



Fall-Nr.: IV 2016/64
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 20.09.2019
Entscheiddatum: 25.05.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 25.05.2018

Art. 28 IVG, Art. 29 ATSG. Neuanmeldung. Aufgrund des aggravatorischen und allenfalls sogar simulatorischen Verhaltens ist es im vorliegenden Fall nicht möglich, den Arbeitsunfähigkeitsgrad mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu ermitteln. Da eine gesundheitlich bedingte Erwerbseinbusse nicht ausgewiesen ist, hat der Versicherte keinen Anspruch auf eine IV-Rente. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Mai 2018, IV 2016/64).

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger

Geschäftsnr.

IV 2016/64

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Simone Schmucki,

schmuckipartner, Magnihalden 7, Postfach, 9004 St. Gallen,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich erstmals im Januar 2007 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Er gab an, er habe in B.____ die Grund- und Sekundarschule sowie das Gymnasium besucht. Einen Beruf habe er nicht erlernt. Von 1985 (Einreise in die Schweiz) bis 1994 habe er als Gärtner und ab 1994 als Speditionsmitarbeiter gearbeitet. Wegen eines Schleudertraumas (mittelschwere Heckkollision am 19. Dezember 2000, vgl. Fremdakten) und einer Depression sei er seit dem 5. Januar 2005 voll arbeitsunfähig.

A.b Im Januar 2008 wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle durch die ABI Aertzliches Begutachtungsinstitut GmbH (nachfolgend: ABI) polydisziplinär (internistisch, psychiatrisch, neurologisch) begutachtet (Gutachten vom 11. Februar 2008, IV-act. 43). Als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) an. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Schmerzverarbeitungsstörung (F54), chronische Kopf- und Nackenschmerzen, Schlafstörungen und Schwindelbeschwerden (sehr wahrscheinlich funktionell bedingt), einen Status nach einem HWS-Distorsionstrauma am 19.12.00, ein metabolisches Syndrom, einen Nikotinabusus und eine Medikamenten-Malcompliance. In polydisziplinärer Hinsicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass beim Versicherten für die angestammte Tätigkeit wie auch für andere körperlich leicht bis mittelschwer belastende Tätigkeiten eine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bestehe.



St.Galler Gerichte

A.c Mit Verfügung vom 20. Oktober 2008 wies die IV-Stelle das Rentengesuch bei einem IV-Grad von 20 % ab (IV-act. 61). Die dagegen erhobene Beschwerde (IV-act. 80) wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 15. Juni 2010 ab (IV 2008/473, IV-act. 85).

B.

B.a Am 11. Mai 2011 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 89). Er gab an, seit dem Jahr 2000 an Kopfschmerzen, Schulter-Nacken-Beschwerden und einer Depression zu leiden. Seit dem Jahr 2005 sei er zu 100 % arbeitsunfähig.

B.b Dr. med. C.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, berichtete der IV-Stelle am 4. September 2011 (IV-act. 105-2 ff.), dass der Versicherte an einer traumatischen Frontalhirnschädigung (infraaxial, ED 12/09) und an einem chronifizierten Zervikalsyndrom (chronische cervikogene Cephalea im Rahmen eines somatoformen Schmerzsyndroms bei Status nach Auffahrunfall mit HWS-Distorsion) leide. Der Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig. Dr. med. D.____, Psychiatrisches Zentrum E.____, berichtete der IV-Stelle am 22. November 2011 (IV-act. 110), dass der Versicherte an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4), einer chronifizierten Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), an Angst und einer depressiven Reaktion gemischt (F43.22) und an einer Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) leide. Sie hielt fest, nach der dreijährigen ambulanten psychiatrischen Behandlung sei sie zum Schluss gekommen, dass eine Reintegration des Versicherten in einen Arbeitsprozess nicht mehr möglich sei. Der Versicherte habe seit dem Unfall andauernd die gleichen Beschwerden, nämlich Nackenschmerzen und Konzentrationsstörungen; zudem bestehe eine ängstliche Entwicklung mit einer depressiven Stimmung. Es liege ein Teufelskreis mit Intensivierungs- und Ausweitungstendenzen durch die ständige Interaktion mit den körperlichen und psychosozialen Belastungsfaktoren vor. Der Versicherte sei seit September 2008 (Behandlungsbeginn) und bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig.



St.Galler Gerichte

B.c RAD-Ärztin Dr. med. F.____ notierte am 12. Dezember 2011 (IV-act. 111), dass der Gesundheitszustand im Vergleich zur medizinischen Referenzsituation (Gutachten ABI 2008) stationär sei. Der Versicherte sei aus psychiatrischen Gründen in der Stellensuche eingeschränkt. Am 12. März 2012 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 118), dass er keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen habe, da er sich subjektiv nicht arbeitsfähig fühle und zurzeit keine Unterstützung im Rahmen von beruflichen Massnahmen wünsche. Bezüglich "Rente" verwies sie auf die Verfügung vom 20. Oktober 2008. Dagegen liess der Versicherte am 20. Juni 2012 vorbringen (IV-act. 123), dass eine Rentenprüfung zu erfolgen habe, da zwischenzeitlich eine Frontalhirnschädigung diagnostiziert worden sei. RAD-Ärztin Dr. F.____ schlug am 11. Juli 2012 die Durchführung einer neurologisch-psychiatrischen Begutachtung vor (IV-act. 125).

B.d Am 2. Oktober 2012 wurde der Versicherte durch Dr. med. G.____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, bidisziplinär begutachtet (Gutachten vom 4. Oktober 2012, IV-act. 129). Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten:

- Dissoziative Störung (F44.9)
- Selbstlimitierung (F48.9)
- Persönlichkeitsproblematik (F61).

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab Dr. G.____ ein Karpaltunnelsyndrom rechts, leichtgradige Ausprägung, an. Die Diagnose einer dissoziativen Störung begründete er mit dem offenbar über Jahre aufrechterhaltenen, selbstlimitierenden Verhalten des Versicherten sowie der wahllos wirkenden Demonstration atypischer Beeinträchtigungen in der gutachterlichen Untersuchung. Er wies auf zahlreiche Zweifel an der durchgehenden Plausibilität der vorgetragenen und demonstrierten Beschwerden und Einschränkungen hin. Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten seien ausgeschöpft. Angesichts des langjährigen Verlaufs sei die Beendigung auch der bewusstseinsnah verankerten Störungsanteile ("Verdeutlichung", "Hervorhebung", "Simulation") nicht mehr zumutbar ("Gesichtsverlust"). Unter Abzug der als "bewusstseinsnah" identifizierten Bemühungen



um die Verdeutlichung oder gar Simulation einzelner Beschwerden lasse sich (näherungsweise und rein medizintheoretisch) die Restarbeitsfähigkeit auf 35 % einschätzen. Diese Einschätzung beziehe sich auf alle denkbaren Verweistätigkeiten, selbst auf den "geschützten Rahmen". Von einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation seit der Begutachtung im Jahr 2008 könne insofern gesprochen werden, als nach einer Fortsetzung des Verlaufs über weitere vier Jahre von einer weiteren Verfestigung der vom Versicherten selbst erlebten und allseits konsequent demonstrierten Einschränkungen ausgegangen werden müsse und damit von einer weiteren erheblichen Einschränkung der Möglichkeit, unter Aufbietung einer "zumutbaren Willensanspannung" zumindest teilweise einen "Rückzug" aus dem demonstrierten Anteil seines Verhaltens anzutreten.

B.e Dr. F.____ notierte am 30. Oktober 2012 (IV-act. 130), auf das neurologisch-psychiatrische Gutachten könne nicht abgestellt werden. Die Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit seien nicht nachvollziehbar. Obwohl Dr. G.____ Zweifel an der Plausibilität der vorgetragenen und demonstrierten Beschwerden und Einschränkungen gehabt habe und multiple Hinweise für eine Selbstlimitierung, "Verdeutlichung, Hervorhebung und Simulation" gefunden habe, habe er auf eine erhebliche Einschränkung der Funktionsfähigkeit geschlossen. Die zumutbare Willensanspannung zur Überwindung dieser Verhaltensauffälligkeiten habe Dr. G.____ nicht aufgrund einer psychiatrischen Komorbidität von erheblicher Schwere und Ausprägung, sondern mit der Begründung verneint, dass der Versicherte die Selbstlimitierung und Verdeutlichung nun schon so lange gezeigt habe, dass es quasi einem "Gesichtsverlust" gleichkäme, nun davon abzurücken. Eine auf objektivierbaren Befunden gründende Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der ABI-Begutachtung müsse klar verneint werden. Gemäss Dr. G.____ bestehe die "Veränderung/Verschlechterung" darin, dass der Versicherte weitere vier Jahre sein selbstlimitierendes, auffälliges Verhalten aufrechterhalten habe, weshalb er nun umso weniger davon abrücken könne. Dies könne aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht berücksichtigt werden.

B.f Mit Vorbescheid vom 9. November 2012 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Rentengesuchs an (IV-act. 135). Zur Begründung führte sie an, dass seit der letzten materiellen Prüfung keine objektivierbare Verschlechterung des



Gesundheitszustandes eingetreten sei. Dagegen liess der Versicherte am 15. März 2013 einwenden (IV-act. 140), dass aus dem Gutachten von Dr. G.____ nicht genügend klar hervorgehe, ob eine Frontalhirnschädigung bestehe oder nicht. Zudem sei der Versicherte bereits aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Am 5. April 2013 reichte die Rechtsvertreterin des Versicherten einen Bericht von Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, vom 28. März 2013, ein (IV-act. 141 f.). Dr. H.____ hatte erklärt, eine neurologische Abklärung bezüglich einer Frontalhirnschädigung sei nur möglich, wenn ihm das Gutachten von Dr. G.____, aktuelle bildgebende Befunde mit einem neuen ccMRI und eine neuropsychologische Abklärung vorlägen. RAD-Ärztin Dr. F.____ notierte am 15. Mai 2013, dass eine erneute Begutachtung (Neurologie, Psychiatrie, Neuropsychologie) notwendig sei (IV-act. 143).

