

SO_GERICHTE VSBES.2017.80 vom 21. November 2017

SO Obergericht, 2017-11-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.80_d20171121

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.80 du 21 novembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.80 del 21 novembre 2017

Regeste

Begutachtung

Erwägungen

E. 1

1.1 Der am 1. Januar 1970 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich am 30. Juni 2009 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) unter Hinweis auf eine posttraumatische Belastungsstörung nach Schussverletzung im Gesichts- und Flankenbereich rechts vom 26. Oktober 2008 (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 5) zum Leistungsbezug an.

1.2 Nach Einholen sowohl des Arbeitgeberfragebogens vom 17. Juli 2009 als auch der Akten des Unfallversicherers des Beschwerdeführers sowie medizinischer Akten und der Durchführung des Intake-Gesprächs vom 11. August 2009 (IV-Nrn. 14, 17, 23.1 - 23.4, 25), teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 24. November 2009 mit (IV-Nr. 26), es seien aufgrund seines Gesundheitszustandes zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich. Nach Einholen des Arztberichts von Dr. med. B.____, Oberarzt, [...], vom 12. Januar 2010 (IV-Nr. 27) und der anschliessenden Stellungnahme von Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (nachfolgend: RAD), vom 30. März 2010 (IV-Nr. 33), sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 18. Juli 2011 (IV-Nr. 38) ab 1. Januar 2010 eine ganze Rente zu. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

2. Aufgrund der im März 2013 durch die Beschwerdegegnerin eingeleiteten eingliederungsorientierten Rentenrevision (IV-Nr. 56) gab der Beschwerdeführer an, sein Gesundheitszustand habe sich ungefähr seit November 2012 verschlechtert. Daher holte die Beschwerdegegnerin sowohl die medizinischen Akten als auch die Akten des Unfallversicherers ein (IV-Nrn. 57, 61.1 - 61.3, 62, 63.1 - 63.6) und führte am 18. September 2013 ein Revisionsgespräch durch (IV-Nr. 66). Mit Mitteilung vom 3. Oktober 2013 (IV-Nrn. 68 f.) wurde der Beschwerdeführer darüber informiert, dass zur Klärung seiner Leistungsansprüche eine psychiatrische Abklärung bei Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, notwendig sei. Dem Beschwerdeführer wurde eine Frist von zehn Tagen eingeräumt, um Einwendungen gegen die Begutachtung, die vorgesehene Fachdisziplin und die begutachtende Person einzureichen und um Zusatzfragen zu stellen.

2.1 Nach Einholen des Einspracheentscheids des Unfallversicherers des Beschwerdeführers vom 28. Oktober 2013 (IV-Nr. 71), teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 12. November 2013 mit (IV-Nr. 73), sie könne alternativ als Gutachter Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie, Dr. med. F.____, FMH

Psychiatrie, oder Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie, vorschlagen. Der Beschwerdeführer teilte der Beschwerdegegnerin am 22. November 2013 mit (IV-Nr. 75), er sei aufgrund der Aktenlage bzw. des Umstandes, dass derzeit noch ein Verfahren gegen die Unfallversicherung hängig sei, der Meinung, dass eine weitere Begutachtung momentan nicht angezeigt sei. Ausserdem sei ihm eine weitere Begutachtung gemäss dem Arztbericht von Dr. med. B.____ vom 18. Oktober 2013 aus medizinischen Gründen nicht zumutbar. Er sei zudem mit der Begutachtung durch Dr. med. D.____ sowie der übrigen vorgeschlagenen Gutachter nicht einverstanden, da sich deren Praxen nicht im Raum [...] befinde. Dr. med. H.____, der in [...] ansässig sei, wäre hingegen nicht allzu weit entfernt. Daraufhin stornierte die Beschwerdegegnerin am 5. Dezember 2013 den Gutachtensauftrag vom 17. Oktober 2013 bei Dr. med. D.____ (IV-Nr. 78) und der Beschwerdeführer liess am 11. Dezember 2013 den Bericht von Dr. med. B.____ vom 6. Dezember 2013 einreichen (IV-Nr. 79). Mit Verfügung vom 23. Dezember 2013 hielt die Beschwerdegegnerin an der psychiatrischen Begutachtung fest, welche neu bei Dr. med. H.____ durchzuführen sei (IV-Nr. 80).

2.2 Die dagegen durch den Beschwerdeführer am 3. Januar 2014 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) erhobene Beschwerde (IV-Nr. 83 S. 3 ff.) wurde von diesem mit Urteil VSBES.2014.3 vom 11. Juli 2014 abgewiesen (IV-Nr. 100). Es sei nicht einzusehen, weshalb die Beschwerdegegnerin an der in Aussicht genommenen, notwendigen psychiatrischen Begutachtung nicht festhalten sollte. Das Gutachten von Dr. med. H.____ wurde sodann am 22. Dezember 2014 erstattet (IV-Nr. 103). Zu diesem liessen sich Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, am 12. Januar 2015 und die RAD-Ärztin Dr. med. J.____ am 6. März 2015 (IV-Nrn. 106, 112 S. 2 f.) vernehmen. Dr. med. J.____ empfahl aufgrund einiger Inkonsistenzen im Gutachten die Durchführung eines psychiatrischen Verlaufsgutachtens nach Ablauf von 12 Monaten.

2.3 Nach Einholen des Verlaufsberichts von Dr. med. B.____ vom 3. Februar 2016 (IV-Nr. 115) hielt Dr. med. J.____, RAD, mit Stellungnahme vom 22. März 2016 (IV-Nr. 117) dafür, der Beschwerdeführer sei zu einem instruierenden Gespräch aufzubieten. Dieses fand sodann am 6. April 2016 statt (vgl. Protokolleintrag). Der Beschwerdeführer wurde anschliessend mit Mitteilung vom 28. April 2016 (IV-Nr. 123) davon in Kenntnis gesetzt, dass zur Klärung seiner Leistungsansprüche eine medizinische Untersuchung (Fachdisziplin Psychiatrie) notwendig sei. Für die Begutachtung wurde Dr. med. E.____ vorgeschlagen. Triftige Einwendungen gegen die Begutachtung, die vorgesehene Fachdisziplin sowie die begutachtende Person könnten bis am 9. Mai 2016 eingereicht werden. Innert derselben Frist könne der Beschwerdeführer auch Zusatzfragen einreichen. Mit Eingabe vom 29. April 2016 (IV-Nr. 125) liess der Beschwerdeführer vorbringen, Dr. med. E.____ sei bereits vor knapp zwei Jahren vorgeschlagen und aufgrund der eingeschränkten Reisefähigkeit des Beschwerdeführers ablehnt worden. Dies sei auch heute noch der Fall. Es sei Dr. med. H.____ mit dem Gutachten zu beauftragen. Mit Schreiben vom 12. Mai 2016 (IV-Nr. 127) teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, obwohl keine zulässigen Ablehnungsgründe geltend gemacht worden seien, werde im Rahmen einer einvernehmlichen Lösung als Gutachter Dr. med. G.____, [...], vorgeschlagen. Triftige Einwendungen könnten innert zehn Tagen schriftlich eingereicht werden. Mit Eingabe vom 27. Mai 2016 (IV-Nr. 129) liess der Beschwerdeführer das Arztzeugnis von Dr. med. B.____ vom 24. Mai 2016 einreichen und eine Begutachtung durch Dr. med. K.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, in

[...] beantragen.

