

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/111 vom 26. Mai 2021**

Sg Versicherungsgericht, 2021-05-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2019\\_111](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_111)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/111 du 26 mai 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/111 del 26 maggio 2021

## **Regeste**

Art. 17 ATSG; Art. 28 IVG. Der Beschwerdeführer ersuchte um Erhöhung seiner Rente. Im Verlauf des Revisionsverfahrens kamen zwei Gutachten zum Schluss, dass zufolge von Inkonsistenzen ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit objektiviert sei. Gestützt darauf stellte die Beschwerdegegnerin die bisher halbe Rente zu Recht ein (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Mai 2021, IV 2019/111).

## **Volltext**

Entscheid vom 26. Mai 2021 Besetzung Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2019/111 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Anwaltskanzlei St. Jakob, St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Einstellung) Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter), beantragte erstmals am 23. Dezember 2004 bei der Invalidenversicherung (IV) Leistungen (IV-act. 4). Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtete den Versicherten im Auftrag der damals zuständigen IV-Stelle des Kantons Zürich psychiatrisch und diagnostizierte dabei eine rezidivierende depressive Störung, schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.3), eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10: F60.30), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sowie eine rezidivierende Suizidalität (Gutachten vom 7. Mai 2006, IV-act. 23). Gestützt darauf sprach die IV-Stelle des Kantons Zürich dem Versicherten mit Verfügung vom 9. November 2006 und Wirkung ab 1. November 2005 eine ganze Rente zu (IV-act. 39). Auf Hinweis der Stadtpolizei St. Gallen, wonach der Versicherte in einem C.\_\_\_\_ arbeite (IV-act. 44), eröffnete die nunmehr zuständige IV-Stelle des Kantons St. Gallen am 16. August 2007 ein Revisionsverfahren (IV-act. 47). Sie ordnete zunächst am 21. September 2007 die Einstellung der Rente wegen Verletzung der Mitwirkungspflicht (IV-act. 55) und am 15. November 2007 deren Weiterausrichtung während des Revisionsverfahrens an (IV-act. 73). RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchte den Versicherten am 13. März und 30. Mai 2008 und kam zum Schluss, in adaptierten Tätigkeiten sei eine Präsenz von zweimal drei Stunden täglich mit einer Leistungsminderung von 30 % zumutbar (Bericht vom 4. Juli 2008, IV-act. 81, entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von rund 50 %). Mit Verfügung vom 18. November 2008 reduzierte die IV-Stelle die bisher ganze auf eine halbe Rente (IV-act. 89 f.). Ein weiteres, am 10. September 2009 eröffnetes amtliches

Revisionsverfahren (IV-act. 95) schloss die IV-Stelle am 21. Januar 2010 mit der Mitteilung ab, dem Versicherten die bisherige Invalidenrente unverändert weiterhin auszurichten (IV-act. 104). Vom 23. Dezember 2010 bis 3. Februar 2011, vom 13. Februar bis 19. April 2013 und vom 10. Dezember 2013 bis 6. Februar 2014 wurde der Versicherte in der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ stationär sowie ab 6. Mai 2013 und ab 10. Februar 2014 tagesklinisch behandelt (IV-act. 121 f.; Austrittsbericht vom 28. April 2013, IV-act. 117; Austrittsbericht vom 10. August 2015, IV-act. 149-27 ff.). Unter deren Mitwirkung ersuchte er am 28. Februar 2014 um Revision seiner Rente (IV-act. 121 f.). Med. pract. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Arztbericht vom 5. August 2014 (Posteingang) fest, im Befund liessen sich eine verlangsamte Psychomotorik, gehemmtes Denken, mangelndes Interesse, Anhedonie, Antriebsarmut, anhaltende Müdigkeit und reduzierte Belastbarkeit sowie Insuffizienzgefühle erheben. Der Versicherte habe selbst mit (dem Erhalt) der Tagesstruktur Probleme. Er sei seit Behandlungsbeginn am 6. Dezember 2012 zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 125). RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin mit Fähigkeitsausweis psychosomatische und psychosoziale Medizin, nahm am 18. September 2014 Stellung, aufgrund der vorliegenden Arztberichte sei von einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten seit etwa Herbst/Ende 2012 und davon auszugehen, dass eine gutachterliche Abklärung zu keinem anderen Resultat führe (IV-act. 126). Die zuständige IV-Sachbearbeiterin legte den Fall erneut dem RAD vor, nachdem sie im Internet auf Kontaktanzeigen und Fotos, die auf ein höheres als das geltend gemachte Aktivitätsniveau schliessen liessen, gestossen war (RAD-Anfragen vom 10. Januar 2015, IV-act. 133, und vom 17. Juli 2015, IV-act. 134). RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 21. Juli 2015 Stellung, es sei eine Verlaufsbeurteilung angezeigt (IV-act. 134). Vom 1. September bis 1. Oktober 2015 war der Versicherte erneut in stationärer Behandlung in der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ (Austrittsbericht vom 28. Oktober 2015, IV-act. 147). Im Gutachten vom 29. Dezember 2015 (Untersuchung 28. September 2015, IV-act. 149) kam Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, zum Ergebnis, bei der Untersuchung hätten sich so viele Inkonsistenzen ergeben, dass trotz der zahlreichen bisher vorhandenen Expertisen mit psychiatrischen Diagnosen keine Befunde oder Merkmalkriterien nachweisbar gewesen seien, die eine spezifische psychiatrische Krankheit nach der gängigen Klassifikation ergeben würden (IV-act. 149-17). Er sei überzeugt, dass ein psychiatrisches Leiden bestehe und dass die Lebensqualität des Beschwerdeführers mindestens zeitweise schlecht sei. Wahrscheinlich seien auch gesundheitlich bedingte Funktionsstörungen vorhanden. Wegen der Inkonsistenzen habe er aber nicht eruieren können, welcher Art und welchen Ausmasses diese vorhanden seien (IV-act. 149-18, 21). RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, äusserte am 27. April 2016, zumindest ab September 2015 (Untersuchungszeitpunkt Gutachten) sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen (IV-act. 150). Am 23. Mai 2016 musste sich der Versicherte einer Dekompression LWK 4/5 unterziehen (Austrittsbericht Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG] vom 2. Juni 2016, IV-act. 163-71). Der Rechtsdienst der IV-Stelle nahm am 28. Juni 2016 Stellung, der Versicherte sei unter Hinweis auf die Mitwirkungspflicht und deren Sanktionierung erneut zu begutachten (IV-act. 151-4). Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. L.\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, wiesen in ihrem Gutachten vom 12. Januar 2017 (Untersuchungen vom 27. Oktober, 18. November sowie 8. Dezember