B.g Die neurologisch-psychiatrische Begutachtung erfolgte in der Rehaklinik I.____ (Gutachten vom 25. März 2015, IV-act. 162). Da anlässlich der psychiatrischen Untersuchung am 26. September 2013 ein völlig inkonsistenter Verlauf mit unterschiedlichsten Beurteilungen, neuen Befunden sowie bizarren wechselnden klinischen Befunden erhoben worden war, fand vom 26. bis 31. Oktober 2014 eine stationäre Abklärung und Verhaltensbeobachtung statt. Die neurologischen Diagnosen lauteten:

- Chronisches Schmerzsyndrom (zerviko-zephalales Syndrom)
- Status nach Distorsion der Hals- und oberen Brustwirbelsäule sowie Schulterprellung links (Verkehrsunfall vom 19.12.2000)
- degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule (Osteochondrose im Höhe HWK 5/6 und HWK 6/7, Spondylarthrose und Unkarthrose)
- Bandscheibenprotrusion in Höhe HWK 5/6
- Status nach subakutem exazerbiertem Kopfschmerzereignis ("okzipito-parietaler Kopfschmerz") März 2006
- neurographisch leichtgradig ausgeprägtes Karpaltunnelsyndrom rechts (Befund von 2012).



St.Galler Gerichte

Die neuroradiologischen Diagnosen lauteten:

- Cavum Vergae
- geblutetes Kavernom frontobasal links
- Glioseherde in den supratentoriellen Marklagern beidseits (als unspezifisch gedeutet)
- Hirninvolution (als altersphysiologisch gedeutet, jedoch an anderer Stelle; für das Alter abnorme multiple Läsionen der weissen Substanz bilateral)
- V.a. Hippokampusdysfunktion beidseits.

Die psychiatrische Diagnose lautete:

- Dissoziative Störung (Konversionsstörung, ICD-10: F44.9).

Die Gutachter erklärten, dass je nach Kontext und Interviewer Schwindel (mit Gangstörungen), Kopf- und Nackenschmerzen, Schlafstörungen mit kognitiven Einschränkungen (Gedächtnis), depressive Symptome, eine allgemeine Schwäche oder Schuldgefühle im Vordergrund gestanden hätten. Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie und Neurochirurgie, hielt fest, dass die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht nicht eingeschränkt sei. Bezüglich der hirnorganischen Veränderungen erklärte er, dass es vor dem Hintergrund der objektiven bildgebenden Befunde in Verbindung mit deren möglicher pathologischer Bedeutung nicht möglich sei, krankhafte und aggravatorische Facetten der Verhaltensauffälligkeiten sicher auseinanderzuhalten. Bezüglich der neuropsychologischen Störungen wies er darauf hin, dass der Versicherte seit dem Jahr 2006 schwere, nicht nachvollziehbare neuropsychologische Störungen demonstrierte, die von allen Untersuchern als im Wesentlichen artifiziell (gekünstelt) interpretiert worden seien. Eine weitere Abklärung würde ein bis anhin nicht gegebenes Mindestmass an Kooperation voraussetzen. Die Symptomvalidierungstests wiesen auf eine massive Selbstlimitierung hin. Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, hielt aus psychiatrischer Sicht fest, dass der Versicherte von allem Anfang an einen "theatralisch anmutenden schlaffen Gesamteindruck" gemacht habe. Er habe seine Beschwerden



drastisch und mit stark leidenden Gesichtszügen geschildert. Neben verschiedenen körperlichen Beschwerden habe er auch Beeinträchtigungen im kognitiven und affektiven Bereich sowie hinsichtlich seines Antriebs und seines Verhaltens, bei auch Einschränkungen in der Wahrnehmung seiner eigenen Person und seiner Umgebung, geschildert. Daraus habe bei einem schon jahrelangen Verlauf ein anhaltend selbstlimitierendes Verhalten in Bezug zur Gruppenfähigkeit/Teamfähigkeit, aber auch in Bezug auf das Privatleben, resultiert. Besondere Ressourcen seien hier nicht mehr feststellbar gewesen. Förderlich sei das immer noch stützende familiäre Umfeld. Gestützt auf die "Foerster-Kriterien" sei davon auszugehen, dass beim Versicherten die willentliche Steuerbarkeit seiner Beschwerden eingeschränkt, aber nicht gänzlich aufgehoben sei. Es gehöre zum Kennzeichen einer dissoziativen Störung, dass sowohl die berichteten Beschwerden wie auch die in der Untersuchungssituation präsentierten Symptome nicht in sich konsistent erschienen. Sie hätten vielfach einen aufmerksamkeitsuchenden ("histrionischen") Charakter. Grundsätzlich handle es sich bei einer dissoziativen Störung um eine unbewusste psychische Störung. In der Untersuchung sei aber in wenigen Situationen ein doch relativ bewusstseinsnahes Agieren des Untersuchten evident geworden, etwa bei der sehr detaillierten Schilderung des Ende 2000 erlittenen Verkehrsunfalles (bei ansonsten oft unscharfem zeitlichem Erinnerungsvermögen). Dem Gutachten von Dr. G.____ könne, was die diagnostischen Ausführungen angehe, problemlos gefolgt werden. Hingegen könnten die früher schon gestellten psychiatrischen Diagnosen wie eine mittelgradige depressive Episode oder eine somatoforme Schmerzstörung zum jetzigen Zeitpunkt nicht bestätigt werden. Zum Untersuchungszeitpunkt habe allerhöchstens eine leichtgradige depressive Verstimmung bestanden; die typische depressive Kernsymptomatik passend zu einer depressiven Episode habe nicht objektiviert werden können. Für eine typische anhaltende somatoforme Schmerzstörung fehle das hier nicht eindeutig im Vordergrund stehende Schmerzsyndrom bei auch vom Versicherten nicht angestrebter wiederholter medizinischer Durchuntersuchung. Für die Einschätzung des Arbeitsunfähigkeitsgrades bei einer chronifizierten dissoziativen Störung gebe es keine allgemein gültigen Tabellen. Die Einschätzung müsse immer individuell vorgenommen werden und beruhe ganz überwiegend auf der klinischen Erfahrung und unter Berücksichtigung von annähernden Vergleichsfällen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. G.____ erscheine grosszügig überhöht, zumal er in