2.4 Mit Mitteilung vom 4. November 2016 (IV-Nr. 130) wurde dem Beschwerdeführer mitgeteilt, mit Blick auf den Protokolleintrag vom 6. April 2016 habe sich herausgestellt, dass eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung nicht ausreiche. Es sei eine bidisziplinäre Begutachtung (Psychiatrie / Rheumatologie) durchzuführen. Vorgeschlagen wurden die Dres. med. E.____ (Psychiatrie) und L.____ (Rheumatologie). Triftigen Einwendungen gegen diese könnten bis am 14. November 2016 schriftlich eingereicht werden. Dies gelte auch für Zusatzfragen. Mit Eingabe vom 11. November 2016 (IV-Nr. 131) liess der Beschwerdeführer betreffend Dr. med. E.____ auf die bereits im April und Mai 2011 erfolgte Korrespondenz sowie das Schreiben vom 12. Mai 2016 verweisen und alternativ Dr. med. K.____ oder Dr. med. H.____ vorschlagen. Die rheumatologische Begutachtung habe im Raum [...] stattzufinden. Mit den Gutachterfragen sei er einverstanden. Am 2. Dezember 2016 erfolgten durch Dr. med. J.____, RAD, eine Blutentnahme und eine Urinprobe (vgl. Protokolleinträge). Die serologische Untersuchung ergab, dass der Beschwerdeführer das verordnete Psychopharmaka unterdosiert einnahm (Protokolleintrag vom 6. Januar 2017). Nach Einholen des Verlaufsberichts von Dr. med. B.____ vom 14. November 2016 (IV-Nr. 136), teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 5. Dezember 2016 mit (IV-Nr. 137), um eine einvernehmliche Lösung zu finden, würden anstelle der vorgeschlagenen Gutachter neu Dr. med. M.____, FMH Rheumatologie, und von Dr. med. N.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vorgeschlagen. Triftige Einwendungen gegen diese könnten bis 19. Dezember 2016 schriftlich eingereicht werden. An diesen Gutachtern hielt die Beschwerdegegnerin trotz den am 19. Dezember 2016 dagegen erhobenen Einwänden (IV-Nr. 140), nach Einholen der Aktennotiz der RAD-Ärztin Dr. med. J.____ vom 27. Dezember 2016 (IV-Nr. 142), mit Verfügung vom 3. Februar 2017 (A.S. [Akten-Seiten] 1 ff.) fest.

3. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 9. März 2017 beim Versicherungsgericht fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 5 ff.):

1. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 3. Februar 2017 sei aufzuheben.
2. Es sei festzustellen, dass im Moment keine weitere Begutachtung erforderlich sei.
3. Eventualiter sei eine bidisziplinäre Untersuchung des Beschwerdeführers bei Ärzten im Raum [...] anzuordnen.
4. Subeventualiter sei das Verfahren zurück an die Vorinstanz zur Durchführung eines Einigungsverfahrens zu weisen.
5. Die von der Vorinstanz entzogene aufschiebende Wirkung der Beschwerde sei wiederherzustellen.
6. Es sei auf die Erhebung eines Kostenvorschusses zu verzichten.
7. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.
8. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

4. Aufgrund der Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 24. April 2017 (A.S. 23), wonach sie während des laufenden Beschwerdeverfahrens von der Aufbietung des Beschwerdeführers zur Begutachtung absehe, wird das Gesuch des Beschwerdeführers um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung mit Verfügung vom 25. April 2017

(A.S. 24 f.) gegenstandslos.

5. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 1. Juni 2017 (A.S. 44 f.) stellt die Beschwerdegegnerin folgende Anträge:

6. Die durch die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts mit Verfügung vom 8. Juni 2017 (A.S. 46 f.) beim Beschwerdeführer einverlangten weiteren Unterlagen betreffend die unentgeltliche Rechtspflege, werden am 29. Juni 2017 fristgerecht eingereicht (A.S. 49). Gleichzeitig lässt der Beschwerdeführer ein Schreiben von Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Juni 2017 zu den Akten geben.

7. Mit Verfügung vom 6. Juli 2017 (A.S. 50 f.) weist die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege bzw. Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistands ab. Zudem stellt sie fest, dass der Beschwerdeführer auf das Einreichen einer Replik verzichtet habe.

8. Mit Eingabe vom 29. September 2017 (A.S. 58) hält die Beschwerdegegnerin an ihren bisherigen Anträgen fest.

9. Die mit Eingabe vom

E. 2

Es sei festzustellen, dass im Moment keine weitere Begutachtung erforderlich sei.

E. 3

Eventualiter sei eine bidisziplinäre Untersuchung des Beschwerdeführers bei Ärzten im Raum [...] anzuordnen.

E. 4

Subeventualiter sei das Verfahren zurück an die Vorinstanz zur Durchführung eines Einigungsverfahrens zu weisen.

E. 5

Die von der Vorinstanz entzogene aufschiebende Wirkung der Beschwerde sei wiederherzustellen.

E. 6

Es sei auf die Erhebung eines Kostenvorschusses zu verzichten.

E. 7

Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

E. 8

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 4. Aufgrund der Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 24. April 2017 (A.S. 23), wonach sie während des laufenden Beschwerdeverfahrens von der Aufbietung des Beschwerdeführers zur Begutachtung absehe, wird das Gesuch des Beschwerdeführers um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung mit Verfügung vom 25. April 2017 (A.S. 24 f.) gegenstandslos. 5. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 1. Juni 2017 (A.S. 44 f.) stellt die Beschwerdegegnerin folgende Anträge: 1. Die Beschwerde sei abzuweisen. 2. Eventualiter sei die Angelegenheit

an die IV-Stelle zur Durchführung einer stationären Begutachtung zurückzuweisen. 6. Die durch die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts mit Verfügung vom 8. Juni 2017 (A.S. 46 f.) beim Beschwerdeführer einverlangten weiteren Unterlagen betreffend die unentgeltliche Rechtspflege, werden am 29. Juni 2017 fristgerecht eingereicht (A.S. 49). Gleichzeitig lässt der Beschwerdeführer ein Schreiben von Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Juni 2017 zu den Akten geben. 7. Mit Verfügung vom 6. Juli 2017 (A.S. 50 f.) weist die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege bzw. Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistands ab. Zudem stellt sie fest, dass der Beschwerdeführer auf das Einreichen einer Replik verzichtet habe. 8. Mit Eingabe vom 29. September 2017 (A.S. 58) hält die Beschwerdegegnerin an ihren bisherigen Anträgen fest. 9. Die mit Eingabe vom 1. November 2017 eingereichte Kostennote des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (A.S. 64 ff.) geht mit Verfügung vom 6. November 2017 (A.S. 69) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 10. Mit Eingabe vom 16. November 2017 (A.S. 70) hält die Beschwerdegegnerin am Antrag, die Beschwerde sei abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei, fest. 11. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II. 1. 1.1 Die Beurteilung von Beschwerden gegen eine Zwischenverfügung, mit denen – wie hier – nicht abschliessend über den Leistungsanspruch befunden wird, fällt in die Präsidialkompetenz (§ 54 bis Abs. 1 lit. a bis Kantonales Gesetz über die Gerichtsorganisation [GO, BGS 125.12]). Die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts (als Stellvertreterin des Präsidenten) ist folglich für den Entscheid in vorliegender Angelegenheit als Einzelrichterin zuständig. 1.2 Nach der neuen Rechtsprechung hat die Invalidenversicherung eine Begutachtung nicht mehr durch blosser Mitteilung, sondern in Form einer anfechtbaren Zwischenverfügung anzuordnen (BGE 141 V 330 E. 3.2 S. 335, 137 V 210 E. 3.4.2.6 S. 256; Urteile des Bundesgerichts 9C_924/2012 vom 18. Februar 2013 E. 1.1, 8C_481/2013 vom 7. November 2013 E. 4.2, 8C_767/2013 vom 20. Februar 2014 E. 5.2; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.1). Auf die vorliegende Beschwerde gegen die Verfügung vom 3. Februar 2017, mit der die Beschwerdegegnerin an der Begutachtung durch die Sachverständigen gemäss Mitteilung vom 5. Dezember 2016 bzw. sekundär an den Sachverständigen gemäss Mitteilung vom 4. November 2016 festhält, ist daher einzutreten, zumal auch die übrigen Voraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) erfüllt sind. 1.3 In zeitlicher Hinsicht sind diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts gelten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 109 E. 1, 127 V 466 E. 1 S. 469; Urteil des Bundesgerichts 8C_35/2017 vom 4. August 2017 E. 3.1). Die vorliegend angefochtene Verfügung erging am 3. Februar 2017 und betrifft eine noch durchzuführende Begutachtung. Damit sind die am 3. Februar 2017 geltenden Bestimmungen massgebend. 1.4 Beschwerdeweise geltend gemacht werden können materielle Einwendungen beispielsweise des Inhalts, die in Aussicht genommene Begutachtung sei nicht notwendig, weil sie – mit Blick auf einen bereits umfassend abgeklärten Sachverhalt – bloss einer «second opinion» entspräche. Nach wie vor gerügt werden können (personenbezogene) Ausstandsgründe. Nicht gehört werden kann indessen das Vorbringen, die Abgeltung der Gutachten aus Mitteln der Invalidenversicherung führe zu einer Befangenheit des Experten (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 257 mit Hinweisen). Zulässig sein muss dagegen der

formelle Einwand, die bundesrechtlichen Vorgaben im Zusammenhang mit der Einholung eines Gutachtens seien verletzt worden.

