

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/533 vom 10. Januar 2000

Sg Versicherungsgericht, 2000-01-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_533

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/533 du 10 janvier 2000

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/533 del 10 gennaio 2000

Regeste

Art. 28 IVG, Art. 16 ATSG, Art. 43 Abs. 1 ATSG Die Würdigung der Gutachten und Berichte der behandelnden Ärzte hat ergeben, dass die Arbeitsfähigkeit weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, weshalb die Sache zur Neubegutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Juni 2017, IV 2014/533). Entscheid vom 21. Juni 2017 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterrinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Annemarie Haase Geschäftsnr. IV 2014/533 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Filiz-Félice Aydemir Séquin, Magnihalden 7, Postfach 14, 9004 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Einstellung) Sachverhalt

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Zusprache einer Rente der Invalidenversicherung liegt für den Zeitraum vor dem Erlass der leistungszusprechenden Verfügung ein mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ermittelter Sachverhalt und für den Zeitraum nach dem Erlass der Verfügung eine Prognose über die Entwicklung des künftigen Sachverhaltes zugrunde. Diese Prognose lautet in aller Regel, dass die im Verfügungserlass vorliegenden, stabilen tatsächlichen Verhältnisse sich in absehbarer Zeit nicht verändern werden. Tritt nach der Rentenzusprache eine Veränderung des Gesundheitszustandes ein, wird der rentenzusprechenden Verfügung für die Zeit nach dem Eintritt dieser Veränderung gewissermassen das Fundament entzogen, weil sich die der Verfügung zugrunde liegende Prognose des sich nicht verändernden Gesundheitszustandes ab diesem Zeitpunkt als überholt, nicht mehr plausibel und falsch erweist. Der Gesetzgeber hat den Sozialversicherungsträgern mit dem Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1; ATSG) ein Instrument zur Verfügung gestellt, mit dem sie auf eine solche Veränderung reagieren und die rentenzusprechende Verfügung für die Zukunft an diese Veränderung anpassen kann. 1.2 Der Beschwerdeführer hat ab dem 1. November 1999 eine ganze Rente der Invalidenversicherung bezogen. Der rentenzusprechenden Verfügung vom 9. Oktober 2001 hat die Prognose zugrunde gelegen, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer Anpassungsstörung mit anhaltender depressiver Reaktion in absehbarer Zukunft nicht mehr in der Lage sein werde, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Diese Prognose hat sich auf die multidisziplinäre Begutachtung durch die Klinik Valens vom 27. August 2001 und

insbesondere die Einschätzung des Psychiaters Dr. D. ___ gestützt (IV-act. 27), gemäss welcher sich im Zuge der körperlichen Beschwerden eine schwere depressive Symptomatik entwickelt habe, die das rein körperlich bedingte Beschwerdebild überlagert habe. Da Dr. D. ___ aus psychodynamischer Sicht davon ausgegangen ist, dass eine Rentenzusprache dazu führen werde, dass der Beschwerdeführer trotz seines medizinisch "legitimierten" Ausstiegs aus dem Arbeitsleben "vor seiner Familie das Gesicht wahren könne" und eine antidepressive Behandlung somit höhere Erfolgsaussichten habe, hat er eine erneute psychiatrische Standortbestimmung nach erfolgter antidepressiver Behandlung nach einem Jahr empfohlen (IV-act. 26). Eine solche hat jedoch erst im Jahr 2011 im Rahmen einer interdisziplinären Begutachtung durch die Klinik Valens stattgefunden. Sie hat ergeben, dass die im Jahr 2001 diagnostizierte Anpassungsstörung über die Jahre ohne eine spezifische Therapie abgeklungen ist, die seit 13 Jahren tiefgreifend konsolidierende Schmerzstörung jedoch weiterhin zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit führe (IV-act. 62). Während Dr. K. ___, der nach der Aufhebung der Renteneinstellungsverfügung mit der erneuten psychiatrischen Begutachtung des Beschwerdeführers beauftragt worden war, in seinem Gutachten vom 8. Juni 2013 ebenfalls weder eine Anpassungsstörung noch Anzeichen für eine depressive Reaktion beim Beschwerdeführer hat ausmachen können und zudem die Schmerzstörung als nicht invalidisierend qualifiziert hat, sind die behandelnden Ärzte der Klinik I. ___ davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer an einer mittel- bzw. schwergradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom leide (IV-act. 83, 104 f., 110).

1.3 Der Beschwerdeführer hat weiterhin einen Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern er im Wirkungszeitpunkt der angefochtenen Verfügung zu mindestens 40% invalid gewesen ist (Art. 28 Abs. 1 lit. c des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [SR 831.20; IVG]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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), zu dem Einkommen in Beziehung gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.4 Um eruieren zu können, ob sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprache massgeblich verändert hat und somit die Verfügung vom 20. Oktober 2014 zu Recht unter der Berücksichtigung einer neuen Prognose hat erlassen werden müssen, muss die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen.

