

# **BL\_GERICHTE 720 21 359/136 vom 15. Juli 2014**

BL Gerichte, 2014-07-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720\\_21\\_359\\_136](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_21_359_136)

FR: BL\_GERICHTE 720 21 359/136 du 15 juillet 2014

IT: BL\_GERICHTE 720 21 359/136 del 15 luglio 2014

## **Regeste**

IV-Rente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

### **E. 1.2**

Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C\_455/2021, E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet. 2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). 2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. 2.3 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG

ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.5 Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 31. August 2018, 8C\_728/2017, E. 2.2 mit Hinweisen). Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (BGE 143 V 418 E. 8.2 mit Hinweis). Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2015, 9C\_899/2014, E. 4.4).

3.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleichbleibenden Gesundheitszustandes (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen) oder der Grundlagen für die Wahl der Invaliditätsbemessungsmethode (BGE 117 V 198 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2011, 9C\_223/2011, E. 3.1) revidierbar.

3.2 Vorliegend liegt keine Rentenrevision nach Art. 17 ATSG, sondern eine Neuanschuldung vor. Eine Neuanschuldung zielt aber wie die Revision auf eine erneute Prüfung des Leistungsanspruchs aufgrund veränderter Verhältnisse ab. Im Falle eines Eintretens auf eine Neuanschuldung ist nach Art. 87 Abs. 2

und 3 IVV in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 ATSG analog zu einer Rentenrevision zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit dem Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert haben (BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2).

3.3.1 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismündigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4, 130 V 71 E. 3.2.3).

3.3.2 Vorliegend sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 15. Juli 2014 eine vom 1. Dezember 2012 bis 30. April 2014 befristete ganze Invalidenrente zu. Auf die Neuanmeldung vom 25. Juni 2015 trat sie ohne eingehende materielle Prüfung des Leistungsanspruchs mangels Glaubhaftmachung einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation nicht ein. Nachdem sie auf das Gesuch des Versicherten vom 27. Februar 2017 um Rentenausrichtung eingetreten war, lehnte sie nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen mit Verfügung vom 9. Juli 2019 einen Rentenanspruch ab. Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Kantonsgericht mit Urteil vom 12. März 2020 in dem Sinne gut, als sie die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache zur Einholung eines neutralen psychiatrischen Gutachtens an die IV-Stelle zurückwies. In der Folge beauftragte die IV-Stelle Dr. D.\_\_\_\_ mit der Begutachtung des psychischen Gesundheitszustandes des Versicherten. Gestützt auf dessen Gutachten vom 13. April 2021 verneinte sie mit der im vorliegenden Verfahren angefochtenen Verfügung vom 22. Oktober 2021 einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine Invalidenrente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Verfügung der IV-Stelle vom 15. Juli 2014 bestand, mit demjenigen im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 21. September 2021.

4.1 Für die Beurteilung der strittigen Frage, ob sich der Gesundheitszustand bzw. das Ausmass der (Rest-) Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit der Zusprechung der befristeten Invalidenrente in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat, ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweismündigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

5.1.1 Die IV-Stelle stützt sich in der Rentenverfügung vom 15. Juli 2014 bei der Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes auf das rheumatologische Gutachten des Spitals C.\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2013/16. Januar 2014. Die beiden Gutachter, Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, führten als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf ein residuelles sensibles, evtl. sensomotorisches Ausfallsyndrom L4 linksseitig (Differentialdiagnose: lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom) auf. Beim Versicherten bestehe ein degenerativ mechanisches Rückenleiden mit möglicher partieller radikulärer Komponente. Aufgrund der klinisch nachvollziehbaren Atrophie könnte es zu einer passageren Nervenwurzelkompression auf der Höhe L4 gekommen sein. Auf den radiologischen Bildern seien jedoch keine entsprechenden Kompressionen mehr ersichtlich. Es sei davon auszugehen, dass nur ein Teil der geklagten Beschwerden ihren Ursprung in der Nervenwurzelreizung L4 habe. Das Ausmass der Beschwerden sei insgesamt nur teilweise objektivierbar. Aufgrund der lumbalen Rückenschmerzen sei es dem Versicherten nicht mehr zumutbar, körperliche schwere Arbeiten mit Tätigkeiten in der Hocke, in Reklination und Inklination sowie solche, die Vibrationen an der Körperachse verursachen, auszuführen. Die Ausübung einer leidensangepassten Arbeit sei möglich, sofern er mehrere Positionswechsel durchführen und häufig kleinere Pausen einlegen könne. Bei der Arbeit als Taxichauffeur lägen nur Einschränkungen beim Einladen von Reisegepäck in den Kofferraum vor. Für die eigentliche Tätigkeit als Chauffeur bestehe keine Beeinträchtigung, sofern das Fahrzeug über Automatikgetriebe - wie es im Taxigewerbe üblich sei - verfüge. Denkbar sei auch jede Büro- und Verwaltungstätigkeit ganztags mit vorwiegend sitzender Position mit der Möglichkeit zu kurzzeitigen Pausen und Positionswechseln.

5.1.2 RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, kam in ihrer Stellungnahme vom 27. Januar 2014 zum Schluss, dass auf das Gutachten des Spitals C.\_\_\_\_ abgestellt werden könne. Da vom 30. Oktober 2011 bis 27. Januar 2013 die diagnostischen Abklärungen und therapeutischen Massnahmen bezüglich der Rückenproblematik noch nicht abgeschlossen gewesen seien, sei erst ab dem 28. Januar 2013 von einem stabilen somatischen Gesundheitszustand auszugehen. Damit gelte die zumutbare Arbeitsfähigkeit gemäss Gutachten des Spitals C.\_\_\_\_ ab 28. Januar 2013.