2. 2.1 Das Bundesgericht hat im Urteil BGE 137 V 210 vom 28. Juni 2011 diverse Vorgaben formuliert, welche bei der Einholung eines Gutachtens zu beachten sind. Gemäss Erwägung 5 dieses Entscheides sind die darin enthaltenen Regeln auf laufende Verfahren grundsätzlich anwendbar, soweit sie justiziabel sind (S. 266). Ihnen ist somit auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren Rechnung zu tragen. Inhaltlich hat das Bundesgericht im erwähnten Entscheid erwogen, mehr als bisher sei das Bestreben um eine einvernehmliche Gutachtenseinholung in den Vordergrund zu stellen. Es liege in der beidseitigen Verantwortung von IV-Stelle und versicherter Person, vermeidbare Verfahrenserweiterungen abzuwenden. Wenn keine Einigung zustande komme, sei die Anordnung, eine Expertise einzuholen, «in die Form einer Verfügung zu kleiden» (BGE 141 V 330 E. 3.2, 137 V 210 E. 3.4.2.6 S. 256; Urteil des Bundesgerichts 8C_767/2013 vom 20. Februar 2014 E. 5.2, hier wird von «Zwischenentscheid» gesprochen).

2.2 Wird anstelle eines polydisziplinären (MEDAS-)Gutachtens – wie vorliegend der Fall – eine mono- oder bidisziplinäre Expertise eingeholt, so sind dieselben Partizipationsrechte beachtlich (vgl. Philipp Egli: Rechtsverwirklichung durch Sozialversicherungsverfahren, Zürich, 2012, S. 263 f.; Christian Haag: Grundsatzurteil zur medizinischen Begutachtung der Invalidenversicherung, in: SAeZ 2011 S. 2020). Bei Uneinigkeit ist eine Begutachtung demnach mit anfechtbarer Zwischenverfügung anzuordnen; zudem hat die versicherte Person ein Recht zur vorgängigen Fragestellung (BGE 137 V 210 E. 3.4 S. 246 ff.). Auch die auf Verbesserung und Vereinheitlichung der Qualitätsanforderungen und -kontrolle zielenden Vorkehren (BGE 137 V 210 E. 3.3 S. 245) sind – soweit nicht spezifisch auf die MEDAS angelegt – sinngemäss auf die mono- oder bidisziplinären Expertisen zu übertragen (zur appellatorischen Natur unter anderem dieses Punktes vgl. BGE 137 V 210 E. 5 S. 266, 139 V 349 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_509/2014 vom 16. März 2015 E. 4.2).

2.3 Entgegen der Vergabe von polydisziplinären Gutachten, d.h. solche mit drei oder mehr Fachdisziplinen, welche gemäss dem Wortlaut von Art. 72 bis Abs. 1 (Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) via SuisseMED@P nach dem Zufallsprinzip erfolgt, ist bei mono- und bidisziplinären Gutachten eine Einigung anzustreben (vgl. BGE 139 V 349 E. 2.2 und E. 5.2.2.3). Voraussetzung für ein konsensorientiertes Vorgehen bei der Anordnung einer mono- oder bidisziplinären Begutachtung ist ein zulässiger Einwand formeller (fallbezogenes formelles Ablehnungsbegehren) oder materieller (fachbezogener) Natur (Urteile des Bundesgerichts 9C_207/2012 vom 3. Juli 2013 E. 1.2.4 [nicht publ. in BGE 139 V 349] in Verbindung mit E. 5.2.2.3, 9C_560/2013 vom 6. September 2013 E. 2.3).

3.

3.1 Der Sozialversicherungsträger ist gemäss Art. 43 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) verpflichtet, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Auch wenn der IV-Stelle bei der Beurteilung der Frage, ob die Abklärungen vollständig seien, ein erheblicher Ermessensspielraum zusteht, so darf die Einholung eines Zweitgutachtens (sog. second opinion) doch nicht beliebig erfolgen. Sofern offene Fragen oder Zweifel an den gutachtlichen Schlussfolgerungen bestehen, soll dies in erster Linie mit den Verfassern des betreffenden Gutachtens geklärt werden (BGE 137 V 210 E. 3.3.1 S. 245, mit Hinweisen). Ein Eingriff des Gerichts in angeordnete Abklärungsmassnahmen rechtfertigt sich indes nur, wenn die IV-Stelle ihr Ermessen offensichtlich überschritten hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_24/2010 vom 31. März 2010 E. 2 und 9C_825/2008 vom 6. November 2008 E. 4.3).

3.2 Abgesehen davon, dass die Einholung eines entbehrlichen

Zweitgutachtens eine unzulässige Verzögerung darstellen kann, ist die versicherte Person nicht verpflichtet, sich einer weiteren Begutachtung zu unterziehen, wenn der Sachverhalt bereits hinreichend geklärt ist (BGE 136 V 156 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

3.3 Aufgrund der vorliegenden Akten kann festgehalten werden, dass es sich im vorliegenden Fall um ein Revisionsverfahren handelt, das im März 2013 eingeleitet wurde und in dessen Verlauf die Beschwerdegegnerin am 22. Dezember 2014 bereits ein Psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. H.____ (IV-Nr. 103) eingeholt hat. Der Beschwerdeführer lässt im Wesentlichen vorbringen, die durch die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 3. Februar 2017 in Aussicht genommene bidisziplinäre Begutachtung (Rheumatologie und Psychiatrie) sei nicht notwendig. So liege in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand bereits ein umfassendes und konsistentes Gutachten von Dr. med. H.____ vor, das gerade mal zwei Jahre alt sei. Daher handle es sich bei der Anordnung eines erneuten psychiatrischen Gutachtens um eine unzulässige «second opinion» (A.S. 11). Zudem sei der rheumatologische Teil gegenüber den psychischen Beeinträchtigungen von untergeordneter Bedeutung und das Versicherungsgericht habe sich mit Urteil vom 11. Juli 2014 (VSBES.2014.3) ausdrücklich gegen eine bidisziplinäre Begutachtung entschieden (A.S. 9). Die durch die RAD-Ärztin im Protokolleintrag vom 6. April 2016 festgestellten Diskrepanzen könnten mit Stellungnahmen des Gutachters und des behandelnden Therapeuten geklärt werden (A.S. 10 unten).

3.4 Aufgrund der vorangehenden Ausführungen kann festgehalten werden, dass für die streitige Frage der Notwendigkeit der Durchführung des bidisziplinären Gutachtens bei Dr. med. M.____ und Dr. med. N.____ die vorliegenden medizinischen Akten auf ihre Vollständigkeit und Schlüssigkeit hin zu prüfen wären. Um hierbei keine Präjudizierung des Endentscheidendes herbeizuführen und unter Berücksichtigung des erheblichen Ermessensspielraumes der Beschwerdegegnerin (vgl. II. E. II. 3.1 hiervoor), ist diese Überprüfung in dem Sinne durchzuführen, als nachfolgend zu prüfen ist, ob sich die Beschwerdegegnerin aus nachvollziehbaren Gründen für eine weitere umfassende Abklärung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers entschieden hat.