2016, IV-act. 163) ebenfalls auf verschiedene Inkonsistenzen hin (IV-act. 163-58 f., 83). Dr. K.\_\_\_\_ führte aus, der Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, diese sei nun aber seit einiger Zeit remittiert. Aktuell könne keine depressive Episode diagnostiziert werden, so dass sich aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen lasse (IV-act. 163-60). Es könne rückwirkend nicht gesagt werden, von wann bis wann und allenfalls in welcher Ausprägung in den letzten Jahren eine depressive Episode bestanden habe, weil der Beschwerdeführer in der aktuellen Abklärung wie auch bei der letzten Begutachtung stark aggraviert habe, sodass man davon ausgehen müsse, dass er dies auch in der Vergangenheit gelegentlich gemacht habe (IV-act. 163-65). RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ nahm am 23. Januar 2017 Stellung, es sei zu einer Remission der rezidivierenden depressiven Störung gekommen. Der genaue Zeitpunkt der Besserung sei retrospektiv nicht festzulegen und sei somit ab letztem Untersuchungsdatum (18. Dezember 2016; richtig wohl: 8. Dezember 2016) anzunehmen (IV-act. 164). Die IV-Stelle informierte den Versicherten mit Schreiben vom 27. März 2017, der Anspruch auf die bisherige Rente sei nicht mehr gegeben, da er zu 100 % arbeitsfähig sei. Vor der Aufhebung der Rente seien berufliche Eingliederungsmassnahmen durchzuführen (IV-act. 167). Am 16. Januar 2018 reichte der Versicherte ein neues Leistungsgesuch ein (IV-act. 199), welches er mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes begründete (vgl. IV-act. 210-2 und IV-act. 211). Am 8. Januar 2018 musste der Versicherte bei L5-Nervenwurzelkompression rechtsrecessal (MRI LWS vom 19. Oktober 2017, IV-act. 197-3) eine Dekompression L4/5 rechts vornehmen lassen (Austrittsbericht Klinik für Neurochirurgie KSSG vom 15. Januar 2018, IV-act. 200; Operationsbericht IV-act. 201-6). Nachdem gemäss Arztbericht der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 11. März 2018 aus neurochirurgischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestand (IV-act. 201-2 ff.), sprach die IV-Stelle dem Versicherten Arbeitsvermittlung zu (Mitteilung vom 15. März 2018, IV-act. 203). Die Eingliederungsverantwortliche schloss am 7. Juni 2018 ihren Fall ab, da sich der Versicherte maximal zu 50 % in geschütztem Rahmen arbeitsfähig fühle (IV-act. 210). Die IV-Stelle wies mit Mitteilung vom 8. Juni 2018 das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 212) und gewährte ihm mit Vorbescheid vom 20. Juli 2018 das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Einstellung der Invalidenrente (IV-act. 218). Hierzu nahmen am 23. Juli 2018 med. pract. M.\_\_\_\_, Praktischer Arzt (IV-act. 219), und darauf am 21. August 2018 RAD-Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin, Stellung. Sie verwies dabei auf ihre frühere Stellungnahme vom 18. Juli 2018, wonach ab Mai 2018 bis 17. Juli 2018 von einer 50%igen und danach in leichten wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Einnahme von Zwangshaltungen der Wirbelsäule von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (IV-act. 216, IV-act. 225). Der Versicherte erhob am 11. September 2018 gegen den Vorbescheid vom 20. Juli 2018 Einwand und machte im Wesentlichen geltend, seit der Begutachtung durch Dr. K.\_\_\_\_ vor 21 Monaten habe sich seine psychische Erkrankung wieder verschlechtert (IV-act. 226-1). Am 15. Oktober 2018 nahm med. pract. F.\_\_\_\_ zum Gutachten Stellung (IV-act. 230). Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, informierte die IV-Stelle am 19. Oktober 2018 über eine für den 3. Januar 2019 geplante kniearthroskopische Behandlung unter anderem einer Meniskusverletzung, von welcher der Versicherte schliesslich Abstand nahm. Er attestierte dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 19. Oktober 2018 für zwei Wochen, danach sei er 0 % arbeitsunfähig (vgl. dazu MR Knie rechts vom 26. September 2018, IV-act. 238-6; ärztliche Bestätigung vom 19. Oktober 2018,