E. 2

2.1 In psychiatrischer Hinsicht hat sich die Beschwerdegegnerin primär auf das Gutachten von Dr. K. ___ gestützt, gemäss welchem der Beschwerdeführer spätestens seit Februar 2011 voll arbeitsfähig ist. Dr. K. ___ hat angegeben, die im Jahr 2001 zur Berentung des Beschwerdeführers führende Anpassungsstörung sei seither kein Thema mehr gewesen und die chronische Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) habe keine Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer hat dazu festhalten lassen, die begutachtenden Ärzte der Klinik Valens hätten im Jahr 2011 einen seit 14 Jahren unveränderten medizinischen Sachverhalt festgestellt und seien deshalb weiterhin von einer ganzen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Sie hätten erklärt, rein unter Berücksichtigung des im Jahr 2001 dokumentierten Psychostatus sei davon auszugehen, dass der damals diagnostizierten Anpassungsstörung eine anhaltende leichte bis allenfalls mittelgradige depressive Verstimmung zugrunde gelegen habe. Da man interdisziplinär zu dem Schluss gekommen sei, dass eine vorübergehende Legitimierung der beklagten Beschwerden über eine Rentenzusprache dem dysfunktionalen Schmerzverarbeitungsmechanismus den Boden entziehen würde, habe man sie jedoch wie eine schwere depressive Verstimmung behandelt. Dr. K.____ habe also lediglich einen im Wesentlichen gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalt anders beurteilt, weshalb kein Revisionsgrund vorliege (act. G 1). Tatsächlich ist dem Gutachten der Klinik Valens aus dem Jahr 2001 jedoch einzig zu entnehmen, dass sich "im Zuge der körperlichen Beschwerden eine schwere depressive Symptomatik entwickelt habe". Von einer leichten bis mittelschweren depressiven Verstimmung ist nicht die Rede (IV-act. 26 f.). Dr. G.____ hat im Jahr 2011 erklärt, die Zusammenschau aller damals manifestierten Symptome, die Akten und die anamnestischen Angaben hätten die Gutachter im Jahr 2001 wohl dazu bewogen, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers unter Annahme einer "schweren depressiven Symptomatik" vorübergehend als zu 100% eingeschränkt zu bezeichnen. Entgegen der Interpretation des Beschwerdeführers ist Dr. G.____ also nicht davon ausgegangen, dass im Gutachten 2001 einzig mit Hinblick auf das Resultat, nämlich die vorübergehende Legitimierung des Ausstiegs aus der Arbeitswelt durch die Berentung, eine schwere depressive Symptomatik diagnostiziert worden wäre. Er hat vielmehr angenommen, dass diese Diagnose damals trotz des während der Begutachtung eher unauffälligen Psychostatus aufgrund weiterer Gründe gestellt worden ist. Der Beschwerdeführer hat weiter geltend machen lassen, die im Jahr 2001 diagnostizierte Anpassungsstörung stelle in symptomatischer Hinsicht nichts anderes dar als die im Jahr 2011 mit tiefgreifend konsolidierter Schmerzverarbeitungsstörung beschriebene Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die heute geläufige "somatoforme Schmerzstörung" sei damals nicht in Gebrauch gewesen (act. G 1 S. 11). Somit hat er sinngemäss geltend machen lassen, dass nicht nur im Gutachten der Klinik Valens aus dem Jahr 2011, sondern auch in jenem aus dem Jahr 2001 aufgrund einer somatoformen Schmerzstörung von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen worden sei. Dem Gutachten der Klinik Valens aus dem Jahr 2001 ist jedoch klar zu entnehmen, dass die Rentenzusprache aufgrund der damals bestehenden Anpassungsstörung, also der schweren depressiven Symptomatik, erfolgt ist. Dabei ist ausdrücklich festgehalten worden, dass eine solche "differenzialdiagnostisch eventuell auf einer somatoformen Schmerzstörung" (der Begriff ist demnach durchaus bereits in Gebrauch gewesen) basiere (vgl. IV-act. 26 S. 21). Über einen entsprechenden Zusammenhang ist also lediglich eine Vermutung aufgestellt worden. Da gestützt auf blosser Vermutungen keine Arbeitsfähigkeitsschätzungen angestellt werden können, muss davon ausgegangen werden, dass die Rentenzusprache im Jahr 2001 einzig und allein aufgrund der damals schwer depressiven Symptomatik erfolgt ist. Im Rahmen der Begutachtung durch die Klinik Valens im Jahr 2011 hat der Beschwerdeführer angegeben, er sei seit der Rentenzusprache im Jahr 2001 nur noch ein Mal bei einem Psychiater gewesen (IV-act. 62 S. 7). In den Akten findet sich kein Hinweis auf eine entsprechende Konsultation und auch sonst sind den Arztberichten bis zur erneuten

Begutachtung durch die Klinik Valens im Jahr 2011 keine Angaben zum psychischen Zustand des Beschwerdeführers zu entnehmen. Hätte nach der Berentung weiterhin eine schwere depressive Symptomatik bestanden, so wäre Dr. F.____ in seinen Berichten darauf eingegangen und der Beschwerdeführer hätte fachärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Dies ist jedoch nicht geschehen und auch Dr. G.____ hat im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung im Jahr 2011 keine Anpassungsstörung mehr feststellen können, sondern im Gegenteil erklärt, diese sei wohl im Laufe der Zeit abgeklungen (IV-act. 62 S. 59). Daher steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Begutachtung im Jahr 2011 (und wahrscheinlich bereits davor) nicht mehr unter der vormals mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten Anpassungsstörung gelitten hat. Somit hatte sich der medizinische Sachverhalt im Jahr 2011 gegenüber jenem im Jahr 2001 massgeblich verändert, womit Dr. K.____, dessen Diagnose und dessen Beschreibung der Beschwerdesymptomatik im Wesentlichen mit jenen des Gutachtens der Klinik Valens 2011 übereinstimmen, nicht wie vom Beschwerdeführer behauptet einen seit 14 Jahren gleichgebliebenen Gesundheitszustand anders beurteilt hat.