5.1.3 Gemäss Gutachten vom 20.

August 2013 konnte Dr. B.\_\_\_\_\_ in psychiatrischer Hinsicht keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und die narzisstischen und emotional instabilen Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. Der Versicherte fühle sich seit 2007 als nicht mehr arbeitsfähig. Als Gründe gebe er hierfür Lustlosigkeit, Rückenschmerzen und Konzentrationsstörungen aufgrund der antidepressiven Therapie an. Das Ausmass der geklagten körperlichen Schmerzen und die subjektive Krankheitsüberzeugung, aufgrund dieser Schmerzen nicht mehr arbeiten zu können, seien durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivierbar. Es sei deshalb eine psychische Überlagerung anzunehmen. Hierbei handle es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, welche ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei. Eine ausgeprägte psychische Komorbidität und eine chronische körperliche Begleiterkrankung lägen nicht vor. Der Versicherte sei selbstbezogen, zeige wenig Empathie gegenüber seinen Mitmenschen, habe wiederholt deliktisch gehandelt und teilweise Mühe, seine Emotionen und Impulse zu kontrollieren. Trotz dieser Schwierigkeiten sei er in der Lage gewesen, beruflichen Tätigkeiten nachzugehen. Er stelle deswegen die Diagnose von narzisstischen und emotional instabilen Persönlichkeitszügen, welche jedoch die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkten. Eine Persönlichkeitsstörung liege nicht vor. Die geklagten depressiven Verstimmungen seien geringgradig ausgeprägt. Sie seien im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung zu sehen. Die von ihm angegebenen Konzentrationsstörungen seien nicht nachvollziehbar, sei er doch in der Lage, sich während Stunden mit dem Internet zu beschäftigen. Ambulante psychiatrische Behandlungen nehme der Versicherte nur sehr unregelmässig wahr. Eine stationäre Behandlung sei noch nie durchgeführt worden. Ein grosser Leidensdruck scheine nicht vorhanden zu sein. Der Versicherte sei aus psychischer Sicht sowohl in seinen bisherigen Tätigkeiten als Automechaniker und Chauffeur als auch in einem anderen Beruf voll arbeits- und leistungsfähig. 5.1.4 Aufgrund des instabilen somatischen Gesundheitszustandes während der Zeit vom 30. Oktober 2011 bis 27. Januar 2013 sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 15. Juli 2014 eine vom 1. Dezember 2012 bis 30. April 2014 befristete ganze Invalidenrente zu. Für die Zeit danach verneinte sie gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2013/16. Januar 2014 und von Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 20. August 2013 einen Rentenanspruch. 5.2 Der angefochtenen Verfügung vom 22. Oktober 2021 liegt die psychiatrische Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_\_ vom 13. April 2021 zugrunde. Dieser führte darin aus, dass in den Akten das forensisch-psychiatrische Gutachten der I.\_\_\_\_\_ vom 12. Juni 2007 vorliege, welches erstellt worden sei, als der Versicherte wegen mehrfacher Vergewaltigung, Tötlichkeiten, Nötigung und Drohungen zum Nachteil seiner damaligen Ehefrau in Untersuchungshaft gewesen sei. Daraus sei zu entnehmen, dass der Versicherte in Beziehungskonflikten mit aggressiven Ausbrüchen und Gewalttätigkeiten gegenüber den Ehefrauen reagiere. Es gebe jedoch keine Hinweise dafür, dass er ansonsten zu vermehrten aggressiven Durchbrüchen neige. Weiter gehe daraus hervor, dass der Versicherte gewisse Überakzentuierungen narzisstischer und emotional instabiler Charakterzüge aufweise; bei ihn belastenden Schilderungen bleibe er aber jeweils ruhig und gelassen. Ausser diesen leichten Akzentuierungen narzisstischer und emotional instabiler Persönlichkeitsanteile hätten sich keine Normabweichungen gezeigt. Dr. D.\_\_\_\_\_ konnte bei seiner Untersuchung deutliche Inkonsistenzen feststellen. Auf Fragen zur Kindheit, zur Schule und zur Ausbildung, zur Herkunftsfamilie, zu den fünf Ehen und zu seinen fünf Töchtern habe er geantwortet, dass er dies nicht wisse. Es sei nicht

