

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/121 vom 20. Mai 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-05-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_121

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/121 du 20 mai 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/121 del 20 maggio 2021

Regeste

Art. 17 Abs. 1 und 43 ATSG. Art. 7b Abs. 1 IVG. Art. 72bis IVV. Keine Verletzung von Art. 72bis IVV. Würdigung eines Gutachtens mit drei Fachdisziplinen. Verletzung der Mitwirkungspflicht bei der psychiatrischen Begutachtung. Mahn- und Bedenkzeitverfahren. Rückweisung zur erneuten psychiatrischen Begutachtung nach der Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Mai 2021, IV 2019/121).

Volltext

Entscheid vom 20. Mai 2021 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull
Geschäftsnr. IV 2019/121 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Petrik, St. Leonhardstrasse 45, Postfach 1637, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Einstellung) Sachverhalt A.____ meldete sich im Juli 2003 wegen psychischen Störungen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Er gab an, keinen Beruf erlernt zu haben. Bis Ende Mai 2003 sei er als Lagerist bei der B.____ AG angestellt gewesen. Die Psychiatrische Klinik C.____ teilte am 31. Juli 2003 die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Episode (ICD-10 F33.1), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), Probleme bei körperlicher und sexueller Misshandlung in Kindheit und Adoleszenz (ICD-10 Z61.6) und Probleme bei politischer Verfolgung, Angehöriger einer politischen Minderheit (ICD-10 Z60.5), mit (IV-act. 8). Eine Fachärztin attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 11. Juni 2002 in der Tätigkeit als Lagerist und in adaptierten Tätigkeiten. Der Hausarzt Dr. med. D.____ gab am 17. August 2003 die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines schweren depressiven Zustandsbilds, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung nach körperlicher Gewalt und sexuellem Missbrauch in der Kindheit und in der Adoleszenz sowie (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer rezidivierenden Lumbago an (IV-act. 9). Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 11. Juni 2002 in der bisherigen Tätigkeit und in adaptierten Tätigkeiten. Die B.____ AG teilte im September 2003 mit (IV-act. 10), der Versicherte sei als Lagermitarbeiter angestellt gewesen. Das Arbeitsverhältnis sei per Ende Mai 2003 aufgelöst worden. Der letzte Arbeitstag sei der 10. Juni 2002 gewesen. Mit einer Verfügung vom 31. März 2004 sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Februar 2004 bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine ganze Rente zu (IV-act. 17). Am 7. Juni 2005 gab der Versicherte im Revisionsfragebogen an (IV-act. 19), der Gesundheitszustand sei

gleichgeblieben. Dr. med. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, teilte am 21. Juli 2005 mit (IV-act. 24), der Gesundheitszustand sei stationär. Der Hausarzt Dr. D.____ berichtete am 14. August 2005 ebenfalls über einen stationären Gesundheitszustand (IV-act. 26). Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 15. September 2005 mit (IV-act. 27), dass er unverändert einen Anspruch auf die bisherige Invalidenrente habe. Im Rahmen der nächsten Revision gab der Versicherte am 3. November 2007 an (IV-act. 31), sein Gesundheitszustand habe sich nicht verändert. Dr. E.____ berichtete am 8. November 2007 über einen stationären Gesundheitszustand (IV-act. 34). Auch Dr. med. F.____, Allgemeine Medizin/Psychotherapie, gab am 14. Dezember 2007 einen stationären Gesundheitszustand an (IV-act. 36). Am 11. April 2008 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 40), er habe unverändert einen Anspruch auf die bisherige Invalidenrente. Im Jahr 2010 meldete sich der Versicherte in Z.____ ab (IV-act. 43). Am 31. Oktober 2013 gab der Versicherte im Revisionsfragebogen an (IV-act. 53), er sei nicht erwerbstätig. Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland holte mehrere Arztberichte ein. Dr. med. G.____ vom Medizinischen Dienst der IV-Stelle für Versicherte im Ausland notierte am 14. März 2014 (IV-act. 70), die aus Z.____ eingegangenen AZ (wohl: Arztzeugnisse) belegten das Persistieren der psychiatrischen Symptomatik mit einer Depression bei einer posttraumatischen Belastungsstörung/Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung nebst einer somatoformen Schmerzstörung. Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland teilte dem Versicherten am 21. März 2014 mit (IV-act. 71), aufgrund von unveränderten Verhältnissen bestehe weiterhin ein Anspruch auf die entsprechenden Geldleistungen. Im Jahr 2016 leitete die IV-Stelle für Versicherte im Ausland das nächste Revisionsverfahren ein. Der Versicherte gab am 17. Mai 2016 im Revisionsfragebogen an (IV-act. 76), dass er keiner Erwerbstätigkeit nachgehe. Dr. med. H.____ vom Medizinischen Dienst der IV-Stelle für Versicherte im Ausland notierte am 14. Juni 2016 (IV-act. 80), die bisher gestellten Diagnosen hätten gemäss den medizinischen Berichten nicht durchgängig bestanden. Die Diagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsveränderung schliesse gemäss ICD-10 das gleichzeitige Stellen der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aus. Aus den letzten Jahren fehlten hinreichende Befunde, die eine umfassende Aussage zum Gesundheitszustand des Versicherten zuliesse. In einem Bericht vom 31. Januar 2014 sei über eine teilweise Besserung der psychischen Beschwerden im Jahr 2011 berichtet worden. Sie empfahl eine Begutachtung in der Schweiz. Am 13. Dezember 2016 teilte der Versicherte mit, dass er wieder in der Schweiz wohne (IV-act. 103). Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland übermittelte am 21. Dezember 2016 die IV-Akten zuständigkeitshalber der IV-Stelle St. Gallen (IV-act. 105). Gleichentags informierte sie die IV-Stelle St. Gallen (IV-act. 106), dass sie im März 2016 eine Betrugsmeldung erhalten hätten, wonach der Versicherte in Z.____ Häuser vermiete. Daraufhin sei eine Rentenrevision eingeleitet worden. Es sei vorgesehen gewesen, den Versicherten in der Schweiz begutachten zu lassen. Sie empfahl, die geplante psychiatrische und internistische Untersuchung zu veranlassen. Dr. F.____ berichtete am 13. Februar 2017 (IV-act. 113), der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich verschlechtert. Er gab folgende Diagnosen an: "PTBS F43.1, depressives Syndrom (anhaltend, F34), Schlafstörung mit V.a. Abhängigkeit von Benzo (Temesta), V.a. F45.1 (DD F54.3)". Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, teilte am 15. Februar 2017 mit (IV-act. 116), er habe den Versicherten bisher am 1. Dezember 2016 und am 8. Februar 2017 gesehen. Dabei habe ihm der Versicherte ein ärztliches Attest von Dr. E.____ vom 23. März 2005 überreicht. Darin seien die Diagnosen "anhaltende Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung,