IV-act. 234-1; Arztbericht vom 12. November 2018, IV-act. 238; Verlaufsbericht vom 4. März 2019, IV-act. 240). RAD-Ärztin Dr. N.\_\_\_\_ hielt am 5. November 2018 fest, med. pract. F.\_\_\_\_ nehme zum Gutachten und nicht zum aktuellen medizinischen Sachverhalt Stellung. Neue Tatsachen würden nicht dargelegt (IV-act. 236). Am 27. März 2019 äusserte sie sich zur Knieproblematik, nachdem der Versicherte auf den Eingriff verzichtet habe und keine weiteren Konsultationen stattgefunden hätten, liege ab 1. November 2018 gemäss Bericht von Dr. O.\_\_\_\_ (Arztbericht vom 12. November 2018, IV-act. 238) eine volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit vor (IV-act. 241). Mit Verfügung vom 28. März 2019 stellte die IV-Stelle die Rente auf Ende des folgenden Monats ein. Zum Bericht von med. pract. M.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2018 hielt sie fest, es handle sich um den bereits bekannten medizinischen Sachverhalt. Der Bericht von med. pract. F.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2018 ändere nichts an der bisherigen Beurteilung, da es sich lediglich um eine Stellungnahme zum Gutachten handle. Medizinische neue Tatsachen würden nicht dargelegt. Somit könne an der bisherigen Beurteilung aus psychiatrischer Sicht festgehalten werden. Die aufgrund der Meniskusläsion attestierte Arbeitsunfähigkeit sei nur von kurzer Dauer. Zwischenzeitlich liege wieder eine volle Arbeitsfähigkeit für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Einnahme von Zwangshaltungen der Wirbelsäule oder hockenden und knienden Positionen sowie ohne häufige Benutzung von Leitern und Treppen und ohne Begehen von unebenem Gelände vor (IV-act. 242). Gegen die Verfügung vom 28. März 2019 lässt A.\_\_\_\_, vertreten durch Fürsprecher lic. iur. D. Küng, am 13. Mai 2019 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge vollumfänglich aufzuheben. Es sei ihm eine ganze Invalidenrente spätestens ab März 2014 zuzusprechen und zu entrichten, zumindest aber die bisherige halbe Invalidenrente zu belassen. Subeventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Prozedur zu weiterer Abklärung und anschliessender Neuverfügung zurückzuweisen. Weiter sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen. Entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin habe sich sein Gesundheitszustand nicht verbessert, sondern verschlechtert. Der behandelnde Facharzt med. pract. F.\_\_\_\_ lege schlüssig und nachvollziehbar dar, weshalb auf die Einschätzungen von Dr. I.\_\_\_\_, Dr. K.\_\_\_\_ und des neuropsychologischen Gutachters nicht abgestellt werden könne. Aufgrund der langjährigen Behandlung seien die Einschätzungen von med. pract. F.\_\_\_\_ verlässlich. Gemäss diesem würden die von ihm geschilderten Beschwerden von den Gutachtern in auf Voreingenommenheit deutende Weise systematisch diskreditiert, relativiert, verharmlost und im Lichte der Aggravation dargestellt. Weiter attestierten auch die Ärzte der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ und der Hausarzt Einschränkungen. Entgegen der Ansicht von Dr. K.\_\_\_\_ sei die Depression nicht remittiert gewesen. Zwischen der Begutachtung (Oktober/November 2016) und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. März 2019 seien beträchtlich mehr als zwei Jahre vergangen. Auch aufgrund der somatischen Beschwerden sei es ihm nicht möglich, ein Einkommen zu erzielen. Die Auswirkungen der Rückenbeschwerden würden von der Beschwerdegegnerin zu Unrecht nicht berücksichtigt (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Beim Beschwerdeführer liege eindeutig aggravatorisches Verhalten vor, das nicht auf eine krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen sei. Es sei somit von vornherein nicht von einer invalidisierenden psychischen Erkrankung auszugehen. Es gebe keinen Hinweis auf Voreingenommenheit der Gutachter. Med. pract. F.\_\_\_\_ stütze seine Arbeitsfähigkeitsschätzung schwergewichtig auf die Schilderungen des Beschwerdeführers statt auf objektive Faktoren ab. Zudem sei der

Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung überwiegend zugunsten ihrer Patienten aussagen würden. Die Berichte der behandelnden Ärzte enthielten keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Es sei auf die Gutachten der Dres. I.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ abzustellen, weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Entsprechend den RAD-Stellungnahmen ergäben sich keine Anhaltspunkte, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung durch Dr. K.\_\_\_\_ verschlechtert habe. Gemäss Untersuchungsbericht des RAD vom 4. Juli 2008 habe damals eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vorgelegen. Demgegenüber würden von den Gutachtern Dres. I.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestiert. Somit habe sie die IV-Rente zu Recht eingestellt (act. G 5). Am 5. Juli 2019 bewilligt die Präsidentin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten, unentgeltliche Rechtsverbeiständung). Mit Replik vom 10. September 2019 reicht der Beschwerdeführer einen Bericht von med. pract. F.\_\_\_\_ vom 3. September 2019 zu den Akten (act. G 13.1). Danach seien die Darstellung des Beschwerdeführers im Licht der Aggravation und die Bagatellisierung aller früheren fachärztlichen Stellungnahmen nicht vertretbar. Die rezidivierende depressive Störung verlaufe phasenweise. Zwischendurch träten Teilremissionen auf. Trotzdem habe die Erkrankung eine dauerhafte Beeinträchtigung der beruflichen Tätigkeit zur Folge. Die Gutachter übersähen, dass diese Problematik trotz allenfalls möglicher Aggravation im Rahmen von Begutachtungen bestehe (act. G 13). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 15). Im weiteren Verlauf des Verfahrens reicht der Beschwerdeführer Sprechstundenberichte von Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 4. Februar 2020 (act. G 16.1), vom 15. Juni 2020 (act. G 16.2), vom 2. September 2020 (G 19.1) und vom 14. Oktober 2020 (act. G 19.2), eine Bestätigung von med. pract. F.\_\_\_\_ vom 19. Juni 2020, wonach unverändert eine rezidivierende depressive Störung bestehe (act. G 16.3), einen Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 31. Oktober 2020 (act. G 18.1) sowie einen Bericht von med. pract. M.\_\_\_\_ vom 16. November 2020 (act. G 21.1) ein und macht geltend, die (teilweise nebenbei) beschriebenen Störungen hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorgelegen (act. G 16, 17, 18, 19, 21). Erwägungen Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder

(somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb; Urteile des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C\_335/2020, E. 4.1, und vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Dagegen stellt die unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit allein keinen Revisionsgrund im

Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 144 I 105 E. 2.1). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 133 V 108; BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2010, 9C\_438/2009, E. 1). Streitpunkt bildet vorliegend die Frage, ob ein Revisionsgrund ausgewiesen ist. Während die Beschwerdegegnerin einen solchen bejaht, macht der Beschwerdeführer gar eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend. Massgebender Referenzzeitpunkt bildet die letzte rechtskräftige Verfügung basierend auf einer materiellen Prüfung und damit vorliegend die Verfügung vom 18. November 2008. Als die Rente per 2009 von einer ganzen auf eine halbe Rente herabgesetzt wurde, stützte sich die Beschwerdegegnerin auf den ärztlichen Bericht der psychiatrischen RAD-Untersuchung von Dr. D. \_\_\_ vom 13. März 2008. Der RAD-Arzt diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig chronifizierte mittelgradige Episode, und attestierte dem Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit eine 51%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 81). In der vorliegend angefochtenen Verfügung stützt sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht auf das psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten der Dres. K. \_\_\_ und L. \_\_\_ vom 12. Januar 2017 (IV-act. 163). Dr. K. \_\_\_ geht von einer rezidivierenden Störung, gegenwärtig remittiert, aus und konnte damit nicht mehr eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Nachfolgend zu prüfen ist, ob auf dieses Gutachten abgestellt werden kann und sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gegenüber der letzten rechtskräftigen Verfügung tatsächlich verändert hat. Vorab ist jedoch zu erwägen, ob in somatischer Hinsicht eine rentenrelevante Verschlechterung aufgrund der dokumentierten Befunde eingetreten ist, wie ebenfalls geltend gemacht wird. Gemäss Austrittsbericht der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 2. Juni 2016 wurde beim Beschwerdeführer am 23. Mai 2016 eine Dekompression LWK 4/5 vorgenommen, nachdem er seit einigen Monaten unter einer typischen Claudicatio spinalis Symptomatik mit starken Ischialgien nach Gehstrecken von 50 Metern bei hochgradiger Spinalkanalstenose LWK 4/5 gelitten hatte (IV-act. 163-71). Anlässlich der Exploration durch Dr. K. \_\_\_ äusserte er, seither könne er besser gehen, habe aber starke Schmerzen am Rücken (IV-act. 163-39). Am 8. Januar 2018 erfolgte erneut eine Dekompression L4/5 rechts (Austrittsbericht Klinik für Neurochirurgie KSSG vom 15. Januar 2018, IV-act. 200; Operationsbericht IV-act. 201-6). Indikation bildete eine mit MRI vom 19. Oktober 2017 nachgewiesene L5-Nervenwurzelkompression rechtsrecessal bei erheblicher, vermutlich instabilisierender Spondylarthrose rechts betont im Segment LWK 4/5. Weiter fanden sich moderate bis mittelgradige degenerative Veränderungen der Bandscheiben LWK 1 bis 4 ohne weitere neurokompressive Wirkung (IV-act. 197-3). Gemäss Arztbericht der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 11. März 2018 bestand damals aus neurochirurgischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr (IV-act. 201). Dem Bericht von med. pract. M. \_\_\_ vom 11. Juni 2018 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 9. April 2018 über Rückenbeschwerden mit Ausstrahlung in das rechte Bein klagte mit einer Schmerzintensität von 7/10 auf der analogen visuellen Schmerzskala. Es beständen Druckschmerz, Hartspann und Myogelosen am Übergang BWK/LWK bzw. der proximalen LWS. Gegenüber dem Vorbericht sei der Gesundheitszustand stationär. Eine mögliche Facettengelenksinfiltration L4/5 habe der Beschwerdeführer vorerst abgelehnt (IV-act. 213). Am 12. Juli 2018 berichtete med. pract. M. \_\_\_ nach wie vor über ausstrahlende lumbale Schmerzen (IV-act. 215). RAD-Ärztin Dr. N. \_\_\_ wies in ihrer Stellungnahme vom 18. Juli 2018 auf den Bericht der