seinem Gutachten wiederholt auf die Selbstlimitierung hingewiesen habe. Bezogen auf ein 100 %-Pensum sei aus psychiatrischer Sicht nach einer entsprechenden Übergangszeit von einer 40 %igen Arbeitsunfähigkeit (Präsenz 100 %, Leistung 60 %) auszugehen. In interdisziplinärer Hinsicht schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit auf 60 %. RAD-Ärztin Dr. F.____ notierte am 14. April 2015 (IV-act. 163), auf das Gutachten der Rehaklinik I.____ könne abgestellt werden; es sei ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar.

B.h Auf eine interne Anfrage hin erklärte RAD-Arzt Dr. med. L.____ am 16. November 2015 (IV-act. 167), ein Vergleich der drei Gutachten zeige, dass ein über Jahre (in seinen Fluktuationen und in seinem Schweregrad) stabiles psychopathologisches Muster bestehe. Angesichts der in diesem Fall (eben nur zum Teil) krankheitsbedingt inkonsistenten Antworten, Symptomdarbietungen und Selbstlimitationen sei es ausgesprochen schwierig, krankheitswertige Symptome und Konstellationen von nicht krankheitswertigen Begleitphänomenen abzugrenzen, was die Aussagesicherheit aller gutachterlichen Bewertungen beeinflusse. Dieser Mangel sei einerseits störungsbedingt, andererseits aber auch durch zwar dysfunktionale, aber nicht krankheitswertige, der willentlichen Überwindung zugängliche Verhaltensanteile verursacht. Deshalb sei es nicht wahrscheinlich, dass weitere medizinische Abklärungen eine wesentlich höhere Aussagesicherheit ergäben. Die Gutachter der Rehaklinik I.____ hätten exemplarisch darauf aufmerksam gemacht, dass die Einschätzung des Arbeitsunfähigkeitsgrades ganz überwiegend auf der klinischen Erfahrung (des einzelnen Gutachters) beruhe, was die Abweichungen bei gleichem Sachverhalt erkläre. Dem Gutachten der Klinik I.____ sei ein grosser Beweiswert beizumessen, weil es als aktuellstes Gutachten bei gleicher fachlicher Qualifizierung der Untersucher den grössten Beobachtungszeitraum umfasse. Unabhängig davon seien aber alle drei Gutachten in sich im Wesentlichen konsistent und in ihrem unterschiedlichen Ergebnis (bei gleicher Sachlage) für sich jeweils nachvollziehbar. Der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich somit seit der Begutachtung durch das ABI im Jahr 2008 nicht massgeblich verändert. Aus der neuen Rechtsprechung (BGE 141 V 281) ergäben sich keine zusätzlichen Aspekte, die es geboten erscheinen liessen, von der bisherigen versicherungsmedizinischen Würdigung des medizinischen Sachverhalts abzuweichen.



B.i Mit Vorbescheid vom 20. November 2015 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 20 % erneut die Abweisung seines Rentengesuchs an (IV-act. 171). Zur Begründung hielt sie fest, dass es sich beim Gutachten der Klinik I.____ im Vergleich zum Gutachten des ABI aus dem Jahr 2008 lediglich um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts handle. Ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG sei somit nicht ausgewiesen. Demnach sei weiterhin von einer 20 %igen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten auszugehen. Mit Verfügung vom 22. Januar 2016 wies die IV-Stelle das Rentengesuch wie angekündigt bei einem IV-Grad von 20 % ab (IV-act. 172).

C.

C.a Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 22. Januar 2016 Beschwerde erheben (act. G 1). Seine Rechtsvertreterin beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer ganzen Rente. Zur Begründung machte sie geltend, dass ein sich in den letzten Jahren verschlechternder Gesundheitszustand vorliege, welcher die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers in einem erheblichen Ausmass einschränke. Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) müsse den Sachverhalt daher so beurteilen, wie er sich im Zeitpunkt der Verfügung dargestellt habe. Gestützt auf das Gutachten von Dr. G.____ sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Zumindest aber hätte die Beschwerdegegnerin angesichts des RAD-Berichts vom 14. April 2015 eine Viertelsrente verfügen müssen. Am 1. September 2016 machte die Rechtsvertreterin ergänzend geltend (act. G 11), dass der Beschwerdeführer entgegen dem Gutachten der Klinik I.____ an einer Depression (leicht bis mittelgradig) leide. Der Gesundheitszustand habe sich in dem Sinne wesentlich verschlechtert, als ab Oktober 2012 die neue Diagnose einer dissoziativen Störung hinzugekommen sei, weshalb Dr. Gut (2012) und die Gutachter der Klinik I.____ (2015) die Arbeitsunfähigkeit höher eingeschätzt hätten als die Gutachter des ABI (2008). Dr. G.____ sei zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem geschützten Rahmen einsetzbar sei, was in rechtlicher Hinsicht eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bedeute. Die Gutachter der Klinik I.____ hätten weder die Schmerzproblematik und die Persönlichkeitsstörungen richtig bewertet noch wenigstens den Zusammenhang (oder das Nichtbestehen eines solchen) in medizinischer Hinsicht erklärt. Der neurologische



