahme des Anscheins einer Befangenheit eine objektive Beurteilung massgebend. Auf die subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers, wie sich der Sachverhalt zugetragen haben soll, kann deshalb nicht abgestellt werden. Der orthopädische Teil des Gutachtens ist sachlich verfasst worden. Anhaltspunkte für eine Befangenheit von Dr. N.\_\_\_\_ und Prof. Q.\_\_\_\_ sind nicht ersichtlich. Selbst wenn es zu einer Auseinandersetzung zwischen den Sachverständigen und dem Beschwerdeführer gekommen sein sollte, muss davon ausgegangen werden, dass die Sachverständigen problemlos damit umgehen können. Dies zeigt sich auch daran, dass sie einer Untersuchung in einem offenen MRI-Gerät zugestimmt haben. Den Sachverständigen zu unterstellen, sie hätten das Gutachten aus Rache manipuliert, ist in Anbetracht dessen absurd. Des Weiteren hat der Beschwerdeführer eingewendet, das Gutachten sei nicht umfassend, weil das Augenleiden nicht mituntersucht worden sei. Die Gutachter hatten aufgrund der Vorakten und der Anamneseerhebung Kenntnis vom Augenleiden. Sie sind offensichtlich davon ausgegangen, dass dieses in Bezug auf die Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit nicht von Relevanz ist. Aus dem Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 28. Juli 2014 ist ersichtlich (IV-act. 43), dass ca. sechs Wochen nach der Amotio-Operation regelrechte Befunde vorgelegen hatten; eine beginnende Cataract hatte sich nun ausgebildet. In der Anamneseerhebung hat der Beschwerdeführer das Augenleiden erwähnt; über anhaltende Beschwerden hat er jedoch nicht geklagt. Für die Gutachter hat damit kein Anlass bestanden, das Augenleiden zu untersuchen bzw. einen Ophthalmologen beizuziehen. Dies ist nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer hat im

Übrigen auch nicht geltend gemacht, dass das Auge eine bleibende Schädigung erlitten hätte, welche ihn in einer adaptierten Arbeitstätigkeit, insbesondere in einer reinen Schreibtischarbeit, einschränken würde. Damit ist davon auszugehen, dass die Nichtuntersuchung des Augenleidens keinen Mangel am Gutachten darstellt respektive das Augenleiden keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit hat. Der Beschwerdeführer hat sodann vorgebracht, der Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ habe zum Gutachten bzw. zum darauf gestützten IV-Vorbescheid festgehalten, die uneingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers als Arzt oder in nicht ärztlichen leichten Tätigkeiten werde der Polymorbidität in keiner Weise gerecht. Dr. E.\_\_\_\_ habe konkret darauf hingewiesen, dass er (der Beschwerdeführer) an einem Cervicalsyndrom mit Brachialgie sowie an einer Tendenz zu Muskelkrämpfen leide, was seine Tätigkeit als operativ tätigen Arzt ausschliesse. Es bestehe auch eine Rhizarthrose rechts, die seine Arbeit behindere. Dieser Einwand ist nicht stichhaltig. Die Gutachter haben nämlich die Rhizarthrose (Daumensattelgelenkarthrose) rechts berücksichtigt und die Arbeitsfähigkeit als operativ tätiger Arzt ausgeschlossen (vgl. IV-act. 79-38 f., 79-41). Der vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 2. August 2017 enthält auch keine neuen Erkenntnisse, welche geeignet wären, Zweifel an der Einschätzung von Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ zu wecken. Soweit sich der Bericht auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitraum vor dem Erlass der Verfügung vom 6. April 2017 bezieht (der zweitletzte Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ datiert vom 8. Juli 2016), hat Dr. E.\_\_\_\_ darin als neue Befunde nämlich lediglich einen Schwindel, eine Vergesslichkeit und einen Bruxismus genannt. Diese Befunde sind mit einer dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht zumutbaren adaptierten Tätigkeit (erlernte Tätigkeit als Arzt in angepasster Form, das heisst rein konservative, überwiegend sitzend oder wechselbelastend ausgeübte nicht-chirurgische Arbeit, oder jede andere nicht-ärztliche, überwiegend sitzend oder wechselbelastend ausgeübte, körperlich leichte Tätigkeit) vereinbar. Das PMEDA-Gutachten überzeugt somit in den Teilen, als Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ aus internistischer und orthopädischer Sicht die Befunde erhoben, die Diagnosen gestellt und eine Arbeitsfähigkeitsschätzung für die angestammte und eine zumutbare adaptierte Tätigkeit abgegeben haben. Der psychiatrische Gutachter Dr. O.\_\_\_\_ hat den Beschwerdeführer ebenfalls persönlich untersucht, seine subjektiven Klagen aufgenommen, die objektiven klinischen Befunde wiedergegeben sowie umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt. Psychiatrische Vorakten haben im Begutachtungszeitpunkt nicht bestanden. Der Beschwerdeführer hat Dr. O.\_\_\_\_ gegenüber auch angegeben, sich nicht in psychiatrischer Behandlung zu befinden (IV-act. 79-34). Einzig der Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ hat wiederholt einen Status nach Folterungen im Z.\_\_\_\_ festgehalten (IV-act. 9-1, 25, 43, 53) und eine depressive Entwicklung (IV-act. 25) bzw. eine posttraumatische Belastungsstörung (IV-act. 53) diagnostiziert. Dr. O.\_\_\_\_ hat im psychiatrischen Teil des Gutachtens aufgezeigt, dass er keine Anhaltspunkte für eine psychische Erkrankung mit einem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat feststellen können. Die Ausführungen betreffend die Verneinung einer posttraumatischen Belastungsstörung sind mit der Begründung, die diagnostischen Kriterien wie eine erhöhte Schreckhaftigkeit, Hypervigilanz, Intrusionen bzw. Flashbackerlebnisse seien nicht zu eruieren gewesen und üblicherweise trete eine posttraumatische Belastungsstörung innerhalb von sechs Monaten im Anschluss an das traumatische Ereignis auf, vorliegend sei es dem Beschwerdeführer jedoch offenbar problemlos gelungen, in der Zeit nach der Entlassung aus dem Gefängnis einer regelmässigen Arbeitstätigkeit nachzugehen, allerdings sehr kurz ausgefallen. Daraus