ICD-10: F62.0 und somatoforme Schmerzstörung, ICD-10: F45.4 nach Gewalt und Missbrauchserlebnissen" aufgeführt worden. Im psychopathologischen Befund hätten bezogen auf die objektiven Kriterien lediglich eine subdepressive bis indifferente Stimmung, eine allgemeine Verlangsamung und eine Verarmung der Mimik und Gestik imponiert. Die Vordiagnosen könne er nicht nachvollziehen. Die Kriterien einer Extrembelastung im Sinne des ICD-10 seien nicht zu erkennen. Am 22. Februar 2017 fand in den Räumlichkeiten der IV-Stelle ein Gespräch mit dem Versicherten statt. Der Versicherte wurde unter anderem zu den Gründen für die Rückkehr in die Schweiz, zu seinen gesundheitlichen Beschwerden und zur Meldung, dass er in Z.____ Häuser vermiete, befragt (vgl. das Wortprotokoll, IV-act. 118). Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 7. März 2017 mit (IV-act. 120), dass eine bidisziplinäre (psychiatrisch und internistisch) Begutachtung notwendig sei. Der Versicherte wurde am 22. Mai 2017 durch Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch, am 25. August 2017 durch Dr. phil. K.____ neuropsychologisch und am 5. Oktober 2017 durch Dr. med. L.____, leitender Arzt Innere Medizin am Kantonsspital Graubünden, internistisch untersucht. Dr. L.____ erstattete sein Teilgutachten vom 20. November 2017 direkt der IV-Stelle (und nicht dem Hauptgutachter Dr. J.____, IV-act. 127). Er gab die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung "F4/5", einer arteriellen Hypertonie und einer Dyslipidämie (anamnestisch) an. Er hielt fest, aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms sei der Versicherte deutlich in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Bei einer ausgeprägten muskulären Dekonditionierung bestehe eine ausgeprägte muskuläre Dysbalance. Zusätzlich bestünden eine kardiopulmonale Dekonditionierung bei einer fehlenden körperlichen Belastung und eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit. Aufgrund dieser Befunde bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die RAD-Ärztin Dr. med. M.____ notierte am 8. Januar 2018 (IV-act. 128), das internistische Teilgutachten weise grobe Mängel auf. Die Fragen der IV-Stelle seien weder aufgeführt noch beantwortet worden. Die Ausgangslage werde nicht nachvollziehbar dargestellt und die Aktenlage unvollständig wiedergegeben. Die Ableitung der in der Diagnoseliste aufgeführten, teilweise nicht ins internistische Fachgebiet gehörenden Diagnosen sei nicht leitliniengerecht erfolgt und somit nicht schlüssig und nachvollziehbar. Dementsprechend sei auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht nachvollziehbar. Eine Sachbearbeiterin der IV-Stelle hielt gleichentags fest (IV-act. 129), dass eine neue Begutachtung indiziert sei. Aufgrund der Befunde erscheine eine zusätzliche neurologische Untersuchung als sinnvoll. Am 15. Januar 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 130), dass eine erneute medizinische Begutachtung inklusive eine neurologische Exploration notwendig sei. Ob eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung angezeigt sei, werde der zuständige Gutachter entscheiden. Der Versicherte wurde 2. Mai 2018 durch Dr. med. N.____, Neurologie FMH, neurologisch und am 21. Juni 2018 durch Dr. med. O.____, Innere Medizin FMH, internistisch abgeklärt. Dr. N.____ stellte keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; als Diagnose ohne eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er chronische Spannungskopfschmerzen (neurologisches Teilgutachten vom 19. Mai 2018, IV-act. 136). Er hielt fest, der Versicherte habe bereits in der Zeit, als er bei B.____ gearbeitet habe, über holokranielle, zum Teil nackenbetonte Kopfschmerzen geklagt, welche ihn an der Ausübung der damaligen Tätigkeit jedoch nicht gehindert hätten. Erste Abklärungen seien im Jahr 2002 durch Dr. med. P.____ erfolgt und hätten einen unauffälligen neurologischen Status ergeben. In den paraklinischen Untersuchungen, insbesondere in den Bildgebungen, habe nie eine erklärende Pathologie

dargestellt werden können; strukturelle Ursachen der Kopfschmerzen hätten ausgeschlossen werden können. Im Rahmen der aktuellen Begutachtung sei der neurologische Status erneut unauffällig ausgefallen. Aufgrund der Krankheitsvorgeschichte und der jetzigen Schilderung des Versicherten sei die Diagnose "chronischer Spannungskopfschmerz" zu stellen; diese Diagnose bestehe vermutlich seit mindestens dem Jahr 2002. Er zweifle, dass die Ausprägung der Kopfschmerzen derart gravierend sei, dass eine Arbeitstätigkeit für den Versicherten nicht zu leisten sei. Der Versicherte habe Sensibilitätsstörungen im Bereich der rechten Gesichtshälfte beklagt, diese Angabe später jedoch zurückgezogen. Diese Angabe sei als Verdeutlichung zu werten; eine Aggravation sei nicht festgestellt worden. Dr. N.____ attestierte eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Hilfsarbeiter. Der internistische Sachverständige Dr. O.____ stellte ebenfalls keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; als Diagnosen ohne eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Spannungskopfschmerzen, Schwindel ohne nähere Angaben, eine Hypertonie und eine Koronaratheromatose ohne eine signifikante Stenose (internistisches Teilgutachten vom 28. Juni 2018, IV-act. 135). Er erklärte, der somatische Zustand des Versicherten scheine im Langzeitverlauf stabil zu sein. Die im Jahr 2011 neu diagnostizierte Hypertonie sowie die koronare Atheromatose bzw. Atherosklerose beeinflussten den körperlichen Zustand nicht in signifikanter Weise. Die somatischen Funktionseinschränkungen sehe er in erster Linie im Rahmen einer Dekonditionierung des Versicherten. Das passiv vermeidende Verhalten scheine die Haupt-Coping-Strategie zu sein. Die vom Versicherten geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit bzw. seine Einschränkung scheine sich in allen vergleichbaren Lebenslagen auszuwirken. Diskrepanz zu seinen Befunden habe Dr. L.____ eine Hyposensibilität links beschrieben; in der vorliegenden Untersuchung sei dies genau umgekehrt gewesen. Die "Diagnosen aus internistischer Sicht" von Dr. L.____ könne er nachvollziehen; neben der arteriellen Hypertonie liege eine nachgewiesene koronare Herzkrankheit vor; dies sei von Dr. L.____ so nicht erwähnt worden. Die Einschätzung von Dr. L.____, dass der Versicherte seine Arbeitsfähigkeit nur sehr unwahrscheinlich wiedererlangen könne, teile er nicht. Der Versicherte habe sich "in seiner heutigen Situation stabil gezeigt im Verlauf der letzten Jahre", es sei nicht zu einer signifikanten Verschlechterung der somatischen Beschwerden gekommen. Daraus sei zu schliessen, dass mit geeigneten Massnahmen eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und eine normale Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter vorausgesetzt werden könne. Im Verlauf der letzten Jahre scheine es keine Verschlechterung gegeben zu haben; der Versicherte habe im Gegenteil berichtet, dass sich seine psychische Situation mit der besseren medikamentösen Behandlung stabilisiert habe und sich dadurch auch die körperlichen Beschwerden gebessert hätten. Dr. O.____ attestierte eine vollständige Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit, die eine geringe körperliche Leistung bedinge und dem Ausbildungsstand des Versicherten entspreche. Dr. J.____ nahm keine psychiatrische Verlaufsbegutachtung vor. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 12. Juli 2018 bezog er sich auf die Untersuchung vom 22. Mai 2017. Dr. J.____ gab keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an. Als Diagnose ohne eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4; IV-act. 134). Er führte aus, im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Hinweise für das Vorliegen einer organischen, einschliesslich einer symptomatischen psychischen Störung, einer Störung durch psychotrope Substanzen, einer Schizophrenie, einer schizotypen oder wahnhaften Störung gefunden. Die Grundstimmung sei zum depressiven Pol verschoben und die affektive Modulationsfähigkeit sei eingeschränkt

