

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/41 vom 20. Dezember 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2021_41

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/41 du 20 décembre 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/41 del 20 dicembre 2021

Regeste

Art. 87 Abs. 3 IVV. Neuanmeldung. Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse konnte nicht glaubhaft gemacht werden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Dezember 2021, IV 2021/41).

Volltext

Entscheid vom 20. Dezember 2021 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Monika Gehrler-Hug; Gerichtsschreiberin Annina Janett Geschäftsnr. IV 2021/41 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Dina Raewel, Raewel Advokatur, Gotthardstrasse 52, 8002 Zürich, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente (Nichteintreten) Sachverhalt A.____ meldete sich im April 2004 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Nachdem der behandelnde Psychiater Dr. med. B.____ aufgrund der Diagnose einer chronifizierten posttraumatischen Störung mit einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach einer extremen Belastung (ICD-10 F43.1, F62.0) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (Bericht vom 17. August 2014, vgl. IV-act. 21), sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit einer Verfügung vom 16. Dezember 2004 rückwirkend ab 1. Mai 2004 eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100% zu (IV-act. 29). Die in den Jahren 2006/2007, 2009 und 2014 durchgeführten Rentenrevisionsverfahren ergaben einen unveränderten Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (vgl. die Mitteilungen vom 30. Januar 2007, 9. März 2009 und 14. Mai 2014, IV-act. 51, 59, 72). Im Jahr 2015 veranlasste die IV-Stelle im Rahmen eines internen Controllings eine Überprüfung der medizinischen Sachlage durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) und sie liess den Versicherten observieren (IV-act. 78, 80 ff., vgl. insb. den Überwachungsbericht vom 3. Dezember 2015, IV-act. 85, die medizinische Stellungnahme des RAD vom 20. Januar 2016, IV-act. 91, sowie das Gesprächsprotokoll vom 10. Februar 2016, IV-act. 93, 97). In der Folge gab die IV-Stelle eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie eine neuropsychologische Testung in Auftrag (IV-act. 95 ff.). Dr. C.____ kam im Gutachten vom 21. März 2017 (IV-act. 107) zum Schluss, während des Untersuchungsgesprächs, das insgesamt drei Stunden und 40 Minuten gedauert habe, sei der Eindruck entstanden, dass der Versicherte seine mimischen Reaktionen willkürlich gebremst habe, denn sowohl seine Körperhaltung als auch die Gestik hätten lebhaft, reichhaltig und fluent imponiert. Ein im Gespräch dreimalig für den Versicherten unerwartet angebrachter intensiver akustischer Reiz habe keine "Startle-Reaktion" bewirkt; teilweise habe der Versicherte nicht einmal den Redefluss unterbrochen. Die Antworten auf die Fragen des Sachverständigen seien jeweils