2.2 In ihren Gutachten haben Dr. K.____ und Dr. G.____ basierend auf dieselbe Diagnose abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzungen abgegeben. Dr. G.____ hat in seinem psychiatrischen Gutachten im Jahr 2011 festgehalten, der Beschwerdeführer sei, da er an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) leide, zu 100% arbeitsunfähig, während Dr. K.____ zu dem Schluss gekommen ist, die anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) führe nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit.

2.2.1 Dr. G.____ hat seine Einschätzung damit begründet, dass die Schmerzstörung sich über die rund 13 Jahre seit ihrem Entstehen tiefgreifend konsolidiert habe. Es sei nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer künftig befähigt sein werde, jene Willensanstrengung aufzubringen, die nötig wäre, um wieder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen oder auch nur jene Therapien in Angriff zu nehmen, die geeignet wären, seine körperlichen Beschwerden relevant zu lindern (IV-act. 62 S. 59 f.). Was Dr. G.____ mit der "tiefgreifenden Konsolidierung der Schmerzstörung" gemeint hat, ist nicht klar. Obwohl er ausgeführt hat, dass der Beschwerdeführer seit 13 Jahren seinen Alltag nach der Schmerzstörung ausgerichtet habe und sich nicht vorstellen könne, jemals anders zu leben als bisher, ist nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer nicht in der Lage sein sollte, den Willen aufzubringen, um trotz der durch die Schmerzstörung ausgeprägten Schmerzempfindungen einer Erwerbstätigkeit nachgehen zu können. Diesbezüglich sind insbesondere auch die aktuelleren Akten zu beachten. So hat der Beschwerdeführer gemäss den Behandlungseinträgen des Gesundheitszentrums Q.____ seit 2012 einmal wöchentlich die Wassergymnastik und Anfang des Jahres 2013 eine Physiotherapie besucht, gemäss dem Bericht vom 10. April 2014 u.a. an Ergotherapien und Physiotherapien und gemäss dem Bericht vom 9. September 2015 im Sommer 2015 an bewegungstherapeutischen Massnahmen teilgenommen. Entgegen der weitgehend unbegründeten Vermutung von Dr. G.____, der Beschwerdeführer könne nicht die Willensanstrengung aufbringen, die nötig wäre, um die zur Linderung seiner körperlichen Beschwerden geeignete Therapien in Angriff zu nehmen, ist dieser somit offenbar sehr wohl dazu imstande. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. G.____ vermag daher nicht zu überzeugen.

2.2.2 Dr. K.____ hat zu seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung ausgeführt, aufgrund der Inkonsistenzen in den Beschwerdeschilderungen, den Befunden und den anamnestischen Angaben während des gesamten Krankheitsverlaufs sowie der nicht authentischen Darstellung bei der Untersuchung bestünden Zweifel, dass die geltend gemachten Beschwerden und