nachvollziehbar, dass er keine Erinnerungen an seine Kindheit und seine Jugend habe, seien doch lebensgeschichtliche Daten in der Regel selbst schwer dementen Personen noch zugänglich. Ein dementes Syndrom sei beim Versicherten aber nicht vorhanden, weshalb seine Erinnerungslücken wenig glaubhaft seien. Kooperation und Motivation seien unzureichend gewesen. Weiter habe er es vermieden, sich bei den Antworten festzulegen; häufiges Nachfragen sei notwendig gewesen. Mehrfach habe er auf seine Mitwirkungspflicht in der Untersuchung hingewiesen werden müssen. Zudem seien die geklagten Symptome und Funktionseinbußen weder konsistent noch plausibel. Es stehe fest, dass die vom Versicherten präsentierte Symptomatik nicht in dieser Form vorhanden sei. Zudem weise das Antwortverhalten des Versicherten 84% Falschantworten aus. Es sei deshalb mit Sicherheit von einer Vortäuschung kognitiver Beschwerden auszugehen. Dabei liege eine massive Aggravation, wenn nicht sogar eine Simulation vor. Vor diesem Hintergrund könne eine valide diagnostische Beurteilung oder eine solche der Persönlichkeit nicht vorgenommen werden. Da eine valide Beurteilung aufgrund der bewussten Vortäuschung von Symptomen nicht möglich sei, könnten auch keine Aussagen zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden. Die vom Versicherten geschilderten Beschwerden entsprächen dem Beschwerdebild, welches sich bei der Begutachtung durch Dr. B. \_\_\_\_ im Jahr 2013 präsentiert habe. Eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes könne deshalb nicht gesehen werden.

5.3.1 Den somatischen Gesundheitszustand beurteilte die RAD-Ärztin Dr. H. \_\_\_\_\_. In ihrer Stellungnahme vom 7. Juli 2021 stellte sie fest, dass bis auf den Bericht von Dr. med. J. \_\_\_\_ vom 16. Januar 2020 keine Konsultationsberichte seit der Begutachtung im Spital C. \_\_\_\_ vorlägen. Dr. J. \_\_\_\_ diagnostizierte eine akute Osteochondrosis intervertebralis LWK 5 links, einen Riss des Anulus fibrosus sowie eine geringe Bandscheibenextrusion mit Einengung der Wurzel L4 links. Als Befund hielt er eine lokale Druckdolenz paravertebral beidseits sowie über den Processi spinosi fest. Er führte die lokalen Beschwerden am ehesten auf die Osteochondrosis zurück. Mit dem Versicherten habe er eine epidurale Infiltration besprochen. Dieser möchte jedoch zunächst beobachten, wie es mit den oralen Schmerzmitteln gehe. Bei Wunsch nach einer Infiltration würde er sich wieder melden. Dr. H. \_\_\_\_ wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass bei der Untersuchung durch Dr. J. \_\_\_\_ nur eine lokale paravertebrale Druckdolenz bei der Palpation auslösbar gewesen sei. Sensorische Defizite habe er nicht feststellen können. Der Versicherte habe vorläufig auch keine weiterführende Behandlung oder Abklärungen verlangt. Seit der Verfügung vom 15. Juli 2014 sei somit keine richtungsweisende Veränderung in Bezug auf die geklagten Rückenschmerzen eingetreten.

5.3.2 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens holte die IV-Stelle den Bericht von Dr. J. \_\_\_\_ vom 15. Oktober 2020 ein. Diesem ist zu entnehmen, dass der Versicherte einmalig im Januar 2020 in seiner Sprechstunde gewesen sei. Zu jenem Zeitpunkt habe ein geringer Leidensdruck bestanden, weshalb die vorgeschlagenen Infiltrationen nicht durchgeführt worden seien. Auch habe der Versicherte den neurologischen Untersuchungstermin vom 9. Januar 2020 nicht wahrgenommen. Er könne deshalb keine Auskunft über den Krankheitsverlauf oder die Arbeitsfähigkeit geben.

6.1 Als Erstes ist zu prüfen, ob die Erteilung des Begutachtungsauftrags an Dr. D. \_\_\_\_ in Verletzung der massgebenden Verfahrensvorschriften erfolgt ist. Der Versicherte macht geltend, dass er gegen die psychiatrische Begutachtung durch Dr. D. \_\_\_\_ am 30. September 2020 fristgerecht Einwände erhoben und dabei auf die unterlassene Einholung von Behandlungsberichten des Spitals K. \_\_\_\_ bezüglich der Verschlechterung des somatischen Leidens hingewiesen habe. Aus diesem Grund habe er die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens beantragt. In

der Folge habe die IV-Stelle den Arztbericht von Dr. J. \_\_\_\_ vom 15. Oktober 2020 eingeholt. Gestützt auf die Stellungnahme von pract. med. E. \_\_\_\_ vom 23. März 2021, welcher eine rheumatologische Begutachtung aufgrund des Arztberichts von Dr. J. \_\_\_\_ als nicht erforderlich erachtet habe, habe sie den Gutachtensauftrag an Dr. D. \_\_\_\_ laufen lassen, ohne ihn über ihren Entscheid zu informieren. Die IV-Stelle wäre bei der vorliegenden monodisziplinären Begutachtung aufgrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung jedoch zwingend verpflichtet gewesen, noch vor Einsetzung des begutachtenden Experten einen Einigungsversuch über die Person des Gutachters durchzuführen. Da kein Konsens habe erreicht werden können, hätte sie zwingend eine Zwischenverfügung erlassen müssen. Da die IV-Stelle die Einwände des Versicherten ignoriert habe und keine Zwischenverfügung vorliege, sei die Vergabe des Gutachterauftrags an Dr. D. \_\_\_\_ unzulässig geworden, weshalb nicht darauf abgestellt werden dürfe.