prompt erfolgt. Teilweise habe der Versicherte mit den Antworten schon begonnen, bevor die Dolmetscherin die Frage fertig übersetzt habe. Die von ihm gebrauchten Ausdrücke hätten wohlklingend imponiert, seien aber inhaltsarm gewesen. Präzisierende Nachfragen hätten ihr Ziel kaum erreicht. Der Versicherte habe sich sthenisch und ausdauernd gezeigt. Die wiederholte Konfrontation mit starken Diskrepanzen in den Angaben hätten beim Versicherten lediglich eine flüchtige Reaktion bewirkt, wobei erhebliche Anhaltspunkte dafür bestanden hätten, dass der Versicherte die jeweilige Reaktion gezielt gebremst habe. Ermüdungserscheinungen seien nicht aufgefallen. In der Gesamtschau hätten sich erhebliche und konsistente Anhaltspunkte für ein Malingering ergeben. Der psychopathologische Befund habe bei einer stark eingeschränkten Mitwirkung nur unvollständig erhoben werden können. Die erhobenen klinischen Befunde seien unauffällig gewesen. Das Vorliegen einer stabilen und erheblichen Abweichung im Denken, Handeln oder Fühlen von der Mehrheit der Bevölkerung im Sinne einer Persönlichkeitsstörung könne weder von der Biographie noch vom aktuell erhobenen Befund abgeleitet werden. Es hätten sich auch keine akzentuierten Persönlichkeitszüge nachweisen lassen. Defizite in der Willensbildung seien nicht nachweisbar gewesen. Der Versicherte habe sich sozial hinreichend kompetent mit einem hinreichenden Grad an Sozialisierung in der hiesigen Gesellschaft – bis zur Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit – gezeigt. An seiner Fähigkeit, auch komplexe Zusammenhänge im sozialen Kontext zu verstehen und entsprechend zu interpretieren, sei insbesondere unter Berücksichtigung des in der Videographie gezeigten intakten interaktionellen Verhaltens nicht zu zweifeln gewesen. Die Diskrepanz im Verhalten des Versicherten gegenüber den Ärzten und der IV-Stelle einerseits und in vermeintlich unbeobachteten Momenten andererseits könne nicht anders als durch eine bewusst getroffene Entscheidung erklärt werden. Das Hinzuziehen einer anderen Entität zur Erklärung der geschilderten Vorgänge, etwa einer erheblichen psychischen Störung, einer abweichenden Entwicklung in der Persönlichkeitsstruktur oder ähnliches, wäre realitätsfremd und der objektiven Sachlage nicht entsprechend. Aus der Sicht des psychiatrischen Fachgebietes liessen sich keine authentischen Funktionsstörungen bestätigen. Mit anderen Worten lasse sich keine psychische Krankheit diagnostizieren und folglich auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren (IV-act. 107-1 ff., insb. 107-16 ff.). Die neuropsychologischen Sachverständigen führten aus, dass sie in der Untersuchung multiple, eindeutige Belege für ein ausgeprägtes beschwerdeverdeutlichendes Testverhalten festgestellt hätten. Die Leistung des Versicherten sei in allen drei durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren und auch in Bezug auf verschiedene sogenannte „embedded effort factors“ auffällig gewesen. In zwei Verfahren hätten die Leistungen im Bereich einer Zufallsverteilung gelegen, was bedeute, dass der Versicherte so reagiert habe, als hätte er die visuellen Reize gar nicht gesehen. Die Fähigkeit des Versicherten zum Führen eines Autos sei mit den Leistungen in den Beschwerdevalidierungsverfahren nicht vereinbar. Die Validität der Befunde sei angesichts der eindeutigen Hinweise auf ein beschwerdeverdeutlichendes Testverhalten nicht gegeben (IV-act. 107-27 ff.). Mit Verfügung vom 23. November 2017 hob die IV-Stelle die laufende Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf. Zur Begründung führte sie aus, das Gutachten von Dr. C. ___ belege eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten seit der ursprünglichen Rentenansprache. Da der Versicherte heute uneingeschränkt arbeitsfähig sei, bestehe kein Rentenanspruch mehr. Angesichts der Hinweise darauf, dass der Versicherte bewusst falsche Angaben gemacht habe, um eine Rente zu erwirken, wäre auch eine rückwirkende