gewesen. Der Versicherte habe Insuffizienzgefühle, eine innere Unruhe, Ängste und eine Minderung des Antriebs beschrieben. Er habe angegeben, gereizt und deprimiert zu sein und keine Freude zu haben. Diese Symptome habe der Versicherte alle auf direkte Nachfragen hin bestätigt; spontan habe er wenig Klagen vorgebracht. Der Versicherte habe berichtet, dass er etwa fünf- bis sechsmal im Monat Albträume habe und dass er Schmerzen habe. Das grösste Problem sei die Atemnot bzw. Kurzatmigkeit. Er habe gelernt, mit den Depressionen umzugehen; er begeben sich nicht in Menschenmengen und schaue, dass er mit niemandem streiten müsse. Dokumentiert sei eine intensive Behandlung mit stationären Aufenthalten vor vielen Jahren. In der letzten Zeit habe keine intensive Behandlung mehr stattgefunden. Damit lasse sich die vom Versicherten berichtete Verbesserung bestätigen. Dr. I. ___ habe im Bericht vom 15. Februar 2017 festgehalten, dass im psychopathologischen Befund bezogen auf die objektiven Kriterien lediglich eine subdepressive bis indifferente Stimmung, eine allgemeine Verlangsamung und Verarmung der Mimik und Gestik imponiert hätten. Bei der neuropsychologischen Abklärung, die Dr. K. ___ am 25. August 2017 durchgeführt habe, hätten sich eindeutige Hinweise auf eine Aggravation gefunden, sodass davon auszugehen sei, dass das bei der Abklärung demonstrierte Leistungsprofil nicht dem tatsächlichen Leistungsprofil des Versicherten entspreche. Der Versicherte habe auch inkonsistente Angaben über seinen Zustand gemacht. So habe er beispielsweise berichtet, dass er keine Freude habe; bei der Befragung durch die IV-Stelle habe er aber angegeben, dass er schon Freude habe. Dies sei zwar nur ein kleines Beispiel, zeige aber auf, dass Diskrepanzen bestünden und rein subjektive Angaben des Versicherten wohl nicht immer wirklich zuverlässig seien. Insgesamt deute also alles darauf hin, dass seit längerer Zeit keine eigentliche depressive Episode mehr bestanden habe, sodass davon auszugehen sei, dass die rezidivierende depressive Störung, die früher sicherlich bestanden habe, seit einiger Zeit remittiert sei. Aufgrund der unklaren, vagen, teilweise widersprüchlichen Angaben des Versicherten und der fehlenden eindeutigen Dokumentation sei es aber nicht möglich zu sagen, seit wann dies genau der Fall sei. Hinweise für das Vorliegen einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störung fänden sich nicht. Der Versicherte berichte zwar über Albträume und Schmerzen, aber auch, dass die Schmerzmittel die Schmerzen lindern würden. Ein andauernder und quälender Schmerz sei nicht die vorherrschende Beschwerde; der Versicherte berichte auch nicht konsistent über Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung fänden sich nicht. In der Vergangenheit sei die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung gestellt worden. Diese sei jedoch nie nach den Kriterien des ICD-10 hergeleitet worden und es fänden sich auch keine Hinweise dafür, dass diese Kriterien jemals erfüllt gewesen wären; aktuell seien sie es jedenfalls nicht. Insgesamt fänden sich deutliche Hinweise auf eine Aggravation; auch Dr. K. ___ gehe davon aus, dass der Versicherte nicht optimal mitgewirkt habe, sodass sich auch in der neuropsychologischen Abklärung eindeutige Hinweise auf eine Aggravation fänden. Aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung des Versicherten seien keine eindeutigen Aussagen zu den Ressourcen möglich. Dr. J. ___ attestierte eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Hilfsarbeiter. Retrospektiv gab er an, dass nicht eindeutig festzulegen sei, ab wann die rezidivierende depressive Störung remittiert sei; es deute einiges darauf hin, dass dies seit längerer Zeit der Fall sei. Dr. K. ___ gab an (neuropsychologische Beurteilung vom 26. August 2017, IV-act. 137), im Rahmen der Beschwerdevalidierung habe er mehrere Indizien für eine Antwortverzerrung festgestellt. Aus den testologisch erzielten Daten könne deshalb nicht auf das tatsächliche Ausmass der

