



**Fall-Nr.:** IV 2009/335  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 22.06.2020  
**Entscheiddatum:** 27.09.2011

### **Entscheid Versicherungsgericht, 27.09.2011**

**Art. 17 Abs. 1 ATSG. Nachweis einer revisionsrechtlich relevanten Sachverhaltsveränderung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. September 2011, IV 2009/335).**

Entscheid Versicherungsgericht, 27.09.2011

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichter Joachim Huber,  
Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

#### **Entscheid vom 27. September 2011**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, Waisenhausstrasse 17,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rentenrevision



Sachverhalt:

A.

A.\_\_\_\_ meldete sich am 9. November 2006 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Dr. med. B.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, berichtete der IV-Stelle am 27. November 2006, der Versicherte leide an einer autosomal dominanten polyzystischen Nierenerkrankung und an einer Arteriosklerose. Seit dem 28. August 2005 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Es sei eine Nephrektomie durchgeführt worden. Seither werde der Versicherte dreimal wöchentlich hämodialysiert (IV-act. 9). Die C.\_\_\_\_ & Co. teilte der IV-Stelle am 10. Dezember 2006 mit, sie habe den Versicherten bis 28. Februar 2006 als Gartenarbeiter beschäftigt. Aktuell würde sich der Stundenlohn auf Fr. 28.- belaufen (IV-act. 10). Die D.\_\_\_\_ AG, Winterthur, gab am 12. Dezember 2006 an, der Versicherte sei vom 22. Oktober 2004 bis 8. April 2005 als Fahrer für den Winterdienst beschäftigt gewesen. Es habe sich um einen befristeten Arbeitsvertrag gehandelt (IV-act. 11). Dr. med. E.\_\_\_\_ vom Nephrologischen Ambulatorium des Kantonsspitals St. Gallen berichtete am 19. Januar 2007, der Versicherte leide an einer autosomal dominanten polyzystischen Nierenerkrankung mit terminaler Niereninsuffizienz (Dialyse seit 14. September 2005, Nierentransplantation am 17. Dezember 2006) und an einer hypertensiven Herzkrankheit. Seit ca. Dezember 2005 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Als Gartenarbeiter werde der Versicherte keine Arbeitsfähigkeit mehr erreichen, da die hohen Lasten mit der Dialyse nicht vereinbar seien. In ca. drei Monaten werde der Versicherte wieder zu 50% arbeitsfähig sein (IV-act. 16). Am 20. Februar 2007 berichtete Dr. E.\_\_\_\_, sie empfehle dringend eine Umschulung, da aufgrund der erhöhten starken Immunsuppression nach der Transplantation die Gefahr einer Infektion mit Pilzsporen bestehe. Ausserdem klage der Versicherte über Rückenschmerzen. Aufgrund des insgesamt erfreulichen Verlaufs sei aus nephrologischer Sicht eine Wiederaufnahme der Arbeit zu 50% nach drei Monaten und zu 100% nach sechs Monaten möglich (IV-act. 19). Die Fachmitarbeiterin Nephrologie Dr. med. F.\_\_\_\_ berichtete am 27. April 2007, es bestehe nach wie vor eine dreifach kombinierte Immunsuppression. Als Gärtner sei der Versicherte wegen der Infektgefahr immer noch zu 100% arbeitsunfähig. In einer anderen Tätigkeit bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (halbtags mit voller Leistung). Der Versicherte könne sich normal bewegen. Auch sein Pausenbedarf sei normal. Er