Aufhebung der Rente denkbar. Darauf werde beim aktuellen Aktenstand aber verzichtet (IV-act. 126). Die gegen diese Verfügung am 9. Januar erhobene Beschwerde wurde vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid IV 2018/14 vom 27. April 2020 abgewiesen. Das Gericht hielt im Wesentlichen fest, dass das von Dr. C. ___ erstellte Gutachten in jeder Hinsicht überzeuge. Der Gutachter habe sorgfältig zwischen den Selbstangaben des Versicherten und den objektiven klinischen Befunden differenziert, weshalb auch für den medizinischen Laien erkennbar sei, dass eine grosse Diskrepanz zwischen den Schilderungen des Versicherten und den objektiven klinischen Befunden bestanden habe. Besonders auffällig sei der Umstand, dass der Versicherte auf drei unerwartete intensive akustische Reize während der Untersuchung keine besondere Reaktion gezeigt habe, denn dies lasse sich nicht mit den vom Versicherten geschilderten Beschwerden als Folge der angeblichen mehrmonatigen Folter im Herkunftsland vereinbaren. In der neuropsychologischen Testung habe der Versicherte die Ergebnisse durch ein bewusstes oder zumindest bewusstseinsnahes Verhalten so verfälscht, dass diesen keine Aussagekraft zugebilligt werden könne. Auch in der psychiatrischen Exploration seien Diskrepanzen aufgefallen, die der Gutachter Dr. C. ___ nicht anders als durch eine bewusste oder bewusstseinsnahe Darstellung oder Schilderung von Beschwerden habe erklären können. Während der gesamten Untersuchungsdauer habe sich der Versicherte ohne Ermüdungserscheinungen sthenisch und ausdauernd gezeigt. Auf wiederholte Konfrontationen mit starken Diskrepanzen in den subjektiven Angaben habe der Versicherte jeweils nur flüchtig und gezielt gebremst reagiert. Vor diesem Hintergrund überzeuge die Angabe des Gutachters Dr. C. ___, dass sich in der Gesamtschau erhebliche und konsistente Anhaltspunkte für ein Malingering, also für eine bewusste Verfälschung der Beschwerdeschilderungen und der Beschwerdepräsentation ergeben hätten. Die behandelnden Ärzte hätten diesen offensichtlichen Diskrepanzen keine Rechnung getragen, sondern unbesehen auf die Selbstangaben des Beschwerdeführers abgestellt. Da diese Angaben aber gemäss den in jeder Hinsicht überzeugenden Ausführungen von Dr. C. ___ nicht dem objektiven Gesundheitszustand des Versicherten entsprochen hätten, könnten auch die von den behandelnden Ärzten gestützt auf diese Angaben gezogenen Schlussfolgerungen nicht überzeugend sein. Aus der Sicht des Versicherungsgerichtes sei nicht nachvollziehbar, weshalb sich Dr. B. ___ nicht mit der offensichtlichen Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben des Versicherten und dem Umstand befasst habe, dass der Versicherte in aller Regel für eine Konsultation einen Weg von über vier Stunden Dauer selbständig mit dem eigenen Auto zurückgelegt habe. Bereits diese objektive Tatsache habe sich nämlich nicht mit den vom Versicherten angegebenen Gesundheitsbeeinträchtigungen vereinbaren lassen. Die in den Berichten von Dr. B. ___ fehlende Auseinandersetzung mit dieser Diskrepanz verstärke den objektiven Anschein der Befangenheit von Dr. B. ___ zugunsten des von ihm seit Jahren behandelten Versicherten. Angesichts der Konsequenz, mit der der Versicherte gegenüber Dr. C. ___ falsche Angaben gemacht und nicht vorhandene Beschwerden präsentiert habe, sei im Übrigen davon auszugehen, dass er auch im Rahmen der stationären Behandlung in der Psychiatrischen Klinik D. ___ gewisse Symptome simuliert haben könnte. Die Berichte der Behandler seien jedenfalls nicht geeignet, wesentliche Zweifel an der Überzeugungskraft des sorgfältig begründeten Gutachtens von Dr. C. ___ zu wecken. Das Gericht hielt weiter fest, dass die Akten für die Zeit zwischen der Begutachtung durch Dr. C. ___ im März 2017 und der Eröffnung der angefochtenen Verfügung im November 2017 keinen Hinweis auf eine relevante Veränderung des medizinischen Sachverhaltes enthielten. Der Versicherte habe sich zwar

rund einen Monat nach der Eröffnung der angefochtenen Verfügung für vier Monate in eine stationäre psychiatrische Behandlung begeben, aber die Berichte der Psychiatrischen Klinik D.____ vermöchten eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten in der Zeit zwischen März und November 2017 nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen. Die behandelnden Ärzte hätten ihre Beurteilung unkritisch auf die Selbstangaben und Beschwerdepräsentationen des Versicherten, die gemäss den überzeugenden Ausführungen von Dr. C.____ keine zuverlässige Beurteilungsgrundlage bilden könnten, gestützt. Zusammenfassend stehe gestützt auf das in jeder Hinsicht überzeugende Gutachten von Dr. C.____ mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Versicherte im Zeitpunkt der Begutachtung und auch im Zeitpunkt der Eröffnung der angefochtenen Verfügung an keiner nennenswerten psychiatrischen Gesundheitsbeeinträchtigung gelitten habe und dass er folglich aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen sei. Der Invaliditätsgrad betrage 0%, weshalb der Versicherte ex nunc et pro futuro keinen Anspruch mehr auf eine Rente der Invalidenversicherung habe (IV-act. 153).