neurokognitiven Funktionstüchtigkeit geschlossen werden. Von der Prämisse einer besseren Beweiseignung einer neuropsychologischen Begutachtung könne nur dann ausgegangen werden, wenn Gewähr bestehe für die Wahrhaftigkeit der Aussagen des Versicherten und der erzielten Testergebnisse. In der Konsensbeurteilung gaben die Sachverständigen an (IV-act. 133), im neurologischen und internistischen Teilgutachten werde übereinstimmend ein dekonditionierter, aber nicht eingeschränkter Explorand beschrieben. Der Versicherte habe passiv vermeidend gewirkt. Hinweise auf Diskrepanzen seien als Verdeutlichungstendenz gewertet worden. Der Versicherte sei als adynam, aber nicht als deutlich depressiv oder antriebsgehemmt beschrieben worden. Der Versicherte sehe seine Leistungsfähigkeit zwar als nicht gegeben an, konkrete Einschränkungen habe er aber nicht demonstriert oder geltend gemacht. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung habe sich die Situation auch so dargestellt, abgesehen davon, dass der Versicherte auch eine depressive Symptomatik demonstriert habe und vor allem auf gezieltes Nachfragen hin auch das Vorhandensein von depressiven Symptomen bejaht habe. Der Versicherte habe angegeben, dass es "immer gleich" gehe. Bei der internistischen Untersuchung habe er hingegen berichtet, dass es ihm seit längerer Zeit besser gehe, dies auch wegen den Medikamenten. Über eine gewisse Adaption habe der Versicherte allerdings auch im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung berichtet; er habe gelernt, damit (gemeint wohl: mit den Depressionen) umzugehen. In der psychiatrischen Untersuchung habe der Versicherte in erster Linie körperliche Symptome beklagt. Auf gezieltes Nachfragen hin habe er dann aber das Vorliegen aller möglichen psychischen Symptome bestätigt. Bei der neuropsychologischen Abklärung hätten sich eindeutige Hinweise auf eine Aggravation gefunden, sodass insgesamt davon auszugehen sei, dass das vom Versicherten demonstrierte Leistungsprofil nicht dem tatsächlichen Leistungsprofil entspreche. Andererseits hätten sich viele Hinweise darauf gefunden, dass sich die psychiatrische Situation gebessert habe. Dies habe der Versicherte mehrfach bestätigt, wenn auch seine diesbezüglichen Angaben ebenfalls nicht ganz konsistent gewesen seien. Interdisziplinär lasse sich keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei daher auch nicht eingeschränkt. Auf neurologischem und internistischem Gebiet sei keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands nachgewiesen. Auf psychiatrischem Fachgebiet sei ein direkter Vergleich auf der Befundebene nicht möglich, weil der Versicherte bei der aktuellen Abklärung nicht mitgewirkt habe und weil sich bei der psychiatrischen Abklärung deutliche Hinweise auf eine Aggravation, Diskrepanzen und Widersprüche gefunden hätten. Andererseits hätten sich auch Hinweise dafür gefunden, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Versicherten gebessert habe. Aufgrund der sehr dünnen Aktenlage und der nicht eindeutigen Angaben des Versicherten sei es aber nicht möglich festzulegen, seit wann dies genau der Fall sei. Die RAD-Ärztin Dr. M. ___ notierte am 30. August 2018 (IV-act. 138), auf das Gutachten könne abgestellt werden. Mit einem Vorbescheid vom 10. Dezember 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 139), sie sehe vor, die Rente auf das Ende des nach der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufzuheben. Zur Begründung gab sie an, gegenüber dem Referenzzeitpunkt vom 31. März 2004 habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten verbessert. Die Arbeitsfähigkeit sei uneingeschränkt. Der genaue Zeitraum für die Verbesserung sei schwierig zu definieren. Da die Anpassung der Rentenleistungen aber nicht rückwirkend, sondern auf den nächstmöglichen Termin nach Erlass der Verfügung erfolgen werde, sei nur massgebend, dass seit der Rentenzusprache eine Verbesserung eingetreten sei. Der Versicherte liess am

29. Januar 2019 einen Einwand erheben (IV-act. 146). Sein Rechtsvertreter machte geltend, eine Verbesserung des Gesundheitszustands sei nicht ausgewiesen. Die Beschwerden, die aktuell vorlägen, hätten bereits im Zeitpunkt der Zusprache der Invalidenrente vorgelegen. Seit der Begutachtung durch Dr. J. ___ habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert. Bei Dr. I. ___ sei ein Verlaufsbericht einzuholen. Der Versicherte habe anlässlich der Untersuchung bei Dr. J. ___ über Atemnot, Schlafstörungen, Albträume sowie Kopf- und Rückenschmerzen geklagt. Der Gutachter habe ausgeführt, dass Aggravationstendenzen festgestellt worden seien und habe daraus geschlossen, dass seit längerer Zeit keine depressive Episode mehr bestanden habe. Die Schlussfolgerung sei nicht begründet und nicht schlüssig. Eine Verbesserung des Gesundheitszustands lasse sich auch insofern nicht ableiten, als Dr. J. ___ davon ausgehe, dass nie eine Persönlichkeitsstörung bestanden habe. Aus dem Gutachten gehe schliesslich nicht hervor, seit wann die depressive Störung remittiert sei. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass dieser Zustand bereits bei der Rentenzusprache vorgelegen habe. Da der Gutachter nicht ausführe, seit wann eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit eingetreten sei, bringe er zum Ausdruck, dass keine Veränderung festgestellt werden könne. Der Versicherte klage über Schmerzen im Rücken und Nacken mit Ausstrahlung bis in die Beine. Ein rheumatologisches und ein orthopädisches Gutachten hätten eingeholt werden müssen. Die IV-Stelle holte bei Dr. I. ___ einen Verlaufsbericht ein. Dieser teilte am 6. März 2019 mit (IV-act. 148), dass sich der Versicherte in einem gleichbleibenden psychischen Zustand präsentiere. Insgesamt schildere sich der Versicherte als passiv und leidend. Die RAD-Ärztin Dr. M. ___ notierte am 15. März 2019 (IV-act. 149), aus dem Bericht von Dr. I. ___ könne keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands abgeleitet werden. Zu den weiteren Einwänden hielt sie fest, der psychiatrische Gutachter habe eindeutig angegeben, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten früher aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung eingeschränkt gewesen sei. Er gehe explizit von einer Verbesserung des psychischen Zustandes aus und verneine die Frage nach Aspekten, welche die frühere medizinische Einschätzung als falsch erscheinen lassen würden. Eine Persönlichkeitsstörung habe nie bestanden. Der Versicherte habe selbst eine Verbesserung beschrieben. Die aktuell noch berichteten verbliebenen psychischen Symptome seien so inkonsistent gewesen, dass der Eindruck einer Aggravation entstanden sei. Dieser Eindruck sei auch bei der Validierung der Ergebnisse der neuropsychologischen Testung entstanden, weshalb die erzielten Testergebnisse als nicht valide zu betrachten seien. Die beklagten Nackenschmerzen seien neurologisch beurteilt worden. Es hätten sich keine Anhaltspunkte für eine relevante organisch bedingte Ursache gefunden, die weitere Abklärungen notwendig machen würden. Über Rückenschmerzen habe der Versicherte anlässlich der Begutachtung nicht geklagt. Auch in der Aktenlage seien keine Rückenschmerzen erwähnt. Dass zwischenzeitlich versicherungsmedizinisch relevante Rückenprobleme mit Ausstrahlung in die Beine aufgetreten wären, sei aus medizinischer Sicht unwahrscheinlich. Die ziehenden Schmerzen in den dorsalen Oberschenkeln beim Bücken seien auf eine muskuläre Dekonditionierung zurückgeführt worden. Anhaltspunkte für die Notwendigkeit von weiteren Abklärungen auf rheumatologischem oder orthopädischem Fachgebiet lägen nicht vor. Mit einer Verfügung vom 5. April 2019 stellte die IV-Stelle die Rente per 31. Mai 2019 ein (IV-act. 150). Zum Einwand hielt sie fest, dass sie auf die ausführliche Stellungnahme des RAD vom 15. März 2019 verweise. Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) liess am 21. Mai 2019 eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. April 2019 erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die