Einschränkungen tatsächlich im geltend gemachten Ausmass vorlägen. Die Möglichkeit zu Aussagen über mögliche tatsächlich vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen und deren Quantifizierung sowie über Ressourcen falle daher schwer. Während nachvollziehbar sei, dass der Beschwerdeführer sich nicht wohl fühle, bestünden grosse Zweifel daran, dass das psychische Leiden eine relevante Leistungsbeeinträchtigung begründe. So wäre bei dem geschilderten Beschwerdeausmass zu erwarten gewesen, dass der Beschwerdeführer konkretere Angaben hätte machen können, als er es getan habe, und dass ihm seine Schmerzen, die sich nach eigenen Angaben auf der Schmerzskala bei 9 von 10 Punkten bewegt hätten, auch im normalen Gespräch anzumerken gewesen wären (IV-act. 110 S. 17). Dem Gutachten von Dr. K.____ ist in der Tat kein Hinweis auf eine solch prekäre Schmerzsituation zu entnehmen und auch die Ehefrau hat im Gespräch mit Dr. K.____ angegeben, dem Beschwerdeführer gehe es "heute mal gut", weshalb die Zweifel in Bezug auf die am Untersuchungstag beschriebenen Schmerzen durchaus nachvollziehbar sind. Weiter hat Dr. K.____ erklärt, es bestünden Unstimmigkeiten zwischen dem geltend gemachten Beschwerdeausmass und den beschriebenen Aktivitäten. So habe der Beschwerdeführer angegeben, einerseits täglich für mehrere Stunden spazieren zu gehen und andererseits nach wenigen hundert Metern eine Pause machen zu müssen und an einer Antriebsstörung zu leiden (IV-act. 110 S. 17). Hierzu hat der Beschwerdeführer bemerken lassen, dass er unter einer Zeitgitterstörung leide und deshalb nicht wie verlangt den Tag vor der Untersuchung, sondern irgendeinen Wunschtage schildert habe. Dies würde denn auch die Diskrepanz zur Aussage der Ehefrau erklären, der Beschwerdeführer sei am Vortage der Untersuchung gar nicht bzw. kurz spazieren gegangen und er habe keinen Besuch gehabt (IV-act. 119 S. 3 f.). Dr. P.____ vom RAD hat dazu erklärt, aus psychiatrischer Sicht gebe es keine Hinweise darauf, dass Beschwerdeführer anstelle des Vortages einen "Wunschtage" aus alten Zeiten schildert hätte oder dass eine Zeitgitterstörung vorläge (IV-act. 132). In der Tat ist von den behandelnden Ärzten nie von einer Zeitgitterstörung oder einer ähnlichen Gedächtnisstörung berichtet worden. Im Bericht vom 17. Januar 2012 ist sogar festgehalten worden, der Beschwerdeführer habe im Laufe des stationären Aufenthalts bald zuverlässig aus eigenem Antrieb tägliche Spaziergänge durchgeführt (IV-act. 104 S. 3). Es besteht also kein Grund, die Angaben des Beschwerdeführers in Bezug auf seinen Tagesablauf am Tag vor der Untersuchung in Zweifel zu ziehen, zumal die Aussagen seiner Ehefrau nicht völlig widerspruchsfrei gewesen sind. Abgesehen davon hat die Ehefrau nach Dr. K.____s Ansicht nicht in einer Weise von den Schmerzen des Beschwerdeführers berichtet, wie es beim vom Beschwerdeführer geltend gemachten Ausmass zu erwarten gewesen wäre. Aus ihren Schilderungen (der Beschwerdeführer sei zwar körperlich in der Lage, "etwas zu machen", "vom Kopf her jedoch nicht"; er könne sich nicht konzentrieren, bleibe nicht an den Sachen dran, ihm sei langweilig, er sei nicht zufrieden und habe keine Kraft) geht tatsächlich nicht hervor, dass die Schmerzen oder das Schmerzerleben des Beschwerdeführers der Grund für sein Nichtstun wäre. In der Vergangenheit hat der Beschwerdeführer im Rahmen einer Untersuchung bei Dr. med. Z.____, Physikalische Medizin FMH, im Jahr 2001 ein "inadäquates Verhalten mit demonstrativ leidendem Gebaren sowie eine Symptomausweitung" gezeigt (IV-act. 10 S. 3) und auch bei der im Jahr 2001 durchgeführten EFL hat aufgrund der nicht zuverlässigen Leistungsbereitschaft sowie der starken Selbstlimitierung keine funktionelle, ergonomisch sichere Leistungsfähigkeit definiert werden können (IV-act. 26 S. 26 ff.). Ebenso hat der Beschwerdeführer im Rahmen der EFL im Jahr 2011 eine "starke Selbstlimitierung" gezeigt (IV-act. 62 S. 40)

und auch Dr. C.____ hat im rheumatologischen Gutachten festgehalten, die klinische Untersuchung sei von einer deutlichen Selbstlimitierung mit Schon-/Vermeidungsverhalten und deutlichen Hinweisen auf eine Symptomausweitung geprägt gewesen (IV-act. 62 S. 35). Der Beschwerdeführer hat demgegenüber geltend machen lassen, er versuche stets, sich besser darzustellen, als er sei (act. G 1). In diesem Fall wäre jedoch zu erwarten gewesen, dass er im Rahmen der Begutachtung durch Dr. K.____ und auch in den vorherigen Untersuchungen seine in der Vergangenheit und zum Begutachtungszeitpunkt bestehenden Schmerzen eher heruntergespielt und nicht in einem offenbar nicht vorhandenen übermässigen Ausmass angegeben hätte. Gesamthaft liegen somit deutliche Hinweise dafür vor, dass stets eine grosse Differenz zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und seinem tatsächlichen Verhalten bzw. der Wirklichkeit bestanden hat und dass der Beschwerdeführer keine objektiv bestehenden Zustände angegeben hat, sondern dass eine Tendenz zu (unbewussten) Übertreibungen besteht.

2.2.3 In welchem Ausmass die Schmerzschilderungen des Beschwerdeführers als Aggravation zu qualifizieren sind, steht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, da Dr. K.____ nicht überzeugend hat begründen können, weshalb die diagnostizierte Schmerzstörung nicht zumindest zu einer teilweise eingeschränkten Arbeitsfähigkeit soll führen können. Aufgrund der vorhandenen Inkonsistenzen hat er keine Aussagen über mögliche tatsächlich vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen und Ressourcen machen können. Deshalb hat er sich in Bezug auf die Auswirkung der Störungen und Funktionsdefizite auf die bisherige Tätigkeit sehr vage geäussert, indem er einzig erklärt hat, es handle sich um einen "sekundären Krankheitsgewinn" und leistungsmindernde Auswirkungen von psychischen Funktionsdefiziten seien nicht nachweisbar (IV-act. 110 S. 19). Der RAD hat gestützt auf das Gutachten von Dr. K.____ unter Berücksichtigung der damals für pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder geltenden "Überwindbarkeitsvermutung" und der Ausnahmekriterien (vgl. BGE 130 V 352) festgestellt, dass die Schmerzstörung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermochte. Diese Praxis hat das Bundesgericht jedoch mit dem Leitentscheid BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 aufgehoben und neu einen Indikatorenkatalog konzipiert, der es im Einzelfall erlauben soll, die Vermutung der Validität zu widerlegen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4 S. 296 ff.). Da die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. K.____ in Hinblick auf die angegebene volle Arbeitsfähigkeit nicht genügend begründet worden ist und da die Einschätzung des RAD und auch jene von Dr. K.____ auf der mittlerweile überholten sogenannten "PÄUSBONOG"-Praxis basiert, steht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass die diagnostizierte Schmerzstörung die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflusst hat.