könne Auto fahren, intellektuelle Arbeiten mit normaler Konzentrationsanforderung ausführen und Gewichte bis 10 kg heben. Das Nierentransplantat funktioniere gut. Bei weiterhin normalem Verlauf sei ab dem neunten bis zwölften Monat nach der Transplantation eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Therapeutisch benötige der Versicherte noch eine Eigennierennephrektomie rechts. Deshalb sei entsprechend dem Verlauf nochmals eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu erwarten (IV-act. 27). Der zuständige Arzt des RAD notierte am 10. Mai 2007, mit dem Rentenentscheid sollte nicht zugewartet werden, da bereits eine solide Arbeitsfähigkeit von 50% erreicht sei. Es sei nicht absehbar, wann die Nephrektomie ausgeführt werde. Es wäre gegenüber dem Versicherten nicht zu verantworten, darauf zu warten (IV-act. 28). Der Versicherte gab gegenüber dem Eingliederungsberater der IV-Stelle an, er sei mit der attestierten Arbeitsfähigkeit von 50% nicht einverstanden, denn er sei aufgrund seines gesundheitlichen Zustands nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Der Eingliederungsberater schloss die berufliche Eingliederung sofort wieder ab, da subjektiv keine Eingliederungsfähigkeit vorhanden sei (IV-act. 34). Gemäss einer Notiz vom 24. Juli 2007 ging die IV-Stelle ab 28. August 2005 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% und ab 28. April 2007 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% aus (IV-act. 35). Sie stellte ein Valideneinkommen von Fr. 61'436.- einem zumutbaren Invalideneinkommen (Durchschnittseinkommen aller Hilfsarbeiter) bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 50% von Fr. 29'510.- gegenüber. Es resultierte ein Invaliditätsgrad von 52% (IV-act. 38). Mit einer Verfügung vom 21. November 2007 sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab Juni 2006 eine ganze und ab August 2007 eine halbe Invalidenrente zu (IV-act. 45,46). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, teilte der IV-Stelle am 30. Januar 2008 mit, dass er den Versicherten seit dem Frühling 2007 behandle. Der Versicherte habe mit seiner Krankheit schwer zu kämpfen. Er sei seit gut einem Jahr schwer depressiv und aus psychiatrischer Sicht zu 100% arbeitsunfähig. Dr. G.\_\_\_\_ ersuchte um eine Überprüfung der Situation des Versicherten (IV-act. 48). Der Versicherte füllte am 15. Februar 2008 den Fragebogen für die Rentenrevision aus. Er gab darin an, sein Zustand habe sich seit anfangs 2007 verschlimmert. Er leide an



## St.Galler Gerichte

schweren depressiven Phasen (IV-act. 49). Am 28. Februar 2008 berichtete Dr. G.\_\_\_\_ der IV-Stelle, er behandle den Versicherten seit Januar 2007. Dieser leide neben dem St. n. einer Nierentransplantation bei beidseitiger Niereninsuffizienz 2005 an einer mittelgradigen depressiven Episode bei chronischen depressiven Episoden seit der Nierentransplantation am 17. Dezember 2006. Seit Januar 2007 sei der Versicherte bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden. Die Nierenerkrankung sei für den Versicherten ein traumatisches Ereignis gewesen. Es habe massive Existenzängste ausgelöst, denn auch die Ehefrau des Versicherten sei wegen chronischer Depressionen arbeitsunfähig geworden. Der Versicherte klagt über massive Erschöpfungszustände, sei immer müde, könne sich für nichts begeistern, lebe nur noch, um zu überleben, habe Mühe, sich auf etwas zu konzentrieren (IV-act. 52). Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 5. August 2008, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert und die Diagnose habe sich verändert. Zusätzlich liege nun eine Depression bei psychosozialer Dekompensation. Von nephrologischer Seite her habe sich die Situation stabilisiert. Der sprachlich, psychisch, sozial und kulturell massiv überforderte Versicherte komme mit der dauernden Immunsuppression nicht klar. Aus nephrologischer Sicht wäre eine körperlich leichte, adaptierte Tätigkeit zu 50% zumutbar. Im Vordergrund stehe aber die totale Überforderungssituation. Der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht zu 100% arbeitsunfähig. Da die Situation aus psychosozialen Gründen dekompensiere, sollten baldmöglichst ein Rentenanspruch geprüft und eine Umschulung evaluiert werden. An eine Umschulung könne aber erst nach der Stabilisierung der psychiatrischen Situation gedacht werden (IV-act. 57). Dr. med. H.\_\_\_\_ vom RAD hielt am 26. August 2008 fest, die Arbeitsunfähigkeit von 100% sei nicht nachvollziehbar. Das Thema Depression sei erst 2008 eingeführt worden. Der Versicherte habe anlässlich seiner Vorsprache wegen der Arbeitsvermittlung nichts von einer Depression und einer Behandlung durch Dr. G.\_\_\_\_ erwähnt. Dr. H.\_\_\_\_ empfahl eine psychiatrische Begutachtung (IV-act. 59).