Gutachter der Klinik I.____ habe ausgeführt, es sei klinisch nicht bekannt, wie sich die Kombination des Cavum Vergae und des Kavernoms auswirke. Er hätte daher zur Beantwortung dieser Frage einen Neuropathologen hinzuziehen müssen. Sollte nicht auf die Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. G.____ und Dr. D.____ (100 % Arbeitsunfähigkeit) abgestellt werden, werde daher die Durchführung eines Gerichtsgutachtens beantragt. Dr. D.____ hatte der Rechtsvertreterin am 18. Juli 2016 berichtet (act. G 11.1), dass die Gutachter der Klinik I.____ die Schmerzkomponente zu Unrecht nicht in die Arbeitsfähigkeitsschätzung miteinbezogen hätten. Diese verursache dem Beschwerdeführer die meisten Einschränkungen. Neben den chronischen Schmerzen mit somatischen und psychischen Anteilen (F45.41) beständen eine dissoziative Störung und begleitende depressive Episoden. Die Gutachter der Klinik I.____ hätten auch die Persönlichkeitsakzentuierungen/-störungen ausser Acht gelassen, bei denen es sich um einen die Schmerzverarbeitung erschwerenden Faktor handle. Der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter der Klinik I.____ könne daher nicht gefolgt werden. Da im Jahr 2008 noch keine dissoziative Störung vorhanden gewesen sei, sei eindeutig eine Verschlechterung des psychischen Zustandes eingetreten. Der Beschwerdeführer sei auf dem ersten Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig.

C.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 16. September 2016 die Abweisung der Beschwerde (act. G 13). Zur Begründung hielt sie fest, dass aufgrund des bereits von mehreren Ärzten festgestellten aggravatorischen bis simulatorischen Verhaltens des Beschwerdeführers von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Daran ändere auch die diagnostizierte dissoziative Störung nichts, weil auch diese die in vielfältiger Ausprägung gezeigte Aggravation nicht erklären könne. Die vom Beschwerdeführer eingereichte Stellungnahme von Dr. D.____ ergebe keine neuen Gesichtspunkte, zumal die behandelnde Psychiaterin nicht imstande gewesen sei, die vom Beschwerdeführer aggravatorisch vorgetragene Symptomatik zu durchschauen. Die Veränderungen im Gehirn seien im Gutachten der Rehaklinik I.____ nicht als invalidisierend taxiert worden. Weitere medizinische Abklärungen seien bezüglich der Gehirnbefunde nicht nötig, zumal es der Beschwerdeführer durch sein aggravatorisches Verhalten weiterhin verunmögliche, ausschliesslich den Anteil der Gehirnveränderung auf die Arbeitsfähigkeit zu bestimmen. Es sei diesbezüglich von einer vom Beschwerdeführer seit Jahren verschuldeten Beweislosigkeit auszugehen, deren Folgen er selbst zu tragen habe. Selbst wenn der Beschwerdeführer an einer invalidisierenden



St.Galler Gerichte

psychiatrischen Erkrankung leiden würde, hätte er mangels eines Revisionsgrundes keinen Anspruch auf eine IV-Rente.

C.c Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers machte in ihrer Replik vom 24. November 2016 ergänzend geltend (act. G 17), dass die Ansicht der Beschwerdegegnerin, es sei überhaupt kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorhanden, allen bisherigen Gutachten widerspreche.

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 18 f.).

Erwägungen

1.

1.1 Der Beschwerdeführer hatte sich erstmals im Januar 2007 bei der Invalidenversicherung zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Sein Rentengesuch war am 20. Oktober 2008 bei einem IV-Grad von 20 % abgewiesen worden. Bei der Anmeldung vom Mai 2011 handelt es sich somit um eine sogenannte Neuanmeldung.