2.3 Während Dr. K.____ abgesehen von der Schmerzstörung keine weitere psychiatrische Diagnose hat feststellen können, haben die behandelnden Ärzte angegeben, der Beschwerdeführer leide seit der Renteneinstellung im September 2011 an einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode.

2.3.1 Der Beschwerdeführer hat geltend machen lassen, dass es ihm gelungen sei, Dr. K.____ mit seiner positiven Selbstdarstellung über seinen desolaten psychischen Zustand hinwegzutäuschen (IV-act. 119 S. 4). Demgegenüber hat Dr. P.____ vom RAD angemerkt, dass eine unter einer angeblich derart schwerwiegenden Depression leidende Person in der Regel keine Kapazitäten habe, sich derart zu verstellen (IV-act. 132). In Bezug auf seine Schmerzen hat der Beschwerdeführer nicht versucht, sich besser darzustellen (vgl. E.2.2). Da die Renteneinstellung einzig und allein infolge der eingereichten Arztzeugnisse mit Hinweis auf eine tiefgreifende depressive Symptomatik

aufgehoben worden ist, erscheint es nicht als überwiegend wahrscheinlich, dass der bereits dazumal anwaltlich vertretene Beschwerdeführer im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung, bei welcher insbesondere die Glaubwürdigkeit der Arztberichte hat geklärt werden sollen, versucht hätte, seine Depressivität zu verstecken und so die Angaben der Behandler zu "widerlegen". 2.3.2 Somit sind die entsprechenden Arztberichte auf ihre Nachvollziehbarkeit zu überprüfen. Nachdem der Beschwerdeführer sich vom 24. Oktober 2011 bis 5. Januar 2012 in stationärer psychiatrischer Behandlung befunden hat, ist er mit einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01), wieder entlassen worden (IV-act. 104). Dass der Beschwerdeführer kurz nach der Renteneinstellung vorübergehend mit einer Anpassungsstörung (Reaktion auf eine sehr ungünstige Veränderung der Einkommenssituation) reagiert hat, hat selbst Dr. K. ___ in seinem Gutachten für möglich gehalten (IV-act. 110 S. 16). Gemäss dem Bericht der psychiatrischen Klinik I. ___ vom 9. Januar 2013 soll der Beschwerdeführer allerdings auch noch zu Anfang des Jahres 2013 an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Syndrome (ICD-10 F32.2) gelitten haben. Dr. J. ___ hat in der Befunderhebung festgehalten, der Beschwerdeführer zeige deutliche Konzentrations- sowie leichte Aufmerksamkeitsstörungen, sein Denken sei in den Themen eingengt und gelegentlich umständlich und der Affekt sei deutlich gedrückt, deprimiert und leicht dysphorisch. Der Beschwerdeführer habe ein ausgeprägtes Insuffizienzgefühl, beschreibe eine innere Unruhe und sei zuweilen auch klagsam, jedoch nicht jammernd. Er präsentiere sich antriebsarm, anamnestisch berichte er von einer häufigen Antriebshemmung und seine Mimik und Gestik wirkten sparsam und teilweise reduziert. Zudem berichte der Beschwerdeführer weiterhin von Ein- und Durchschlafstörungen, deutlichem sozialen Rückzug sowie - wegen des lang andauernden depressiven Zustands - von zunehmenden Suizidgedanken (IV-act. 105). Auffällig ist, dass Dr. J. ___ vor allem die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers in die psychopathologische Befunderhebung übernommen hat (ausgeprägtes Insuffizienzgefühl, innere Unruhe, Antriebshemmung, Ein- und Durchschlafstörungen, sozialer Rückzug, Suizidgedanken werden beklagt). Wenige Monate später hat Dr. K. ___ beim Beschwerdeführer keine Depression mehr diagnostizieren können und berichtet, der Beschwerdeführer verhalte sich nicht authentisch, sondern oft demonstrativ leidend; er sei kaum kooperativ. Zur Befunderhebung hat Dr. K. ___ angegeben, die Konzentration und Aufmerksamkeit seien nicht vermindert, Denkstörungen nicht vorhanden, die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht wesentlich beeinträchtigt gewesen; der Beschwerdeführer sei affektiv auslenkbar gewesen. Über Zustände mit Gereiztheit und Rechthaberei habe der Beschwerdeführer ebenso gesprochen wie über Schlafstörungen und einen sozialen Rückzug. Der Antrieb sei während der Untersuchung nicht beeinträchtigt gewesen, Mimik und Gestik seien unauffällig und Suizidgedanken seien keine vorhanden (IV-act. 110 S. 13 f.). Die auf der Untersuchung vom 10. Mai 2013 basierende Befunderhebung unterscheidet sich grundlegend von jener von Dr. J. ___ vom Januar 2013. Zu dieser Diskrepanz hat Dr. K. ___ nach eigenen Angaben keine Stellung nehmen können, da er grosse Zweifel an der Authentizität der Beschwerdedarstellung der behandelnden Ärzte habe und sich aus deren Expertisen nicht schliessen lasse, mit welchen Worten der Beschwerdeführer seine Beschwerden beschrieben habe. Ausserdem seien die behandelnden Ärzte nicht ausreichend auf Inkonsistenzen eingegangen. Eine nähere Konsistenzprüfung wäre jedoch angesichts der aktuellen Situation (Gefährdung der Rente) naheliegend gewesen (IV-act. 110 S. 13, 19). Zwar ist Dr. K. ___ zuzustimmen, dass die behandelnden Ärzte die subjektiven