Weiterausrichtung der Invalidenrente im bisherigen Umfang. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Durchführung von weiteren Abklärungen an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Zudem beantragte er die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, den Gutachten könne keine Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten entnommen werden. Dr. F.____ habe am 13. Februar 2017 über eine Verschlechterung des Gesundheitszustands berichtet. Zusätzlich zu den bereits bestehenden Diagnosen habe er die Diagnosen depressives Syndrom und Schlafstörung mit Verdacht auf Abhängigkeit von Benzo (Temesta) genannt. Betreffend die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung habe der psychiatrische Gutachter keine Verbesserung des Gesundheitszustands festgestellt, sondern eine andere Beurteilung des Gesundheitszustands vorgenommen. Einzig hinsichtlich der rezidivierenden depressiven Störung habe er festgehalten, dass diese seit längerer Zeit remittiert sei. Über den Zeitpunkt der Remission habe er jedoch keine Angaben gemacht. Eine solche Aussage bilde keine hinreichende Grundlage für eine Rentenrevision. Der psychiatrische Gutachter habe nicht ausgeführt, von welchem Gesundheitszustand er ausgegangen sei. Er habe lediglich die Auffassung geäußert, dass er aktuell keine Hinweise für das Vorliegen einer symptomatischen psychischen Störung festgestellt habe. Ob dies aus seiner Sicht früher der Fall gewesen sei, habe er nicht ausgeführt. Seine Einschätzung sei deshalb nicht hinreichend begründet. Im Weiteren habe er die Einschätzung von Dr. F.____ vom 13. Februar 2017 ausser Acht gelassen und er habe die subjektiv geklagten Beschwerden völlig unberücksichtigt gelassen. Dem psychiatrischen Teilgutachten komme kein Beweiswert zu. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 1. Juli 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, gemäss dem Gutachten sei auf neurologischem und internistischem Gebiet keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands nachgewiesen worden. In psychiatrischer Hinsicht hätten verschiedene Hinweise vorgelegen, dass sich der Gesundheitszustand verbessert habe. Der Beschwerdeführer sei zudem in der Lage gewesen, während mehreren Jahren in der Heimat zu leben, in der er nach der Einschätzung der behandelnden Ärzte Traumatisierungen erlitten habe. Das Wegfallen des Vermeidungsverhaltens sei ein deutliches Zeichen für eine Verbesserung. Aufgrund dieser Umstände und der Tatsache, dass heute – im Gegensatz zur Zeit der ersten Rentenprüfung – deutliche Anzeichen für eine Aggravation bestanden hätten, sei eine relevante Verbesserung zu bejahen. Die Verfahrensleitung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen bewilligte am 11. Juli 2019 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Beschwerdeverfahren (act. G 7). In einer Replik vom 28. November 2019 liess der Beschwerdeführer an den Anträgen in der Beschwerde vom 21. Mai 2019 festhalten (act. G 15). Die Beschwerdegegnerin hielt in einer Duplik vom 20. Januar 2020 am Antrag der Abweisung der Beschwerde fest (act. G 17). Am 31. Januar 2020 liess der Beschwerdeführer einen Austrittsbericht der Psychiatrie Q.____ vom 30. Januar 2020 einreichen (act. G 18, 18.1). Fachärzte hatten darin über eine stationäre Behandlung vom 25. November 2019 bis 14. Januar 2020 berichtet. Sie hatten die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und eines Verdachts auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) angegeben. Die Beschwerdegegnerin nahm am 26. Februar 2020 dazu Stellung (act. G 20). Sie machte im Wesentlichen geltend, aus dem Austrittsbericht ergebe sich nicht, dass in der

Zeit nach der Begutachtung bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses eine wesentliche Verschlechterung eingetreten wäre. Erwägungen Der Beschwerdeführer hat seit dem 1. Februar 2004 eine ganze Rente bezogen. Mit der angefochtenen Verfügung vom 5. April 2019 hat die Beschwerdegegnerin die Rente per 31. Mai 2019 aufgehoben. Zu prüfen ist, ob diese Rentenaufhebung zu Recht erfolgt ist. Die Beschwerdegegnerin hat die Rente mittels einer Revision nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) aufgehoben. Ändert sich der Invaliditätsgrad 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; vgl. auch Art. 87 Abs. 2, Art. 88a und Art. 88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, SR 831.201). Anlass zur Revision einer Invalidenrente gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 8. Juli 2020, 8C_196/2020, E. 3.2.1, und vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 3.1). Bei den Mitteilungen vom 15. September 2005 (IV-act. 27), 11. April 2008 (IV-act. 40) und 21. März 2014 (IV-act. 71), dass unverändert ein Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bestehe, hat es sich um Entscheide gehandelt, kein Rentenrevisionsverfahren zu eröffnen. Die Beschwerdegegnerin bzw. die IV-Stelle für Versicherte im Ausland haben nämlich jeweils lediglich minimale Sachverhaltsabklärungen getätigt, indem sie anhand des Revisionsfragebogens sowie des Einholens von Verlaufsberichten beim Hausarzt und den behandelnden Psychiatern geprüft haben, ob Anhaltspunkte für eine relevante Sachverhaltsveränderung bestanden haben (vgl. dazu etwa den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Februar 2017, IV 2014/256, E. 1.1). Die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, ist somit die Verfügung vom 31. März 2004. Die Beschwerdegegnerin hat zur Abklärung, ob sich der Gesundheitszustand und damit verbunden die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einem für den Rentenanspruch relevanten Ausmass verbessert hätten, ein Gutachten in Auftrag gegeben. Bevor dieses Gutachten auf seinen Beweiswert zu prüfen ist, ist zu klären, ob die Beschwerdegegnerin bei der Auftragsvergabe Art. 72 bis IVV verletzt hat. Gemäss Art. 72 bis Abs. 1 und 2 IVV haben medizinische Gutachten, an denen drei oder mehr Fachdisziplinen beteiligt sind, bei einer Gutachterstelle zu erfolgen, mit welcher das Bundesamt eine Vereinbarung getroffen hat. Die Vergabe der Aufträge erfolgt nach dem Zufallsprinzip. Der Ordnungsgeber hat diese Bestimmung in Nachachtung von BGE 137 V 210 geschaffen (vgl. die Erläuterungen zur Änderung der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 16. November 2011, Erläuterungen zu Art. 72 bis IVV, abrufbar unter <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/grundlagen-gesetze/gesetze-verordnungen.html>, zuletzt besucht am 13. April 2021). In diesem Grundsatzentscheid hat sich das Bundesgericht mit verschiedenen Korrektiven zur Gewährleistung der Rechtmässigkeit des sozialversicherungsrechtlichen Abklärungsverfahrens und zur Begegnung der aus dem Ertragspotential der involvierten MEDAS entstehenden Gefährdungen der Verfahrensgarantien befasst, namentlich mit der Vergabe von MEDAS-Gutachteraufträgen nach dem Zufallsprinzip (vgl. Urteil des