6.2 Im BGE 139 V 349 hielt das Bundesgericht in E. 5.2.2.3 fest, dass bei mono- und bidisziplinären Begutachtungen im Falle zulässiger Einwendungen konsensorientiert vorzugehen sei. Sofern die Verwaltung eine bi-oder monodisziplinäre Expertise einholen wolle, müsse sie zwingend einen Einigungsversuch einleiten. Erst wenn dieser Versuch scheitere, sei zu verfügen (E. 5.4). Das Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI in der bis 31. Dezember 2021 hier anwendbaren gültig gewesenen Fassung) sieht hierfür folgendes Verfahren vor (vgl. KSVI Rz. 2076 ff.): In einem ersten Schritt teilt die IV-Stelle der versicherten Person mit, dass eine Begutachtung durchgeführt werde; zugleich gibt sie die Art der Begutachtung und die vorgesehenen Disziplinen bekannt und teilt die Fragen mit. In diesem Stadium kann die versicherte Person erst einmal materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung vorbringen oder gegen die Art und den Umfang der Begutachtung. In einem zweiten Verfahrensschritt teilt die IV-Stelle der versicherten Person den gewählten Gutachter mit dem Facharztstitel mit (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2). Mit der Bezeichnung des Sachverständigen kommt somit die Möglichkeit (materieller oder formeller) personenbezogener Einwendungen hinzu. Gemäss Bundesgericht sind die Parteien aufgefordert, auf die einvernehmliche Lösung bezüglich Gutachter hinzuarbeiten ("Einigungsbestrebungen"; vgl. BGE 139 V 349 E. 1.2.6). Ein Einigungsversuch setzt voraus, dass ein mündlicher oder schriftlicher Austausch zwischen der IV-Stelle und der versicherten Person stattfindet. Dieser Austausch muss in den Akten hinterlegt sein (vgl. KSVI Rz. 2076.9). Erst wenn eine Einigung ausbleibt, ergeht eine Zwischenverfügung über die Beweisvorkehr an sich und die Person des Gutachters (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.3; KSVI Rz. 2076.11).

6.3.1 Im vorliegenden Fall teilte die IV-Stelle der damaligen Rechtsvertreterin des Versicherten mit Schreiben vom 13. August 2020 mit, dass eine Begutachtung bei Dr. D. \_\_\_\_ vorgesehen sei. Gleichzeitig wurde ihr Gelegenheit für Einwendungen und Zusatzfragen gegeben. Die Rechtsvertreterin machte im Namen des Versicherten am 30. September 2020 von dieser Möglichkeit Gebrauch und beantragte der IV-Stelle innert erstreckter Frist die Durchführung einer Begutachtung durch die asim mit den Disziplinen Psychiatrie, Rheumatologie und weiteren sowie die Einholung der Behandlungsberichte des Spitals K. \_\_\_\_\_. In der Folge stoppte die IV-Stelle am 2. Oktober 2020 die bereits am 29. Oktober 2020 in Auftrag gegebene psychiatrische Begutachtung mit der Begründung, sie müsse aufgrund der Einwände des Versicherten prüfen, ob ein bidisziplinäres Gutachten angezeigt sei. Von diesem Schreiben erhielt die Rechtsvertreterin des Versicherten eine Kopie. Gleichentags forderte die IV-Stelle Dr. J. \_\_\_\_ auf, dass beigelegte Formular "Arztbericht: Berufliche Integration/Rente" auszufüllen. Dieser Aufforderung kam Dr. J. \_\_\_\_ am 15. Oktober 2020 nach. Da pract. med. E. \_\_\_\_ am 23.

März 2021 aufgrund des Berichts von Dr. J.\_\_\_\_ keinen Anlass sah, den Versicherten zusätzlich in rheumatologischer Hinsicht zu untersuchen, erfolgte lediglich eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_.

6.3.2 Es stellt sich die Frage, ob der Einwand des Versicherten, es sei anstelle einer monodisziplinären eine polydisziplinäre Begutachtung erforderlich, zulässig ist. Denn nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist bei mono- und bidisziplinären Begutachtungen nur im Falle zulässiger Einwendungen konsensorientiert vorzugehen (BGE 139 V 349 5.2.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 6. September 2013, 9C\_560/2013, E. 2.3). Gemäss KSVI Rz. 2076 kann die versicherte Person folgende formelle oder materielle Einwände gegen eine Begutachtung geltend machen: 1. Die begutachtende Person hat in der Sache ein persönliches Interesse; 2. Die begutachtende Person ist mit einer Partei in gerader Linie oder in der Seitenlinie bis zum dritten Grade verwandt oder verschwägert oder durch Ehe, Verlobung oder Kindesannahme verbunden; 3. Die begutachtende Person ist aus anderen Gründen in der Sache befangen; 4. Der begutachtenden Person fehlt es an der nötigen Fachkompetenz; 5. Es ist ein Gutachten aus einer anderen medizinischen Fachrichtung notwendig; 6. Der Sachverhalt ist genügend abgeklärt und die Einholung eines neuen Gutachtens ist nicht notwendig. Vorliegend legte das Kantonsgericht in seinem Urteil vom 12. März 2020 fest, dass eine rheumatologische Begutachtung - entgegen der Ansicht des Versicherten - nicht erforderlich sei. Es wies die IV-Stelle deshalb ausdrücklich an, lediglich ein psychiatrisches Gutachten einzuholen. Aufgrund der unmissverständlichen Anordnung des Kantonsgerichts ist das Vorbringen des Versicherten im vorliegenden Beschwerdeverfahren, er sei in einer oder mehreren medizinischen Fachrichtungen zu begutachten, nicht zulässig. Andere Einwände formeller oder materieller Natur brachte der Versicherte nicht vor, weshalb ein konsensorientiertes Vorgehen mit Erlass einer Zwischenverfügung nicht angezeigt war.