Angaben des Beschwerdeführers wohl in ihre Befunderhebungen übernommen haben, ohne die Möglichkeit einer Aggravation zu erwägen. Doch hat Dr. K. ___ umgekehrt nicht nachvollziehbar darlegen können, dass der Beschwerdeführer gegenüber den Behandlern in Bezug auf die angeblich vorhandene depressive Problematik aggraviert hätte. Angesichts der starken Diskrepanz zu der zum Begutachtungszeitpunkt vorliegenden aktuellsten Befunderhebung von Dr. J. ___ (und dies insbesondere in Bezug auf die Differenzen zwischen den erhobenen objektiven Befunden) ist die Begründung von Dr. K. ___ für seine Abweichung von allen bisherigen Berichten der behandelnden Ärzte und insbesondere jenem von Dr. J. ___ zu knapp und zu allgemein ausgefallen und damit ungenügend. Da Dr. J. ___ grösstenteils aufgrund der subjektiven Angaben der Beschwerdeführers zu der Überzeugung gelangt ist, der Beschwerdeführer leide an einer schweren depressiven Episode und da Dr. K. ___ seine davon abweichende Einschätzung nicht genügend begründet hat, steht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, ob beim Beschwerdeführer zum Begutachtungszeitpunkt eine depressive Symptomatik vorgelegen hat.

2.3.3 Im Bericht vom 10. April 2014 hat Dr. M. ___ die Diagnose "rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)" gestellt und berichtet, der Beschwerdeführer habe beim Klinikaustritt unter leichten Konzentrationsstörungen gelitten, sei im formalen Denken leicht verlangsamt, im Affekt leicht- bis mittelgradig deprimiert, hoffnungslos, leichtgradig affektarm und im Antrieb leicht reduziert gewesen (IV-act. 128). Dr. P. ___ vom RAD hat dazu ausgeführt, dass bei Klinikaustritt keine Hinweise für eine zumindest mittelgradige Ausprägung eines depressiven Zustandsbildes bestanden hätten (IV-act. 132). In der Tat ist nicht nachvollziehbar, wie die Befunderhebung im Bericht vom 10. April 2014 zu einer mittelschweren Diagnose hat führen können, da nur von leichten Einschränkungen die Rede gewesen ist. Dass Dr. N. ___ vom Spital O. ___ den Beschwerdeführer in ihrem Bericht vom 2. Mai 2014 psychisch und neurologisch als unauffällig beurteilt hat, wie Dr. P. ___ weiter hervorgehoben hat, vermag jedoch für sich allein nicht zu beweisen, dass der Beschwerdeführer zum Verfügungszeitpunkt nicht mittelgradig depressiv gewesen wäre. Schliesslich ist der primäre Behandlungszweck der Erysipel am Unterschenkel gewesen. Dennoch bestehen grundsätzlich Zweifel, ob der Beschwerdeführer im geltend gemachten Ausmass depressiv gewesen ist, da zu erwarten gewesen wäre, dass auch Dr. N. ___ in diesem Falle einen entsprechenden Vermerk in ihrem Bericht gemacht hätte. Auch die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte der Q. ___ vermögen nicht zu belegen, dass der Beschwerdeführer tatsächlich an einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode gelitten hat. Die behandelnde Ärztin ist keine psychiatrische Fachperson gewesen und hat sich lediglich auf die vorhandenen Berichte der Klinik I. ___ sowie die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers gestützt ("seine Depression sei schlimmer geworden", "er brenne innerlich wie ein Vulkan", "er spüre Anspannung, Wut, Aggression, Verzweiflung", "er habe wirklich vorgehabt, dem Ganzen ein Ende zu setzen", "Patient in Schwarz gekleidet"). Aufgrund der Differenzen zwischen den Befunderhebungen und Diagnosen, der Übernahme der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers in die Befunderhebungen, der fehlenden Auseinandersetzung mit einer allfälligen Aggravationsgefahr sowie der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung erfahrungsgemäss dazu neigen, zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353; EVG-Urteil vom 5.4.2004 S. 4 [I 814/03]) kann auch auf die Berichte und Einschätzungen der behandelnden Ärzte nicht abgestellt werden. Der psychiatrische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers steht damit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest.

