



Fall-Nr.: IV 2017/14
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 08.05.2020
Entscheiddatum: 12.04.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 12.04.2019

Art. 42 IVG. Art. 43 Abs. 1 ATSG. Hilflosenentschädigung. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Untersuchungsgrundsatz (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. April 2019, IV 2017/14). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_363/2019.

Entscheid vom 12. April 2019

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2017/14

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Barbara Wyler,

Wyler Koch Partner AG, Zürcherstrasse 310, Postfach 340, 8501 Frauenfeld,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Hilflosenentschädigung

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich im Mai 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 4). Gemäss einem Bericht des Psychiatrie-Zentrums B.____ vom 12. September 2008 litt er an einer möglicherweise psychisch bedingten unklaren Dyspnoe mit einer Hyperventilation (IV-act. 21). Die Ärzte hielten fest, der Versicherte sei ihnen vom Hausarzt zugewiesen worden, der den Verdacht auf eine Angststörung hege. Die Problematik bestehe seit Februar 2008. Mehrere Arbeitsversuche seien gescheitert. Der Versicherte habe angegeben, dass er einmal im Rahmen einer Angstattacke einen Verkehrsunfall verursacht habe. Im Sommer 2008 sei der Versicherte trotz der Krankschreibung und des klaren Hinweises, dass er angesichts seiner Krankheit nicht ins Ausland fahren dürfe, für zwei Monate in seine Heimat gereist. Die Klinik für Innere Medizin des Spitals C.____ hatte am 4. September 2008 berichtet (IV-act. 22), der Versicherte leide an unklaren Panikattacken und an einer diskreten Reflux-Oesophagitis. Anamnestisch bestehe ein hochgradiger Verdacht auf eine somatoforme Störung. Im Auftrag der Krankentaggeldversicherung erstattete Dr. med. D.____ am 16. Oktober 2008 ein psychiatrisches Gutachten (IV-act. 32). Er führte aus, der Versicherte habe angegeben, dass er „nicht einmal zwei Prozent“ arbeiten könne, weil er „keine Luft“ habe und unter einer Angst leide. Der behandelnde Psychiater vom Psychiatrie-Zentrum B.____ habe in einem Telefonat festgehalten, dass der Versicherte seines Erachtens aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkt arbeitsfähig sei. Bei der Begutachtung durch Dr. D.____ habe sich der objektive klinische Befund unauffällig dargestellt. Diagnostisch liege eine somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes respektive eine psychogene Oesophagie vor. Diese wirke sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus. Mit einer Verfügung vom 26. März 2009 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des



Versicherten mit der Begründung ab, weder die Anspruchsvoraussetzungen für eine Arbeitsvermittlung noch jene für eine Rente seien erfüllt (IV-act. 40).

A.b Am 6. April 2009 berichtete die Klinik für Innere Medizin des Spitals C.____ (IV-act. 43), am 25. März 2009 sei erstmals ein systemischer Lupus erythematoses diagnostiziert worden. Aktuell leide der Versicherte an einer Lupus-Nephritis. Mit einer Verfügung vom 21. April 2009 widerrief die IV-Stelle ihre Verfügung vom 26. März 2009; sie kündigte an, dass sie weitere Abklärungen tätigen werde (IV-act. 45). Am 23. Juli 2009 erstattete Prof. Dr. med. E.____ im Auftrag der Krankentaggeldversicherung ein neurologisches Gutachten (Fremdakten). Er hielt fest, der Lupus erythematoses sei gut kompensiert, aber der Versicherte sei auf eine andauernde Medikation angewiesen, weshalb für Verweistätigkeiten nur eine Arbeitsfähigkeit von 80 Prozent attestiert werden könne. Die Verhaltensauffälligkeiten seien nicht auf den Lupus erythematoses zurückzuführen, sondern psychogen. Das Spital C.____ berichtete im Dezember 2009 über eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit einer nun vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten (IV-act. 63). Die Rheumatologin Dr. med. F.____ teilte im Juni 2010 mit (IV-act. 76), der Lupus erythematoses wirke sich auf die Muskeln und das Skelett (aktuell nicht erosive Polyarthralgien, ISG-Arthritis beidseits) sowie auf die Niere aus. Seit etwa Mai 2007 sei der Versicherte wegen der Schmerzen und der Müdigkeit vollständig arbeitsunfähig. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die Ärztliches Begutachtungsinstitut (ABI) GmbH am 28. Februar 2011 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 88). Die Sachverständigen hielten fest, bei der klinischen rheumatologischen Untersuchung seien erhebliche Diskrepanzen aufgefallen. Der Versicherte leide zwar sicher an einem systemischen Lupus erythematoses mit einer bioptisch gesicherten Nierenbeteiligung. Unter der adäquaten immunsuppressiven Medikation hätten aber aktuell weder klinisch noch labormässig Hinweise für eine relevante persistierende Krankheitsaktivität festgestellt werden können. Das klinische Gesamtbild habe auf ein deutlich gesteigertes Krankheitsverhalten hingewiesen. Aus psychiatrischer Sicht leide der Versicherte an einer leichten depressiven Episode und an einer Panikstörung mit einer Agoraphobie. Aus polydisziplinärer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten 80 Prozent, denn der Versicherte benötige zusätzliche Pausen im Umfang von 20 Prozent. Mit einer Verfügung vom 8. September 2011 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ab (IV-act. 100).



A.c Am 10. Oktober 2011 liess der Versicherte eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. September 2011 erheben (IV-act. 105). Sein Rechtsvertreter wies unter anderem darauf hin, dass der Versicherte am 4. Oktober 2011 in eine stationäre psychiatrische Behandlung eingetreten sei. Mit einer Verfügung vom 5. Dezember 2011 widerrief die IV-Stelle ihre Verfügung vom 8. September 2011 (IV-act. 113). Das Beschwerdeverfahren wurde in der Folge als gegenstandslos abgeschrieben (vgl. IV-act. 115). Bereits am 27. Oktober 2011 hatte die Klinik G.____ berichtet (IV-act. 119–7 ff.), der Versicherte leide an einer gemischten Angst- und depressiven Störung, an psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, an einem systemischen Lupus erythematodes sowie an sonstigen Problemen mit Bezug auf den engeren Familienkreis. Er sei am 5. Oktober 2011 in die stationäre Behandlung eingetreten und habe diese dann am 18. Oktober 2011 überraschend vorzeitig beendet. Am 1. Mai 2012 berichtete der Psychiater Dr. med. H.____ (IV-act. 125), der Versicherte leide an einer depressiven Störung mittleren, intermittierend auch schweren Grades sowie an einer Anpassungsstörung. