



<b>Fall-Nr.:</b>	IV 2014/533
<b>Stelle:</b>	Versicherungsgericht
<b>Rubrik:</b>	IV - Invalidenversicherung
<b>Publikationsdatum:</b>	13.12.2019
<b>Entscheiddatum:</b>	21.06.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 21.06.2017**

**Art. 28 IVG, Art. 16 ATSG, Art. 43 Abs. 1 ATSG Die Würdigung der Gutachten und Berichte der behandelnden Ärzte hat ergeben, dass die Arbeitsfähigkeit weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, weshalb die Sache zur Neubegutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Juni 2017, IV 2014/533). Entscheid vom 21. Juni 2017 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Annemarie Haase Geschäftsnr. IV 2014/533 Parteien A.\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Filiz-Félice Aydemir Séquin, Magnihalden 7, Postfach 14, 9004 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Einstellung) Sachverhalt**

Entscheid Versicherungsgericht, 21.06.2017

A.

A.a A.\_\_\_ meldete sich am 10. Januar 2000 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 2). Er hatte bis 1998 als Hilfsarbeiter in der Produktion bei der B.\_\_\_ AG gearbeitet (IV-act. 5). Am 23. Oktober 2000 beauftragte die IV-Stelle die Klinik Valens mit einer multidisziplinären Begutachtung des Versicherten inkl. der Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (nachfolgend EFL, IV-act. 17). Im Bericht der Klinik Valens vom 12. April 2001 erklärte Dr. med. C.\_\_\_, Ärztin Rheumatologie, die Ergebnisse der am 26./27. März 2001 durchgeführten EFL seien aufgrund der bestehenden Selbstlimitierung und der daher nicht zuverlässigen Leistungsbereitschaft des Versicherten nicht verwertbar gewesen (IV-act. 26 S. 25 ff.). Im Rahmen der multidisziplinären Begutachtung seien ein chronisches Panvertebralsyndrom und ein



lumboradikuläres Reizsyndrom S1 links seit 11/98 sowie eine Anpassungsstörung mit anhaltender depressiver Reaktion, differentialdiagnostisch evtl. auf der Basis einer somatoformen Schmerzstörung, diagnostiziert worden. Der begutachtende Psychiater med. pract. D.\_\_\_\_, Oberarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung E.\_\_\_\_, erklärte, im Zuge der körperlichen Beschwerden habe sich eine schwere depressive Symptomatik entwickelt, die das rein körperlich bedingte Beschwerdebild überlagert habe. Psychodynamisch sei davon auszugehen, dass die Zusprache einer IV-Rente dazu führen werde, dass der Versicherte trotz seines medizinisch "legitimierten" Ausstiegs aus dem Arbeitsleben "vor seiner Familie das Gesicht wahren" könne. Eine erneute psychiatrische Standortbestimmung werde in einem Jahr nach erfolgter antidepressiver Behandlung empfohlen. Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, der Versicherte sei aus somatischer Sicht in einer leichten und wechselbelastenden Tätigkeit voll arbeitsfähig, aus psychiatrischer Sicht jedoch vorläufig voll arbeitsunfähig (IV-act. 26). Daraufhin sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit einer Verfügung vom 7. Februar 2002 eine ganze IV-Rente zu (IV-act. 33). Die IV-Stelle erklärte am 6. September 2002 und am 6. Januar 2005, dass weiterhin aufgrund des bisherigen Invaliditätsgrades ein Anspruch auf eine ganze IV-Rente bestehe (IV-act. 36, 44).

A.b Im Rahmen einer weiteren Überprüfung des Leistungsanspruches (IV-act. 45) reichte der einzige behandelnde Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin, am 7. März 2010 einen Verlaufsbericht ein, in dem er von einem unveränderten Gesundheitszustand des Versicherten ausging (IV-act. 50). Da weder über eine therapeutische Behandlung der Anpassungsstörung seit der Rentenzusprache noch über die psychiatrische Situation des Versicherten Informationen vorlagen, beauftragte der Regionale Ärztliche Dienst (nachfolgend RAD) die Klinik Valens mit einer Verlaufsbeurteilung (IV-act. 51, 57, 59). Dem interdisziplinären Konsensbericht der Klinik Valens vom 14. März 2011 waren folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen: Chronisches Panvertebralsyndrom mit einer Lumboischialgie linksbetont und einer Zervikozephalgie (ICD-10 M54.8) und chronische Schmerzstörung mit somatischen sowie psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Die Gutachter gaben folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an: Status nach Anpassungsstörung mit anhaltender depressiver Reaktion, chronische Periarthropathia genu bds. und leichte Epicondylitis humeri ulnaris bds. Dr. C.\_\_\_\_



konnte aus rheumatologischer Sicht keine Veränderung des Gesundheitszustands des Versicherten feststellen; sie erklärte, weder lumbal noch zervikal seien motorische Ausfälle vorhanden. Aus psychiatrischer Sicht berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_, leitender Arzt Psychosomatik, der Versicherte sei gemäss eigenen Angaben nach der Begutachtung im Jahr 2001 einmal bei einem Psychiater gewesen; er habe in den letzten 10 Jahren abgesehen von Momenten der Reizbarkeit und der Übellaunigkeit bei einem fortgesetztem Schmerzerleben keine Beschwerden gehabt. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung hätten keine Hinweise auf ein relevantes psychisches Leiden gefunden werden können. Es sei davon auszugehen, dass die im Jahr 2001 diagnostizierte Anpassungsstörung über die Jahre ohne eine spezifische Therapie abgeklungen sei. Da die Schmerzstörung jedoch bereits seit 13 Jahren tiefgreifend konsolidiere, sei nicht davon auszugehen, dass der Versicherte die nötige Willensanstrengung aufbringen könne, um eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen oder sich in eine Therapie zu begeben, die seine körperlichen Beschwerden lindern könnte. Obwohl der Versicherte also aus somatischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei, sei aufgrund der psychiatrischen Situation gesamthaft von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (IV-act. 62). Dr. med. H.\_\_\_\_ vom RAD, Fachärztin für Arbeitsmedizin FMH, führte dazu aus, das Gutachten der Klinik Valens sei grundsätzlich umfassend und schlüssig, die vorgenommene Arbeitsfähigkeitsschätzung könne jedoch nicht nachvollzogen werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe nämlich keine psychiatrische Diagnose als Komorbidität zur Schmerzproblematik, welche die Annahme rechtfertigen würde, der Versicherte könne die aus der Schmerzstörung resultierende subjektive Überzeugung, vollständig arbeitsunfähig zu sein, nicht mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwinden (IV-act. 67).

A.c Mit einem Vorbescheid vom 1. Juli 2011 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 21% die Aufhebung der Rente an. Zur Begründung gab sie an, dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in der Regel nicht zu einer langdauernden, invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe und dass der Versicherte deshalb in einer leidensangepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei (IV-act. 72). Dagegen liess der Versicherte am 7. September 2011 einwenden, es liege weder ein veränderter medizinischer Sachverhalt - und somit ein Revisionsgrund - vor, noch sei die Einschätzung des RAD unabhängig oder nachvollziehbar. Er erfülle die Kriterien für die Annahme des Vorliegens einer arbeitsfähigkeitseinschränkenden



## St.Galler Gerichte

Schmerzstörung (IV-act. 79). Mit der Verfügung vom 15. September 2011 stelle die IV-Stelle die IV-Rente des Versicherten auf Ende Oktober 2011 ein (IV-act. 80).

A.d Am 4. April 2012 liess der Versicherte darauf hinweisen, dass er vom 24. Oktober 2011 bis 5. Januar 2012 wegen einer rezidivierenden depressiven Störung mit somatischem Syndrom sowie einem Verdacht auf eine chronischen Schmerzstörung in der psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen sei (IV-act. 82). Dem entsprechenden Austrittsbericht vom 17. Januar 2012 war zu entnehmen, dass die Kürzung der IV-Rente der "Nährboden für das depressive Zustandsbild" sei. Der Versicherte weise ein fassadäres Verhalten auf und habe Schwierigkeiten, Bedürfnisse und Emotionen auszudrücken (IV-act. 104). Dr. med. J.\_\_\_\_, Leiter des Ambulatoriums der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_, erklärte am 2. März 2012, dass sich, nachdem der Zustand des Versicherten zum Abschluss der stationären Therapie deutlich stabiler und hoffnungsvoller gewesen sei, im Verlauf der ambulanten Gesprächstermine eine erneute Verschlechterung gezeigt habe und dass gegenwärtig eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (IV-act. 83). Am 26. April 2012 verfügte die IV-Stelle den Widerruf der Verfügung vom 15. September 2012. Sie kündigte weitere Abklärungen an (IV-act. 87, 98).