E. 3

In somatischer Hinsicht hat sich die Beschwerdegegnerin auf das rheumatologische Fachgutachten von Dr. C.____ im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung durch die Klinik Valens im Jahr 2011 gestützt. Wie im Jahr 2001 hat Dr. C.____ im Jahr 2011 (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) ein chronisches Panvertebralsyndrom mit einer Lumboischialgie linksbetont und einer Zervikozephalgie (ICD-10 M54.8) diagnostiziert (IV-act. 62). Der Beschwerdeführer hat jedoch geltend gemacht, es seien neue MRI-Aufnahmen nötig, da seit 2007 ein Verdacht auf eine Nervenwurzelreizung C7/C8 sowie seit 2011 eine osteodiskäre Diskushernie bestehe (act. G 1). Bei der Begutachtung im Jahr 2011 sind Röntgenbilder von der Hals- und Lendenwirbelsäule und vom Knie sowie eine Beckenübersicht angefertigt worden. Da bei der klinischen Untersuchung u.a. weder lumbal noch zervikal motorische Ausfälle vorhanden gewesen sind, ist Dr. C.____ trotz der seit 2007 bestehenden zervikoradikulären Reizung C7/C8 und unter Berücksichtigung der aktuellen und der alten Röntgenbilder zum Schluss gekommen, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich im Vergleich zur Begutachtung im Jahr 2001 nicht arbeitsfähigkeitsrelevant verschlechtert (vgl. IV-act. 62 S. 31 f.). Im Rahmen der EFL vom 7./8. Februar 2011 hat der Beschwerdeführer dieselbe Leistungsfähigkeit gezeigt wie in der EFL vom 19. April 2001 und auch seine bei den verschiedenen Tests erzielten Werte sind weitgehend unverändert gewesen (IV-act. 62 S. 40). Insgesamt ist im Rahmen der sorgfältigen und umfassenden Begutachtung durch die Klinik Valens im Jahr 2011 nachvollziehbar dargelegt worden, dass der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gleich geblieben ist. Allerdings ist die angefochtene Verfügung erst drei Jahre später erlassen worden. Nichts deutet darauf hin, dass die in der Replik geltend gemachten, seit Sommer 2014 zunehmenden Gelenkbeschwerden bereits zum Verfügungszeitpunkt ein arbeitsfähigkeitsrelevantes Ausmass angenommen hätten. Schliesslich hat der behandelnde Arzt des Gesundheitszentrums Q.____ am 25. November 2014 lediglich einen Verdacht auf ein beginnendes Polyarthrosis-Syndrom diagnostiziert (act. G 13.2). Ebenso wenig ist von einer von Dr. X.____ beschriebenen deutlichen und allenfalls arbeitsfähigkeitsrelevanten Zunahme der bereits vor 2006 bestehenden chronischen Cephalgie whs. multifaktoriellen Ätiologie seit 2014 auszugehen (act. G19.1.3 S. 1 ff). Der Beschwerdeführer hat zwar im Juni 2014 von "starken Kopf- und Rückenschmerzen" berichtet und im Juli 2014 abermals über Kopfschmerzen in Verbindung mit einem grippalen Infekt geklagt (act. G 13.2), doch lassen sich in den Vorakten abgesehen davon keinerlei Hinweise auf starke Kopfschmerzen beim Beschwerdeführer finden. Vom Zeitpunkt der Begutachtung bis zum Verfügungserlass hat der Beschwerdeführer keine neuen somatischen Beschwerden geltend gemacht. Zwar ist beim Beschwerdeführer am 27. Februar 2014 eine transthorakale Echokardiografie durchgeführt worden, doch ist hier ausser einem Verdacht auf eine supralvalvuläre Aortenstenose nichts Aussergewöhnliches aufgefallen (IV-act. 128 S. 21). Auch nach der Behandlung des Erysipels vom 17. bis 22. April 2014 ist der Beschwerdeführer in einem "guten Allgemeinzustand" entlassen worden (IV-act. 131). Allerdings hat der Beschwerdeführer MRI-Aufnahmen der Wirbelsäule vom 2. Dezember 2016 eingereicht (act. G19.1.3 S. 10 f.). Diese sind zwar zwei Jahre nach Verfügungserlass angefertigt worden, doch sie sind damit dem Verfügungszeitpunkt immer noch näher als die drei Jahre vor Verfügungserlass durch die Klinik Valens angefertigten Röntgenaufnahmen. Ob sich daraus aber eine zusätzliche arbeitsfähigkeitsrelevante Einschränkung ergibt, steht nicht

fest. Der Beschwerdeführer hat bereits vor der Begutachtung durch die Klinik Valens im Jahr 2011 über starke Rückenschmerzen geklagt und Spritzen und Schmerzmittel gegen die Rückenschmerzen bekommen (vgl. auch act. G 1.1.5, G 13.2). Diese haben jedoch im Rahmen der Begutachtung durch die Klinik Valens im Jahr 2011 in Bezug auf ihr Ausmass nicht anhand des somatischen Beschwerdekerns objektiviert werden können. Allein gestützt auf das gleichbleibend sehr starke Schmerzempfinden des Beschwerdeführers kann also nicht zwingend auf einen gleichbleibenden somatischen Zustand abgestellt werden. Es ist vielmehr durchaus möglich, dass sich der Zustand des Rückens des Beschwerdeführers trotz der nach aussen hin gleichbleibend beklagten Schmerzen bereits im Verfügungszeitpunkt relevant von dem auf den Röntgenbildern im Jahr 2011 gezeigten Zustand unterschieden hat. Auch der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hat daher zum Verfügungszeitpunkt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestanden.