1.2 Gemäss Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Zwar haben sich seit der rechtskräftigen Abweisung des Rentengesuchs im Oktober 2008 die Hinweise dafür, dass der Beschwerdeführer beim Unfall im Dezember 2000 eine Frontalhirnschädigung erlitten hatte, erhärtet (siehe Bericht von Dr. med. M. ___ vom 8. Mai 2009 [IV-act. 105-13 f.], MRI des Kopfes vom 22. Dezember 2009 [IV-act. 123-11 f.] und Bericht der Hausärztin Dr. C. ___ vom 4. September 2011). Eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes ist damit aber noch nicht glaubhaft gemacht worden. Der Beschwerdeführer hat sich seit der Abweisung des Rentengesuchs im Oktober 2008 durchgehend in ambulanter psychiatrischer Behandlung bei Dr. D. ___ befunden. Im Dezember 2008 hatte Dr. D. ___ als Diagnosen noch eine mittelgradige depressive Episode und eine somatoforme Schmerzstörung angegeben. Im Bericht vom 22. November 2011 hat sie dann neue Diagnosen erwähnt, namentlich eine chronifizierte Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine Angst und depressive Reaktion gemischt sowie eine



Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom. Aufgrund der neuen psychiatrischen Diagnosen haben somit Hinweise für eine zwischenzeitlich eingetretene relevante Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes bestanden. Damit hat der Beschwerdeführer eine wesentliche Veränderung seines Gesundheitszustandes seit der rechtskräftigen Abweisung seines Rentengesuchs im Oktober 2008 glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht auf die Neuanschuldung eingetreten.

1.3 Mit der angefochtenen Verfügung vom 22. Januar 2016 hat die Beschwerdegegnerin dann allerdings das Rentengesuch des Beschwerdeführers abgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Abweisung des Rentenbegehrens damit begründet, dass sich der medizinische Sachverhalt seit der Rentenabweisungsverfügung vom 20. Oktober 2008 nicht verändert habe. Diese Begründung beruht auf der Rechtsprechung des Bundesgerichts, laut welcher bei einer erneuten Anmeldung nach einer vorausgegangenen rechtskräftigen Abweisung eines Rentenbegehrens geprüft werden muss, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. März 2015, 9C_9/2015). Diese Praxis ist jedoch gesetzeswidrig, da mit Art. 29 Abs. 1 ATSG eine abschliessende gesetzliche Regelung der Wirkung von Neuanschuldungen besteht, sodass keine ausfüllungsbedürftige Gesetzeslücke vorliegt, die durch eine analoge Anwendung des Art. 17 ATSG auf die Neuanschuldung auszufüllen wäre (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Dezember 2016, IV 2014/188 E. 1.3 ff.). Die Neuanschuldung unterscheidet sich also nicht von einer erstmaligen Anmeldung. Nach der konstanten Rechtsprechung des Versicherungsgerichts St. Gallen ist daher im vorliegenden Fall einzig zu prüfen, ob der Beschwerdeführer in einem rentenbegründenden Ausmass invalid ist.

2.

2.1 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch



durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). 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).

2.2 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), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

3.

3.1 Um den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen.

3.2 In medizinischer Hinsicht liegen insbesondere das ABI-Gutachten vom 11. Februar 2008, das Gutachten von Dr. G.____ vom 4. Oktober 2012, das Gutachten der Rehaklinik I.____ vom 25. März 2015, die Stellungnahmen des RAD vom 30. Oktober 2012, 14. April 2015 und 16. November 2015 und die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. D.____ vom 22. November 2011 und 18. Juli 2016 bei den Akten.

3.3 Somatischerseits beklagt der Beschwerdeführer insbesondere Kopf- und Nackenschmerzen und Schwindel. Die Gutachter sind übereinstimmend zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers



hat geltend gemacht, dass die Auswirkungen der festgestellten hirnorganischen Veränderungen nicht rechtsgenügend abgeklärt worden seien, weshalb ergänzend eine neuropathologische Abklärung notwendig sei. Dr. J.____ von der Rehaklinik I.____ hat erklärt, dass es sich beim Cavum Vergae um eine harmlose Normvariante ohne eigentlichen Krankheitswert handle. Beim Kavernom handle es sich um eine Art Blutgeschwulst, das in der Regel – in Abhängigkeit von der Grösse und solange es nicht blute – ebenfalls keine Krankheitserscheinungen verursache. Allerdings würden Kavernome häufig ein wenig bluten. Das Vorhandensein eines Cavum Vergae in Verbindung mit einem Kavernom sei nicht gänzlich unbekannt, scheine aber doch eine Rarität zu sein. Wie sich die Kombination dieser zwei intrazerebralen Missbildungen klinisch auswirken könne, sei unbekannt. In der Spektroskopie habe sich zudem eine Verschmächigung des Hippokampus beidseits gezeigt, was wiederum den Blick auf eine andere, degenerative Erkrankung des Gehirns lenken würde. Dieser Befund könnte die pathologische Bedeutung einer Septum Pellucidum Zyste erhellen: Eine (als "raumfordernd" imponierende) zystische Veränderung (Cavum Vergae) könnte im Bereich des Septum Pellucidum (als Teil des limbischen Systems) zu einer Fehlfunktion des limbischen und hippokampalen Systems führen, sodass es zu Störungen der Aufmerksamkeit, des Verhaltens usw. kommen könnte. Das Problem dabei sei, dass das Verhalten des Beschwerdeführers – bei fehlenden objektiven klinischen Befunden – so sehr an Aggravation an der Grenze zu Simulation anmute, dass der geschilderte Mechanismus als Kern des pathologischen Verhaltens zwar postuliert werden könne, aber eben durch diese aggravatorischen, inkonsistenten Befunde und Verhaltensweisen relativiert werde. Den Gutachtern sei es nicht möglich, krankhafte und aggravatorische Facetten der Verhaltensauffälligkeiten sicher auseinanderzuhalten (IV-act. 162-68). Dr. J.____ hat also die Auswirkungen der festgestellten Veränderungen im Gehirngewebe nicht wegen mangelhafter Fachkenntnisse, sondern wegen des aggravatorischen, an der Grenze zur Simulation liegenden Verhaltens des Beschwerdeführers nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ermitteln können. Zudem ist davon auszugehen, dass Dr. J.____ und die RAD-Ärzte, die sich mit dem Dossier des Beschwerdeführers befasst haben, zusätzliche medizinische Abklärungen durchgeführt resp. empfohlen hätten, wenn sie von solchen weiterführende, objektive Erkenntnisse bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erwartet hätten. Da der Beschwerdeführer den Nachteil der