A.e Dr. J.\_\_\_\_ hielt in seinem Verlaufsbericht vom 8./9. November 2012 fest, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich von einer mittel- zu einer schwergradigen depressiven Episode entwickelt (ICD-10 F32.1 zu ICD-10 F32.2, IV-act. 100). Die Rückfragen der IV-Stelle beantwortete Dr. J.\_\_\_\_ am 9. Januar 2013 dahingehend, dass der Versicherte unter Ein- und Durchschlafstörungen leide sowie über einen deutlichen sozialen Rückzug, zunehmende Suizidgedanken und eine häufige Antriebshemmung berichte. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Versicherte aufgrund der Grübelneigung, der Konzentrationsstörung, der Antriebsarmut bis Antriebshemmung, der Schlafstörungen, der Suizidgedanken und der sozialen Rückzugs funktionell eingeschränkt und somit zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 102, 105).

A.f Im durch die IV-Stelle in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten vom 8. Juni 2013 (IV-act. 108) gab Dr. med. K.\_\_\_\_, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, die Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren



## St.Galler Gerichte

(ICD-10 F45.41) an. Er ging davon aus, dass diese Diagnose keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe. Er führte weiter aus, obwohl es möglich sei, dass nach der Renteneinstellung eine depressive Reaktion (bzw. Anpassungsstörung) vorgelegen habe, könnten keine anderen psychischen Erkrankungen als die somatoforme Schmerzstörung nachgewiesen werden; insbesondere seien keine äusseren Anzeichen einer depressiven Stimmung vorhanden gewesen. Zwischen den Beschwerdeschilderungen, den Befunden und den Angaben zu den Aktivitäten hätten sich zudem so viele Inkonsistenzen ergeben, dass er nicht zur Überzeugung habe gelangen können, die geltend gemachten Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen seien tatsächlich im angegebenen Umfang vorhanden. Beispielsweise wäre zu erwarten gewesen, dass der Versicherte die offenbar in einem grossen Ausmass bestehenden Beschwerden konkreter hätte umschreiben können und dass er in der Untersuchungssituation zu den beschriebenen Beschwerden passende Anzeichen gezeigt hätte. Ausserdem hätten wesentliche Abweichungen zwischen den Aussagen des Versicherten und denjenigen der Ehefrau zu den Aktivitäten am Vortag bestanden. So habe der Versicherte angegeben, zwei Stunden spazieren gewesen zu sein und abends zwei Stunden Besuch von seinem Schwager gehabt zu haben, während die Ehefrau berichtet habe, der Versicherte sei den ganzen Tag zuhause gewesen bzw. eine halbe Stunde spazieren gegangen und er habe keinen Besuch gehabt. In Bezug auf das psychiatrische Gutachten der Klinik Valens aus dem Jahr 2011 führte Dr. K. \_\_\_ aus, dieses sei grundsätzlich nachvollziehbar, doch habe kein primärer, sondern vielmehr ein sekundärer Krankheitsverlauf vorgelegen, weshalb nicht von einer Arbeitsunfähigkeit hätte ausgegangen werden dürfen. Aus dem Verlaufsbericht des Ambulatoriums der Klinik I. \_\_\_ vom 8. November 2011 gehe keine Diagnose der Schmerzstörung mehr hervor. Zudem sei den vorhandenen Arztberichten nicht zu entnehmen, ob, wie und mit welchem Ergebnis die Beschwerden auf ihre Konsistenz geprüft worden seien, obwohl eine Beschäftigung mit diesem Thema angesichts der Rentensituation des Versicherten naheliegend gewesen wäre. Da die eigene Konsistenzprüfung ergeben habe, dass keine leistungsmindernden Auswirkungen nachweisbar seien, sei aus psychiatrischer Sicht seit mindestens Februar 2011 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 110).

A.g Mit einem Vorbescheid vom 23. September 2013 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass kein Rentenanspruch mehr bestehe. Zur Begründung führte sie



aus, aufgrund der fachmedizinischen Gesamtbeurteilung sei er aktuell in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 78'951.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 61'776.-- ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 22% (IV-act. 117 f.). Der Versicherte liess dagegen am 28. Oktober 2013 einwenden, das Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ sei nicht widerspruchsfrei und nicht vollständig nachvollziehbar. Die Angaben der Ehefrau zu seinem Tagesablauf hätten der Wahrheit entsprochen, während er an einer "Zeitgitterstörung" gelitten und daher von einem Wunschtage berichtet habe. Er halte die Fassade des positiven, aufgeschlossenen und sozialen Menschen, der er einst gewesen sei, stets aufrecht und er könne seine soziale Zurückgezogenheit nur schwer zugeben. Es sei ihm offenbar gelungen, Dr. K.\_\_\_\_ mit seiner Selbstdarstellung zu täuschen. Weiter sei die Kritik von Dr. K.\_\_\_\_ am Gutachten der Klinik Valens zu wenig begründet. Die Begutachtung habe nämlich deutlich weniger lange gedauert als geplant. Schliesslich sei im Rahmen des Einkommensvergleichs unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von einem Valideneinkommen von Fr. 80'997.-- sowie einem Tabellenlohnabzug von mindestens 20% auszugehen (IV-act. 119). Der Versicherte liess gleichzeitig eine Stellungnahme von Dr. med. L.\_\_\_\_, Assistenzarzt, Psychiatrische Klinik I.\_\_\_\_, vom 25. Oktober 2013 einreichen. Darin hatte Dr. L.\_\_\_\_ ausgeführt, das psychische Zustandsbild des Versicherten habe sich jeweils nach somatischen Akutbehandlungen verschlechtert, weshalb davon ausgegangen werden müsse, dass die genannten Beschwerden und Schmerzen chronifiziert somatisch begründet seien. Ein Zusammenhang zwischen den psychischen Problemen und der jeweiligen Schmerzintensität habe sich jedoch nur sehr selten gezeigt, weshalb primär die langsam wieder zunehmende, schwerwiegende depressive Symptomatik nach der zunächst erfolgreichen stationären Behandlung Gegenstand der psychiatrischen Behandlung gewesen sei. Sein positives, zuvorkommend-freundliches Wesen und Selbstbild sei dem Versicherten stets sehr wichtig gewesen, weshalb er sich selbst in besonders niedergeschlagenen Phasen zugewandt und freundlich verhalten und den eigentlich schlechten psychischen Zustand oft überspielt habe (IV-act. 119 S. 10 ff.).

A.h In einem Austrittsbericht vom 10. April 2014 hielt med. pract. M.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, fest, der Versicherte sei vom 4. bis 9. November 2013 sowie vom 14. November 2013 bis 14. März 2014 in der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen. Aus psychiatrischer Sicht leide er an einer rezidivierenden depressiven



## St.Galler Gerichte

Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), und es bestehe der Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Beim Austritt sei er im Denken leicht verlangsamt, aber kohärent gewesen, habe leichte Konzentrationsstörungen gezeigt und sei im Affekt leicht- bis mittelgradig deprimiert und hoffnungslos sowie im Antrieb leicht reduziert gewesen. Ausserdem habe er sich leichtgradig affektarm gezeigt (IV-act. 128). Im Austrittsbericht vom 2. Mai 2014 hielt Dr. med. N.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, Oberärztin Spital O.\_\_\_\_, folgende Diagnosen fest: Erysipel Unterschenkel links, hyporegenerative normochrome normozytäre Anämie, Depression, Dyslipidämie. Sie berichtete, der Versicherte sei vom 17. bis 22. April 2014 aufgrund eines Erysipels im Spital O.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen und in einem guten Allgemeinzustand wieder entlassen worden (IV-act. 131).