C.

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Akupunktur, berichtete in seinem Gutachten vom 2. Mai 2009, die Untersuchung sei am 30. und 31. März 2009 in seiner Praxis durchgeführt worden. Der Versicherte habe die Untersuchung mit der



Aussage eröffnet, er werde den Namen I.\_\_\_\_ nicht vergessen, da er Monate auf dieses Gutachten habe warten müssen, von dem Vieles in seinem Leben abhängt. Dr. I.\_\_\_\_ führte weiter aus, der Versicherte habe ihn provoziert, sei unfreundlich und nicht kooperativ gewesen. Auf viele Fragen habe er angegeben, er könne sich nicht erinnern, oder er habe stereotyp mit "keine Ahnung" geantwortet. Hin und wieder habe er dem Gutachter vorgeworfen, unnötige Fragen zu stellen, einmal auch, dass er sich wie beim KGB fühle. Doch sei der Versicherte aufmerksam gewesen und habe keine Frage und keine Bemerkung des Gutachters verpasst. Der Versicherte habe auch keine Gelegenheit verpasst, den Gutachter anzugreifen und ihm z.T. zu drohen. Die Untersuchung sei durch die Wut und den Groll des Versicherten geprägt gewesen. Das Verhalten des Versicherten sei unpassend, seine Gereiztheit gegenüber dem Gutachter nicht nachvollziehbar gewesen. Es habe sich kein affektiver Rapport herstellen lassen. Insgesamt habe das Verhalten des Versicherten auf eine starke Aggravation hingewiesen. Der Gutachter stellte folgende Diagnose: psychogene Überlagerung bei St. n. Hämodialyse, Nephrektomie bds. und Nierentransplantation (DD: chronische unspezifische Anpassungsstörung), akzentuierte Persönlichkeitszüge (DD: Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen) und - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - psychosoziale Belastung. In seiner Beurteilung gab der Gutachter an, aus psychiatrischer Sicht handle es sich um eine psychogene Überlagerung der Nierenkrankheit bzw. des St. n. Nierentransplantation bestehend vorwiegend aus Launenhaftigkeit und heftig auftretenden Verstimmungen, Angst bezüglich der Entwicklung der Krankheit und damit verbunden emotionalen Konflikten und Sorgen, nicht zuletzt Existenzängsten. Differentialdiagnostisch komme eine chronische unspezifische Anpassungsstörung in Frage, nämlich durch unpassendes Verhalten gegenüber betreuenden Personen. Ob kulturelle Gründe eine Rolle spielten, bleibe offen. Aus psychiatrischer Sicht sei davon auszugehen, dass akzentuierte Züge in der Persönlichkeitsstruktur zutage getreten seien, nämlich narzisstische und querulatorische Züge. Das narzisstisch-aggressive Verhalten mit Drohgebärden und latenter Gereiztheit sei während der gesamten, über zwei Stunden dauernden Untersuchung deutlich gewesen. Es habe nicht zur Untersuchungssituation gepasst. Es habe eine deutliche Aggravationstendenz bestanden. Weder anamnestisch noch durch objektivierte Befunde sei die Diagnose einer depressiven Störung zu rechtfertigen. Die im Zusammenhang mit den Kränkungen stehenden heftigen Ausbrüche gehörten eher