6.3.3 Daran ändert auch der Hinweis des Versicherten nichts, wonach die IV-Stelle die mit Schreiben vom 5. September 2019, 7. Mai 2020 und 18. August 2020 geltend gemachte Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes nicht behandelt habe und deshalb eine somatische Begutachtung angezeigt sei. Zum Zeitpunkt des Urteils des Kantonsgerichts vom 12. März 2020 lag das erste Revisionsgesuch vom 5. September 2019 bereits in den Akten. Das Kantonsgericht erkannte in Erwägung 5.1, dass eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes im Raum stehen könnte. Es verwies jedoch in diesem Zusammenhang unter Hinweis auf die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis auf das Neuanmeldungsverfahren. Die IV-Stelle behandelte im vorliegenden Verfahren das Revisionsgesuch des Versicherten, in dem es mit der Einholung des Berichts von Dr. J.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2020 die aktuelle somatische Situation abklärte. RAD-Arzt pract. med. E.\_\_\_\_ kam in seiner Stellungnahme vom 23. März 2021 zum Schluss, dass eine somatische Begutachtung nicht erforderlich sei. Gestützt auf diese Stellungnahme stellte sich die IV-Stelle implizit auf den Standpunkt, dass eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen und deswegen auf das Revisionsgesuch nicht einzutreten sei. Aufgrund dieser Ausgangslage hätte sie aber eine Verfügung erlassen müssen mit der Mitteilung, dass mangels Glaubhaftmachung der geltend gemachten Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes auf das Revisionsgesuch nicht eingetreten werden könne.

6.4.3 Von einer Rückweisung der Sache zum Erlass einer Nichteintretensverfügung an die IV-Stelle ist jedoch abzusehen. Denn eine Rückweisung würde zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen, die mit dem Interesse des Versicherten an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit weiteren

Hinweisen, BGE 137 I 195 E. 2.3.2, 136 V 117 E. 4.2.2.2). Gestützt auf die Berichte von Dr. J. \_\_\_\_ vom 16. Januar 2020 sowie vom 15. Oktober 2020 ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Versicherte im Vergleich zur Begutachtung im Spital C. \_\_\_\_ im November 2013 keine Verschlechterung seines somatischen Gesundheitszustands glaubhaft machen kann. So ergibt sich aus den Bericht von Dr. J. \_\_\_\_, dass sich das von den Gutachtern des Spitals C. \_\_\_\_ festgestellte Rückenleiden bei der Vorstellung bei Dr. J. \_\_\_\_ im Januar und Oktober 2020 nicht wesentlich verändert hat. Selbst der Versicherte sprach damals von gleichbleibenden Beschwerden. Dr. J. \_\_\_\_ stellte anlässlich der Konsultation vom 14. Januar 2021 keine wesentlichen neuen Diagnosen. Zwar zeigten die bildgebenden Untersuchungen eine akute Osteochondrosis intervertebralis auf der Höhe des LWK 4/5, einen Riss des Anulus fibrosus auf der Höhe des LWK 3/4 und eine Bandscheibenextrusion mit Einengung der Wurzel L4 ohne ersichtliche Nervenwurzelkompression. Den Riss des Anulus fibrosus und die Bandscheibenextrusion bezeichnete Dr. J. \_\_\_\_ jedoch als sehr gering. Im Zusammenhang mit der Osteochondrosis intervertebralis fand er auch nur eine lokale Druckdolenz paravertebralis und über dem Processi spinosi ohne sensomotorische Defizite vor (vgl. Bericht vom 16. Januar 2021). Wie aus seinem Bericht vom 15. Oktober 2020 zu erfahren ist, fand seither keine Konsultation mehr statt. Es ist deshalb mit Dr. H. \_\_\_\_ davon auszugehen, dass für den Versicherten hinsichtlich der Rückenproblematik kein Behandlungsbedarf bestand (vgl. Stellungnahme von Dr. H. \_\_\_\_ vom 7. Juli 2021). Da der Versicherte im Beschwerdeverfahren die Möglichkeit hatte, sich in Kenntnis der Berichte von Dr. J. \_\_\_\_ vom 16. Januar 2020 und 15. Oktober 2020 sowie der RAD-Stellungnahme vom 23. März 2021 zum Standpunkt der IV-Stelle zu äussern und das Kantonsgericht in der Prüfung der Tat- und Rechtsfragen in Sozialversicherungssachen frei ist (§ 7 VPO in Verbindung mit Art. 61 lit. c ATSG), ist die Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt zu betrachten (BGE 136 V 117 E. 4.2.2.2). Aus diesen Ausführungen ergibt sich gleichzeitig, dass aus somatischer Sicht aufgrund des gleichbleibenden Gesundheitszustandes kein Revisionsgrund vorliegt. 7.1. In psychiatrischer Hinsicht ging die IV-Stelle gestützt auf das Gutachten von Dr. D. \_\_\_\_ vom 13. April 2021 davon aus, dass beim Versicherten eine Aggravation bzw. eine Simulation vorliege. Dieser Auffassung ist zu folgen. Das Gutachten von Dr. D. \_\_\_\_ genügt den Anforderungen, die rechtsprechungsgemäss an den Beweiswert eines Arztberichts zur Beurteilung von Leistungsansprüchen im Sozialversicherungsrecht gestellt werden. Der Gutachter sichtete die ihm vorhandenen Akten, listete sie im Gutachten auf und erhob in allen Bereichen eine vollständige Anamnese (Familie, Kindheit, Schule, Lehre und Beruf). Er untersuchte den Versicherten nicht nur persönlich, sondern führte auch Labor- und testpsychologische Untersuchungen durch. Zudem berücksichtigte er die von vom Versicherten geltend gemachten Beschwerden und setzte sich mit den abweichenden medizinischen Beurteilungen auseinander. Seine Beurteilung erweist sich bezüglich der Schlussfolgerung, wonach er aufgrund der vorgetäuschten Beschwerden keine Diagnose stellen und die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilen könne, als einleuchtend. Aufgrund der vorliegenden Angaben von Dr. D. \_\_\_\_ muss vom Vorliegen einer Aggravation, ev. einer Simulation ausgegangen werden. So veranschaulichte er auf Seite 58 f. anhand von mehreren eindrücklichen Beispielen (vernachlässigte Körperpflege, aber vorhandene Fähigkeit, Taxi für die Untersuchung zu organisieren; stundenlanges Spielen von Geschicklichkeitsspielen auf dem Handy, was mit den präsentierten kognitiven Einschränkungen nicht in Einklang zu bringen sei; Angabe des Versicherten, keine Konflikte mit dem Gesetz zu haben, obwohl er mehrfach inhaftiert gewesen sei), weshalb