3.4.1 Im Rahmen des Psychiatrischen Gutachtens bei Dr. med. H.____ vom 22. Dezember 2014 (IV-Nr. 103) wurden folgende Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (S. 47): «Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F33.1)» und eine «posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), übergehend in eine anhaltende Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62)». Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen: «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit/bei sekundärer Symptomausweitung und Neigung zur Selbstlimitierung», «Status nach Schussverletzung vom 26. Oktober 2008» und «Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel» (S. 47). Der Beschwerdeführer sei gegenwärtig allenfalls in der Lage, unterhalbschichtig einer Tätigkeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt, also unter schützenden und strukturgebenden Rahmenbedingungen, nachzugehen. Einfache Pack-, Montier-, Sortier-, oder Etikettierarbeiten seien dem Beschwerdeführer unter diesen Bedingungen durchaus zumutbar. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer gegenwärtig wegen der schweren psychischen Beeinträchtigung nicht verrichten. Tätigkeiten auf dem zweiten Arbeitsmarkt, also Tätigkeiten in geschütztem Rahmen, ohne besonderen Zeitdruck, ohne Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit, ohne besondere Anforderungen an die geistige Flexibilität und die Fähigkeit, Verantwortung tragen zu müssen, vermöge der Beschwerdeführer etwa drei bis vier Stunden täglich, jedoch mit einer durch die Affektregulationsstörung

beeinträchtigt die Minderung der Leistungsfähigkeit auszuüben. Es bestehe somit für eine Tätigkeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von etwa 30 Prozent. Eine Steigerung sei möglich. Prognostisch sei aber ein langwieriger Verlauf anzunehmen. Eine Neuevaluation bei Wiedererlangung einer Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei frühestens nach Ablauf von zwei Jahren sinnvoll (S. 56). Seit der Rentenzusprache sei keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten. Nach wie vor dominiere eine Posttraumatische Belastungsstörung und eine depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung das Krankheitsbild. Daneben bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ferner sei eine beginnende anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Posttraumatischer Belastungsstörung im Raum. Retrospektiv sei seit der Rentenzusprache keine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu attestieren. Seit dem schädigenden Ereignis im Oktober 2008 bestehe auf dem ersten Arbeitsmarkt eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei seither mit 0 % einzuschätzen (S. 57). Aus psychiatrischer Optik sei rückblickend seit dem Ereignis allenfalls eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 30 % auf dem zweiten Arbeitsmarkt möglich gewesen und auch weiterhin möglich. In Phasen akuter Exazerbation im Krankheitsverlauf hätten auch für Beschäftigungen auf dem zweiten Arbeitsmarkt keine Ressourcen bestanden, um einer solchen Tätigkeit nachzugehen. Mit anderen Worten, es habe zeitweilig auch auf dem zweiten Arbeitsmarkt eine volle Arbeitsunfähigkeit von zu 100 % bestanden. Die Arbeitsfähigkeit könne durch intensive, fortgesetzte psychiatrisch-psychotherapeutische Fachbehandlung einschliesslich Psychopharmakotherapie verbessert werden. Darüber hinaus werde ein multimodales Therapiekonzept mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Ansätzen empfohlen und erscheine keineswegs aussichtslos (S. 58). Berufliche Massnahmen seien aus medizinischer Sicht zumutbar, allerdings derzeit lediglich im Rahmen schützender und strukturgebender Bedingungen, also auf dem zweiten Arbeitsmarkt (S. 59).

3.4.2 Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2015 zum Gutachten fest (IV-Nr. 106), die Schlussfolgerungen von Dr. med. H.____ würden sich zu 100 % mit seiner Beurteilung der Situation decken, was konkret bedeute, dass er vorschlagen möchte, an der bisherigen ganzen IV-Berentung festzuhalten und den Beschwerdeführer vorsichtig in den zweiten Arbeitsmarkt (geschützter Rahmen) mit einer maximalen zeitlichen Arbeitsbelastung von drei bis vier Stunden täglich zu integrieren versuchen. An den bisherigen Therapien (regelmässige Gespräche bei Dr. med. B.____ und Betreuung von somatischen Beschwerden in seiner Sprechstunde) sei festzuhalten. Auch sei er der Meinung, dass eine erneute Beurteilung frühestens per 1. Januar 2017 Sinn mache.

3.4.3 Dr. med. J.____, Fachärztin Allgemeine Medizin, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 6. März 2015 (IV-Nr. 112 S. 2 f.) betreffend die medizinische Situation fest, die medizinische Beurteilung von Dr. med. H.____ im 59 Seiten umfassenden psychiatrischen Gutachten vom 22. Dezember 2014 könne nicht als voll und ganz nachvollziehbar übernommen werden, da dieses Gutachten intermittierend an Gründlichkeit entbehre. Z.B. als der Psychiater die Unterlagen der Observierung, welche vom Unfallversicherer in Auftrag gegeben worden sei, nur marginal gelesen und deshalb fehlinterpretiert habe (Dr. med. H.____: «der Beschwerdeführer sei im Beobachtungszeitraum nur kurze Strecken im Umkreis von [...] mit dem eigenen Fahrzeug gefahren» - dabei sei er z.B. am 3. Oktober 2012 circa 118 km unterwegs gewesen – «der Beschwerdeführer beteilige sich nicht an Freizeitaktivitäten» – dabei sei er beobachtet worden, wie er mit seinen Söhnen in die

Moschee gegangen sei). Etwaige, sich aus der Observierung ergebende Informationen habe Dr. med. H. ___ gar nicht für seine psychiatrische Beurteilung des Beschwerdeführers herangezogen. So spreche die herzliche Begrüßung, die der Beschwerdeführer am 29. August 2012 seinen Kindern habe zu Teil werden lassen und auch das stundenlange Einsammeln von Rasenmähern am 3. Oktober 2012 gegen eine mittelschwere oder schwere depressive Erkrankung. Auch die, durch die Ergebnisse der Observation völlig veränderte Beurteilung des Beschwerdeführers durch den Psychiater Dr. med. P. ___ sei von Dr. med. H. ___ nicht weiter diskutiert worden. Was die medikamentöse Behandlung anbelange, so habe Dr. med. H. ___ die seitens der [...] verordneten Medikamente aufgelistet, eine Spiegelkontrolle habe im Rahmen eines solchen Gutachtens dringend durchgeführt gehört, auch aufgrund der im Rahmen der Laborbefunde vom 18. September 2013 sichtbaren schlechten Einnahme-Compliance des Beschwerdeführers. Keinerlei Erwähnung habe bei Dr. med. H. ___ die jahrelange Benzodiazepin- und Tramadol-Abhängigkeit des Beschwerdeführers gefunden. Das Gutachten von Dr. med. H. ___ zeige einige Inkonsistenzen. Es werde daher ein Verlaufsgutachten des Beschwerdeführers nicht erst in zwei Jahren, sondern schon nach Ablauf von 12 Monaten empfohlen. Die vom Gutachter angeregten soziotherapeutischen Reintegrationsmassnahmen sollten allerdings von der Beschwerdegegnerin schon jetzt in die Wege geleitet und dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit im geschützten Rahmen – mit langsam steigendem Pensum – vermittelt werden.