zu den akzentuierten Persönlichkeitszügen oder zu der chronischen unspezifischen Anpassungsstörung. Insgesamt müsse differentialdiagnostisch die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen angenommen werden, was einer Renten neurose gleichkomme. Der Versicherte habe ein aufmerksamkeitsheischendes (histrionisches) Verhalten entwickelt. Aufgrund der psychogenen Überlagerung der Nierenkrankheit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20%. Die Willensanstrengung, die psychische Entwicklung zu seinen Gunsten umzuwandeln, sei dem Versicherten voll zumutbar (IV-act. 68).

D.

Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 7. Juli 2009 mit, dass weiterhin ein Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bestehe (IV-act. 72). Der Versicherte liess am 10. Juli 2009 durch Dr. G.\_\_\_\_ einwenden, er sei nicht mehr arbeitsfähig. Dr. G.\_\_\_\_ ersuchte darum, ihm das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ zukommen zu lassen. Er habe den Versicherten zu einem anderen Arzt geschickt, um eine neutrale Stellungnahme zu erhalten (IV-act. 75). Die IV-Stelle übermittelte Dr. G.\_\_\_\_ eine Kopie des Gutachtens (IV-act. 77). Der Versicherte ersuchte am 17. August 2009 um eine erneute psychiatrische Beurteilung (IV-act. 78). Die IV-Stelle erliess am 21. August 2009 eine Verfügung mit folgendem Inhalt: "Bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades haben wir keine Änderung festgestellt, die sich auf die Rente auswirkt. Es besteht deshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (Invaliditätsgrad: 52%)" (IV-act. 79).

E.

Der Versicherte liess am 21. Mai 2009 Beschwerde erheben und sinngemäss die Zusprache einer ganzen Invalidenrente, eventualiter die Vornahme zusätzlicher medizinischer Abklärungen beantragen (act. G1). Der Beschwerde lag ein Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 14. September 2009 bei. Dr. G.\_\_\_\_ hatte angegeben, es sei merkwürdig, dass der Hausarzt, die behandelnde Nephrologin und er selbst den Beschwerdeführer für vollständig arbeitsunfähig hielten, der psychiatrische Gutachter aber zu einer ganz anderen Einschätzung (Arbeitsunfähigkeit 20%) komme. Bereits bei früheren Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ habe er die Beurteilungen nicht nachvollziehen können. Für Dr. I.\_\_\_\_ existierten psychiatrische Befunde oft nicht einmal oder sie hätten kaum Einfluss auf



die Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzungen von Dr. I.\_\_\_\_ schätze er als völlig realitätsfremd und arrogant ein. Beim Beschwerdeführer seien sämtliche Voraussetzungen einer Depression erfüllt. Es sei nicht nachzuvollziehen, weshalb Dr. I.\_\_\_\_ das anders gesehen habe. Die ungerichtete Aggression sei ebenfalls ein Symptom der Depression, auch wenn sie nicht in die ICD-10-Diagnostik einbezogen worden sei. Da eine Anpassungsstörung zeitlich begrenzt sei, könne man im Fall des Beschwerdeführers nicht mehr von einer solchen Störung sprechen. Die Störung sei in eine chronische Depression übergegangen. Die dem Beschwerdeführer zugemutete Willensanstrengung gebe die Verantwortung für die Situation an den Beschwerdeführer zurück und das Krankheitsbild werde von der Willensanstrengung abhängig gemacht. Das sei ein Hohn gegenüber dem Beschwerdeführer. Der Wechsel in die aktive Rolle sei für den Beschwerdeführer nämlich völlig unrealistisch (act. G1.1.4).

F.