Zwischenzeitlich hatte sich der Versicherte im März 2019 erneut zum Bezug von Rentenleistungen angemeldet und Vergesslichkeit, eine starke Depression, Ängstlichkeit, Gelenks- und Hüftschmerzen geltend gemacht (IV-act. 146). Nachdem der Entscheid des Versicherungsgerichtes in Rechtskraft erwachsen war, teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 30. Juni 2020 mit, dass das Gesuch nun geprüft werde. Sie forderte den Versicherten dazu auf, Dokumente einzureichen, aus welchen sich Anhaltspunkte für das Vorliegen einer relevanten Änderung seines Gesundheitszustandes ergäben. Würden die entsprechenden Nachweise bis zum 30. Juli 2020 nicht beigebracht, könne sie auf sein neues Gesuch nicht eintreten (IV-act. 156). Am 27. Juli 2020 berichtete der Psychiater Dr. B.____ zuhanden der IV-Stelle, dass im Gegensatz zu früheren Untersuchungen eine schwere depressive Störung mit chronischem Verlauf sowie Ketten von somatischen Beschwerden, eine unverarbeitete PTBS und eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach extremer Belastung vorlägen. Sowohl der psychopathologische Befund nach AMDP als auch das Ergebnis des MDI und der klinische Gesamteindruck wiesen auf eine schwere depressive Störung hin. Aus fachspezifischer Sicht bestehe ein psychischer und somatischer Gesundheitszustand im Sinne einer eher langandauernden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 157-1 ff.). Der behandelnde Psychiater reichte zudem die Berichte der Psychiatrie E.____ (Psychiatrischen Klinik D.____) vom 16. April und 31. Mai 2018 ein (IV-act. 157-3 ff.). In diesen Berichten war festgehalten worden, dass sich der Versicherte vom 18. Dezember 2017 bis 18. April 2018 in einer stationären Behandlung befunden habe. Der Versicherte leide insbesondere an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig schweren Episode ohne psychotische Symptome sowie an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Während der Dauer der Behandlung sei der Versicherte nachts aufgeschreckt, insbesondere wenn eine männliche Nachtwache die Zimmer kontrolliert habe. Bei der Zimmerkontrolle sei der Versicherte hochgeschreckt. Er habe sich zunächst in einem dissoziativen Zustand befunden, habe die Orientierung verloren und sich in einem massiven Angstzustand befunden. Aus der Sicht des Oberarztes handle es sich beim Versicherten um einen schwer kranken, gebrochenen Mann. Eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt komme nicht mehr in Frage; die Arbeitsfähigkeit liege bei 0%. Am 20. November 2020 notierte RAD-Ärztin Dr. F.____, dass weder die Angaben des Versicherten im Anmeldeformular noch die eingereichten Berichte geeignet seien, eine relevante, anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen. Zudem habe