3.4.4 Der behandelnde Psychiater Dr. med. B. ___, Leitender Arzt, [...], führte im Verlaufsbericht vom 3. Februar 2016 (IV-Nr. 115) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: «Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), seit circa 2008», «chronifizierte mittelgradig bis schwere Depression im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.2), seit circa 2005», «anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), seit circa 2011». In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiter Wareneingang sei der Beschwerdeführer seit Oktober 2008 bis aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. Sein Gesundheitszustand sei stationär. Bei alltäglichen Verrichtungen sei der Beschwerdeführer auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Seit dem letzten Bericht vom Juni 2013 sei ein mehr oder weniger komplett unveränderter Verlauf gegeben. Der Beschwerdeführer ziehe sich zu Hause zurück, könne sich kaum am Familienalltag beteiligen, geschweige denn an der Mitarbeit im Haushalt. Er gehe nur kurz hinaus, nur in Begleitung von Familienangehörigen. Verschiedene Versuche, den Beschwerdeführer zu einem langdauernden stationären Aufenthalt in einer spezialisierten Klinik zu motivieren, seien sowohl am Widerstand des Beschwerdeführers als auch seiner Ehefrau gescheitert. Aufgrund der mangelnden Fähigkeit des Beschwerdeführers, sich darauf einzulassen, etwas an seiner Gesamtsituation zu verändern, bestünden kaum Möglichkeiten der psychotherapeutischen Intervention, weil seit Jahren zunehmend jegliche Anregung zur Veränderung des Alltags aufgrund der Angst und gedanklichen Inflexibilität abgewehrt würden sowie der anhaltenden Weigerung zu einem stationären längerdauernden Aufenthalt auf einer spezialisierten Station (Psychosomatik oder Trauma-Station) sei die Behandlung auf eine stützende Behandlung mit Terminen alle drei bis sechs Monate reduziert worden. Bei einem derart chronifizierten Verlauf, der hohen Angst davor, irgendetwas an der Situation zu verändern sowie Verweigerung beider Ehepartner, einen stationären Aufenthalt in Betracht zu ziehen, sei nach Ausschöpfen der ambulanten therapeutischen Möglichkeiten keine Indikation für eine höhere Frequenz vorhanden. Auch durch eine intensive Therapie, namentlich einer stationären Behandlung, wäre lediglich mit einer Verbesserung der Lebensqualität, des Aktionsradius und des Angstniveaus zu

rechnen. Allenfalls könnte dadurch auch eine Arbeit im geschützten Rahmen aufgegleist werden, wobei dies eher unrealistisch sei. Auf die Arbeitsunfähigkeit hätte diese Massnahme kaum eine Wirkung. Bei dem langjährigen, schweren und chronifizierten Verlauf sowie den mittlerweile entwickelten Persönlichkeitsmerkmalen sei das Erreichen einer Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft nicht mehr möglich.

3.4.5 Dr. med. J.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 22. März 2016 (IV-Nr. 117) fest, laut dem begutachtenden Psychiater Dr. med. H.____ (Untersuchung am 18. Oktober 2014 beim Beschwerdeführer zu Hause), könne die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch intensive fortgesetzte psychiatrisch-psychotherapeutische Fachbehandlung einschliesslich Psychopharmakotherapie verbessert werden. Darüber hinaus habe Dr. med. H.____ ein multimodales Therapiekonzept mit psychiatrisch-psychotherapeutischen, ergotherapeutischen und soziotherapeutischen Ansätzen empfohlen. Auf Nachfrage beim behandelnden Psychiater Dr. med. B.____ berichte dieser, dass diese dringend vom Gutachter angeratene, intensive Psychotherapie nicht durchgeführt, sondern die Behandlungsfrequenz auf einmal alle drei bis sechs Monate reduziert worden sei, dabei sei seine Argumentation medizinisch nicht nachvollziehbar. Im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens (MBZV) sollte nun vom Beschwerdeführer die vom Gutachter empfohlene intensive psychiatrische Behandlung gefordert werden. Es werde daher empfohlen, den Beschwerdeführer zu einem instruierenden Gespräch mit der RAD-Ärztin einzubestellen, im dessen Rahmen ihm das MBZV übergeben werde.

3.4.6 Zum Gespräch bei Dr. med. J.____ vom 6. April 2016 (Protokolleintrag) sei der Beschwerdeführer in Begleitung seiner Ehefrau gekommen. Er habe ein unauffälliges Gangbild und beim Ausziehen seines Pullovers ein unauffälliges Bewegungsmuster gezeigt. Im Vergleich zum Revisionsgespräch vom 18. September 2013 sei ein deutlich gebesserter Allgemeinzustand und ein unauffälliges Hautkolorit gegeben. Er habe gut vermocht, den Blickkontakt mit klarem Augenausdruck zu halten. Nachdem der Beschwerdeführer darauf hingewiesen worden sei, dass er das Gespräch mit der RAD-Ärztin führen und das Reden nicht seiner Ehefrau überlassen solle, sei er in der Lage gewesen, über einen längeren Zeitraum, langatmig und minutiös genau, in fast perfektem Deutsch, die Einzelheiten seiner Schmerzproblematik und psychischen Problematik zu schildern. Dieser konzentrierte Bericht habe im Widerspruch zu seiner anfänglichen Behauptung gestanden, er würde alles vergessen und seine Ehefrau müsse daher seine Medikamente richten, sonst würde er sie doppelt oder gar nicht nehmen. Mehrfach habe er bei Gott geschworen, wenn er arbeiten könnte, würde er auch arbeiten. Die Diskrepanz zwischen der dringenden Empfehlung des begutachtenden Psychiaters Dr. med. H.____ (Gutachten vom Dezember 2014), der Beschwerdeführer solle eine intensive fortgesetzte psychiatrisch-psychotherapeutische Fachbehandlung im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzepts durchführen zum therapeutischen Nihilismus des behandelnden Psychiaters Dr. med. B.____ (Bericht vom 3. Februar 2016), dem seltene Konsultationen von ein- bis zweimal pro Halbjahr ausreichend erschienen, sollte im Rahmen eines psychiatrischen Verlaufsgutachtens geklärt werden. Dabei sollte auch eine Pausbonog-Fragestellung miteinbezogen werden. Die vom Beschwerdeführer beklagte thorakale und ischialgieforme Schmerzproblematik solle im Rahmen eines rheumatologischen Gutachtens medizinisch beleuchtet werden. Erstaunlich sei die Beschreibung des Beschwerdeführers, wie gut für ihn die Gespräche mit seinem Psychiater Dr. med. B.____ seien, und andererseits der seltene therapeutische Kontakt. In Ergänzung zu diesem Gespräch hielt Dr. med. J.____ mit Protokolleintrag vom 7. April 2016 fest, der Beschwerdeführer vergesse seine Tabletten zu nehmen, seine Ehefrau müsse diese

täglich für ihn vorbereiten. Am meisten Schmerzen habe er von der Backe bis in den Nacken, sogar bis zum Fuss. Er mache ein- bis zweimal pro Woche Physiotherapie bei Q.____, [...]. Dieser massiere seinen Rücken. Seit einem halben Jahr schmerze ihm die Schulter links vermehrt. Deswegen könne er keine Jacke mehr anziehen. Ohne die Hilfe von Dr. med. B.____ hätte er Selbstmord gemacht. Er könne nicht lesen, nicht TV schauen, sich nicht konzentrieren, gehe nur in Begleitung seiner Ehefrau einkaufen, sonst verlasse er das Haus nie. Seine Frau arbeite nicht wegen ihm, sie könne ihn nicht alleine lassen, fahre ihn überall hin. Er selber fahre nicht. Ein Gespräch ohne seine Frau sei nicht möglich. Er habe die Freude am Leben verloren, könne nicht schlafen und schwitze dauernd. Er schwöre bei Gott und seinen Kindern, dass er kein Simulant sei. Jede kleinste Verbesserung würde er der Beschwerdegegnerin sofort melden. Er wolle wieder Arbeiten, das Leben so sei Scheisse.