geht nicht ausreichend ausführlich hervor, weshalb die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung verneint worden ist. Dipl. Arzt S.\_\_\_\_ hat im Bericht vom 3. Oktober 2017 detailliert aufgezeigt, welche Kriterien für eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung massgebend und dass diese in Bezug auf den Beschwerdeführer erfüllt gewesen sind. Insbesondere hat er beschrieben, dass eine posttraumatische Symptomatik nicht selten unterdrückt bzw. verdrängt werde und erst beim Wegfall von stabilisierenden Faktoren und/oder bei heftigen Triggersituationen exazerbieren könne. Des Weiteren hat er erklärt, dass die häufigste Komorbidität bei komplexen Traumafolgenstörungen depressive Episoden seien und dass beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Berichterstellung eine mittelgradige depressive Episode mit einem somatischen Syndrom vorgelegen habe. Gestützt darauf hat er eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (late onset, ICD-10 F43.1) sowie rezidivierende depressive Episoden, gegenwärtig eine mittelgradige Episode mit einem somatischen Syndrom (ICD-10 F33.11), diagnostiziert. In Bezug auf die Begutachtung durch Dr. O.\_\_\_\_ hat er festgehalten, es sei fraglich, ob die traumarelevante Psychopathologie überhaupt erfragt worden sei. Komplex traumatisierte Patienten verhielten sich in der Regel so, dass die traumarelevante Psychopathologie nicht von selbst berichtet werde. Dipl. Arzt S.\_\_\_\_ ist somit der Ansicht, dass die posttraumatische Belastungsstörung bereits im Zeitpunkt der Begutachtung exazerbiert ist. Sein Bericht vom 3. Oktober 2017 bezieht sich damit (auch) auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitraum vor Erlass der Verfügung vom 6. April 2017 und ist damit dem Beweis zugänglich. Spätestens mit diesem Bericht von dipl. Arzt S.\_\_\_\_ hätte Dr. O.\_\_\_\_ deshalb aufgefordert werden müssen, seine Ausführungen im Gutachten betreffend die Verneinung einer posttraumatischen Belastungsstörung zu ergänzen. Da eine solche Ergänzung bislang nicht erfolgt ist, ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die Rückweisung in diesem Fall zulässig (vgl. BGE 137 V 210, E. 4.4.1.4, wonach eine Sache zurückgewiesen werden kann, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2019, 8C\_525/2019, E. 3.3). Da seit der Begutachtung rund dreieinhalb Jahre vergangen sind und Dr. O.\_\_\_\_ deshalb möglicherweise nicht mehr in der Lage ist, das Gutachten zu ergänzen, steht es der Beschwerdegegnerin frei, einen anderen Gutachter mit der Erstellung eines neuen psychiatrischen Gutachtens zu beauftragen statt eine Rückfrage an Dr. O.\_\_\_\_ zu richten. Anzuführen bleibt, dass der Bericht von dipl. Arzt S.\_\_\_\_ die verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen vermag. Zum einen hat er in seiner Beurteilung die für psychische Leiden massgebenden Standardindikatoren nicht berücksichtigt, was aus der Sicht eines behandelnden Psychiaters nachvollziehbar ist. Zum anderen ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03 E. 2.4.2). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auf das PMEDA-Gutachten vom 24. Mai 2016 abzustellen ist, soweit darin aus internistischer und orthopädischer Sicht die Diagnosen gestellt und eine Arbeitsfähigkeitsschätzung für die angestammte und für eine zumutbare adaptierte Tätigkeit abgegeben worden ist. Aus psychiatrischer Sicht vermag weder das PMEDA-Gutachten noch der Bericht von dipl. Arzt S.\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2017 die