A.i Dr. med. P.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nahm am 1. September 2014 für den RAD zu den neuen medizinischen Akten und zum Einwand des Versicherten Stellung. Sie erklärte, dass sich aus versicherungsmedizinischer Sicht anhand der neuen medizinischen Berichte keine anhaltende Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich angepassten Tätigkeit ableiten lasse. Es zeigten sich keine Hinweise auf Gedächtnisstörungen und der Versicherte würde bei einer mittelschweren bis schweren depressiven Symptomatik nicht über die Ressourcen verfügen, um Dr. K.\_\_\_\_ derart über seinen psychischen Zustand zu täuschen. Da die Diagnose des Austrittsberichts der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ vom 10. April 2014 nicht der psychopathologischen Befunderhebung entspreche und da das Spital O.\_\_\_\_ am 2. Mai 2014 festgehalten habe, der Versicherte sei in einem guten Allgemeinzustand entlassen worden, sei davon auszugehen, dass im April 2014 keine mittelgradig depressive Symptomatik mehr vorhanden gewesen sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht habe also nach der Renteneinstellung eine vorübergehende psychische Verschlechterung bestanden, die jedoch keine andauernde Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit begründen könne. Auch Dr. L.\_\_\_\_ habe ausgeführt, die psychosoziale Belastung sei ursächlich für die depressive Symptomatik, während die Schmerzen eindeutig somatisch begründet seien. Zusammenfassend sei daher festzuhalten, dass der Versicherte im Wesentlichen nicht durch psychische Beschwerden, sondern durch sein Schmerzerleben in seiner Teilnahme am sozialen und beruflichen Alltag behindert sei (IV-act. 132).



## St.Galler Gerichte

A.j Am 20. Oktober 2014 verfügte die IV-Stelle die Aufhebung des Rentenanspruchs per Ende November 2014. Zur Begründung übernahm sie sinngemäss die Ausführungen von Dr. P.\_\_\_\_ (IV-act. 135).

B.

B.a In seiner am 20. November 2014 (act. G 1) dagegen erhobenen Beschwerde liess der Versicherte (nachfolgend Beschwerdeführer) beantragen, ihm sei weiterhin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (eventualiter eine  $\frac{3}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{1}{4}$ -Rente); eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung des Sachverhalts an die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Zur Begründung liess er ergänzend zu seinen Ausführungen im Einwand anbringen, es liege gar kein Revisionsgrund vor, da die im Jahr 2001 diagnostizierte Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung in symptomatischer Hinsicht nichts anderes darstelle als die im Jahr 2011 mit tiefgreifend konsolidierter Schmerzverarbeitungsstörung beschriebene Diagnose einer chronischen Schmerzverarbeitungsstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Den Austrittsberichten der Klinik I.\_\_\_\_ sei zu entnehmen, dass er mindestens seit Oktober 2011 unverändert an depressiven Episoden leide. Ausserdem sei es sehr wohl möglich, dass er seine Fassade trotz einer vorhandenen mittelgradigen oder schweren Depression aufrechterhalten könne und dass Dr. K.\_\_\_\_ diese Selbstschutzdarstellung innerhalb der kurzen Begutachtung nicht erkannt habe. Schliesslich hätten die behandelnden Ärzte berichtet, dass sie lange gebraucht hätten, um seine Persönlichkeit in aller Gänze zu erfassen. Selbst wenn nicht auf die Diagnosen der Klinik I.\_\_\_\_ abgestellt werden sollte, sei aufgrund der psychopathologischen Befunde mindestens von einer rezidivierenden leichten bis mittelgradigen depressiven Episode und somit von einem im Vergleich zum Jahr 2001 unveränderten Sachverhalt auszugehen. Aus dem Bericht des Spitals O.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2014 könne im Übrigen nicht abgeleitet werden, dass er im April 2014 nicht an einer Depression gelitten habe, da der primäre Behandlungszweck somatischer Art gewesen sei und da die im Vorfeld 3,5 Monate lange Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ dagegen spreche. Sein somatischer Zustand habe sich in Bezug auf die vorliegende Nervenwurzelreizung C7 und C8 rechts sowie die osteodiskäre Diskushernie C3/4 bis C6/7 verschlechtert, weshalb neue MRI-Aufnahmen nötig seien. Zudem rechtfertigten das eingeschränkte Belastungsprofil



sowie die Durchschlafstörungen und die bestehende rezidivierende depressive Verstimmung einen Tabellenlohnabzug von 25% (act. G 1).

B.b Am 5. Dezember 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie sinngemäss aus, neue MRI-Aufnahmen seien nicht notwendig, da aufgrund der kompetenten und gründlichen Untersuchung durch die Klinik Valens (inkl. MRI-Aufnahmen der HWS und LWS aus dem Jahre 2011) feststehe, dass sich die Rückensituation des Beschwerdeführers nicht wesentlich verändert habe. Weiter sei der invalidisierende Charakter einer somatoformen Schmerzstörung ausgeschlossen, wenn die präsentierte Symptomatik wie beim Beschwerdeführer auf einer Aggravation o.ä. beruhe. Dr. K.\_\_\_\_ habe den Beschwerdeführer ausführlich und kompetent untersucht und die erst im Beschwerdeverfahren vorgelegten Behandlungseinträge des Gesundheitszentrums Q.\_\_\_\_ hätten die Begutachtung nicht beeinflussen können. Zudem habe Dr. K.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer sehr wohl richtig erfassen können, denn der von Dr. K.\_\_\_\_ erhobene harmlose Befund ergebe zusammen mit dessen Beurteilung ein schlüssiges und mit der EFL übereinstimmendes Bild. Demgegenüber überzeuge die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Klinik I.\_\_\_\_ nicht, da sie sich schwergewichtig auf die Schilderungen des Beschwerdeführers stütze und keine Befunde nenne, die die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit belegen würden. Da Dr. K.\_\_\_\_, anders als die Klinik Valens im Jahr 2001, keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr habe stellen können, habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 7. Februar 2002 wesentlich verändert (act. G 4).

B.c In der Replik vom 28. Mai 2015 liess der Beschwerdeführer ergänzend die Einholung eines Verlaufsberichts von Dr. R.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und die Einholung der Austrittsberichte der Klinik E.\_\_\_\_ und der Klinik S.\_\_\_\_ beantragen. Zur Begründung liess er ausführen, sein Gesundheitszustand sei desolat. Nach einer dreimonatigen, intensiven stationären psychiatrischen Behandlung in der Klinik E.\_\_\_\_ werde er nun in der Klinik S.\_\_\_\_ weiterbehandelt. Dass die Beschwerdegegnerin die Austrittsberichte über monatelang dauernde stationäre Aufenthalte einzig mit dem Vermerk abwerte, diese würden lediglich seine subjektiven Schilderungen präsentieren, sei nicht nachvollziehbar. Zudem habe eine



rheumatologische Abklärung seiner seit Sommer 2014 beklagten zunehmenden Gelenkschmerzen den Verdacht auf ein beginnendes Polyarthrosis-Syndrom ergeben. Nachdem selbst Dr. C.\_\_\_\_ im Jahre 2011 vor einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustands gewarnt habe, dürfe der verschlechterte rheumatologische Gesundheitszustand nicht grundlos vernachlässigt werden (act. G 13).

B.d Am 14. September 2015 liess der Beschwerdeführer einen Bericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 27. Juli 2015 und einen Bericht der Klinik S.\_\_\_\_ vom 9. September 2015 einreichen (IV-act. G 16). Im Bericht vom 27. Juli 2015 stellte Dr. med. T.\_\_\_\_, Oberarzt der Psychiatrie-Dienste U.\_\_\_\_, folgende Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), chronisches Panvertebralsyndrom mit Lumboischialgie linksbetont und Zervikozephalgie. Er führte aus, nach Abschluss der dreimonatigen Behandlung könne in Bezug auf die schwere depressive Symptomatik über keinen wesentlichen Behandlungserfolg berichtet werden. Der Genesungsprozess werde hauptsächlich durch starke chronische Schmerzen verhindert, die einerseits die depressive Symptomatik und die Schlafstörungen begünstigten und andererseits die Teilnahme des Beschwerdeführers an aktivierenden Therapiemodalitäten trotz seiner guten Motivation einschränkten (act. G 16.1). V.\_\_\_\_, Diplom-Psychologin Univ., und Dr. med. W.\_\_\_\_, Oberarzt Psychosomatik, stellten im Bericht vom 9. September 2015 dieselben Diagnosen wie Dr. T.\_\_\_\_, wobei sie von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), ausgingen. Sie berichteten, aufgrund des komplexen Beschwerdebildes mit schweren körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen, welche sich zudem ungünstig wechselseitig beeinflussten, bestehe keine reelle Chance einer Integration in eine Erwerbstätigkeit (act. G 16.2). Am 5. Januar 2017 liess der Beschwerdeführer weitere Berichte einreichen (act. G 19). Dr. med. X.\_\_\_\_ hatte am 25. November 2016 eine chronische Cephalgie whs. multifaktorieller Ätiologie, EM bereits vor 2006, deutliche Zunahme seit ca. 2014, diagnostiziert (act. G 19.1.3). Dr. med. Y.\_\_\_\_, Oberärztin der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin, Kantonsspital St. Gallen, hatte am 2. Dezember 2016 eine MRI-Untersuchung der Wirbelsäule durchgeführt. Diese zeigte einen konstitutionell schmalen Spinalkanal mit oesodiskal bedingten hochgradigen Spinalkanalstenosen HWK3 bis HWK7 mit Myelopathie auf Niveau HWK5/6 sowie foraminale Stenosen HWK4/5 links mit Kompression der C5-



Nervenwurzel, HWK5/6 rechts mit möglicher Affektion der C6-Nervenwurzel und HWK6/7 bds. mit Kompression der C7-Nervenwurzel rechts und möglicher Affektion der C7-Nervenwurzel links, eine unspezifische Lymphadenopathie bds. sowie eine vergrösserte Schilddrüse (act. G 19.1.4).