3.4.7 Anlässlich der letzten Konsultation des Beschwerdeführers bei Dr. med. B.____ vom 23. Mai 2016 führte dieser im Arztzeugnis vom 24. Mai 2016 aus (IV-Nr. 129 S. 3), es habe sich nach wie vor ein sehr hohes Angstniveau gezeigt mit innerer Anspannung, Appetitlosigkeit, diversen Schmerzen und einer ausgeprägten Verbitterung. Die Angst sei nach wie vor so ausgeprägt, dass es der Beschwerdeführer kaum schaffe, allein das Haus zu verlassen. Für jegliche Besorgungen, Behördengänge und Arzttermine müsse seine Frau ihn begleiten. Dieser Umstand dauere schon seit mehreren Jahren an. Insbesondere die Anspannung habe sich im Vergleich zum letzten Termin Anfang dieses Jahres noch weiter verstärkt. Eine Begutachtung in [...] wäre sicher eine deutlich geringere Belastung für den Beschwerdeführer. Eine Reise nach Bern oder gar Zofingen wäre wohl nur durch die Einnahme eines angstlösenden und sedierenden Medikaments realistisch, was für eine Begutachtung, für welche der Beschwerdeführer wach und möglichst nicht sediert sein sollte, ungünstig wäre.

3.4.8 Im Rahmen des Verlaufsberichts vom 14. November 2016 (IV-Nr. 136) hielt Dr. med. B.____ fest, der Gesundheitszustand sei seit der Zeit ab März 2016 stationär. Die Diagnose habe sich nicht geändert. Es bestehe seit 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Seit dem letzten Bericht vom Februar 2016 sei ein mehr oder weniger chronifizierter Verlauf gegeben, mit allenfalls leichten Verbesserungen seit dem Sommer. Er habe den Beschwerdeführer seither viermal in seiner Praxis gesehen. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers und seiner Ehefrau schaffe er es seit circa drei Monaten etwas mehr, gemeinsam mit der Ehefrau ausser Haus zu gehen für Besorgungen sowie am Familienleben insofern etwas mehr teilzunehmen, als dass er bspw. wenige Male ein Fussballspiel des Sohnes habe anschauen gehen können. Somit etwas mehr Aktivitäten ausser Haus. Die Psychopathologie habe sich während der neun Monate seit dem letzten Bericht nicht nennenswert verändert. Aufgrund eines seit zwei Monaten aufgetretenen Bruxismus (nachts und tagsüber, vor allem bei Intrusionen) sei das Cymbalta seit dem 8. November 2016 von 120 auf 90 mg reduziert worden. Weitere Termine würden derzeit monatlich geplant, angezeigt wäre nach wie vor eine mehrwöchige stationäre Behandlung auf der Station für Psychosomatik der [...], resp. noch besser auf einer auf Traumafolgen spezialisierten Station. Aufgrund des Weggangs des Referenten ab Februar 2017 erfolge ein Wechsel ins [...]. Beim langjährigen, chronifizierten und therapieresistenten Verlauf sei die Prognose sehr zögerlich zu stellen. Durch eine stationäre Behandlung könnte allenfalls die Medikation überdacht, der Aktionsradius des Beschwerdeführers erhöht sowie ein tieferes Angstniveau erreicht werden.

3.4.9 In der Aktennotiz vom 27. Dezember 2016 (IV-Nr. 142) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. J.____ fest, im Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. B.____ vom 14. November 2016 (vgl. E. II. 3.4.8 hiervoor) berichte dieser von einer leichten Verbesserung der Stimmungslage des Beschwerdeführers seit

Sommer 2016. So sei der Beschwerdeführer seitdem in der Lage, gemeinsam mit seiner Ehefrau Einkäufe zu erledigen, auch habe er an Fussballspielen seines Sohnes teilnehmen können. Es sei nicht nachvollziehbar, wenn der Beschwerdeführer zu den genannten Aktivitäten in der Lage sei, dass er nicht auch dazu fähig sein sollte, mit einem Taxi (auf Kosten der Beschwerdegegnerin) zu gutachterlichen Untersuchungen nach Basel und zurückgebracht zu werden. An den Gutachtern Dr. med. N.____ und Dr. med. M.____ könne festgehalten werden. 3.4.10 Der den Beschwerdeführer ab 4. April 2017 neu behandelnde Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 5. Juni 2017 aus (Beschwerdebeilage), eine leichte Verbesserung, die Dr. med. B.____ in seinem Bericht vom November 2016 konstatiert habe, bestehe aus «etwas mehr Aktivitäten ausser Haus», konkret: der Beschwerdeführer habe seine Ehefrau zum Einkaufen begleiten und «wenige Male» Fussball-Matches seines Sohnes besuchen können. Die darauf aufbauende Aussage der Beschwerdegegnerin, wonach sich die Aktivitäten des Beschwerdeführers ausser Haus «intensiviert» hätten, finde er erstaunlich und bezeichnend dafür, wie diese in diesem Fall wenig psychiatrisches Verständnis und Gespür an den Tag lege, angesichts des jahrelangen Verlaufs des Beschwerdeführers. Vermehrte Aktivitäten ausser Haus seien therapeutisch sehr zu begrüssen, aber wie eine Schwalbe noch keine Sommer ausmache, sei daraus nicht gleich auf eine Arbeitsfähigkeit zu schliessen. Sie sprächen von einem bald neunjährigen chronifizierten Verlauf bei einem Mann mit praktisch nicht mehr vorhandener Lebensqualität. Die therapeutischen Massnahmen (Medikation, fachärztliche Betreuung) sollten weiterlaufen, aber prognostisch sei nach neun Jahren chronifiziertem Verlauf und bei einem so schlechten psychischen Zustand, wie ihn der Beschwerdeführer aktuell immer noch zeige, die nächsten Jahre in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt (und darum müsse es der Beschwerdegegnerin schliesslich gehen) nichts zu erwarten. Er fände es richtig, den Beschwerdeführer die nächsten Jahre «in Ruhe zu lassen» und ihn frühestens in fünf Jahren erneute von der Beschwerdegegnerin einzubestellen, um zu prüfen, wie sich die andauernde Persönlichkeitsveränderung bis dann präsentiere. Er erachte aktuelle eine erneute Begutachtung nicht als sinnvoll, sehe auch die Notwendigkeit einer rheumatologischen Begutachtung nicht ein, da die psychiatrische Störung für sich allein bereits eine volle Arbeitsfähigkeit begründe. 3.5 Gestützt auf die vorangehenden medizinischen Akten ist zunächst festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin mit der Durchführung eines Psychiatrischen Gutachtens bei Dr. med. H.____ den Ausführungen des in Rechtskraft erwachsenen Urteils des Versicherungsgerichts vom 11. Juli 2014 (VSBES.2014.3) nachgekommen ist. So wurde in diesem explizit festgehalten, die Absicht der Beschwerdegegnerin, eine psychiatrische Begutachtung durchzuführen, sei durchaus nachvollziehbar und sachgerecht, da beim Beschwerdeführer die psychische Problematik im Vordergrund stehe (E. II. 6.2). Auch die Wahl des Gutachters wurde geschützt: So führte das Versicherungsgericht aus, es sei davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer das Zurücklegen einer Distanz von 24 km zur Praxis von Dr. med. H.____ zumutbar sei, oder er sich ansonsten entsprechend organisieren könne (E. II. 8.3). Folglich ist die entsprechende Auftragsvergabe durch die Beschwerdegegnerin korrekt erfolgt und nicht zu beanstanden. Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H.____ vom 22. Dezember 2014 (vgl. E. II. 3.4.1 hiervor) qualifizierte die RAD-Ärztin Dr. med. J.____ am 6. März 2015 als nicht in allen Teilen nachvollziehbar. So hielt sie aufgrund einiger Beispiele insgesamt dafür, dass das Gutachten Inkonsistenzen aufweise und intermittierend an Gründlichkeit entbehre. So habe sich der Gutachter weder mit den Ergebnissen der durchgeführten Observierung intensiv auseinandergesetzt noch habe er zur völlig veränderten Beurteilung des Psychiaters Dr.