In der Beschwerdeergänzung vom 29. Oktober 2009 (act. G3) wurde geltend gemacht, Dr. B.\_\_\_\_ habe bereits am 5. August 2008 darauf hingewiesen, dass aus psychiatrischen und psychosozialen Gründen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Dem Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ könne nicht gefolgt werden, denn zwischen ihm und dem Beschwerdeführer habe nicht einmal ansatzweise ein Vertrauensverhältnis bestanden, so dass nicht von einer objektiven Beurteilung durch Dr. I.\_\_\_\_ ausgegangen werden könne. Dr. G.\_\_\_\_ habe nachvollziehbar ausgeführt, weshalb die Voraussetzungen einer depressiven Episode erfüllt seien: Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstvertrauen, Schuldgefühle, Opferrolle, negative und pessimistische Zukunftsperspektive, Schlafstörungen. Dr. G.\_\_\_\_ sei davon ausgegangen, dass es dem Beschwerdeführer auch bei einer zumutbaren Willensanstrengung nicht möglich sei, sich in seinem Arbeitsfähigkeitsgrad zu steigern. Dr. I.\_\_\_\_ habe sich nicht mit den abweichenden Einschätzungen von Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ auseinandergesetzt. Seine Beurteilung sei offensichtlich nicht objektiv gewesen. Deshalb dürfe seiner Einschätzung nicht gefolgt werden. Stattdessen sei auf die Berichte von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ abzustellen. Sollten zusätzliche medizinische Abklärungen als notwendig erachtet werden, müsste auch eine aktuelle nephrologische Beurteilung dazugehören. Eine psychiatrische Oberbegutachtung könnte durch Dr. med. J.\_\_\_\_ erfolgen.



G.

Die Beschwerdegegnerin beantragte am 19. Februar 2010 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung machte sie sinngemäss geltend, es gebe keine Anhaltspunkte dafür, dass Dr. I.\_\_\_\_ befangen gewesen wäre. Dessen Schilderung des Verhaltens des Beschwerdeführers während der Untersuchung sei neutral gewesen. Es sei nicht notwendig, dass zwischen einem Gutachter und einem Exploranden ein Vertrauensverhältnis bestehen müsse. Im Gegenteil würde ein Vertrauensverhältnis die Gefahr schaffen, dass der Gutachter befangen wäre. Der Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ sei zu unqualifiziert gewesen, als dass Dr. I.\_\_\_\_ sich damit hätte auseinandersetzen müssen. Dr. I.\_\_\_\_ habe sich am 27. Januar 2010 zu den Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_ geäussert. Er habe darauf hingewiesen, dass Dr. G.\_\_\_\_ nicht-invalidisierende Faktoren wie psychosoziale und psychokulturelle Umstände in die Arbeitsfähigkeitsschätzung einbezogen habe und dass er vom bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell ausgegangen sei, obwohl die Arbeitsfähigkeit rein medizinisch-theoretisch festzustellen sei. Die Beschwerdegegnerin machte weiter geltend, aus dem Schreiben von Dr. G.\_\_\_\_ ergebe sich deutlich, dass dieser Arzt sich als engagierter Vertreter des Beschwerdeführers für diesen eingesetzt habe. Die Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ sei nicht relevant, da eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung und die daraus allenfalls resultierende Arbeitsunfähigkeit von einem Psychiater festgestellt werden müssten. Es gebe keinen Hinweis auf eine Verschlechterung der nephrologischen Situation, so dass diesbezüglich keine weiteren Abklärungen erforderlich seien (act. G8). In seiner Stellungnahme vom 27. Januar 2010 hatte Dr. I.\_\_\_\_ u.a. auch noch ausgeführt, eine Arbeitsunfähigkeit von 100% als Folge einer reaktiven mittelgradigen Depression sei weder verständlich noch medizinisch haltbar. Im übrigen seien die Voraussetzungen für diese Diagnose gar nicht erfüllt gewesen. Leichte bis mittelgradige Depressionen liessen sich gut behandeln, es sei denn, es stecke irgendein sekundärer Krankheitsgewinn dahinter (IV-act. 92).

H.