### Erwägungen

1.

1.1 Der Zusprache einer Rente der Invalidenversicherung liegt für den Zeitraum vor dem Erlass der leistungszusprechenden Verfügung ein mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ermittelter Sachverhalt und für den Zeitraum nach dem Erlass der Verfügung eine Prognose über die Entwicklung des künftigen Sachverhaltes zugrunde. Diese Prognose lautet in aller Regel, dass die im Verfügungserlass vorliegenden, stabilen tatsächlichen Verhältnisse sich in absehbarer Zeit nicht verändern werden. Tritt nach der Rentenzusprache eine Veränderung des Gesundheitszustandes ein, wird der rentenzusprechenden Verfügung für die Zeit nach dem Eintritt dieser Veränderung gewissermassen das Fundament entzogen, weil sich die der Verfügung zugrunde liegende Prognose des sich nicht verändernden Gesundheitszustandes ab diesem Zeitpunkt als überholt, nicht mehr plausibel und falsch erweist. Der Gesetzgeber hat den Sozialversicherungsträgern mit dem Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1; ATSG) ein Instrument zur Verfügung gestellt, mit dem sie auf eine solche Veränderung reagieren und die rentenzusprechende Verfügung für die Zukunft an diese Veränderung anpassen kann.

1.2 Der Beschwerdeführer hat ab dem 1. November 1999 eine ganze Rente der Invalidenversicherung bezogen. Der rentenzusprechenden Verfügung vom 9. Oktober 2001 hat die Prognose zugrunde gelegen, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer Anpassungsstörung mit anhaltender depressiver Reaktion in absehbarer Zukunft nicht mehr in der Lage sein werde, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Diese Prognose hat sich auf die multidisziplinäre Begutachtung durch die Klinik Valens vom 27. August 2001 und insbesondere die Einschätzung des Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_ gestützt (IV-act. 27), gemäss welcher sich im Zuge der körperlichen Beschwerden eine schwere



depressive Symptomatik entwickelt habe, die das rein körperlich bedingte Beschwerdebild überlagert habe. Da Dr. D.\_\_\_\_ aus psychodynamischer Sicht davon ausgegangen ist, dass eine Rentenzusprache dazu führen werde, dass der Beschwerdeführer trotz seines medizinisch "legitimierten" Ausstiegs aus dem Arbeitsleben "vor seiner Familie das Gesicht wahren könne" und eine antidepressive Behandlung somit höhere Erfolgsaussichten habe, hat er eine erneute psychiatrische Standortbestimmung nach erfolgter antidepressiver Behandlung nach einem Jahr empfohlen (IV-act. 26). Eine solche hat jedoch erst im Jahr 2011 im Rahmen einer interdisziplinären Begutachtung durch die Klinik Valens stattgefunden. Sie hat ergeben, dass die im Jahr 2001 diagnostizierte Anpassungsstörung über die Jahre ohne eine spezifische Therapie abgeklungen ist, die seit 13 Jahren tiefgreifend konsolidierende Schmerzstörung jedoch weiterhin zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit führe (IV-act. 62). Während Dr. K.\_\_\_\_, der nach der Aufhebung der Renteneinstellungsverfügung mit der erneuten psychiatrischen Begutachtung des Beschwerdeführers beauftragt worden war, in seinem Gutachten vom 8. Juni 2013 ebenfalls weder eine Anpassungsstörung noch Anzeichen für eine depressive Reaktion beim Beschwerdeführer hat ausmachen können und zudem die Schmerzstörung als nicht invalidisierend qualifiziert hat, sind die behandelnden Ärzte der Klinik I.\_\_\_\_ davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer an einer mittel- bzw. schwergradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom leide (IV-act. 83, 104 f., 110).

1.3 Der Beschwerdeführer hat weiterhin einen Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern er im Wirkungszeitpunkt der angefochtenen Verfügung zu mindestens 40% invalid gewesen ist (Art. 28 Abs. 1 lit. c des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [SR 831.20; IVG]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr



zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), zu dem Einkommen in Beziehung gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.4 Um eruieren zu können, ob sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprache massgeblich verändert hat und somit die Verfügung vom 20. Oktober 2014 zu Recht unter der Berücksichtigung einer neuen Prognose hat erlassen werden müssen, muss die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen.

2.

2.1 In psychiatrischer Hinsicht hat sich die Beschwerdegegnerin primär auf das Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ gestützt, gemäss welchem der Beschwerdeführer spätestens seit Februar 2011 voll arbeitsfähig ist. Dr. K.\_\_\_\_ hat angegeben, die im Jahr 2001 zur Berentung des Beschwerdeführers führende Anpassungsstörung sei seither kein Thema mehr gewesen und die chronische Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer hat dazu festhalten lassen, die begutachtenden Ärzte der Klinik Valens hätten im Jahr 2011 einen seit 14 Jahren unveränderten medizinischen Sachverhalt festgestellt und seien deshalb weiterhin von einer ganzen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Sie hätten erklärt, rein unter Berücksichtigung des im Jahr 2001 dokumentierten Psychostatus sei davon auszugehen, dass der damals diagnostizierten Anpassungsstörung eine anhaltende leichte bis allenfalls mittelgradige depressive Verstimmung zugrunde gelegen habe. Da man interdisziplinär zu dem Schluss gekommen sei, dass eine vorübergehende Legitimierung der beklagten Beschwerden über eine Rentenzusprache dem dysfunktionalen Schmerzverarbeitungsmechanismus den Boden entziehen würde, habe man sie jedoch wie eine schwere depressive Verstimmung behandelt. Dr. K.\_\_\_\_ habe also lediglich einen im Wesentlichen gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalt anders beurteilt, weshalb kein Revisionsgrund vorliege (act. G 1). Tatsächlich ist dem Gutachten der Klinik Valens aus dem Jahr 2001 jedoch einzig zu entnehmen, dass sich "im Zuge der körperlichen Beschwerden eine schwere depressive Symptomatik entwickelt habe". Von einer leichten bis mittelschweren