sich beim Versicherten mehrere Inkonsistenzen finden lassen. Der Gutachter wies weiter auf die Auffälligkeit hin, wonach der Versicherte funktionelle Einschränkungen bejahe, aber nicht in der Lage sei, ein alltägliches Beispiel hierfür anzugeben. Auf Seite 60 des Gutachtens wies Dr. D.\_\_\_\_ auf die Performancevalidierung im Alternativverfahren mit 84% Falschantworten hin; ein Antwortverhalten, welches unter dem Zufallsbereich liege. Aufgrund der Ergebnisse der Beschwerdevalidierung sei mit Sicherheit von einer Vortäuschung kognitiver Beschwerden auszugehen. Aus dieser schlüssigen fachärztlichen Beurteilung ergibt sich, dass die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind. Hinweise auf eine verselbstständigte, krankheitsbedingte psychische Störung sind nicht ersichtlich. Damit liegt keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 31. August 2018, 8C\_728/2017, E. 3.2.2 mit Hinweisen). Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass Dr. D.\_\_\_\_ von einem gleichbleibenden Gesundheitszustand seit der Begutachtung im Spital C.\_\_\_\_ spricht. Denn gemäss Rechtsprechung kann nicht nur eine direkt anspruchserhebliche tatsächliche Veränderung des Gesundheitszustands der versicherten Person zur Revision führen. Massgebend ist vielmehr das gesamte anspruchserhebliche Tatsachenspektrum. Die Änderung tatsächlicher Natur muss nur - aber immerhin - so beschaffen sein, dass sie sich rechtlich erheblich auf den laufenden Rentenanspruch auswirkt (vgl. Urteil vom 27. November 2017, 9C\_197/2017, E. 4.3.2). Dies trifft zu auf Tatsachen, die neu zum Ausschluss eines potenziell die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsschadens führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Juni 2021, 9C\_113/2021, E. 4.3 mit weiteren Hinweisen), was bei der vorliegenden Aggravation bzw. Simulation zweifellos gegeben ist.

7.2 Die Einwände des Versicherten vermögen die ausschlaggebende Beweiskraft des Gutachtens von Dr. D.\_\_\_\_ nicht zu schmälern. Er macht geltend, dass alle vorbehandelnden bzw. begutachtenden Fachärzte keine Hinweise für ein aggravatorisches Verhalten gefunden oder auch nur einen solchen Verdacht geäussert hätten. In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass - soweit aus den Akten ersichtlich - weder die behandelnden Psychiater (Dr. med. L.\_\_\_\_, Dr. med. M.\_\_\_\_, Dr. med. N.\_\_\_\_) noch die Ärzteschaft der I.\_\_\_\_ und der O.\_\_\_\_ Tests zur Validierung der geschilderten Beschwerden durchführten. Es ist daher davon auszugehen, dass sie sich bei ihren Einschätzungen zu sehr von den subjektiven Angaben des Versicherten leiten liessen. Sie sind jedenfalls nicht geeignet, an den eindeutigen und von Dr. D.\_\_\_\_ überzeugend begründeten Ergebnissen aus der Performancevalidierung zu zweifeln.

7.3 Weiter bringt der Versicherte vor, dass dem Gutachter der Bericht über die erste Hospitalisation in der O.\_\_\_\_ im Jahre 2017 nicht vorgelegen und er deshalb seine Beurteilung nicht in Kenntnis sämtlicher Akten vorgenommen habe. Es trifft zu, dass Dr. D.\_\_\_\_ keine Einsicht in den Bericht der O.\_\_\_\_ vom 2. März 2017 hatte. Aus diesem Bericht geht hervor, dass sich der Versicherte vom 24. Januar 2017 bis 20. Februar 2017 aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotischen Symptome, dort in stationärer Behandlung befunden habe. Er sei auf seinen Wunsch bei psychisch stabilisiertem Zustand nach Hause entlassen worden. Wenige Tage nach der Entlassung wurde er vom 27. Februar 2017 bis 19. April 2017 erneut in der O.\_\_\_\_ hospitalisiert. Den entsprechenden Bericht vom 10. Mai 2017 führte Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Aktenauszug auf. Wie die IV-Stelle zu Recht unter Verweis auf die RAD-Stellungnahme vom 2. Juli 2021 darlegt, dauerte die zweite Hospitalisation über knapp 2 Monate. Vom zweiten Bericht sind deshalb validere Informationen über Diagnostik und Verlauf der psychischen Beeinträchtigungen zu erwarten als beim ersten Bericht, der lediglich auf einer

zweiwöchigen Behandlungsdauer beruht. Dr. D.\_\_\_\_ konnte sich anhand des zweiten Berichts ein gutes Bild über den Gesundheitszustand des Versicherten während des ersten stationären Aufenthalts machen. Die Kenntnisnahme des ersten Berichts war unter diesen Umständen nicht zwingend erforderlich, nicht zuletzt auch deshalb, weil zwischen der ersten und zweiten Hospitalisation nur 7 Tage lagen. 7.4 Aus dem Einwand, dass keine testpsychologischen Unterlagen vorhanden seien, kann der Versicherte nichts zu seinen Gunsten ableiten. Dr. D.\_\_\_\_ führte in seinem Gutachten auf, welche testpsychologischen Zusatzuntersuchungen (Hamilton Depressions-Skala, Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen [Mini-ICF-APP] und Performancevalidierung im Alternativwahlverfahren) er durchführte und welche Ergebnisse sich daraus ergaben (vgl. Seiten 53 und 54). Dass er die Unterlagen zu den jeweiligen Testungen nicht beilegte, stellt keinen Grund dar, an der Zuverlässigkeit seiner Beurteilung zu zweifeln, liegt es doch am Experten, die Ergebnisse zu interpretieren. Zwar sind seine Ausführungen zu den Ergebnissen aus dem Mini-ICF-APP und der Hamilton Depressions-Skala knapp ausgefallen. Auf Seite 54 und 60 erklärt er aber, dass diese Ergebnisse aufgrund der Vortäuschung der Symptome nicht valide seien. Bei dieser Sachlage ist es nachvollziehbar, dass sich Dr. D.\_\_\_\_ mit den Ergebnissen aus dem Mini-ICF-APP und der Hamilton Depressions-Skala nicht vertieft auseinandersetzte. 7.5 Es ist dem Versicherten zuzustimmen, dass der Gutachter keine Diagnose stellte und der psychiatrische Befund spärlich ist. Weiter ist festzustellen, dass er sich mit den Diagnosen der rezidivierenden depressiven Störung sowie den narzisstischen und emotional instabilen Persönlichkeitszügen kaum befasste. Entgegen der Ansicht des Versicherte stellt dies aber keinen Mangel dar, sondern ist die logische Folge der durch den Versicherten manifestierten Inkonsistenzen. So konnte insbesondere wegen seines auffälligen Antwortverhaltens und seiner mangelhaften Mitwirkung des Versicherten (Vortäuschung von Schmerzen und psychischen Einschränkungen) während der Untersuchungssituation sein gesundheitlicher Zustand nicht abschliessend geklärt und eine valide Einschätzung seines Gesundheitszustandes und damit auch der Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt werden. Dieser Umstand ist dem Versicherten anzulasten. 7.6 Soweit der Versicherte vorbringt, das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ weise Widersprüche auf, kann ihm nicht gefolgt werden. Er weist dabei auf die Ausführungen des Gutachters hin, wonach die psychopharmakologische Behandlung beim behandelnden Psychiater, Dr. med. N.\_\_\_\_, nicht leitliniengerecht sei und eine ambulante Therapie der von Dr. N.\_\_\_\_ diagnostizierten schweren depressive Störung nicht mehr genüge, sondern eine stationäre Behandlung erfordere. Der Versicherte ist der Ansicht, dass diese Behauptungen im Widerspruch zur gutachterlichen Feststellung ständen, wonach er die Symptome bewusst vortäusche. Ein solcher Widerspruch kann jedoch nicht erblickt werden. Dr. D.\_\_\_\_ nahm zu den Behandlungsmassnahmen von Dr. N.\_\_\_\_ ausdrücklich unter dem Vorbehalt Stellung, dass eine rezidivierende Depression tatsächlich existiert. So führte er auf Seite 58 seines Gutachtens aus, dass nicht von einer leitliniengerechten Behandlung gesprochen werden könne, "wenn man unterstellt, dass tatsächlich eine rezidivierende Störung vorliege" bzw. "unter der Voraussetzung, dass eine rezidivierende depressive Störung vorhanden ist" und auf Seite 64 "Sollte jedoch tatsächlich eine depressive Symptomatik vorhanden sein", sei nicht von einer leitliniengerechten Behandlung auszugehen. 7.7 Das Vorbringen des Versicherten, wonach der Ausschluss der von den behandelnden Ärzten (Dr. N.\_\_\_\_, O.\_\_\_\_) diagnostizierten Persönlichkeitsstörung nicht nachvollziehbar sei, ist nicht stichhaltig. Dr. D.\_\_\_\_ setzte sich mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung auf Seite