verbleibende Arbeitsfähigkeit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen. Die Sache ist zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägung 3.2.2 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Für den Fall, dass eine Arbeitsunfähigkeit für eine leidensadaptierte Tätigkeit festgestellt wird, wird sich Dr. O. \_\_\_ oder eine andere zu beauftragende sachverständige Person auch zur Frage äussern müssen, wann diese eingetreten ist. Die Beschwerdegegnerin hat unter Verweis auf den IK-Auszug notiert, dass die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt gewesen seien (IV-act. 103). Der Beschwerdeführer ist im Jahr 1999 erstmals in die Schweiz eingereist und anschliessend wiederholt aus der Schweiz aus- und wiedereingereist (vgl. IV-act. 5, 33, act. G 16.1.2 und 16.1.3). Der IK-Auszug zeigt (IV-act. 6), dass der Beschwerdeführer in den Jahren 2001 bis 2004 sowie 2008 und 2009 ein Einkommen erzielt hat, allerdings nicht durchgehend über sämtliche Monate hinweg. Die versicherungsmässigen Voraussetzungen dürften unter Zugrundelegung des Sachverhalts, wie er sich im Verfügungszeitpunkt am 6. April 2017 dargestellt hat, erfüllt gewesen sein. Sofern aus den ergänzenden Abklärungen eine rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit resultiert, sind die versicherungsmässigen Voraussetzungen insbesondere mit Blick auf die Frage des Zeitpunkts des Eintritts der Invalidität jedoch nochmals zu prüfen (vgl. Art. 4 Abs. 2, 6 Abs. 2 und 36 IVG i.V.m. Art. 28 IVG und Art. 7 und 8 ATSG). Die Beschwerdegegnerin ist in Bezug auf die Invalidenkarriere davon ausgegangen, dass dem Beschwerdeführer einzig eine Karriere als Hilfsarbeiter offensteht. Aus der Sicht des Versicherungsgerichtes des Kantons St. Gallen ist dies nicht nachvollziehbar. Für einen ausgebildeten Arzt sollte es einen Arbeitsplatz geben, welcher die Adaptionskriterien einer Tätigkeit, die der Beschwerdeführer noch ausüben kann, erfüllt. Der Beschwerdegegnerin steht es frei, diese Frage durch eine Berufsberaterin oder einen Berufsberater abklären zu lassen. Ebenfalls steht es ihr frei abzuklären, ob der Beschwerdeführer eine kantonale Berufsausübungsbewilligung erneut erhalten würde bzw. welcher Eingliederungsmassnahmen es dazu bedürfte. Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 6. April 2017 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache ist zur Vornahme ergänzender medizinischer Abklärungen und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Nach Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (sGS 951.1) hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Da die Beschwerdegegnerin vollumfänglich unterliegt, hat sie diese Gerichtsgebühr zu bezahlen. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteienschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. In einem durchschnittlich aufwändigen IV-Rentenfall wie dem vorliegenden spricht das Versicherungsgericht praxisgemäss eine pauschale Parteienschädigung von Fr. 3'500.-- zu. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren

gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 6. April 2017 aufgehoben und die Sache wird zur ergänzenden Abklärung und anschliessenden Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.

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