depressiven Verstimmung ist nicht die Rede (IV-act. 26 f.). Dr. G.\_\_\_\_ hat im Jahr 2011 erklärt, die Zusammenschau aller damals manifestierten Symptome, die Akten und die anamnestischen Angaben hätten die Gutachter im Jahr 2001 wohl dazu bewogen, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers unter Annahme einer "schweren depressiven Symptomatik" vorübergehend als zu 100% eingeschränkt zu bezeichnen. Entgegen der Interpretation des Beschwerdeführers ist Dr. G.\_\_\_\_ also nicht davon ausgegangen, dass im Gutachten 2001 einzig mit Hinblick auf das Resultat, nämlich die vorübergehende Legitimierung des Ausstiegs aus der Arbeitswelt durch die Berentung, eine schwere depressive Symptomatik diagnostiziert worden wäre. Er hat vielmehr angenommen, dass diese Diagnose damals trotz des während der Begutachtung eher unauffälligen Psychostatus aufgrund weiterer Gründe gestellt worden ist. Der Beschwerdeführer hat weiter geltend machen lassen, die im Jahr 2001 diagnostizierte Anpassungsstörung stelle in symptomatischer Hinsicht nichts anderes dar als die im Jahr 2011 mit tiefgreifend konsolidierter Schmerzverarbeitungsstörung beschriebene Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die heute geläufige "somatoforme Schmerzstörung" sei damals nicht in Gebrauch gewesen (act. G 1 S. 11). Somit hat er sinngemäss geltend machen lassen, dass nicht nur im Gutachten der Klinik Valens aus dem Jahr 2011, sondern auch in jenem aus dem Jahr 2001 aufgrund einer somatoformen Schmerzstörung von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen worden sei. Dem Gutachten der Klinik Valens aus dem Jahr 2001 ist jedoch klar zu entnehmen, dass die Rentenzusprache aufgrund der damals bestehenden Anpassungsstörung, also der schweren depressiven Symptomatik, erfolgt ist. Dabei ist ausdrücklich festgehalten worden, dass eine solche "differenzialdiagnostisch eventuell auf einer somatoformen Schmerzstörung" (der Begriff ist demnach durchaus bereits in Gebrauch gewesen) basiere (vgl. IV-act. 26 S. 21). Über einen entsprechenden Zusammenhang ist also lediglich eine Vermutung aufgestellt worden. Da gestützt auf blosse Vermutungen keine Arbeitsfähigkeitsschätzungen angestellt werden können, muss davon ausgegangen werden, dass die Rentenzusprache im Jahr 2001 einzig und allein aufgrund der damals schwer depressiven Symptomatik erfolgt ist. Im Rahmen der Begutachtung durch die Klinik Valens im Jahr 2011 hat der Beschwerdeführer angegeben, er sei seit der Rentenzusprache im Jahr 2001 nur noch ein Mal bei einem Psychiater gewesen (IV-act. 62 S. 7). In den Akten findet sich kein Hinweis auf eine entsprechende Konsultation und



auch sonst sind den Arztberichten bis zur erneuten Begutachtung durch die Klinik Valens im Jahr 2011 keine Angaben zum psychischen Zustand des Beschwerdeführers zu entnehmen. Hätte nach der Berentung weiterhin eine schwere depressive Symptomatik bestanden, so wäre Dr. F.\_\_\_\_ in seinen Berichten darauf eingegangen und der Beschwerdeführer hätte fachärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Dies ist jedoch nicht geschehen und auch Dr. G.\_\_\_\_ hat im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung im Jahr 2011 keine Anpassungsstörung mehr feststellen können, sondern im Gegenteil erklärt, diese sei wohl im Laufe der Zeit abgeklungen (IV-act. 62 S. 59). Daher steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Begutachtung im Jahr 2011 (und wahrscheinlich bereits davor) nicht mehr unter der vormals mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten Anpassungsstörung gelitten hat. Somit hatte sich der medizinische Sachverhalt im Jahr 2011 gegenüber jenem im Jahr 2001 massgeblich verändert, womit Dr. K.\_\_\_\_, dessen Diagnose und dessen Beschreibung der Beschwerdesymptomatik im Wesentlichen mit jenen des Gutachtens der Klinik Valens 2011 übereinstimmen, nicht wie vom Beschwerdeführer behauptet einen seit 14 Jahren gleichgebliebenen Gesundheitszustand anders beurteilt hat.

2.2 In ihren Gutachten haben Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ basierend auf dieselbe Diagnose abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzungen abgegeben. Dr. G.\_\_\_\_ hat in seinem psychiatrischen Gutachten im Jahr 2011 festgehalten, der Beschwerdeführer sei, da er an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) leide, zu 100% arbeitsunfähig, während Dr. K.\_\_\_\_ zu dem Schluss gekommen ist, die anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) führe nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit.

2.2.1 Dr. G.\_\_\_\_ hat seine Einschätzung damit begründet, dass die Schmerzstörung sich über die rund 13 Jahre seit ihrem Entstehen tiefgreifend konsolidiert habe. Es sei nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer künftig befähigt sein werde, jene Willensanstrengung aufzubringen, die nötig wäre, um wieder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen oder auch nur jene Therapien in Angriff zu nehmen, die geeignet wären, seine körperlichen Beschwerden relevant zu lindern (IV-act. 62 S. 59 f.). Was Dr. G.\_\_\_\_ mit der "tiefgreifenden Konsolidierung der Schmerzstörung" gemeint hat, ist nicht klar. Obwohl er ausgeführt hat, dass der Beschwerdeführer seit 13 Jahren seinen Alltag



nach der Schmerzstörung ausgerichtet habe und sich nicht vorstellen könne, jemals anders zu leben als bisher, ist nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer nicht in der Lage sein sollte, den Willen aufzubringen, um trotz der durch die Schmerzstörung ausgeprägten Schmerzempfindungen einer Erwerbstätigkeit nachgehen zu können. Diesbezüglich sind insbesondere auch die aktuelleren Akten zu beachten. So hat der Beschwerdeführer gemäss den Behandlungseinträgen des Gesundheitszentrums Q.\_\_\_\_ seit 2012 einmal wöchentlich die Wassergymnastik und Anfang des Jahres 2013 eine Physiotherapie besucht, gemäss dem Bericht vom 10. April 2014 u.a. an Ergotherapien und Physiotherapien und gemäss dem Bericht vom 9. September 2015 im Sommer 2015 an bewegungstherapeutischen Massnahmen teilgenommen. Entgegen der weitgehend unbegründeten Vermutung von Dr. G.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer könne nicht die Willensanstrengung aufbringen, die nötig wäre, um die zur Linderung seiner körperlichen Beschwerden geeignete Therapien in Angriff zu nehmen, ist dieser somit offenbar sehr wohl dazu imstande. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ vermag daher nicht zu überzeugen.

2.2.2 Dr. K.\_\_\_\_ hat zu seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung ausgeführt, aufgrund der Inkonsistenzen in den Beschwerdeschilderungen, den Befunden und den anamnestischen Angaben während des gesamten Krankheitsverlaufs sowie der nicht authentischen Darstellung bei der Untersuchung bestünden Zweifel, dass die geltend gemachten Beschwerden und Einschränkungen tatsächlich im geltend gemachten Ausmass vorlägen. Die Möglichkeit zu Aussagen über mögliche tatsächlich vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen und deren Quantifizierung sowie über Ressourcen falle daher schwer. Während nachvollziehbar sei, dass der Beschwerdeführer sich nicht wohl fühle, bestünden grosse Zweifel daran, dass das psychische Leiden eine relevante Leistungsbeeinträchtigung begründe. So wäre bei dem geschilderten Beschwerdeausmass zu erwarten gewesen, dass der Beschwerdeführer konkretere Angaben hätte machen können, als er es getan habe, und dass ihm seine Schmerzen, die sich nach eigenen Angaben auf der Schmerzskala bei 9 von 10 Punkten bewegt hätten, auch im normalen Gespräch anzumerken gewesen wären (IV-act. 110 S. 17). Dem Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ ist in der Tat kein Hinweis auf eine solch prekäre Schmerzsituation zu entnehmen und auch die Ehefrau hat im Gespräch mit Dr. K.\_\_\_\_ angegeben, dem Beschwerdeführer gehe es "heute mal gut", weshalb die Zweifel in Bezug auf die am Untersuchungstag beschriebenen Schmerzen durchaus