behandelnden Neurochirurgen vom (11.) März 2018 (IV-act. 201) hin, wonach sich die Schmerzproblematik nach der Operation rasch zurückgebildet habe und man von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen sei. Med. pract. M.\_\_\_\_ habe keine die geklagten Schmerzen objektivierenden Befunde beschrieben. Der Beschwerdeführer habe eine Infiltration abgelehnt (IV-act. 216). Seitens der Klinik für Neurochirurgie wurde dem Beschwerdeführer keine längerdauernde Arbeitsfähigkeit attestiert, insbesondere auch nicht über den Zeitpunkt der Einstellung der halben Rente per 30. April 2019 (vgl. Verfügung vom 28. März 2019, IV-act. 242) hinaus. Ebenso wenig bestätigte med. pract. M.\_\_\_\_ aufgrund der Rückenbeschwerden eine höhere Arbeitsunfähigkeit als die durch die psychischen Beschwerden verursachte. Somit ist zwar davon auszugehen, dass die Rückenbeschwerden zwischen etwa Januar 2016 und Januar 2018 möglicherweise die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten, jedoch nicht zu einer höheren Arbeitsunfähigkeit führten, als sie ohnehin aus psychischen Gründen bestand. Hinsichtlich des rechten Knies zeigte eine MR-Untersuchung vom 26. September 2018 eine oberflächenerreichende Ruptur des Innenmeniskushinterhornes an der zentral abgestumpften Pars intermedia auslaufend (Meniskopathie Grad III) bei Aussenmeniskus mit deutlichem lokoregionärem Reizzustand der meniskoligamentären Anheftung, eine initiale medial betonte Gonarthrose mit Chondropathie Grad II bis punktuell Grad III und Reizsynovialitis, Erguss und Hoffitis sowie Reizzustand des Kapselbandapparates (IV-act. 238-6). In der einzigen Konsultation bei Dr. O.\_\_\_\_ am 19. Oktober 2018 berichtete der Beschwerdeführer, die Schmerzen bestünden seit einem Monat. Von einer für den 3. Januar 2019 geplanten arthroskopischen Teilmeniskektomie nahm er Abstand (Berichte Dr. O.\_\_\_\_ vom 12. November 2018, IV-act. 238, und vom 4. März 2019, IV-act. 240). Dr. P.\_\_\_\_ hielt in seinen Berichten fest, schon bei der Erstkonsultation (Mitte 2019) habe eine konservativ behandelte medial betonte Gonarthrose mit femorotibialer Chondropathie bestanden, die zur Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Im Mai 2020 habe sich der Versicherte klinisch bereits mit einem hinkenden Schongangbild und deutlichem Erguss präsentiert. Im am 15. Juni 2020 besprochenen MRI-Befund habe sich die femoro-tibiale mediale Chondropathie erheblich progredient gezeigt im Sinne einer IV° Läsion (act. G 16.2). Am 22. Juli 2020 habe der Beschwerdeführer eine unikondyläre Knieprothese rechts erhalten (vgl. Berichte vom 4. Februar 2020, act. G 16.1, vom 15. Juni 2020, act. G 16.2, und vom 2. September 2020, G 19.1). Im Bericht vom 14. Oktober 2020 attestierte Dr. P.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von etwa 30 % (act. G 19.2). Der Hausarzt berichtete am 16. November 2020 über persistierende Knieschmerzen rechts (act. G 21.1.). Für die Zeit vor Erlass der angefochtenen Renteneinstellung besteht einzig für zwei Wochen ab dem 19. Oktober 2018 eine attestierte Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Kniebeschwerden. Dr. P.\_\_\_\_ äusserte sich zur Arbeitsfähigkeit erst ab Behandlungsbeginn Mitte 2019, also drei Monate nach Erlass der angefochtenen Verfügung. Zudem ist zumindest fraglich, ob sich die Aussagen von Dr. O.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_ auf die bisherige oder eine angepasste Tätigkeit beziehen. Aus der postoperativen Einschätzung vom 14. Oktober 2020 kann sodann nicht auf eine Einschränkung vor der Operation geschlossen werden. Von Dr. P.\_\_\_\_ wird denn auch vor allem eine massgebliche Verschlechterung ab Mai 2020 beschrieben. Die RAD-Stellungnahme vom 27. März 2019 (IV-act. 241) ist insofern überholt, als der Beschwerdeführer rund drei Monate nach Erlass der angefochtenen Verfügung erneut medizinische Hilfe in Anspruch nahm und sich schliesslich im Folgejahr der Implantation einer Teilprothese unterzog. Zusammenfassend ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass sich die Kniebeschwerden bis zum Erlass der

angefochtenen Verfügung bereits soweit verschlimmert hatten, dass sie zu einer rentenbegründenden Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führten. Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung keine längerfristigen rentenrelevanten somatischen Beschwerden bestanden. Im Folgenden ist daher der psychische Gesundheitszustand zu diskutieren. Zunächst ist zu prüfen, ob in der angefochtenen Verfügung zu Recht auf das Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ abgestellt wurde. Den Gutachtern Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ schilderte der Beschwerdeführer im Wesentlichen und übereinstimmend, seit dem Jahr 20\_\_ habe er psychische Probleme. Seine erste Ehe sei im Jahr 20\_\_ gescheitert. Er sei in eine psychische Krise geraten und habe schliesslich 20\_\_ sein Geschäft verkaufen müssen. Seine (dritte) Ehefrau habe (ab) 20\_\_ zuerst zusammen mit einer Bekannten einen Take-away bzw. ein Lebensmittelgeschäft betrieben. Dort sei er von 20\_\_ bis 20\_\_ in einem 20 %-Pensum angestellt gewesen, habe aber nicht ein entsprechendes Arbeitspensum geleistet, sondern manchmal Schreibarbeiten verrichtet, Beschriftungen kontrolliert und seine Ehefrau beraten. Das Geschäft sei 20\_\_ Konkurs gegangen und er hätte aufgrund einer schweren Depression ohnehin nicht weiterarbeiten können. Damals habe er sich umbringen wollen und sei in die Klinik eingewiesen worden. Die Ehefrau sei 20\_\_ bzw. 20\_\_ mit den Töchtern (geboren 20\_\_ und 20\_\_, IV-act. 199) in R.\_\_\_\_ zurückgekehrt, was ihn schwer belastet habe (vgl. IV-act. 163-42 f.; IV-act. 149-10 ff.). Anlässlich der Untersuchung durch Dr. K.\_\_\_\_ führte der Beschwerdeführer aus, sein Körper sei für ihn wie eine Last. Er sei sehr müde und ausgelaugt und möge keine anderen Menschen sehen. Dieser Zustand bestehe seit zwei bis drei Monaten. Zuvor habe er sich ein wenig besser gefühlt. Seit Tagen fühle er sich müde, möge nicht kommunizieren, keinen Menschen sehen und sei ganz alleine. Zurzeit habe er auch starke Rückenschmerzen, könne nicht lange sitzen oder stehen. Diese habe er seit einer Operation im Jahre 2016 (IV-act. 163-38 f.). Er begeben sich langsam in den zwei Kilometer entfernten Schrebergarten und kaufe sich etwas, was er dort dann esse. Er treffe dort andere Leute, darunter viele Türken und Kurden. Im Winter gehe er erst um 14.00 Uhr zum Garten, da es nichts zu tun gebe. Zu Hause koche er sich etwas und sehe fern, bis er zu Bett gehe. Mitte Dezember bekomme er einen Hund. Ansonsten habe er keine Hobbys. Im Jahr 20\_\_ sei er einen Monat in den Ferien gewesen (IV-act. 163-45 f.). Seit zwei Jahren sei die Stimmung immer schlecht, er habe keine Freude, fühle sich leer und interessiere sich für nichts (IV-act. 163-51). Dr. K.\_\_\_\_ führte aus, die Grundstimmung sei höchstens diskret zum depressiven Pol hin verschoben und die affektive Modulationsfähigkeit etwas eingeschränkt gewesen. Der Beschwerdeführer habe sich zu Schuldgefühlen nicht geäussert, da er nicht nachdenken könne, weil sein Kopf leer sei, habe Insuffizienzgefühle bejaht sowie gelegentliche innere Unruhe, Gereiztheit angegeben, einen sozialen Rückzug beschrieben, spontan über depressive Gefühle, regelmässige Ein- und Durchschlafstörungen und einen Interessenverlust berichtet. Während des Interviews sei eine leichte Verlangsamung aufgefallen (IV-act. 163-50 ff.). In der Hamilton Depressionsskala habe er 12 Punkte erreicht (IV-act. 163-55). Er habe sehr vage, unklare und auch widersprüchliche Angaben gemacht, so dass sich keine Hinweise für eine relevante depressive Verstimmung fänden, weil er eben nicht konsequent über eine mindestens zwei Wochen anhaltende gravierende depressive Verstimmung berichtet habe, die nicht auf die jeweiligen Lebensumstände reagiere (IV-act. 163-55). Er habe wenig konkrete Einschränkungen beschrieben, häufig habe er sich selber widersprochen, manchmal direkt hintereinander, wie zum Beispiel bei den Angaben zum Krankheitsverlauf. So berichte er einerseits, seit 2001 gehe es manchmal gut und dann