St.Galler Gerichte

Beweislosigkeit zu tragen hat (vgl. BGE 117 V 261 E. 3b), hat Dr. J.____ die hirnorganischen Veränderungen zu Recht nicht in seine Arbeitsfähigkeitsschätzung einfließen lassen. Aus somatischer Sicht ist somit von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen.

3.4 Der psychiatrische Gutachter des ABI, Dr. N.____, hat die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wegen einer leichten depressiven Episode im Jahr 2008 als um 20 % eingeschränkt erachtet. Dr. G.____ hat dem Beschwerdeführer im Jahr 2012 wegen einer dissoziativen Störung für die angestammte Tätigkeit, aber auch für adaptierte Tätigkeiten und für Tätigkeiten im geschützten Rahmen, lediglich noch eine Arbeitsfähigkeit von 35 % attestiert. Dr. K.____ von der Rehaklinik I.____ ist ebenfalls zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer an einer dissoziativen Störung (Konversionsstörung) leidet. Die Arbeitsunfähigkeitsschätzung von Dr. G.____ hat er aber als "grosszügig überhöht" bezeichnet und die Arbeitsunfähigkeit auf 40 % festgelegt. Die behandelnde Psychiaterin Dr. D.____ hat dem Beschwerdeführer wegen chronischer Schmerzen mit somatischen und psychischen Anteilen, einer ängstlich depressiven Verstimmung/depressiver Episoden, einer dissoziativen Störung und Persönlichkeitsakzentuierungen/-störungen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt.

3.4.1 Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. D.____ kann bereits deshalb nicht abgestellt werden, weil sie, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht angemerkt hat, das aggravatorische Verhalten des Beschwerdeführers nicht als solches erkannt und es folglich in ihrer Beurteilung als effektiv bestehende Beeinträchtigung berücksichtigt hat. Des Weiteren hat keiner der drei psychiatrischen Gutachter den geltend gemachten, somatisch nicht erklärbaren körperlichen Schmerzen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Schliesslich ist auch zu berücksichtigen, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte erfahrungsgemäss mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03 E. 2.4.2).

3.4.2 RAD-Arzt Dr. L.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, hat in seiner Stellungnahme vom 16. November 2015 überzeugend begründet, weshalb es



sich bei den drei Gutachten aus den Jahren 2008, 2012 und 2015 lediglich um unterschiedliche Beurteilungen desselben medizinischen Sachverhalts handelt, d.h. weshalb zwischenzeitlich keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Tatsächlich geht weder aus den anamnestischen Angaben noch aus den Angaben zu den erhobenen Befunden und zur Verhaltensbeobachtung hervor, inwieweit sich der Gesundheitszustand zwischen den Begutachtungen wesentlich verändert haben soll (IV-act. 167-2). Zwar hat Dr. G.____ in seinem Gutachten erklärt, dass seit der Begutachtung im Jahr 2008 insoweit von einer "Verschlechterung" der gesundheitlichen Situation gesprochen werden könne, als von einer weiteren Verfestigung der vom Beschwerdeführer selbst erlebten und allseits konsequent demonstrierten Einschränkungen ausgegangen werden müsse, was zu einer weiteren Einschränkung der willentlichen Überwindbarkeit der Beschwerden geführt habe (IV-act. 129-13 f.). Diese Argumentation überzeugt jedoch nicht. Dieser Meinung ist auch RAD-Ärztin Dr. F.____, die festgehalten hat, dass eine Veränderung, die darin bestehe, dass der Beschwerdeführer weitere vier Jahre sein selbstlimitierendes auffälliges Verhalten aufrechterhalten habe und deshalb nun umso weniger davon abrücken könne, aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht berücksichtigt werden könne. Dr. F.____ hat eine auf objektivierbaren Befunden gründende Verschlechterung des Gesundheitszustandes zwischen der ABI-Begutachtung (2008) und der Begutachtung durch Dr. G.____ (2012) klar verneint (IV-act. 130). Nur weil die Diagnose einer dissoziativen Störung erst im Jahr 2012 gestellt worden ist, bedeutet dies nicht, dass der Beschwerdeführer nicht schon früher an einer solchen gelitten hätte, zumal bei dissoziativen Störungen bis zur Diagnosestellung meist eine lange psychiatrische Vorgeschichte besteht (s. Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf, Diagnostik und Therapie dissoziativer Störungen [ICD-10: F44], abrufbar unter: http://www.uke.de/dateien/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/dokumente/lehmaterialien-stud-med/s.diagnostik_und_therapie_dissoziativer_stoerungen_.pdf, S. 18, besucht am 10. April 2018). Eine relevante Veränderung des medizinischen Sachverhalts zwischen der ABI-Begutachtung im Jahr 2008 und der Begutachtung durch die Klinik I.____ im Jahr 2013/2014 ist somit nicht ausgewiesen.