62 seines Gutachtens auseinander und stellte fest, dass die hier erforderlichen diagnostischen Kriterien nicht erfüllt seien. So fehle es an einem tief verwurzelten, anhaltenden Verhaltensmuster, das sich in starren Reaktionen auf unterschiedlichen persönlichen Lebenslagen zeige. Zudem sei nicht erkennbar, dass die Symptomatik einer Persönlichkeitsstörung in der späten Kindheit oder in der Adoleszenz bereits begonnen habe. Ausserdem gebe es keine Hinweise, dass der Versicherte ausserhalb von Beziehungskonflikten zu vermehrten aggressiven Durchbrüchen tendiere. Daran ändern auch die Auszüge aus dem Strafregister nichts. Zwar ist diesen zu entnehmen, dass der Versicherte im Jahr 2002 wegen Gewalt und Drohung gegen Beamte zu einer bedingten Gefängnisstrafe von 10 Tagen verurteilt wurde. Aus den übrigen Auszügen kann jedoch nicht geschlossen werden, dass er ausserhalb von Beziehungen wiederholt zu aggressiven Ausbrüchen neigt. Aus einer einzigen Verurteilung wegen Gewalt und Drohung gegen einen Beamten kann nicht geschlossen werden, dass der Versicherte ausserhalb von Beziehungskonflikten wiederholt aggressiv reagiert. Dass Aggressionen beim Versicherten grundsätzlich nur im Zusammenhang mit Beziehungen auftreten, zeigt der Grund für den Abbruch der Begutachtung bei Dr. med. P.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, im Jahr 2014. Dr. P.\_\_\_\_ führte in seinem Schreiben vom 9. August 2013 aus, dass sich der Versicherte erst aggressiv verhalten habe, als er ihn zum Thema Arbeitsstelle und Familie befragt habe. 7.8 In gleicher Weise erklärte Dr. D.\_\_\_\_, weshalb nicht - wie von Dr. N.\_\_\_\_ diagnostiziert - von einer posttraumatischen Belastungsstörung im Zusammenhang mit dem Suizid seines Bruders ausgegangen werden könne. Auf Seite 61 seines Gutachtens legte er die entsprechenden diagnostischen Kriterien dar. Er kam zum Schluss, dass mindestens zwei von fünf Kriterien nicht erfüllt seien. Zum erforderlichen Vermeidungsverhalten hielt Dr. D.\_\_\_\_ auf Seite 48 fest, dass der Versicherte von sich aus sehr ausführlich die Situation zum Suizid des Bruders geschildert habe. Der Gutachter beschrieb sodann ausführlich, weshalb die Identifizierung des Bruders für den Versicherten sehr belastend gewesen sei. Auch in diesem Zusammenhang berichtete dieser von sich aus sehr detailliert, wie er den Bruder habe identifizieren müssen und wie dieser ausgesehen habe. Auf Seite 61 legte Dr. D.\_\_\_\_ dar, dass eine solche ausführliche Beschreibung des belastenden Ereignisses nicht mit einem Vermeidungsverhalten korreliere. Zudem sei der Versicherte in der Lage, sich an alle wichtigen Aspekte der Belastung zu erinnern. Nur das Datum des Ereignisses habe er nicht angeben können. Dieses Erinnerungsverhalten sei jedoch untypisch für posttraumatische Belastungsstörungen, bleibe doch in der Regel das Datum und weniger der Inhalt des Traumas in Erinnerung. Unter diesen Umständen ist es nachvollziehbar, dass Dr. D.\_\_\_\_ keine weiteren Abklärungen zum Vermeidungsverhalten vornahm. Des Weiteren wies er darauf hin, dass gemäss den Vorakten Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit und Wut sowie eine Verminderung der Konzentrationsfähigkeit nicht erst seit dem Suizid des Bruders beständen, weshalb das entsprechende diagnostische Kriterium nicht erfüllt sei. Für eine Hypervigilanz oder eine erhöhte Schreckhaftigkeit lägen keine Hinweise vor. Diese Ausführungen leuchten ein. 7.9 Aus dem Gesagten ergibt sich, dass keine konkreten Indizien vorliegen, welche die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. D.\_\_\_\_ vom 13. April 2021 in Zweifel ziehen würden. Gestützt auf seine plausible und klare Einschätzung ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Vortäuschung von Symptomen und Leistungseinschränkungen durch den Versicherten auszugehen. Die IV-Stelle stellte deshalb zu Recht auf das Gutachten ab. Aufgrund der Aggravation bzw. der Simulation ist keine versicherte Gesundheitsschädigung und somit kein Rentenanspruch gegeben. Die

Beschwerde ist deshalb abzuweisen. 8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm aufzuerlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist nun allerdings mit Verfügung vom 26. Oktober 2021 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 8.2 Gemäss Art. 61 lit. g Satz 1 ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Dem Prozessausgang entsprechend ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. In der Verfügung vom 26. Oktober 2021 ist ihm jedoch die unentgeltliche Verbeiständung mit seiner damaligen Rechtsvertreterin, Advokatin Ana Dettwiler, bewilligt worden, weshalb diese für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat in ihrer Honorarnote vom 17. Januar 2022 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 8,5 Stunden geltend gemacht, was sich als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind die geltend gemachten Auslagen in der Höhe von Fr. 111.10. Der Rechtsvertreterin ist demnach ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'950.55 (8,5 Stunden à Fr. 200.-- [vgl. § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003] und Auslagen von Fr. 111.10 inkl. 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. 8.3 Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird erkannt: ///

## **E. 2**

Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

## **E. 3**

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'950.55 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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