plötzlich schlecht. Andererseits sei sein Zustand seit 2000 trotz Behandlungen in verschiedenen Kliniken gleich geblieben. Dann seien die Angaben zu den sozialen Aktivitäten (Freude am Garten, am Hund) widersprüchlich zu den Angaben, er habe keine Interessen, keine Freude und gehe den Leuten aus dem Weg (IV-act. 163-58). Würde der Beschwerdeführer tatsächlich an einer relevanten depressiven Episode leiden, würde sich diese sowohl bei der psychiatrischen Exploration als auch bei der neuropsychologischen Abklärung deutlich abbilden und er müsste nicht derart vage, unklare und widersprüchliche Angaben machen und derart gravierende und inkonsistente Einschränkungen bei der neuropsychologischen Abklärung demonstrieren (IV-act. 163-56). In der neuropsychologischen Begutachtung hätten sich zahlreiche Auffälligkeiten ergeben, die auf ein suboptimales Leistungsverhalten hinweisen würden. Diese würden sich aus den hoch auffälligen Resultaten des Beschwerdevalidierungsverfahrens und den Diskrepanzen zwischen Testleistungen und bekannten Mustern von Hirnleistungen und Hirnleistungsstörungen sowie dem beobachteten Verhalten ergeben. Die Ergebnisse in einem der eingesetzten Beschwerdevalidierungstests lägen statistisch signifikant unter dem Zufallsniveau, sodass klar von einer gezielten Manipulation auszugehen sei. Sodann wäre bei einer massivsten Gedächtnisstörung nicht zu erwarten, dass der Versicherte zeitlich und örtlich orientiert sei. Zudem habe sich der Beschwerdeführer die Aufgabeninstruktionen problemlos merken können, jedoch extrem unterdurchschnittliche Gedächtnisleistungen erbracht. Weiter sei diskrepant zu den Befunden, dass er selbständig mit dem Auto zur Untersuchung gekommen sei. Unter Berücksichtigung der Befunde seien die Kriterien für eine definitive negative Antwortverzerrung respektive Aggravation erfüllt (IV-act. 163-59, 81 f., 83, 85). Dr. K.\_\_\_\_ folgerte, insgesamt sei die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung wohl plausibel. Diese sei aber seit einiger Zeit remittiert, eine depressive Episode könne aktuell nicht bestätigt werden. Über die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung habe der Beschwerdeführer nicht geklagt. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (IV-act. 163-56 f., 60). Der behandelnde med. pract. F.\_\_\_\_ nahm am 15. Oktober 2018 Stellung, er behandle den Versicherten seit 6. Dezember 2012. Diagnostisch handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung ohne volle Remission trotz Ausschöpfung fast aller therapeutischen Massnahmen. Daneben leide der Beschwerdeführer unter einer hochgradigen Spinalkanalstenose L4/5 mit chronischen Schmerzen trotz stattgehabter Operation, unter Diabetes mellitus Typ II, Adipositas, essentieller Hypertonie und erektyler Dysfunktion. Dr. K.\_\_\_\_ diskreditiere und verharmlose die angegebenen Beschwerden systematisch und stelle sie (einseitig) als aggraviert oder nicht relevant dar. Nach seiner Ansicht handle es sich um eine komplexe und schwerwiegende, seit Jahren bestehende chronische Problematik. Es sei für ihn nicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer während 15 oder 18 Jahren etwas "vorgespült" haben solle. Das Gutachten sei in sich widersprüchlich, z. B. in der Verhaltensbeobachtung und zum äusseren Erscheinungsbild. Die bisherigen stationären und medikamentösen Behandlungen, Suizidversuche und Fürsorgerische Unterbringung seien nicht ohne Anlass bzw. Notwendigkeit erfolgt. Die Depression bzw. die neurokognitiven Befunde würden mit dem Diabetes mellitus zusammenhängen, der auch zur für den Beschwerdeführer belastenden erektylen Dysfunktion geführt habe. Zeitweise habe der Beschwerdeführer Körperpflege und Nahrungsaufnahme vernachlässigt und sei so verlangsamt gewesen, dass eine stationäre Behandlung unabdingbar gewesen sei. Im Gutachten werde sodann die Korrelation zwischen Schmerzen und der Depression ausgeblendet. Unter den nicht intakten familiären