nachvollziehbar sind. Weiter hat Dr. K.\_\_\_\_ erklärt, es bestünden Unstimmigkeiten zwischen dem geltend gemachten Beschwerdeausmass und den beschriebenen Aktivitäten. So habe der Beschwerdeführer angegeben, einerseits täglich für mehrere Stunden spazieren zu gehen und andererseits nach wenigen hundert Metern eine Pause machen zu müssen und an einer Antriebsstörung zu leiden (IV-act. 110 S. 17). Hierzu hat der Beschwerdeführer bemerken lassen, dass er unter einer Zeitgitterstörung leide und deshalb nicht wie verlangt den Tag vor der Untersuchung, sondern irgendeinen Wunschttag geschildert habe. Dies würde denn auch die Diskrepanz zur Aussage der Ehefrau erklären, der Beschwerdeführer sei am Vortag der Untersuchung gar nicht bzw. kurz spazieren gegangen und er habe keinen Besuch gehabt (IV-act. 119 S. 3 f.). Dr. P.\_\_\_\_ vom RAD hat dazu erklärt, aus psychiatrischer Sicht gebe es keine Hinweise darauf, dass Beschwerdeführer anstelle des Vortages einen "Wunschttag" aus alten Zeiten geschildert hätte oder dass eine Zeitgitterstörung vorläge (IV-act. 132). In der Tat ist von den behandelnden Ärzten nie von einer Zeitgitterstörung oder einer ähnlichen Gedächtnisstörung berichtet worden. Im Bericht vom 17. Januar 2012 ist sogar festgehalten worden, der Beschwerdeführer habe im Laufe des stationären Aufenthalts bald zuverlässig aus eigenem Antrieb tägliche Spaziergänge durchgeführt (IV-act. 104 S. 3). Es besteht also kein Grund, die Angaben des Beschwerdeführers in Bezug auf seinen Tagesablauf am Tag vor der Untersuchung in Zweifel zu ziehen, zumal die Aussagen seiner Ehefrau nicht völlig widerspruchsfrei gewesen sind. Abgesehen davon hat die Ehefrau nach Dr. K.\_\_\_\_s Ansicht nicht in einer Weise von den Schmerzen des Beschwerdeführers berichtet, wie es beim vom Beschwerdeführer geltend gemachten Ausmass zu erwarten gewesen wäre. Aus ihren Schilderungen (der Beschwerdeführer sei zwar körperlich in der Lage, "etwas zu machen", "vom Kopf her jedoch nicht"; er könne sich nicht konzentrieren, bleibe nicht an den Sachen dran, ihm sei langweilig, er sei nicht zufrieden und habe keine Kraft) geht tatsächlich nicht hervor, dass die Schmerzen oder das Schmerzerleben des Beschwerdeführers der Grund für sein Nichtstun wäre. In der Vergangenheit hat der Beschwerdeführer im Rahmen einer Untersuchung bei Dr. med. Z.\_\_\_\_, Physikalische Medizin FMH, im Jahr 2001 ein "inadäquates Verhalten mit demonstrativ leidendem Gebaren sowie eine Symptomausweitung" gezeigt (IV-act. 10 S. 3) und auch bei der im Jahr 2001 durchgeführten EFL hat aufgrund der nicht zuverlässigen Leistungsbereitschaft sowie der starken Selbstlimitierung keine funktionelle,



ergonomisch sichere Leistungsfähigkeit definiert werden können (IV-act. 26 S. 26 ff.). Ebenso hat der Beschwerdeführer im Rahmen der EFL im Jahr 2011 eine "starke Selbstlimitierung" gezeigt (IV-act. 62 S. 40) und auch Dr. C.\_\_\_\_ hat im rheumatologischen Gutachten festgehalten, die klinische Untersuchung sei von einer deutlichen Selbstlimitierung mit Schon-/Vermeidungsverhalten und deutlichen Hinweisen auf eine Symptomausweitung geprägt gewesen (IV-act. 62 S. 35). Der Beschwerdeführer hat demgegenüber geltend machen lassen, er versuche stets, sich besser darzustellen, als er sei (act. G 1). In diesem Fall wäre jedoch zu erwarten gewesen, dass er im Rahmen der Begutachtung durch Dr. K.\_\_\_\_ und auch in den vorherigen Untersuchungen seine in der Vergangenheit und zum Begutachtungszeitpunkt bestehenden Schmerzen eher heruntergespielt und nicht in einem offenbar nicht vorhandenen übermässigen Ausmass angegeben hätte. Gesamthaft liegen somit deutliche Hinweise dafür vor, dass stets eine grosse Differenz zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und seinem tatsächlichen Verhalten bzw. der Wirklichkeit bestanden hat und dass der Beschwerdeführer keine objektiv bestehenden Zustände angegeben hat, sondern dass eine Tendenz zu (unbewussten) Übertreibungen besteht.

2.2.3 In welchem Ausmass die Schmerzschilderungen des Beschwerdeführers als Aggravation zu qualifizieren sind, steht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, da Dr. K.\_\_\_\_ nicht überzeugend hat begründen können, weshalb die diagnostizierte Schmerzstörung nicht zumindest zu einer teilweise eingeschränkten Arbeitsfähigkeit soll führen können. Aufgrund der vorhandenen Inkonsistenzen hat er keine Aussagen über mögliche tatsächlich vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen und Ressourcen machen können. Deshalb hat er sich in Bezug auf die Auswirkung der Störungen und Funktionsdefizite auf die bisherige Tätigkeit sehr vage geäussert, indem er einzig erklärt hat, es handle sich um einen "sekundären Krankheitsgewinn" und leistungsmindernde Auswirkungen von psychischen Funktionsdefiziten seien nicht nachweisbar (IV-act. 110 S. 19). Der RAD hat gestützt auf das Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ unter Berücksichtigung der damals für pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder geltenden "Überwindbarkeitsvermutung" und der Ausnahmekriterien (vgl. BGE 130 V 352) festgestellt, dass die Schmerzstörung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermochte. Diese Praxis hat das Bundesgericht jedoch mit dem Leitentscheid BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 aufgehoben und neu einen



Indikatorenkatalog konzipiert, der es im Einzelfall erlauben soll, die Vermutung der Validität zu widerlegen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4 S. 296 ff.). Da die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. K.\_\_\_\_ in Hinblick auf die angegebene volle Arbeitsfähigkeit nicht genügend begründet worden ist und da die Einschätzung des RAD und auch jene von Dr. K.\_\_\_\_ auf der mittlerweile überholten sogenannten "PÄUSBONOG"-Praxis basiert, steht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass die diagnostizierte Schmerzstörung die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflusst hat.

2.3 Während Dr. K.\_\_\_\_ abgesehen von der Schmerzstörung keine weitere psychiatrische Diagnose hat feststellen können, haben die behandelnden Ärzte angegeben, der Beschwerdeführer leide seit der Renteneinstellung im September 2011 an einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode.

2.3.1 Der Beschwerdeführer hat geltend machen lassen, dass es ihm gelungen sei, Dr. K.\_\_\_\_ mit seiner positiven Selbstdarstellung über seinen desolaten psychischen Zustand hinwegzutäuschen (IV-act. 119 S. 4). Demgegenüber hat Dr. P.\_\_\_\_ vom RAD angemerkt, dass eine unter einer angeblich derart schwerwiegenden Depression leidende Person in der Regel keine Kapazitäten habe, sich derart zu verstellen (IV-act. 132). In Bezug auf seine Schmerzen hat der Beschwerdeführer nicht versucht, sich besser darzustellen (vgl. E.2.2). Da die Renteneinstellung einzig und allein infolge der eingereichten Arztzeugnisse mit Hinweis auf eine tiefgreifende depressive Symptomatik aufgehoben worden ist, erscheint es nicht als überwiegend wahrscheinlich, dass der bereits dazumal anwaltlich vertretene Beschwerdeführer im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung, bei welcher insbesondere die Glaubwürdigkeit der Arztberichte hat geklärt werden sollen, versucht hätte, seine Depressivität zu verstecken und so die Angaben der Behandler zu "widerlegen".

2.3.2 Somit sind die entsprechenden Arztberichte auf ihre Nachvollziehbarkeit zu überprüfen. Nachdem der Beschwerdeführer sich vom 24. Oktober 2011 bis 5. Januar 2012 in stationärer psychiatrischer Behandlung befunden hat, ist er mit einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01), wieder entlassen worden (IV-act. 104). Dass der Beschwerdeführer kurz nach der Renteneinstellung vorübergehend mit einer