In der Replik vom 15. März 2010 wurde geltend gemacht, es bestehe ein Anspruch auf eine psychiatrische Oberbegutachtung, weil aufgrund der Schilderungen von Dr. I.\_\_\_\_ davon auszugehen sei, dass dieser aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers



nicht objektiv habe über den Gesundheitszustand befinden können. Dr. I.\_\_\_\_ habe offensichtlich nicht als neutraler Gutachter gehandelt. Ob der Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ unqualifiziert gewesen sei, könne von einem medizinischen Laien gar nicht beurteilt werden. Da sich die vorliegenden psychiatrischen Einschätzungen diametral gegenüberstünden, sei eine Oberbegutachtung angezeigt. Es sei nicht ausgeschlossen, dass sich die nephrologische Situation verschlechtert habe. Aufgrund der Möglichkeit einer Wechselwirkung zwischen der somatisch und der psychiatrisch begründeten Arbeitsunfähigkeit sei ein interdisziplinäres Gutachten erforderlich (act. G10).

I.

Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 22. März 2010 auf eine Duplik (act. G12).

Erwägungen:

1.

Gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV ist in einem Revisionsgesuch (Art. 17 Abs. 1 ATSG) glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert habe. Der Wortlaut dieser Bestimmung enthält keine Rechtsfolgenanordnung. Praxisgemäss ist er durch die Anordnung zu ergänzen, dass auf ein Revisionsgesuch einzutreten sei, wenn die behauptete erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht worden sei, und dass eine (verfahrensabschliessende) Nichteintretensverfügung ergehen müsse, wenn die Glaubhaftmachung nicht gelungen sei (vgl. Miriam Lendfers, Die IVV-Revisionsnormen [Art. 86<sup>ter</sup> - 88<sup>bis</sup>] und die anderen Sozialversicherungen, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2009, S. 51 ff.). Der Zweck der Regelung des Art. 87 Abs. 3 IVV ist ein verfahrensökonomischer: Es soll vermieden werden, dass sich eine IV-Stelle nach einer rechtskräftigen Leistungsverweigerung oder nach einer rechtskräftigen Abweisung eines Revisionsbegehrens immer wieder mit gleich lautenden und unbegründeten Gesuchen befassen muss (vgl. Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, bearbeitet von Ulrich Meyer, 2.A. S. 318). Gemäss der



höchstrichterlichen Rechtsprechung haben die IV-Stellen bei der Beantwortung der Frage, ob eine leistungserhebliche Sachverhaltsveränderung glaubhaft gemacht sei, einen erheblichen Beurteilungsspielraum, den die Gerichte zu respektieren haben. "Daher ist im Prozess die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu prüfen, wenn das Eintreten streitig ist, d.h. wenn die Verwaltung Nichteintreten verfügt hat und der Versicherte hiegegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanschuldung eingetreten ist" (vgl. U. Meyer, a.a.O., S. 399 unter Verweis auf BGE 109 V 108 ff. Erw. 2). Dasselbe muss natürlich gelten, wenn auf ein Revisionsgesuch eingetreten worden ist. Die Beschwerdegegnerin ist - konkludent - auf das Revisionsgesuch vom 15. Februar 2008 eingetreten. Dies schliesst es nach der soeben angeführten höchstrichterlichen Rechtsprechung aus zu prüfen, ob dieses Vorgehen rechtmässig gewesen ist. Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet deshalb ausschliesslich die materielle Richtigkeit der Abweisung des Revisionsbegehrens vom 15. Februar 2008.

2.