med. P.____ Stellung genommen. Zudem fehle sowohl eine Spiegelkontrolle betreffend die dem Beschwerdeführer verordneten Medikamente als auch eine Auseinandersetzung mit der jahrelangen Benzodiazepin- und Tramadol-Abhängigkeit des Beschwerdeführers. Aufgrund dieser Ausführungen erscheint ihre Schlussfolgerung, wonach weitere Abklärungen im Rahmen eines psychiatrischen Verlaufsgutachtens nach Ablauf von 12 Monaten angezeigt seien, plausibel. Diese Einschätzung wird durch die im weiteren zeitlichen Verlauf verfassten medizinischen Berichte der psychiatrischen Fachpersonen zusätzlich gestützt: So vermag bspw. nicht ohne weiteres einzuleuchten, weshalb die Gespräche des Beschwerdeführers beim behandelnden Psychiater Dr. med. B.____ trotz des seit Juni 2013 ausgewiesenen, im Wesentlichen unveränderten Verlaufs und des durch diesen nach wie vor empfohlenen stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers auf einer spezialisierten Psychosomatik oder Trauma-Station, stark reduziert worden sind. Diese Reduktion ist umso weniger verständlich – wie dies auch die RAD-Ärztin Dr. med. J.____ mit Protokolleintrag vom 6. April 2016 bemerkte (vgl. E. II. 3.4.6 hiervor) – als der Beschwerdeführer angab, wie gut für ihn die Gespräche mit dem behandelnden Psychiater seien und die Durchführung einer intensiven, fortgesetzten psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachbehandlung auch durch den Gutachter Dr. med. H.____ anlässlich seines Gutachtens vom 22. Dezember 2014 (vgl. E. II. 3.4.1 hiervor) ausdrücklich befürwortet wurde. An dieser Empfehlung hielt im Übrigen auch der behandelnde Hausarzt Dr. med. I.____ in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2015 (vgl. E. II. 3.4.2 hiervor) fest. Es ist beim Beschwerdeführer somit kein ausgeprägter Leidensdruck ersichtlich, der aber gemäss dem Gutachten von Dr. med. H.____ vorliegen soll. In diesem Zusammenhang erscheint ferner auch das Ergebnis der durchgeführten serologischen Untersuchung vom 2. Dezember 2016 (Protokolleintrag vom 1. Januar 2017) einer unterdosierten Einnahme des verordneten Psychopharmakas (Cymbalta) fraglich. So empfahl nämlich Dr. med. H.____ im Gutachten vom 22. Dezember 2014 (vgl. E. II. 3.4.1 hiervor) für die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit u.a. auch die fortgesetzte Psychopharmakotherapie, wobei er selbst jedoch im Rahmen des Gutachtens keine Untersuchung des Medikamentenspiegels durchführte. Ein Abstellen auf das Gutachten von Dr. med. H.____ vom 22. Dezember 2016 rechtfertigt sich unter diesen Umständen nicht. Daran vermag auch der Bericht des den Beschwerdeführer seit April 2017 behandelnden Psychiaters Dr. med. O.____ vom 5. Juni 2017 (vgl. E. II. 3.4.10 hiervor) nichts zu ändern. So bleibt bspw. offen, weshalb dieser zum Schluss gelangt, man solle den Beschwerdeführer in den nächsten Jahren in Ruhe lassen und ihn frühestens in fünf Jahren erneut einbestellen. In den vorliegenden Akten sind auch somatische Beschwerden des Beschwerdeführers dokumentiert: So führte bereits der Hausarzt Dr. med. I.____ in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2015 in generell-abstrakter Weise aus (vgl. E. II. 3.4.2 hiervor), er behandle die somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers. Zudem beklagte der Beschwerdeführer anlässlich des Gesprächs vom 6. bzw. 7. April 2016 gegenüber Dr. med. J.____, RAD (vgl. E. II. 3.4.6 hiervor), eine thorakale und ischialgieforme Schmerzproblematik bzw. Schmerzen von der Backe bis in den Nacken sogar bis zum Fuss und teilte mit, dass er ein- bis zweimal pro Woche in die Physiotherapie gehe. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Klärung dieser gesundheitlichen somatischen Beschwerden im Rahmen eines rheumatologischen Gutachtens zu klären beabsichtigt. Die dagegen erhobenen Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen nicht zu überzeugen. So läuft das Argument, wonach sich bereits das Versicherungsgericht mit Urteil vom 11. Juli 2014 (VSBES.2014.3)

ausdrücklich gegen eine bidisziplinäre Begutachtung ausgesprochen habe (A.S. 9), ins Leere. Denn die somatische Problematik wurde – wie hiavor dargelegt – erst nach Verlassen des erwähnten Urteils vom 11. Juli 2014 beklagt. 3.6 Gestützt auf die vorangehenden Ausführungen erweist sich der rechtsrelevante Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowohl aus psychiatrischer als auch aus somatischer / rheumatologischer Sicht im hier relevanten Zeitpunkt der Verfügung vom 3. Februar 2017 als noch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Eine erneute medizinische Begutachtung in den Fachgebieten der Psychiatrie und Rheumatologie ist daher nachvollziehbar und sachgerecht und wurde von der Beschwerdegegnerin somit zu Recht als notwendig qualifiziert. Von einer, wie vom Beschwerdeführer vorgebracht (A.S. 11), unnötigen «second opinion» (vgl. E. II. 3.1 hiavor) kann somit keine Rede sein. Es kann im Übrigen festgehalten werden, dass diese Begutachtung auch im Interesse des Beschwerdeführers liegt, da die Experten allenfalls in Bezug auf mögliche Therapiemassnahmen den Gesundheitszustand und damit auch den Alltag des Beschwerdeführers positiv beeinflussen können. 3.7 Das Festhalten der Beschwerdegegnerin an einer bidisziplinären medizinischen Abklärung (Psychiatrie und Rheumatologie) der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers ist somit nicht zu beanstanden. 4. Es stellt sich in Bezug auf die von der Beschwerdegegnerin vorgeschlagenen Gutachterpersonen Dres. med. N.____ und M.____ im Weiteren die Frage, ob es dem Beschwerdeführer überhaupt zumutbar ist, zu deren Praxen nach Binningen bzw. Allschwil zu reisen. Gegen die beiden Gutachterpersonen werden indes keine personenbezogenen Ausstandsgründe geltend gemacht. 4.1 Grundsätzlich hat sich eine Person, die Versicherungsleistungen beansprucht, ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen zu unterziehen, soweit diese für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Wenn die versicherte Person den Mitwirkungspflichten nach Art. 7 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) oder nach Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht nachgekommen ist, können nach Art. 7b Abs. 1 IVG die Leistungen wie in Art. 21 Abs. 4 ATSG vorgesehen gekürzt oder verweigert werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_28/2010 vom 12. März 2010 E. 3.1; vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 8C_828/2013 vom 19. März 2014 E. 2). 4.2 Der Beschwerdeführer stellte sich wiederholt auf den Standpunkt, er sei nur eingeschränkt reisefähig (IV-Nrn. 125, 129, 131, 149, A.S. 12 f.). Diesbezüglich verwies er in der Beschwerdeschrift (A.S. 11 unten) auf das Arztzeugnis von Dr. med. B.____ vom 24. Mai 2016 (vgl. E. II. 3.4.7 hiavor). Aus diesem geht im Wesentlichen hervor, dass die Angst beim Beschwerdeführer nach wie vor so ausgeprägt sei, dass es dieser kaum schaffe, alleine das Haus zu verlassen. Die Ehefrau müsse ihn für jegliche Besorgungen, Behördengänge und Arzttermine begleiten. Der behandelnde Psychiater befürwortete deshalb eine Begutachtung in [...], da dies für den Beschwerdeführer sicher eine «deutlich geringere Belastung» darstellen würde. Dem Arztzeugnis ist weiter zu entnehmen, dass eine Reise nach Bern oder gar Zofingen wohl nur durch die Einnahme eines angstlösenden und sedierenden Medikaments realistisch wäre, was für eine Begutachtung, bei welcher der Beschwerdeführer wach und möglichst nicht sediert sein sollte, indes ungünstig wäre. Ähnliche Angaben zum Verhalten des Beschwerdeführers sind denn auch dem Verlaufsbericht von Dr. med. B.____ vom 14. November 2016 zu entnehmen (vgl. E. II. 3.4.8 hiavor). So wird in diesem u.a. festgehalten, der Beschwerdeführer schaffe es seit circa drei Monaten etwas mehr, gemeinsam mit der Ehefrau ausser Haus zu gehen für Besorgungen sowie am Familienleben etwas mehr teilzunehmen, so dass er bspw. wenige Male ein Fussballspiel seines Sohnes