Anpassungsstörung (Reaktion auf eine sehr ungünstige Veränderung der Einkommenssituation) reagiert hat, hat selbst Dr. K.\_\_\_\_ in seinem Gutachten für möglich gehalten (IV-act. 110 S. 16). Gemäss dem Bericht der psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2013 soll der Beschwerdeführer allerdings auch noch zu Anfang des Jahres 2013 an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Syndrome (ICD-10 F32.2) gelitten haben. Dr. J.\_\_\_\_ hat in der Befunderhebung festgehalten, der Beschwerdeführer zeige deutliche Konzentrations- sowie leichte Aufmerksamkeitsstörungen, sein Denken sei in den Themen eingeeengt und gelegentlich umständlich und der Affekt sei deutlich gedrückt, deprimiert und leicht dysphorisch. Der Beschwerdeführer habe ein ausgeprägtes Insuffizienzgefühl, beschreibe eine innere Unruhe und sei zuweilen auch klagsam, jedoch nicht jammernd. Er präsentiere sich antriebsarm, anamnestisch berichte er von einer häufigen Antriebshemmung und seine Mimik und Gestik wirkten sparsam und teilweise reduziert. Zudem berichte der Beschwerdeführer weiterhin von Ein- und Durchschlafstörungen, deutlichem sozialen Rückzug sowie - wegen des lang andauernden depressiven Zustands - von zunehmenden Suizidgedanken (IV-act. 105). Auffällig ist, dass Dr. J.\_\_\_\_ vor allem die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers in die psychopathologische Befunderhebung übernommen hat (ausgeprägtes Insuffizienzgefühl, innere Unruhe, Antriebshemmung, Ein- und Durchschlafstörungen, sozialer Rückzug, Suizidgedanken werden beklagt). Wenige Monate später hat Dr. K.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer keine Depression mehr diagnostizieren können und berichtet, der Beschwerdeführer verhalte sich nicht authentisch, sondern oft demonstrativ leidend; er sei kaum kooperativ. Zur Befunderhebung hat Dr. K.\_\_\_\_ angegeben, die Konzentration und Aufmerksamkeit seien nicht vermindert, Denkstörungen nicht vorhanden, die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht wesentlich beeinträchtigt gewesen; der Beschwerdeführer sei affektiv auslenkbar gewesen. Über Zustände mit Gereiztheit und Rechthaberei habe der Beschwerdeführer ebenso gesprochen wie über Schlafstörungen und einen sozialen Rückzug. Der Antrieb sei während der Untersuchung nicht beeinträchtigt gewesen, Mimik und Gestik seien unauffällig und Suizidgedanken seien keine vorhanden (IV-act. 110 S. 13 f.). Die auf der Untersuchung vom 10. Mai 2013 basierende Befunderhebung unterscheidet sich grundlegend von jener von Dr. J.\_\_\_\_ vom Januar 2013. Zu dieser Diskrepanz hat Dr. K.\_\_\_\_ nach eigenen Angaben keine Stellung nehmen können, da er grosse Zweifel an



der Authentizität der Beschwerdedarstellung der behandelnden Ärzte habe und sich aus deren Expertisen nicht schliessen lasse, mit welchen Worten der Beschwerdeführer seine Beschwerden beschrieben habe. Ausserdem seien die behandelnden Ärzte nicht ausreichend auf Inkonsistenzen eingegangen. Eine nähere Konsistenzprüfung wäre jedoch angesichts der aktuellen Situation (Gefährdung der Rente) naheliegend gewesen (IV-act. 110 S. 13, 19). Zwar ist Dr. K.\_\_\_\_ zuzustimmen, dass die behandelnden Ärzte die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wohl in ihre Befunderhebungen übernommen haben, ohne die Möglichkeit einer Aggravation zu erwägen. Doch hat Dr. K.\_\_\_\_ umgekehrt nicht nachvollziehbar darlegen können, dass der Beschwerdeführer gegenüber den Behandlern in Bezug auf die angeblich vorhandene depressive Problematik aggraviert hätte. Angesichts der starken Diskrepanz zu der zum Begutachtungszeitpunkt vorliegenden aktuellsten Befunderhebung von Dr. J.\_\_\_\_ (und dies insbesondere in Bezug auf die Differenzen zwischen den erhobenen objektiven Befunden) ist die Begründung von Dr. K.\_\_\_\_ für seine Abweichung von allen bisherigen Berichten der behandelnden Ärzte und insbesondere jenem von Dr. J.\_\_\_\_ zu knapp und zu allgemein ausgefallen und damit ungenügend. Da Dr. J.\_\_\_\_ grösstenteils aufgrund der subjektiven Angaben der Beschwerdeführers zu der Überzeugung gelangt ist, der Beschwerdeführer leide an einer schweren depressiven Episode und da Dr. K.\_\_\_\_ seine davon abweichende Einschätzung nicht genügend begründet hat, steht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, ob beim Beschwerdeführer zum Begutachtungszeitpunkt eine depressive Symptomatik vorgelegen hat.

2.3.3 Im Bericht vom 10. April 2014 hat Dr. M.\_\_\_\_ die Diagnose "rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)" gestellt und berichtet, der Beschwerdeführer habe beim Klinikaustritt unter leichten Konzentrationsstörungen gelitten, sei im formalen Denken leicht verlangsamt, im Affekt leicht- bis mittelgradig deprimiert, hoffnungslos, leichtgradig affektarm und im Antrieb leicht reduziert gewesen (IV-act. 128). Dr. P.\_\_\_\_ vom RAD hat dazu ausgeführt, dass bei Klinikaustritt keine Hinweise für eine zumindest mittelgradige Ausprägung eines depressiven Zustandsbildes bestanden hätten (IV-act. 132). In der Tat ist nicht nachvollziehbar, wie die Befunderhebung im Bericht vom 10. April 2014 zu einer mittelschweren Diagnose hat führen können, da nur von leichten Einschränkungen die Rede gewesen ist. Dass Dr. N.\_\_\_\_ vom Spital O.\_\_\_\_ den



Beschwerdeführer in ihrem Bericht vom 2. Mai 2014 psychisch und neurologisch als unauffällig beurteilt hat, wie Dr. P.\_\_\_\_ weiter hervorgehoben hat, vermag jedoch für sich allein nicht zu beweisen, dass der Beschwerdeführer zum Verfügungszeitpunkt nicht mittelgradig depressiv gewesen wäre. Schliesslich ist der primäre Behandlungszweck der Erysipel am Unterschenkel gewesen. Dennoch bestehen grundsätzlich Zweifel, ob der Beschwerdeführer im geltend gemachten Ausmass depressiv gewesen ist, da zu erwarten gewesen wäre, dass auch Dr. N.\_\_\_\_ in diesem Falle einen entsprechenden Vermerk in ihrem Bericht gemacht hätte. Auch die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte der Q.\_\_\_\_ vermögen nicht zu belegen, dass der Beschwerdeführer tatsächlich an einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode gelitten hat. Die behandelnde Ärztin ist keine psychiatrische Fachperson gewesen und hat sich lediglich auf die vorhandenen Berichte der Klinik I.\_\_\_\_ sowie die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers gestützt ("seine Depression sei schlimmer geworden", "er brenne innerlich wie ein Vulkan", "er spüre Anspannung, Wut, Aggression, Verzweiflung", "er habe wirklich vorgehabt, dem Ganzen ein Ende zu setzen", "Patient in Schwarz gekleidet"). Aufgrund der Differenzen zwischen den Befunderhebungen und Diagnosen, der Übernahme der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers in die Befunderhebungen, der fehlenden Auseinandersetzung mit einer allfälligen Aggravationsgefahr sowie der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung erfahrungsgemäss dazu neigen, zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353; EVG-Urteil vom 5.4.2004 S. 4 [I 814/03]) kann auch auf die Berichte und Einschätzungen der behandelnden Ärzte nicht abgestellt werden. Der psychiatrische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers steht damit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest.

3.

In somatischer Hinsicht hat sich die Beschwerdegegnerin auf das rheumatologische Fachgutachten von Dr. C.\_\_\_\_ im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung durch die Klinik Valens im Jahr 2011 gestützt. Wie im Jahr 2001 hat Dr. C.\_\_\_\_ im Jahr 2011 (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) ein chronisches Panvertebralsyndrom mit einer Lumboischialgie linksbetont und einer Zervikozephalgie (ICD-10 M54.8) diagnostiziert (IV-act. 62). Der Beschwerdeführer hat jedoch geltend gemacht, es seien neue MRI-