3.4.3 RAD-Arzt Dr. L.____ hat weiter erklärt, dass alle drei Gutachten in sich im Wesentlichen konsistent und in ihrem unterschiedlichen Ergebnis – bei gleicher



Sachlage – für sich jeweils nachvollziehbar seien. Er hat auch darauf hingewiesen, dass es im vorliegenden Fall angesichts der (eben nur zum Teil) krankheitsbedingt inkonsistenten Antworten, Symptombardietungen und Selbstlimitationen ausgesprochen schwierig sei, krankheitswertige Symptome und Konstellationen von nicht krankheitswertigen Begleitphänomenen abzugrenzen, was die Aussagesicherheit aller gutachterlichen Bewertungen beeinflusse. Angesichts der Schwierigkeiten, im vorliegenden Fall dissoziative Symptome sauber abzugrenzen, sei der Verzicht des ABI-Gutachters, eine dissoziative Störung im engeren Sinne zu diagnostizieren, fachlich vertretbar gewesen. Tatsächlich entsteht bei der Durchsicht der drei psychiatrischen Teilgutachten nicht der Eindruck, dass die Gutachter etwas Entscheidendes übersehen hätten oder dass ihre Beurteilungen widersprüchlich wären; alle Gutachten erscheinen hinsichtlich der Herleitung der Diagnosen als schlüssig. Dies gilt jedoch nicht für die gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzungen. Zwar ist die Beurteilung von Dr. N.____ einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit aufgrund der von ihm gestellten Diagnose einer leichten depressiven Episode noch nachvollziehbar. Den Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. G.____ und Dr. K.____ fehlt jedoch jegliche Begründung des von ihnen angegebenen Arbeitsunfähigkeitsgrades von 65 % respektive 40 %. Einerseits geht aus den Gutachten nicht hervor, welche der gezeigten Verhaltensauffälligkeiten bewusstseinsnah (Aggravation, Simulation) und welche bewusstseinsfern sind. Andererseits bleibt unklar, welche Auswirkungen diese Verhaltensauffälligkeiten auf die Arbeitsfähigkeit haben, d.h. welche funktionellen Beeinträchtigungen bestehen. Die Gutachter haben nicht begründet, weshalb die Symptome der dissoziativen Störung die Arbeitsfähigkeit gerade um 65 % (Dr. G.____) resp. um 40 % (Dr. K.____) einschränken sollen. Der Grund dafür muss darin liegen, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bei einer dissoziativen Störung gemäss Dr. K.____ ganz überwiegend auf der klinischen Erfahrung des jeweiligen Gutachters beruht. Dies ist einerseits problematisch, weil es dem Gericht nicht möglich ist, die Arbeitsfähigkeitsschätzung zu plausibilisieren, da es die Erfahrungswerte des jeweiligen medizinischen Sachverständigen nicht kennt. Andererseits ist die Gefahr, wie der vorliegende Fall zeigt, gross, dass, je nachdem, über welche persönlichen Erfahrungen ein Gutachter verfügt, bei gleicher Sachlage völlig unterschiedliche Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit resultieren. Im vorliegenden Fall kommt erschwerend hinzu, dass krankheitswertige und nicht krankheitsbedingte Anteile bestehen, deren Abgrenzung



ausgesprochen schwierig ist. Eine erneute Begutachtung unter Berücksichtigung der vom Bundesgericht mit BGE 141 V 281 eingeführten Rechtsprechung, wonach in einem strukturierten Beweisverfahren anhand von vom Bundesgericht festgelegten Indikatoren die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit einer versicherten Person zu ermitteln ist, würde in antizipierender Beweiswürdigung keine neuen objektiven Erkenntnisse bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers liefern. Denn es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer das seit Jahren gezeigte aggravatorische und allenfalls sogar simulatorische Verhalten bei einer erneuten Begutachtung aufrechterhalten würde. In einem solchen Fall können die Standardindikatoren natürlich keinen besseren Aufschluss darüber geben, welche Anteile des Störungsbildes tatsächlich krankheitsbedingt sind. Auch RAD-Arzt Dr. L. ___ hat erklärt, dass wegen der Schwierigkeit, krankheitswertige Symptome von nicht krankheitswertigen Begleitphänomenen abzugrenzen, weitere medizinische Abklärungen wahrscheinlich keine wesentlich höhere Aussagesicherheit ergeben würden. Demnach steht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, ob bzw. wenn ja, welchen Einfluss die dissoziative Störung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat. Den Nachteil der Beweislosigkeit hat der Beschwerdeführer zu tragen (vgl. BGE 117 V 261 E. 3b). Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass für die angestammte wie auch für adaptierte Tätigkeiten eine 20 %ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ausgewiesen sei, würde kein rentenrelevanter IV-Grad resultieren. Denn selbst bei einem hohen Tabellenlohnabzug von 15 % würde der IV-Grad nur 32 % betragen ($20 \% + [80 \% \times 0.15]$).

3.5 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Die Gerichtsgebühr ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.



4.2 Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den von ihm in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.