Bundesgerichts vom 2. November 2020, 9C_174/2020, E. 7.4.3.1, zur Publikation vorgesehen). Mit der Vergabe von Aufträgen für polydisziplinäre Begutachtungen nach dem Zufallsprinzip soll gewährleistet werden, dass diese Aufträge möglichst gleichmässig an alle MEDAS vergeben werden (BGE 140 V 511, E. 3.2.1; BGE 137 V 238, E. 2.4.1). Damit soll dem potentiellen Risiko sachfremder Einflüsse auf die gutachterliche Unabhängigkeit und auf die Gutachtenergebnisse vorgebeugt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 2. November 2020, 9C_174/2020, E. 7.4.3.1, zur Publikation vorgesehen; BGE 137 V 239, E. 2.4.4). Das vorliegende Gutachten vom 12. Juli 2018 umfasst die Fachdisziplinen Psychiatrie, Innere Medizin und Neurologie. Es wurde weder an eine MEDAS noch nach dem Zufallsprinzip vergeben. Es bestehen jedoch keine Indizien dafür, dass die Beschwerdegegnerin das Gutachten ohne Einhaltung der Vorgaben gemäss Art. 72 bis IVV hat in Auftrag geben wollen. Sie hat vielmehr zunächst ein bidisziplinäres Gutachten (psychiatrisch und internistisch) in Auftrag gegeben. Erst als der RAD das internistische Teilgutachten von Dr. L. ___ als nicht verwertbar beurteilt hat und als die Beschwerdegegnerin aufgrund der in diesem Teilgutachten angegebenen objektiven Befunde zusätzlich auch eine neurologische Abklärung als notwendig erachtet hat, hat sie erneut ein bidisziplinäres Gutachten (internistisch und neurologisch) in Auftrag gegeben. Ausserdem hat sie den psychiatrischen Gutachter Dr. J. ___ damit beauftragt, die Konsensbeurteilung zu koordinieren, also das internistische und neurologische Teilgutachten mit dem bereits bestehenden psychiatrischen Teilgutachten zu koordinieren respektive – falls erforderlich – eine psychiatrische Verlaufsbegutachtung durchzuführen und das Verlaufsgutachten mit den internistischen und neurologischen Teilgutachten zu koordinieren. Die Vergabe eines Verlaufsgutachtens an denselben Gutachter, der ein Erstgutachten erstattet hat, ist nicht zu beanstanden, kann dies doch den Aufschlusswert zur Beurteilung der medizinischen Entwicklung erhöhen, weil sich der Gutachter bereits früher einlässlich mit der zu begutachtenden Person befasst hat. Bei der zweiten Auftragsvergabe hat es sich also um die Erstellung eines bidisziplinären (internistisch und neurologisch) Gutachtens mit einer allfälligen psychiatrischen Verlaufsbegutachtung gehandelt. Diese Konstellation ist vom klaren Wortlaut von Art. 72 bis IVV nicht erfasst. Zu berücksichtigen ist im Weiteren, dass ein Absprechen des Beweiswerts des vorliegenden Gutachtens rein aus formalen Gründen und damit eine erneute Begutachtung in allen drei Fachdisziplinen das Verhältnismässigkeitsprinzip (Art. 5 Abs. 2 und Art. 36 Abs. 3 der Bundesverfassung, BV, SR 101) verletzen würde. Jede medizinische Begutachtung stellt nämlich einen Eingriff in die körperliche und geistige Unversehrtheit (Art. 10 Abs. 2 BV) dar und ist daher nur dann durchzuführen, wenn dies zur Abklärung der Leistungsansprüche notwendig und für die zu untersuchende Person zumutbar ist (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Hierbei fallen auch finanzielle Interessen des Staates in dem Sinne ins Gewicht, dass nur die notwendigen Sachverhaltsabklärungen durchzuführen sind (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Eine Verletzung von Art. 72 bis IVV ist damit zu verneinen. Im Folgenden ist das Gutachten vom 12. Juli 2018 auf seinen Beweiswert zu prüfen. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf

leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418). Bei einem zwecks Rentenrevision erstellten Gutachten hängt der Beweiswert zudem wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Thema, nämlich auf eine allfällige erhebliche Änderung des Sachverhalts, bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2020, 8C_196/2020, E. 6.1). Die ursprüngliche Zusprache einer ganzen Invalidenrente ist gestützt auf die Berichte der Psychiatrischen Klinik C.____ vom 31. Juli 2003 und des Hausarztes Dr. med. D.____ vom 17. August 2003 erfolgt. Massgebend sind die darin angegebenen Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Episode (ICD-10 F33.1), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), Probleme bei körperlicher und sexueller Misshandlung in Kindheit und Adoleszenz (ICD-10 Z61.6) und Probleme bei politischer Verfolgung, Angehöriger einer politischen Minderheit (ICD-10 Z60.5) sowie die darin attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeiten gewesen (vgl. die Angaben im Feststellungsblatt vom 24. November 2003, IV-act. 12). Beeinträchtigungen des Gesundheitszustands aus somatischer Sicht sind damals also nicht ausschlaggebend gewesen. Der neurologische Sachverständige Dr. N.____ und der internistische Gutachter Dr. O.____ haben den Beschwerdeführer eingehend persönlich untersucht, die subjektiven Klagen aufgenommen und in den Teilgutachten die objektiven Befunde wiedergegeben. Sie haben umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese gewürdigt. Dr. N.____ hat aufgezeigt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus neurologischer Sicht seit der Rentenzusprache am 31. März 2004 überwiegend wahrscheinlich nicht relevant verändert hat. Er hat nämlich erklärt, dass die diagnostizierten chronischen Spannungskopfschmerzen vermutlich bereits seit mindestens dem Jahr 2002, also womöglich schon länger als seit dem Jahr 2002, bestanden hätten. Im Übrigen ist der neurologische Status unauffällig ausgefallen. Gemäss den Ausführungen von Dr. O.____ hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus internistischer Sicht überwiegend wahrscheinlich ebenfalls nicht relevant verändert. Dr. O.____ hat angegeben, im Langzeitverlauf scheine der Gesundheitszustand stabil zu sein. Die im Jahr 2011 neu diagnostizierte Hypertonie sowie die koronare Atheromatose bzw. Atherosklerose hat er als ohne signifikanten Einfluss auf den körperlichen Zustand (respektive wohl: auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit) beurteilt. Seine vom Vorgutachter Dr. L.____ abweichende Beurteilung hat Dr. O.____ ausführlich begründet. Die Ausführungen von Dres. N.____ und O.____ überzeugen. Dem internistischen Teilgutachten von Dr. L.____ hat die Beschwerdegegnerin demgegenüber zu Recht den Beweiswert abgesprochen. Dr. L.____ hat sich nämlich nur am Rande zum Beweisthema, nämlich einer Veränderung des Gesundheitszustands seit der Rentenzusprache, geäussert. Im Weiteren hat er sich zur Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms, also einer Diagnose auf psychiatrischem Fachgebiet, geäussert. Die Ableitung der Diagnose ist dabei nicht leitliniengerecht erfolgt (vgl. die RAD-Stellungnahme vom 8. Januar 2018, IV-act. 128). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat geltend gemacht, der Beschwerdeführer leide auch an Schmerzen im Rücken mit Ausstrahlung bis in die Beine; die Beschwerdegegnerin hätte deshalb auch ein rheumatologisches und ein orthopädisches Gutachten einholen müssen. Gegenüber Dr.