Aufnahmen nötig, da seit 2007 ein Verdacht auf eine Nervenwurzelreizung C7/C8 sowie seit 2011 eine osteodiskäre Diskushernie bestehe (act. G 1). Bei der Begutachtung im Jahr 2011 sind Röntgenbilder von der Hals- und Lendenwirbelsäule und vom Knie sowie eine Beckenübersicht angefertigt worden. Da bei der klinischen Untersuchung u.a. weder lumbal noch zervikal motorische Ausfälle vorhanden gewesen sind, ist Dr. C.\_\_\_\_ trotz der seit 2007 bestehenden zervikoradikulären Reizung C7/C8 und unter Berücksichtigung der aktuellen und der alten Röntgenbilder zum Schluss gekommen, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich im Vergleich zur Begutachtung im Jahr 2001 nicht arbeitsfähigkeitsrelevant verschlechtert (vgl. IV-act. 62 S. 31 f.). Im Rahmen der EFL vom 7./8. Februar 2011 hat der Beschwerdeführer dieselbe Leistungsfähigkeit gezeigt wie in der EFL vom 19. April 2001 und auch seine bei den verschiedenen Tests erzielten Werte sind weitgehend unverändert gewesen (IV-act. 62 S. 40). Insgesamt ist im Rahmen der sorgfältigen und umfassenden Begutachtung durch die Klinik Valens im Jahr 2011 nachvollziehbar dargelegt worden, dass der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gleich geblieben ist. Allerdings ist die angefochtene Verfügung erst drei Jahre später erlassen worden. Nichts deutet darauf hin, dass die in der Replik geltend gemachten, seit Sommer 2014 zunehmenden Gelenkbeschwerden bereits zum Verfügungszeitpunkt ein arbeitsfähigkeitsrelevantes Ausmass angenommen hätten. Schliesslich hat der behandelnde Arzt des Gesundheitszentrums Q.\_\_\_\_ am 25. November 2014 lediglich einen Verdacht auf ein beginnendes Polyarthrosis-Syndrom diagnostiziert (act. G 13.2). Ebenso wenig ist von einer von Dr. X.\_\_\_\_ beschriebenen deutlichen und allenfalls arbeitsfähigkeitsrelevanten Zunahme der bereits vor 2006 bestehenden chronischen Cephalgie whs. multifaktoriellen Ätiologie seit 2014 auszugehen (act. G19.1.3 S. 1 ff). Der Beschwerdeführer hat zwar im Juni 2014 von "starken Kopf- und Rückenschmerzen" berichtet und im Juli 2014 abermals über Kopfschmerzen in Verbindung mit einem grippalen Infekt geklagt (act. G 13.2), doch lassen sich in den Vorakten abgesehen davon keinerlei Hinweise auf starke Kopfschmerzen beim Beschwerdeführer finden. Vom Zeitpunkt der Begutachtung bis zum Verfügungserlass hat der Beschwerdeführer keine neuen somatischen Beschwerden geltend gemacht. Zwar ist beim Beschwerdeführer am 27. Februar 2014 eine transthorakale Echokardiografie durchgeführt worden, doch ist hier ausser einem Verdacht auf eine supralvalvuläre Aortenstenose nichts Aussergewöhnliches aufgefallen (IV-act. 128 S.



21). Auch nach der Behandlung des Erysipels vom 17. bis 22. April 2014 ist der Beschwerdeführer in einem "guten Allgemeinzustand" entlassen worden (IV-act. 131). Allerdings hat der Beschwerdeführer MRI-Aufnahmen der Wirbelsäule vom 2. Dezember 2016 eingereicht (act. G19.1.3 S. 10 f.). Diese sind zwar zwei Jahre nach Verfügungserlass angefertigt worden, doch sie sind damit dem Verfügungszeitpunkt immer noch näher als die drei Jahre vor Verfügungserlass durch die Klinik Valens angefertigten Röntgenaufnahmen. Ob sich daraus aber eine zusätzliche arbeitsfähigkeitsrelevante Einschränkung ergibt, steht nicht fest. Der Beschwerdeführer hat bereits vor der Begutachtung durch die Klinik Valens im Jahr 2011 über starke Rückenschmerzen geklagt und Spritzen und Schmerzmittel gegen die Rückenschmerzen bekommen (vgl. auch act. G 1.1.5, G 13.2). Diese haben jedoch im Rahmen der Begutachtung durch die Klinik Valens im Jahr 2011 in Bezug auf ihr Ausmass nicht anhand des somatischen Beschwerdekerns objektiviert werden können. Allein gestützt auf das gleichbleibend sehr starke Schmerzempfinden des Beschwerdeführers kann also nicht zwingend auf einen gleichbleibenden somatischen Zustand abgestellt werden. Es ist vielmehr durchaus möglich, dass sich der Zustand des Rückens des Beschwerdeführers trotz der nach aussen hin gleichbleibend beklagten Schmerzen bereits im Verfügungszeitpunkt relevant von dem auf den Röntgenbildern im Jahr 2011 gezeigten Zustand unterschieden hat. Auch der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hat daher zum Verfügungszeitpunkt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestanden.

4.

Gesamthaft hat der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zum Verfügungszeitpunkt nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestanden. Der Sachverhalt erweist sich folglich als ungenügend abgeklärt, weshalb die angefochtene Verfügung vom 20. Oktober 2014 in Verletzung der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ergangen und deshalb als rechtswidrig aufzuheben ist. Da es nicht die Aufgabe des Versicherungsgerichtes sein kann, ein Versäumnis hinsichtlich der ureigensten Aufgabe der Beschwerdegegnerin, nämlich der Sachverhaltsabklärung, nachzuholen, ist die Sache zur weiteren Abklärung, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dazu hat die Beschwerdegegnerin eine interdisziplinäre Begutachtung in Auftrag zu geben, wobei



sie darauf zu achten hat, dass die beauftragten Gutachter sich der erhöhten Wahrscheinlichkeit aggravierender Angaben des Beschwerdeführers bewusst sind. Mit einer psychiatrischen Verlaufsbeurteilung ist die Frage zu beantworten, wie sich die psychiatrische Diagnose und Einschätzung der Krankheitsentwicklung seit Erlass der angefochtenen Renteneinstellungsverfügung vom 20. Oktober 2014 darstellt. Weiter ist im Rahmen einer psychiatrischen Fachbeurteilung der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2011 anhand der bisherigen Arztberichte und der Beurteilung selbst (unter Berücksichtigung der Tatsache, dass nun nicht mehr die "PÄUSBONOG-Praxis" gilt) zu beurteilen. In einem somatischen Teilgutachten sind zudem insbesondere die Rückenbeschwerden und Gelenkschmerzen des Beschwerdeführers mit Hinblick auf eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu untersuchen und zu beurteilen.

5.

Im Sinne eines obiter dictum ist für den zukünftigen Einkommensvergleich darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer zuletzt im Jahr 1999 als Hilfsarbeiter in der Produktion bei der B.\_\_\_\_ AG ein Einkommen erzielt hat (IV-act. 5) und eine Nominallohnanpassung nach so langer Zeit keinen Sinn mehr machen würde. Daher dürfte zur Bestimmung des Valideneinkommens auf das durchschnittliche Hilfsarbeitereinkommen abzustellen sein. Auf derselben Grundlage dürfte auch das Invalideneinkommen zu bestimmen sein, da nicht davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer, der in der Schweiz stets als Hilfsarbeiter tätig gewesen ist, als Invaliden eine leidensangepasste qualifizierte Berufstätigkeit ausüben könnte. Da die Invalidenkarriere also wohl der Validenkarriere entspricht, dürfte der Invaliditätsgrad allenfalls unter Berücksichtigung eines sogenannten Tabellenlohnabzugs anhand eines Prozentvergleichs zu bestimmen sein.

6.

6.1 Hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen gelten die Aufhebung einer Verfügung und die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung rechtsprechungsgemäss als ein vollständiges Obsiegen der Beschwerde führenden Person. Die gemäss dem Art. 69 Abs. 1 bis IVG



## St.Galler Gerichte

zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten sind folglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6.2 Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten. 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 dem Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat eine Honorarnote von Fr. 3'976.13 eingereicht, wobei sie diesen Betrag anhand des bei unentgeltlicher Prozessführung reduzierten Stundenansatzes von Fr. 200.-- bemessen hat (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [sGS 963.70] i.V.m. Art. 24 Abs. 1 der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten [sGS 963.75]). Unter Berücksichtigung des ausserhalb der unentgeltlichen Prozessführung geltenden durchschnittlichen Stundenansatz von Fr. 250.-- hätte das Honorar Fr. 4'931.28 betragen. Zur Begründung für die Überschreitung der für ein IV-Beschwerdeverfahren üblichen Fr. 3'500.-- hat die Rechtsvertreterin angeführt, es habe sich um einen mittelschweren Fall mit nicht unbeachtlicher Aktenmenge und doppeltem Schriftenwechsel und Nachreichung von Akten gehandelt (act. G 16.3). Dazu ist anzumerken, dass die Rechtsvertreterin den Beschwerdeführer bereits seit 2011 vertreten hat und ihr somit der Grossteil der Akten bereits bekannt gewesen ist, weshalb das umfangreiche Aktendossier keinen überdurchschnittlichen Vertretungsaufwand zu begründen vermag. Auch ist der konkrete Fall auf die Fragestellung, ob der Beschwerdeführer nach wie vor einen Rentenanspruch hat, beschränkt gewesen, weshalb gesamthaft trotz des doppelten Schriftenwechsels und der zusätzlich eingereichten Akten von einem durchschnittlichen Vertretungsaufwand auszugehen ist und in Abweichung von der Kostennote eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- als angemessen erscheint.

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 20. Oktober 2014 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- auszurichten.