Verhältnissen habe der Beschwerdeführer über lange Zeit gelitten. Er sei gesellschaftlich nur wenig integriert und sowohl sprachlich, kulturell, ökonomisch wie auch gesundheitlich ausgegrenzt. Durch die Anschaffung eines Hundes, die Arbeit im Schrebergarten und viel therapeutische Motivation sei er seine Antriebslosigkeit und mangelnde Tagesstruktur angegangen. Die Aktivitäten in der Tagesklinik und die Tätigkeit bei der Obvita hätten Sinn und Tagesstruktur gestiftet. Der Beschwerdeführer habe primär genug Selbstvertrauen, Kraft, Motivation und Energie gezeigt, um nach lediglich fünf Schuljahren und einer Anlehre als Eisenleger in ein fremdes Land einzuwandern. Er zeige Bereitschaft, eine berufliche Tätigkeit aufzunehmen und nehme regelmässig an Reintegrationsprogrammen teil. Er arbeite gerne, Arbeit gebe ihm Selbstwertgefühl. Nichts desto trotz werde er aufgrund seines Alters sowie erst recht durch seine gesundheitlichen Probleme keine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt finden. Er habe in seinem Leben überwiegend körperlich gearbeitet, so dass die Arbeitsfähigkeit am ehesten im Rahmen eines Arbeitsversuchs geschätzt werden sollte. Die Ergebnisse des Reintegrationsprogramms bei der Obvita seien im Gutachten nicht berücksichtigt worden (IV-act. 230). Dr. K. \_\_\_ erhob Anamnese und Befund regelrecht und umfassend. Med. pract. F. \_\_\_ nennt keine aktuellen objektivierten Gesichtspunkte, welche Dr. K. \_\_\_ nicht berücksichtigte und die möglicherweise zu einer anderen Beurteilung geführt hätten. Die Diskrepanzen zwischen den beklagten Folgen der Depression (Interessen- und Freudlosigkeit, Rückzug) zu gewissen Angaben (regelmässiges Aufsuchen des Schrebergartens und dort Treffen von Landsleuten, Vorfriede auf den Hund) werden nachvollziehbar aufgezeigt. Dies gilt auch für die aus den Ergebnissen der neuropsychologischen Testungen gezogenen Schlüsse. Weiter heiratete der Beschwerdeführer offenbar am 11. Januar 2017 (IV-act. 199-2), während er bei den Untersuchungen am 27. Oktober bzw. 18. November 2016 noch erklärte, keine Partnerschaft zu haben (vgl. IV-act. 163-45). Die letzte stationäre Therapie erhielt der Beschwerdeführer vom 1. September bis 1. Oktober 2015 (Austrittsbericht Psychiatrische Klinik E. \_\_\_ vom 28. Oktober 2015, IV-act. 184-3 ff.), und im Zeitpunkt der Begutachtung war er nach eigener Angabe seit längerer Zeit einmal monatlich in ambulanter Behandlung bei med. pract. F. \_\_\_ (IV-act. 163-40), was ebenfalls gegen die geltend gemachte Schwere der Beschwerden respektive für eine Verbesserung des Gesundheitszustandes spricht. Mithin ist insoweit auf das Gutachten von Dr. K. \_\_\_ abzustellen, als Ende 2016 keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit mehr bestand. Dr. Q. \_\_\_ führte in seinem Bericht vom 31. Oktober 2020 aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 28. August 2020. Im Jahr 2019 habe die Arbeitsunfähigkeit psychiatrischerseits bei 50 % gelegen. Nach der Knieoperation vom 22. Juli 2020 habe sich der psychische Zustand wieder verschlechtert. Aktuell beklage sich der Beschwerdeführer über eine herabgesetzte Stimmungslage, Schlaflosigkeit, chronische Müdigkeit und immer wieder auftretende Knieschmerzen. Er habe sich sozial isoliert und die Ehefrau müsse ihm bei den Aufgaben des täglichen Lebens helfen. Dadurch, dass er früher selbständig gewesen sei, keine positive Zukunftsperspektive sehe und materiell nicht mehr so gut dastehe wie früher, sei zu erwarten, dass die rezidivierenden depressiven Phasen immer wieder vorkommen würden (act. G 18.1). Diese Ausführungen beziehen sich im Wesentlichen auf den Zeitraum nach Erlass der angefochtenen Verfügung. Soweit der Bericht für den Verfügungszeitpunkt (März 2019) eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt, kann dies nicht auf von Dr. Q. \_\_\_ selbst erhobenen Befunden beruhen, da der Beschwerdeführer damals noch nicht in seiner Behandlung stand. Der Bericht von Dr. Q. \_\_\_ mag somit insbesondere nicht darzutun, dass sich der psychische Gesundheitszustand im Zeitraum zwischen der Begutachtung Ende