N.____ und Dr. J.____ hat der Beschwerdeführer lumbale Rückenbeschwerden erwähnt; über eine rezidivierende Lumbago hatte bereits der frühere Hausarzt Dr. D.____ am 17. August 2003 berichtet, dieser allerdings keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen (IV-act. 9). Dass sich die Rückenbeschwerden verstärkt hätten, ergibt sich weder aus dem Bericht von Dr. F.____ vom 13. Februar 2017 (IV-act. 113) noch hat der Beschwerdeführer dies geltend gemacht. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht kein orthopädisches und/oder rheumatologisches Gutachten in Auftrag gegeben. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der überzeugenden Angaben von Dres. N.____ und O.____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache vom 31. März 2004 nicht relevant verändert hat. Weder damals noch im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dres. N.____ und O.____ ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht eingeschränkt gewesen. Der psychiatrische Sachverständige Dr. J.____ hat im Zeitpunkt der Begutachtung vom 22. Mai 2017 als einzige Diagnose (ohne eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), angegeben. Er hat festgehalten, dass "alles" darauf hindeute, dass seit längerer Zeit keine eigentliche depressive Episode mehr bestanden habe, sodass davon auszugehen sei, dass die rezidivierende depressive Störung, die früher sicherlich bestanden habe, seit einiger Zeit remittiert sei. Er hat dies im Wesentlichen damit begründet, dass der Beschwerdeführer angegeben habe gelernt zu haben, mit den Depressionen umzugehen; dass in der letzten Zeit keine intensive Behandlung mehr stattgefunden habe; dass Dr. I.____ im Bericht vom 15. Februar 2017 lediglich eine subdepressive bis indifferente Stimmung und eine allgemeine Verlangsamung und Verarmung der Mimik und Gestik festgehalten habe; dass der Beschwerdeführer spontan kaum Klagen vorgebracht habe, auf gezieltes Nachfragen habe er dann aber das Vorliegen aller möglichen psychischen Symptome bestätigt; dass sich bei der neuropsychologischen Abklärung durch Dr. K.____ eindeutige Hinweise auf Aggravation gefunden hätten und dass der Beschwerdeführer inkonsistente Angaben über seinen Zustand gemacht habe. Die weiteren im Zeitpunkt der Rentenzusprache gestellten Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung und einer posttraumatischen Belastungsstörung hat Dr. J.____ mit sehr kurzen Begründungen verneint. Auch die in einem Bericht von Dr. E.____ vom 23. Mai 2005 genannte Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung hat er im Begutachtungszeitpunkt mit einer knappen Begründung verneint. Im Weiteren hat Dr. J.____ deutliche Hinweise auf eine Aggravation festgestellt. Er hat festgehalten, auch der neuropsychologische Gutachter Dr. K.____ gehe davon aus, dass der Beschwerdeführer nicht optimal mitgewirkt habe, sodass sich auch in der neuropsychologischen Abklärung eindeutige Hinweise auf eine Aggravation gefunden hätten; Dr. J.____ ist also von einer eingeschränkten Mitwirkung des Beschwerdeführers ausgegangen. Er hat aus den Angaben von Dr. K.____ geschlossen, dass das bei der Abklärung demonstrierte Leistungsprofil nicht dem tatsächlichen Leistungsprofil des Beschwerdeführers entsprochen habe. Die Frage nach den beim Beschwerdeführer vorhandenen Ressourcen hat er mit der Begründung, dass aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung keine eindeutigen Aussagen möglich seien, offengelassen. Im Abschnitt zur Konsistenz hat er angegeben, dass die Angaben des Beschwerdeführers bezüglich seines jetzigen Zustands nicht zuverlässig gewesen seien. In der Konsensbeurteilung hat Dr. J.____ sodann festgehalten, in der psychiatrischen und der neuropsychologischen Abklärung hätten sich eindeutige Hinweise auf eine Aggravation, Diskrepanzen und Widersprüche gefunden. Die Resultate der neuropsychologischen

Abklärungen seien nicht valide. Im Zusammenhang mit seiner Feststellung, dass sich viele Hinweise darauf gefunden hätten, dass sich die psychiatrische Situation gebessert habe, hat er angegeben, dass die diesbezüglichen Angaben des Beschwerdeführers "nicht ganz konsistent" gewesen seien. In Bezug auf die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Referenzzeitpunkt wesentlich verändert habe, hat Dr. J.____ schliesslich festgehalten, dass ein direkter Vergleich auf der Befundebene nicht möglich sei, weil der Beschwerdeführer nicht mitgewirkt habe und weil sich bei der psychiatrischen Abklärung deutliche Hinweise auf eine Aggravation, Diskrepanzen und Widersprüche gefunden hätten. In Anbetracht dieser klaren Angaben von Dr. J.____, dass der Beschwerdeführer bei der psychiatrischen und der neuropsychologischen nur eingeschränkt mitgewirkt habe (vgl. auch die Angabe von Dr. K.____, dass von der Prämisse einer besseren Beweiseignung nur dann ausgegangen werden könne, wenn Gewähr für die Wahrhaftigkeit der Aussagen des Beschwerdeführers bestehe), überzeugen die Ausführungen zum psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Begutachtungszeitpunkt nicht. Insbesondere hat Dr. J.____ nicht nachvollziehbar begründet, weshalb trotz einer eingeschränkten Mitwirkung und einer Aggravation von einer Remission der rezidivierenden depressiven Störung auszugehen sei. Das psychiatrische Teilgutachten vom 12. Juli 2018 (inklusive die neuropsychologische Beurteilung vom 26. August 2017) bildet daher aufgrund der unzureichenden Mitwirkung des Beschwerdeführers keine ausreichende Beweisgrundlage in Bezug auf das Vorliegen einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustands und damit des Arbeitsfähigkeitsgrades seit dem 31. März 2004. Die Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts ist damit noch nicht abgeschlossen, denn von einer unzureichenden Mitwirkung des Beschwerdeführers bei der Begutachtung kann nicht auf eine objektive Beweislosigkeit geschlossen werden, die eine Einstellung der Rente ausschliessen würde. Vielmehr hat die Beschwerdegegnerin sämtliche Mittel auszuschöpfen, um den Sachverhalt zur Prüfung des Leistungsanspruchs ausreichend abzuklären (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG). Dies bedeutet, dass eine erneute psychiatrische Begutachtung in Auftrag zu geben ist. Da der Beschwerdeführer bei der letzten Begutachtung unzureichend mitgewirkt hat, besteht die Gefahr, dass er seine Mitwirkungspflicht (vgl. Art. 28 ATSG) erneut verletzen könnte. Um dieser Gefahr zu begegnen respektive um eine versicherte Person zur Erfüllung ihrer Mitwirkungspflicht zu bewegen, sieht das Gesetz das sogenannte Mahn- und Bedenkzeitverfahren vor: Gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG kann der Versicherungsträger aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen, wenn die versicherte Person ihren Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten bei der Sachverhaltsabklärung in unentschuldbarer Weise nicht nachkommt. Er muss die versicherte Person vorher schriftlich gemahnt, auf die Rechtsfolgen hingewiesen und ihr eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt haben. Das Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG hat also zum Zweck, nach einer Verletzung der Mitwirkungspflicht auf die versicherte Person Druck auszuüben, damit sie ihrer Mitwirkungspflicht nachkommt und das Verfahren ordnungsgemäss weitergeführt werden kann (vgl. Tobias Bolt, Folgen einer Mitwirkungspflichtverletzung, in: JaSo 2016, S. 176). Nun ordnet Art. 7b Abs. 1 IVG aber an, dass auf eine Verletzung der Mitwirkungspflicht bei einer medizinischen Untersuchung gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht die in Art. 43 Abs. 3 Satz 1 ATSG vorgesehenen Sanktionsmöglichkeiten, sondern die in Art. 21 Abs. 4 ATSG (eigentlich für die Verletzung der Schadenminderungspflicht) vorgesehene Sanktion der Kürzung oder Verweigerung der angebotenen Leistung zur Anwendung kommen muss. Die Regelung von Art. 7b Abs. 1 IVG bedeutet also für die in