habe anschauen gehen können. Es bestehe somit etwas mehr Aktivität ausser Haus. Dennoch bezeichnete der behandelnde Psychiater den Gesundheitszustand sowie die Psychopathologie des Beschwerdeführers als unverändert. Aufgrund dieser Einschätzungen des behandelnden Psychiaters und der Tatsache, wonach bereits im Rahmen des rechtskräftigen Urteils des Versicherungsgerichts vom 11. Juli 2014 (VSBES.2014.3) das Vorhandensein einer eingeschränkten Reisefähigkeit des Beschwerdeführers festgestellt wurde und die Beschwerdegegnerin deshalb damals Dr. med. H.____ mit Arbeitsort [...] entgegenkommenderweise als Begutachter ausgewählt hatte, weil dessen Praxis sich näher beim Wohnort des Beschwerdeführers befand und dem Beschwerdeführer das Zurücklegen dieser Strecke von circa 24 Minuten (24 km) als zumutbar eingestuft wurde (VSBES.2014.3 E. II. 8.3), ist nicht davon auszugehen, dass sich die damalige Sachlage zwischenzeitlich in relevantem Ausmass geändert hat. Dies auch in Anbetracht der Tatsache, dass Dr. med. H.____ seine gutachterlichen Untersuchungen am 18. Oktober 2014 schliesslich beim Beschwerdeführer zu Hause durchführte (vgl. E. II. 3.4.5 hiavor). Es ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nach wie vor in seinem Aktivitätsradius eingeschränkt ist, was sich auch auf seine Reisefähigkeit auswirkt. Es ist folglich nicht nachvollziehbar, weshalb die RAD-Ärztin Dr. med. J.____ in ihrer Stellungnahme vom 27. Dezember 2016 (vgl. E. II. 3.4.9 hiavor) basierend auf den Ausführungen von Dr. med. B.____ vom 14. November 2016 (vgl. E. II. 3.4.8 hiavor), wonach eine leichte Verbesserung der Stimmungslage seit Sommer 2016 gegeben sei, den Schluss zog, der Beschwerdeführer sei in der Lage, mit dem Taxi (auf Kosten der Beschwerdegegnerin) zu den gutachterlichen Untersuchungen nach Basel und zurück zu fahren. Die RAD-Ärztin setzte sich denn auch nicht mit der durch den behandelnden Psychiater in Aussicht gestellten Verabreichung eines angstlösenden und sedierenden Medikaments (vgl. E. II. 3.4.7 hiavor) auseinander. Ihre Einschätzung ist somit nicht nachvollziehbar. Es kann an dieser Stelle ergänzend darauf hingewiesen werden, dass auch die durch die Beschwerdegegnerin ursprünglich mit Mitteilung vom 4. November 2016 (IV-Nr. 130) vorgeschlagenen Gutachterpersonen Dres. med. E.____ und L.____ ebenfalls nicht in Frage kommen. Denn deren Praxen befinden sich in Bern und sind erst nach einer Anfahrtszeit von ungefähr 40 Minuten erreichbar (gemäss www.map.search.ch, besucht am 15. November 2017). 4.3 Es kann daher festgehalten werden, dass aufgrund der eingeschränkten Reisefähigkeit des Beschwerdeführers die mit Verfügung vom 3. Februar 2017 vorgeschlagenen Gutachterpersonen Dres. med. N.____ und M.____ nicht geeignet sind.

5. 5.1 Zusammenfassend wird die angefochtene Verfügung vom 3. Februar 2017 in dem Sinne aufgehoben, als die Beschwerdegegnerin angewiesen wird, dem Beschwerdeführer für die Durchführung der bidisziplinären Begutachtung (Rheumatologie und Psychiatrie) unter Berücksichtigung seiner Mitwirkungsrechte andere Experten mit Praxen im Raum [...] vorzuschlagen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 5.2 Das Vorbringen der Beschwerdegegnerin, es stehe ihr keine bidisziplinäre Gutachterkombination im Raum [...] zur Verfügung (A.S. 44), trifft nicht zu. Eine, wie von der Beschwerdegegnerin beabsichtigte (A.S. 44), Durchführung einer stationären Abklärung scheint dem Beschwerdeführer indes subjektiv zumutbar. So hat bereits sein behandelnder Psychiater Dr. med. B.____ in seinen Berichten vom 3. Februar 2016 und 14. November 2016 (vgl. E. II. 3.4.4 und 3.4.8 hiavor) einen stationären Aufenthalt in einer spezialisierten Klinik empfohlen, was letztlich am Widerstand des Beschwerdeführers und seiner Ehefrau scheiterte. Ein konkreter und nachvollziehbarer Grund, der gegen eine solche stationär durchzuführende Begutachtung im Raum [...] sprechen würde, ist indes in den vorliegenden

Akten nicht ersichtlich. Der Beschwerdeführer hat denn auch keine Gründe gegen eine stationäre medizinische Abklärung geltend gemacht. Es ist somit davon auszugehen, dass ihm eine stationäre Begutachtung im Raum [...] möglich und zumutbar ist. Folglich steht es der Beschwerdegegnerin offen, die erforderliche bidisziplinäre Begutachtung (Rheumatologie / Psychiatrie) des Beschwerdeführers im Raum [...] unter stationären Bedingungen durchzuführen.

6. 6.1 Der obsiegende Beschwerdeführer hat für das Beschwerdeverfahren Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Das Versicherungsgericht bemisst diese Entschädigung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses. Bei teilweisem Obsiegen ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Guttheissung hinausgeht, den Prozessaufwand erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3 mit Hinweisen). Dies trifft hier zu: Hätte sich der Beschwerdeführer darauf beschränkt, einzig die eingeschränkte Reisefähigkeit geltend zu machen, wären die übrigen Rechtsbegehren nicht zu prüfen gewesen und der Aufwand des Versicherungsgerichts daher geringer ausgefallen. Dem Beschwerdeführer steht somit bloss eine reduzierte Parteientschädigung von 1/3 zu.

6.2 Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]).

6.3 Die vom Vertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Alain Hofer, am 1. November 2017 eingereichte Kostennote (A.S. 66 ff.) weist einen Zeitaufwand von 9,92 Stunden aus. Darin ist ein Aufwand für 14 Positionen «Eingang und Studium Verfügung Versicherungsgericht» von total 1,12 Stunden enthalten (vom 7. Februar, 16. März, 3., 27. April, 1., 5., 24., 30. Mai, 9. Juni, 7. Juli, 1., 28. September, 11., 26. Oktober 2017 à je 0.08 Std.), der praxisgemäss nicht entschädigt wird. Beim geltend gemachten Aufwand von insgesamt 0,35 Std. für die beiden Gesuche um Fristverlängerung vom 27. April (à 0,25 Std.) und 19. Oktober 2017 à 0,1 Std. handelt es sich um reine Kanzleiarbeit, welche im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 8,45 Stunden. Davon wird 1/3, somit 2,8166 Stunden, als Parteientschädigung entschädigt. Mit dem beantragten Ansatz von CHF 250.00 ergibt dies eine Entschädigung von CHF 704.20. Was die Auslagen von CHF 295.90 anbelangt, so sind die 63 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 31.50 auf CHF 264.40. Unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer von 8 % (CHF 77.50) beläuft sich die Parteientschädigung demnach auf total CHF 1'046.10.

6.4 Da es vorliegend nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung geht, ist das Beschwerdeverfahren gemäss Art. 61 lit. a ATSG – in Abweichung von Art. 69 Abs. 1 bis Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) – kostenlos.

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