2016 und dem Erlass der angefochtenen Verfügung am 28. März 2019 massgeblich verschlechtert hätte. Solches ergibt sich auch nicht aus der Stellungnahme von med. pract. F.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2018 (IV-act. 230). Diese bezieht sich auf das Gutachten und den bis zur Begutachtung vorgelegenen Krankheitsverlauf und zeigt keine seither eingetretenen Änderungen in den objektiven Befunden auf, welche die Geltung der gutachterliche Einschätzung auch noch im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung in Frage zu stellen vermöchten. Zusammengefasst entspricht das Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung, insbesondere auch hinsichtlich des strukturierten Beweisverfahrens. Gemäss dem Gutachten verbesserte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gegenüber dem RAD-Untersuch vom 13. März 2008. Damals wurde noch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig chronifizierte mittelgradige Episode diagnostiziert, welche gemäss dem aktuellen Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ nun remittiert ist und deshalb nicht mehr als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden konnte. Dr. K.\_\_\_\_ führte in seinem Gutachten aus, dass er zwar rückblickend nicht klar sagen könne, von wann bis wann eine depressive Episode bestanden habe. Zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit jedoch nicht mehr begründen (IV-act. 163-66 f.). Folglich ist ein Revisionsgrund im Sinne einer Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers spätestens ab dem Untersuchungszeitpunkt im Dezember 2016 ausgewiesen. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers konnte er mit den Berichten der Behandler, welche teilweise erst im Beschwerdeverfahren eingereicht wurden, keine Verschlechterung des Gesundheitszustands nach Eingang des Gutachtens bis zum Erlass der Verfügung nachweisen (siehe E. 4 und 5). Retrospektiv interessiert die Zeitspanne zwischen dem Revisionsgesuch vom 28. Februar 2014 und der Begutachtung durch Dr. I.\_\_\_\_ (Untersuchung 28. September 2015, IV-act. 149). Letzterer und der ihm nachfolgende Gutachter Dr. K.\_\_\_\_ kamen zum Schluss, wegen der erhobenen Inkonsistenzen könne auch retrospektiv nicht auf eine objektivierte Einschränkung geschlossen werden (IV-act. 149-17, IV-act. 163-64). Mit Bezug auf den Bericht der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ vom 28. Februar 2014 sei fraglich, weshalb nicht ein Therapiewechsel in Betracht gezogen worden sei (Gutachten Dr. I.\_\_\_\_, IV-act. 149-20). Dem Revisionsgesuch vorangegangen war eine weitere stationäre Behandlung in der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2013 bis 6. Februar 2014. Im Austrittsbericht der Tagesklinik der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ vom 10. August 2015 hielt Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zusammenfassend fest, der Beschwerdeführer stehe seit Ende 2012 fast durchgängig in psychiatrischer Behandlung bei wechselndem Setting zwischen ambulant, teilstationär und stationär. Dabei seien zwischenzeitliche Verbesserungen des Zustandsbildes jeweils nur von kurzer Dauer gewesen. Es sei immer wieder zu rasch einsetzenden schweren depressiven Zustandsbildern mit völligem Antriebsverlust, massiv gesteigertem Schlafbedürfnis ohne Erholung, einer schweren Störung der Vitalgefühle, zur Gänze aufgehobener Schwingungsfähigkeit, Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit mit ständigem Grübeln, ausgeprägten Störungen von Aufmerksamkeit und Konzentration sowie völligem sozialem Rückzug und Suizidalität gekommen. Der Beschwerdeführer sei über lange Zeit knapp in der Lage gewesen, dem vereinbarten tagesklinischen Setting nachzukommen. Beim Austritt (30. April 2015) habe ein gut stabilisiertes mittelgradig depressives Zustandsbild bestanden (IV-act. 149-27 ff.). RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ führte am 27. April 2016 aus, im Vergleich zur Voruntersuchung durch Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. Bericht vom 4. Juli 2008, IV-act. 81) sei durch die aktuelle

Untersuchung im September 2015 (Gutachten Dr. I.\_\_\_\_, IV-act. 149) keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und des Funktionsniveaus festzustellen. Der Beurteilung ist weiter zu entnehmen, dass in Anbetracht der vorhandenen Inkonsistenzen und von Ungereimtheiten in der Behandlung inklusive sprachlicher Barrieren nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer zwischenzeitlich zu einer höheren als eine halben Rente berechtigenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (IV-act. 150). Dem ist aus rechtlicher Sicht zu folgen. Die Recherchen der Sachbearbeiterin im Internet ergaben Aktivitäten des Beschwerdeführers im Sommer/Herbst 2014 (vgl. IV-act. 133). Auch erscheint nicht nachvollziehbar, dass die behandelnden Ärzte in der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ bei jeweilig verbessertem Zustand bei Austritt weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten (vgl. IV-act. 149-19). In dieser Konstellation ist davon auszugehen, dass jeweils lediglich vorübergehend und auch nicht länger als jeweils drei Monate eine höhere als eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vorlag. Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich ("vermutungsweise") anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211 f. mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2020, 9C\_162/2020, E. 6.1). Im vorliegenden Fall wurde dem Beschwerdeführer nach der Rentenzusprache im November 2006 seine ganze Rente per Januar 2009 auf eine halbe Rente herabgesetzt. Gemäss eigenen Angaben war er im Lebensmittelgeschäft seiner Ex-Frau zu 20 % arbeitstätig. Im Jahr 20\_\_ ging das Unternehmen Konkurs und er konnte dort nicht mehr weiterarbeiten (IV-act. 163-43). Seine Resterwerbsfähigkeit nutzte der Beschwerdeführer seit Herabsetzung der Rente im Jahr 2009 nie im medizinisch zumutbaren Pensum von 50 % aus – allerdings aus invaliditätsfremden Gründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2020, 9C\_162/2020, E. 6.2). Die Beschwerdegegnerin bot dem Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen (Arbeitsvermittlung) an und schloss diese mit Mitteilung vom 8. Juni 2018 ab (IV-act. 188, 193, 195 f., 203, 210, 212). Sie unterstützte den Beschwerdeführer somit bei der Stellensuche, was auch vom Beschwerdeführer nicht bestritten wird, und hob die Rente erst nach Durchführung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen auf. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist damit nicht zu beanstanden. Gesamtbetrachtend ergibt sich, dass seit dem Revisionsgesuch vom 28. Februar 2014 nie über einen längeren Zeitraum hinweg und damit nicht rentenrelevant eine höhere als 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, dass spätestens Ende 2016 überhaupt keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit mehr bestand und sich der

Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auch bis zum Verfügungszeitpunkt am 28. März 2019 nicht wieder längerdauernd in einem massgeblichen Umfang verschlechtert hat. Der Anspruch auf die seit dem 1. November 2008 ausgerichtete halbe IV-Rente blieb auch nach dem im Februar 2014 gestellten Revisionsgesuch und während des hängigen Revisionsverfahrens unverändert und wurde mit angefochtener Verfügung vom 28. März 2019 aufgrund der seit Ende 2016 bestehenden und durch keine Verschlechterung längerfristig unterbrochenen Verbesserung zu Recht auf Ende April 2019 eingestellt. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 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. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. 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 Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten des Kantons St. Gallen (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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