Der Beschwerdeführer hat sein Revisionsgesuch vom 15. Februar 2008 nur mit einer Beeinträchtigung des psychischen Gesundheitszustandes begründet. Dementsprechend hat sich die Sachverhaltsabklärung im Rahmen des Revisionsverfahrens auf diesen Aspekt konzentriert. Dr. G.\_\_\_\_ hat die in seinem Bericht vom 28. Februar 2008 angegebene vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers für sämtliche Arten von Erwerbstätigkeiten mit einer mittelgradigen depressiven Episode bei chronischen depressiven Episoden seit der Nierentransplantation am 17. Dezember 2006 bzw. der daraus resultierenden Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit und der Belastbarkeit begründet. Dr. B.\_\_\_\_ hat in seinem Bericht vom 5. August 2008 die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ übernommen. Er hat weiter angegeben, dass aus rein nephrologischer Sicht unter Immunsuppression nur eine Arbeitsfähigkeit von 50% für eine körperlich leichte adaptierte Tätigkeit bestehe. Im Ergebnis ist er also davon ausgegangen, dass die somatische Gesundheitssituation sich nicht verändert habe, während in psychiatrischer Hinsicht neu eine erhebliche Beeinträchtigung eingetreten sei. Trotzdem ist Dr. H.\_\_\_\_ vom RAD am 21. August 2008 von einem weiteren Abklärungsbedarf auch in



nephrologischer Hinsicht ausgegangen. Er hat aber keine bidisziplinäre Begutachtung, sondern eine psychiatrische Begutachtung und die Einholung eines Berichts der nephrologischen Abteilung des Kantonsspitals vorgeschlagen. Die nephrologische Abteilung des Kantonsspitals ist der Aufforderung, einen solchen Bericht zu erstellen, nicht nachgekommen. Sie hat auf die Berichte des Hausarztes verwiesen. Die Beschwerdegegnerin hat in der Folge keine weiteren Erhebungen zum nephrologischen Zustand des Beschwerdeführers vorgenommen. Dr. I.\_\_\_\_ hat in seinem psychiatrischen Gutachten vom 2. Mai 2009 ausgeführt, der Beschwerdeführer habe während der ganzen Untersuchung (über zwei Stunden) ein narzisstisch-aggressives Verhalten mit Drohgebärden und latenter Gereiztheit gezeigt, das nicht zur Untersuchungssituation gepasst habe. Es habe sich kein affektiver Rapport herstellen lassen. Das Verhalten während der Untersuchung habe auf eine starke Aggravationstendenz hingewiesen. Der Beschwerdeführer habe keine Gelegenheit verpasst, den Gutachter anzugreifen und ihm zum Teil zu drohen. Er habe wenig glaubhaft angegeben, sich an Vieles (wie z.B. an den vom älteren Sohn erlernten Beruf oder die Krankheit der Ehefrau) nicht erinnern zu können. Oft habe er auf eine Frage stereotyp mit "keine Ahnung" geantwortet. Dr. I.\_\_\_\_ hat dieses Verhalten als psychogene Überlagerung gewertet. Er ist davon ausgegangen, dass bei dem früher psychosozial gut angepassten Beschwerdeführer als Folge der Nierenerkrankung narzisstische und querulatorische Züge zum Vorschein gekommen seien. Die Willensanstrengung, die psychische Fehlentwicklung zu seinen Gunsten umzuwandeln, sei dem Beschwerdeführer aber zumutbar, so dass die unspezifischen Symptome wie Müdigkeit und Energielosigkeit nur eine Arbeitsunfähigkeit von 20% bewirken könnten. Einem psychiatrischen Sachverständigen stehen naturgemäss weder bildgebende Verfahren noch klinische Untersuchungsmethoden zur Verfügung, die keine oder nur eine weitgehend passive Mitwirkung der untersuchten Person voraussetzen. Er ist auf eine funktionierende - weitgehend sprachliche - Interaktion mit der untersuchten Person angewiesen. Der Beschwerdeführer hat zwar diese Interaktion nicht verweigert, aber er hat sie durch sein Verhalten erheblich erschwert. Dr. I.\_\_\_\_ hat in seinem Gutachten nicht begründet, wie es ihm trotz des Verhaltens des Beschwerdeführers (Aggressivität und dadurch fehlender Rapport) gelungen ist, zu einer überzeugenden Diagnose zu gelangen, die Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung der subjektiven Krankheitsüberzeugung zu beurteilen und gestützt darauf eine präzise