Art. 43 Abs. 2 ATSG geregelte Pflicht zur Mitwirkung bei medizinischen Untersuchungen, dass bei der Anwendung von Art. 43 Abs. 3 Satz 1 ATSG als Sanktion nur die Kürzung oder die Verweigerung der angebehrten Leistung möglich ist. Das ist der einzige Regelungsinhalt von Art. 7b Abs. 1 IVG in Bezug auf die Pflicht zur Mitwirkung bei medizinischen Untersuchungen. Das bedeutet, dass Art. 43 Abs. 3 Satz 2 ATSG unverändert anwendbar bleibt. Bei einer Verletzung der Mitwirkungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG kann die angebehrte Leistung also erst nach der erfolglosen Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gekürzt oder verweigert werden. Art. 7b Abs. 2 IVG, der eine sanktionsweise Kürzung oder Verweigerung der angebehrten Leistung ohne ein vorgängiges Mahn- und Bedenkzeitverfahren zulässt, bezieht sich nicht auf Art. 7b Abs. 1 IVG und damit auch nicht auf die Verletzung der Mitwirkungspflicht bei einer medizinischen Untersuchung gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG. Vielmehr listet er andere Arten von Pflichten auf, die eine Kürzung oder Verweigerung der angebehrten Leistung ohne ein vorgängiges Mahn- und Bedenkzeitverfahren zulassen. Dabei bezieht sich nur Art. 7b Abs. 2 lit. d IVG unmittelbar auf die Mitwirkungspflicht bei der Sachverhaltsabklärung, nämlich auf die Pflicht, der IV-Stelle jene Auskünfte zu erteilen, die diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe benötigt. Art. 7b Abs. 2 lit. d IVG wurde von der vorberatenden Kommission des Nationalrats eingefügt und vom Parlament diskussionslos angenommen (Amtliches Bulletin Nationalrat 2006 N 346, Sitzung vom 21. März 2006; Amtliches Bulletin Ständerat 2006 N 602, Sitzung vom 22. Juni 2006). Ausführungen zu den Gründen, weshalb diese Regelung in Art. 7b Abs. 2 IVG aufgenommen wurde, fehlen. Wäre mit diesen Auskünften – über den klaren Gesetzeswortlaut hinaus – auch die Mitwirkung bei medizinischen Untersuchungen gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG gemeint, hätte der Gesetzgeber, der in Art. 7b Abs. 1 IVG den Art. 43 Abs. 2 ATSG angeführt hat, diesen in Art. 7b Abs. 2 lit. d IVG konsequenterweise ebenfalls ausdrücklich genannt. Der Wortlaut von Art. 7b Abs. 2 lit. d IVG gibt also den Regelungsinhalt abschliessend wieder. Das bedeutet, dass eine Verletzung der Pflicht, bei medizinischen Untersuchungen umfassend mitzuwirken, erst nach der erfolglosen Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens durch eine Kürzung oder Verweigerung der angebehrten Leistung geahndet werden darf (vgl. zum Ganzen den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. August 2020, IV 2018/206, E. 5.1). Im Rahmen eines Rentenrevisionsverfahrens, bei dem der Verdacht besteht, dass die versicherte Person zu weniger als 40% invalid sein könnte, stellt nur die Einstellung der Rente die geeignete Sanktion dar. Der Beschwerdeführer hat im Rahmen der medizinischen Begutachtung durch Dres. J.____ und K.____, also in einem Anwendungsfall von Art. 43 Abs. 2 ATSG, eingeschränkt mitgewirkt. Er hat damit seine Mitwirkungspflicht bei der Sachverhaltsabklärung verletzt. Nach dem in E. 5.1 Gesagten hätte die Beschwerdegegnerin das Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG durchführen müssen, dies unter der Androhung einer Sanktion gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG. Weil sie dies unterlassen hat, hat sie Art. 43 Abs. 1 und 3 ATSG und Art. 7b Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 21 Abs. 4 ATSG verletzt. Die Sache ist daher zur erneuten psychiatrischen Begutachtung (inklusive eine erneute neuropsychologische Abklärung) nach der Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens im Sinne von Art. 43 Abs. 3 ATSG unter der Androhung einer Sanktion gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird dem Beschwerdeführer also androhen, dass sie die Rentenzahlungen stoppen werde, wenn er bei der erneuten Begutachtung nicht vollumfänglich mitwirken sollte. Die Rückweisung an die

Beschwerdegegnerin zur erneuten psychiatrischen Begutachtung ist ohne weiteres zulässig, da es zur gesetzlichen Pflicht der den Sachverhalt abklärenden Verwaltung gehört, bei einer Verletzung der Mitwirkungspflicht der versicherten Person das Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen. Das Instrument des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ist dem für das Versicherungsgericht anwendbaren kantonalen Verfahrensrecht (Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege, sGS 951.1) fremd, womit dem Versicherungsgericht im Rahmen der Einholung eines Gerichtsgutachtens auch kein Mittel zur Verfügung stünde, auf eine versicherte Person, die ihre Mitwirkungspflicht verletzt, Druck auszuüben, damit sie ihrer Pflicht nachkommen würde. Vor einer erneuten psychiatrischen Begutachtung wird die Beschwerdegegnerin zudem bei den behandelnden Fachärzten aktuelle Berichte einholen müssen (vgl. den Austrittsbericht der Psychiatrie Q.____ vom 30. Januar 2020, act. G 18.1, und den Bericht von Dr. I.____ vom 6. März 2019, IV-act. 148). Im Sinne eines obiter dictum ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Begutachtung mit Vorteil bei einem anderen psychiatrischen Gutachter in Auftrag geben wird, da bei Dres. J.____ und K.____ die Gefahr des objektiven Anscheins einer Befangenheit bestehen könnte. 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. Praxisgemäss ist die Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu werten (vgl. BGE 132 V 235, E. 6.1). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu betrachten ist. 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 (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. In einem durchschnittlich aufwändigen Beschwerdeverfahren betreffend einen Rentenanspruch spricht das Versicherungsgericht eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu. Da es sich hier um ein solches Verfahren handelt, erweist sich eine Parteientschädigung in diesem Betrag als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Verfügung vom 5. April 2019 wird aufgehoben und die Sache wird zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.

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