sich das Gericht im Beschwerdeverfahren bereits umfassend mit dem Bericht vom 16. April 2018 über die Hospitalisation des Versicherten auseinandergesetzt und diesen in seinem Urteil vom 27. April 2020 berücksichtigt. Dabei sei das Gericht zum Schluss gekommen, dass dieser Bericht keine Hinweise auf eine relevante Veränderung des medizinischen Sachverhalts für die Zeit zwischen der Begutachtung im März 2017 und der Eröffnung der Verfügung im November 2017 enthalte (IV-act. 163). Am 26. November 2020 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten mit Verweis auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin an, dass sie auf das neue Leistungsbegehren nicht eintreten werde (IV-act. 164). Dagegen wandte der Versicherte am 12. Januar 2021 ein, dass der Bericht der Psychiatrischen Klinik vom 31. Mai 2018 seine schlechte psychische Verfassung bestätige. Dieser Bericht sei im Beschwerdeverfahren nicht berücksichtigt worden, da er nicht mehr in den Überprüfungszeitraum gefallen sei (IV-act. 165). Am 1. Februar 2021 verfügte die IV-Stelle gemäss ihrem Vorbescheid das Nichteintreten auf das neue Leistungsbegehren. Zu den Einwänden hielt sie fest, dass die vom Versicherten eingereichten Berichte nicht geeignet seien, eine wesentliche Veränderung glaubhaft zu machen, zumal der behandelnde Arzt im Wesentlichen die gleichen Diagnosen gestellt habe wie früher (IV-act. 167). Dagegen liess der Versicherte am 4. März 2021 Beschwerde erheben. Seine Rechtsvertreterin beantragte das Eintreten auf das Leistungsbegehren und die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente, eventualiter eine psychiatrische Begutachtung. Zudem beantragte sie die Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung. Die Rechtsvertreterin verwies hinsichtlich der Beschwerdebeurteilung im Wesentlichen auf den Bericht der Psychiatrie E. ___ vom 31. Mai 2018 (act. G 1). Am 28. April 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf eingetreten werden könne. Sie führte an, Verfahrensgegenstand sei einzig die Frage, ob der Beschwerdeführer eine relevante Verschlechterung glaubhaft machen könne. Im Bericht der Psychiatrie E. ___ vom 31. Mai 2018 werde festgehalten, dass die Symptomatik der PTBS unverändert geblieben sei. Diese Feststellung stehe der Annahme einer relevanten Verschlechterung diametral entgegen. Zudem habe sich das Gericht bereits mit den Differenzen zwischen dem Gutachten von Dr. C. ___ und den Berichten der Behandler befasst und festgehalten, dass diese nicht als Hinweis auf eine Veränderung zu interpretieren seien, sondern darauf gründeten, dass sich die Behandler unkritisch auf die Selbstangaben des Beschwerdeführers gestützt hätten. Dr. C. ___ habe überzeugend aufgezeigt, dass der Beschwerdeführer im vermeintlich unbeobachteten Alltag nicht an den von ihm behaupteten und präsentierten Beschwerden leide. Es gebe keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass sich daran etwas geändert hätte. Umso weniger gelinge es dem Beschwerdeführer, mit den eingereichten Berichten eine relevante Verschlechterung glaubhaft zu machen (act. G 6). Am 27. Mai 2021 bewilligte das Gericht das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege für das Verfahren vor dem Versicherungsgericht (act. G 10). Mit einer Replik vom 19. August 2021 und einer Duplik vom 5. Oktober 2021 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest; sie bestätigten im Wesentlichen ihre Standpunkte (act. G 15, 17). Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat die seit dem 1. Mai 2004 laufende Rente des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 23. November 2017 aufgehoben. Diese Renteneinstellung hat das Gericht mit einem rechtskräftigen Entscheid vom 27. April 2020 bestätigt. Im März 2019 hat der Beschwerdeführer erneut um Leistungen der Invalidenversicherung ersucht. Auf diese Neuanmeldung ist die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 1. Februar 2021 nicht eingetreten. Mit der vorliegenden Beschwerde hat der Beschwerdeführer sowohl das Eintreten auf das Leistungsbegehren als auch die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente

bzw. eventualiter eine psychiatrische Begutachtung beantragt. Da das vorliegende Beschwerdeverfahren darauf abzielt, die angefochtene Nichteintretensverfügung vom 1. Februar 2021 auf ihre Rechtmässigkeit zu überprüfen, kann das Gericht nur der Frage nachgehen, ob es rechtmässig gewesen ist, nicht auf die Begehren des Beschwerdeführers einzutreten. Die materielle Prüfung der Anträge auf Leistungen kann hingegen nicht Gegenstand des Verfahrens sein, da dies den Streitgegenstand in einer unzulässigen Weise ausdehnen würde. Auf die entsprechenden Beschwerdeanträge kann deshalb nicht eingetreten werden. Gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Diese Bestimmung soll verhindern, dass sich der Sozialversicherungsträger nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 117 V 198 E. 4a mit Hinweis). Die Anforderung, bei einer erneuten Anmeldung eine Veränderung glaubhaft zu machen, bedeutet, dass es dem Beschwerdeführer obliegt, entsprechende ärztliche Berichte erhältlich zu machen und einzureichen. Die glaubhaft gemachte Veränderung muss so erheblich sein, dass mit der Entstehung eines anspruchsbegründenden Invaliditätsgrades zu rechnen ist, falls sich die glaubhaft gemachte Veränderung in einem anschliessenden umfassenden Verwaltungsverfahren nachweisen lassen sollte. Die in Art. 87 Abs. 3 IVV aufgestellte Eintretenshürde ist also insbesondere dann überwunden, wenn die sich neu anmeldende versicherte Person glaubhaft machen kann, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert hat und dass damit ihr Arbeitsunfähigkeitsgrad in einem erheblichen Ausmass angestiegen ist. Da das Beweismass nur im Glaubhaftmachen besteht, muss es genügen, wenn die Indizien auf den Eintritt einer solchen Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindeuten (vgl. den Entscheid Versicherungsgericht St. Gallen vom 19. Juni 2018, IV 2017/450 E. 1.2). Die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten sein könnte, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Einstellungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 ff. E. 3). Der Beschwerdeführer hat zur Glaubhaftmachung zwei Berichte der Psychiatrie E.____ vom 16. April und 31. Mai 2018 sowie einen aktuellen Bericht seines behandelnden Psychiaters von Dr. B.____ vom 27. Juli 2020 eingereicht. Das Gericht hat sich in seinem Entscheid vom 27. April 2020 eingehend mit der Einschätzung und Diagnosestellung von Dr. B.____ sowie dem Bericht der Psychiatrie E.____ vom 16. April 2018 befasst. Es hat insbesondere festgehalten, dass die behandelnden Ärzte und insbesondere Dr. B.____ unbesehen auf die Selbstangaben des Beschwerdeführers abgestellt hätten. Da diese Angaben aber nicht dem objektiven Gesundheitszustand des Beschwerdeführers entsprochen hätten, könnten auch die von den behandelnden Ärzten gestützt auf diese Angaben gezogenen Schlussfolgerungen nicht überzeugend sein. Das Gericht ist dabei von einem objektiven Anschein der Befangenheit von Dr. B.____ zugunsten des von ihm seit Jahren behandelten Beschwerdeführers ausgegangen. Im vorliegend zur Glaubhaftmachung einer Verschlechterung eingereichten Bericht vom 27. Juli 2020 hat Dr. B.____ – wie bereits im Zeitpunkt der Renteneinstellung und unbeachtet der gutachterlichen Beurteilung – wiederum eine unverarbeitete PTBS und ein depressives Leiden diagnostiziert. Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich der Behandler auch weiterhin nur auf die Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers gestützt hat. Der Bericht enthält damit keine überzeugenden Hinweise auf eine objektive Verschlechterung des Gesundheitszustands des