E. 4

Gesamthaft hat der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zum Verfügungszeitpunkt nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestanden. Der Sachverhalt erweist sich folglich als ungenügend abgeklärt, weshalb die angefochtene Verfügung vom 20. Oktober 2014 in Verletzung der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ergangen und deshalb als rechtswidrig aufzuheben ist. Da es nicht die Aufgabe des Versicherungsgerichtes sein kann, ein Versäumnis hinsichtlich der ureigensten Aufgabe der Beschwerdegegnerin, nämlich der Sachverhaltsabklärung, nachzuholen, ist die Sache zur weiteren Abklärung, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dazu hat die Beschwerdegegnerin eine interdisziplinäre Begutachtung in Auftrag zu geben, wobei sie darauf zu achten hat, dass die beauftragten Gutachter sich der erhöhten Wahrscheinlichkeit aggravierender Angaben des Beschwerdeführers bewusst sind. Mit einer psychiatrischen Verlaufsbegutachtung ist die Frage zu beantworten, wie sich die psychiatrische Diagnose und Einschätzung der Krankheitsentwicklung seit Erlass der angefochtenen Renteneinstellungsverfügung vom 20. Oktober 2014 darstellt. Weiter ist im Rahmen einer psychiatrischen Fachbegutachtung der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2011 anhand der bisherigen Arztberichte und der Begutachtung selbst (unter Berücksichtigung der Tatsache, dass nun nicht mehr die "PÄUSBONOG-Praxis" gilt) zu beurteilen. In einem somatischen Teilgutachten sind zudem insbesondere die Rückenbeschwerden und Gelenkschmerzen des Beschwerdeführers mit Hinblick auf eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu untersuchen und zu beurteilen.

E. 5

Im Sinne eines obiter dictum ist für den zukünftigen Einkommensvergleich darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer zuletzt im Jahr 1999 als Hilfsarbeiter in der Produktion bei der B. ___ AG ein Einkommen erzielt hat (IV-act. 5) und eine Nominallohnanpassung nach so langer Zeit keinen Sinn mehr machen würde. Daher dürfte zur Bestimmung des Valideneinkommens auf das durchschnittliche Hilfsarbeitereinkommen abzustellen sein. Auf derselben Grundlage dürfte auch das Invalideneinkommen zu bestimmen sein, da nicht davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer, der in der Schweiz stets als Hilfsarbeiter tätig gewesen ist, als Invaliden eine leidensangepasste qualifizierte Berufstätigkeit ausüben könnte. Da die Invalidenkarriere also wohl der Validenkarriere entspricht, dürfte der Invaliditätsgrad

allenfalls unter Berücksichtigung eines sogenannten Tabellenlohnabzugs anhand eines Prozentvergleichs zu bestimmen sein.

E. 6

6.1 Hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen gelten die Aufhebung einer Verfügung und die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung rechtsprechungsgemäss als ein vollständiges Obsiegen der Beschwerde führenden Person. Die gemäss dem Art. 69 Abs. 1 bis IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten sind folglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2 Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten. Die Parteientschädigung 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 dem Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat eine Honorarnote von Fr. 3'976.13 eingereicht, wobei sie diesen Betrag anhand des bei unentgeltlicher Prozessführung reduzierten Stundenansatzes von Fr. 200.-- bemessen hat (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [sGS 963.70] i.V.m. Art. 24 Abs. 1 der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten [sGS 963.75]). Unter Berücksichtigung des ausserhalb der unentgeltlichen Prozessführung geltenden durchschnittlichen Stundenansatzes von Fr. 250.-- hätte das Honorar Fr. 4'931.28 betragen. Zur Begründung für die Überschreitung der für ein IV-Beschwerdeverfahren üblichen Fr. 3'500.-- hat die Rechtsvertreterin angeführt, es habe sich um einen mittelschweren Fall mit nicht unbeachtlicher Aktenmenge und doppeltem Schriftenwechsel und Nachreichung von Akten gehandelt (act. G 16.3). Dazu ist anzumerken, dass die Rechtsvertreterin den Beschwerdeführer bereits seit 2011 vertreten hat und ihr somit der Grossteil der Akten bereits bekannt gewesen ist, weshalb das umfangreiche Aktendossier keinen überdurchschnittlichen Vertretungsaufwand zu begründen vermag. Auch ist der konkrete Fall auf die Fragestellung, ob der Beschwerdeführer nach wie vor einen Rentenanspruch hat, beschränkt gewesen, weshalb gesamthaft trotz des doppelten Schriftenwechsels und der zusätzlich eingereichten Akten von einem durchschnittlichen Vertretungsaufwand auszugehen ist und in Abweichung von der Kostennote eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- als angemessen erscheint. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 20. Oktober 2014 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- auszurichten.

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