Arbeitsfähigkeitsschätzung abzugeben. Deshalb muss davon ausgegangen werden, dass die im Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ angeführte Diagnose und die daraus abgeleitete Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als richtig nachgewiesen sind. Diese Einschätzung des Beweiswertes des psychiatrischen Gutachtens beruht also nicht auf dem Umstand, dass die abweichenden Angaben von Dr. B.\_\_\_\_ und/oder von Dr. G.\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als überwiegend wahrscheinlich richtig zu werten wären. Dr. B.\_\_\_\_ als Facharzt für Innere Medizin ist gar nicht in der Lage gewesen, die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit und die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen. Es ist davon auszugehen, dass er nur die ihm bekannte Auffassung von Dr. G.\_\_\_\_ wiedergegeben hat. Dr. G.\_\_\_\_ hat am 14. September 2009 dezidiert eine vom psychiatrischen Gutachten abweichende Meinung geäussert. Diese Auffassung ist offensichtlich in einem erheblichen Ausmass durch die therapeutische Beziehung zwischen Dr. G.\_\_\_\_ und dem Beschwerdeführer beeinflusst gewesen. In den Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_ fehlt nämlich eine objektive Auseinandersetzung mit der Frage, ob die Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers (im therapeutischen oder im gutachterlichen Rahmen) nicht durch einen sekundären Krankheitsgewinn oder sogar durch eine Rentenbegehrlichkeit beeinflusst sein könnten. Dr. G.\_\_\_\_ hat sich auch nicht objektiv mit der Fähigkeit des Beschwerdeführers befasst, mittels einer zumutbaren Willensanstrengung die subjektiv empfundene Arbeitsunfähigkeit zu überwinden. Er ist im Gegenteil davon ausgegangen, dass bereits der Gedanke an eine solche Willensanstrengung ein "Hohn" sei, weil es für den Beschwerdeführer völlig unrealistisch sei, aktiv zu werden. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ kann deshalb ebensowenig wie diejenigen von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ als überwiegend wahrscheinlich richtig qualifiziert werden. Da die vorliegenden Akten die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers also nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad zu belegen vermögen, beruht die angefochtene Abweisung des Revisionsgesuchs auf einem unzureichend abgeklärten Sachverhalt. Deshalb ist sie als rechtswidrig aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin wird die Abklärungen weiterzuführen haben, wobei sie dem von Dr. H.\_\_\_\_ vom RAD festgestellten Abklärungsbedarf in Bezug auf die nephrologische Situation wohl am besten durch die Anordnung einer bidisziplinären Begutachtung Rechnung tragen wird.

3.



Dementsprechend ist die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In Bezug auf die Auflage der Verfahrenskosten ist dieser Verfahrensausgang als vollumfängliches Obsiegen des Beschwerdeführers zu betrachten. Der Beschwerdeführer hat deshalb einen Anspruch auf den Ersatz seiner Vertretungskosten. Die Parteientschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses (Art. 61 lit. g ATSG). Das vorliegende Beschwerdeverfahren ist unter Berücksichtigung dieser Kriterien als durchschnittlich zu werten, was praxismässig eine Parteientschädigung von Fr. 3500.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) rechtfertigt. Das Beschwerdeverfahren in IV-Sachen ist kostenpflichtig. Die Gerichtsgebühr bemisst sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Der konkrete Aufwand ist ebenfalls als durchschnittlich zu betrachten, weshalb die Gerichtsgebühr praxismässig auf Fr. 600.- festzusetzen ist. Diese Gerichtsgebühr ist durch die vollumfänglich unterliegende Beschwerdegegnerin zu bezahlen. Der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 21. August 2009 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und zur neuen Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3500.- zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen; der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.