Beschwerdeführers. Wie von der Beschwerdegegnerin zu Recht vorgebracht, hat das Gericht in seiner Entscheidung vom 27. April 2020 ausführlich dargelegt, dass der Bericht der Psychiatrischen Klinik D.____ bzw. Psychiatrie E.____ vom 16. April 2018 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 18. Dezember 2017 bis 18. April 2018 eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers in der Zeit zwischen März und November 2017 nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen vermöge. Vielmehr hätten die behandelnden Ärzte ihre Beurteilung unkritisch auf die Selbstangaben und Beschwerdepräsentationen des Beschwerdeführers gestützt. Der (Austritts-)Bericht der Psychiatrie E.____ vom 31. Mai 2018, auf den sich die Rechtsvertreterin im Wesentlichen stützt, betrifft ebenfalls die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 18. Dezember 2017 bis 18. April 2018. Er beinhaltet in den wesentlichen Standpunkten, der Diagnosestellung, der abschliessenden medizinischen Beurteilung sowie der Arbeitsfähigkeitsschätzung die gleichen Aussagen mit teilweise identischem Wortlaut wie der (Zwischen-)Bericht vom 16. April 2018. Damit ist der Bericht vom 31. Mai 2018 ebenfalls nicht geeignet, eine Verschlechterung für den relevanten Zeitraum zwischen der Einstellungsverfügung vom 23. November 2017 und der Nichteintretensverfügung vom 1. Februar 2021 glaubhaft zu machen. Insgesamt ist mit den eingereichten Arztberichten nicht glaubhaft gemacht worden, dass sich der psychische Gesundheitszustand bzw. Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit relevant verschlechtert hätte und sich dadurch der Invaliditätsgrad erhöht haben könnte. Zwar hat der Beschwerdeführer bei der Neuanschuldung auch somatische Beschwerden angegeben (Gelenks- und Hüftschmerzen, IV-act. 146). Diesbezüglich hat der Beschwerdeführer aber weder eine Verschlechterung behauptet noch hat er entsprechende Arztberichte eingereicht. Die Beschwerdegegnerin ist damit zu Recht nicht auf die Neuanschuldung eingetreten. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit auf sie einzutreten ist. 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 in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführer. 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 (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. Angesichts der Vorkenntnisse der Rechtsvertreterin und mit Blick auf vergleichbare Fälle einer Wiederanschuldung erweist sich eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- als angemessen. Dieser Betrag ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des st.gallischen Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 1'200.-- (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, soweit auf sie eingetreten wird. Der Beschwerdeführer wird zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- befreit. Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 1'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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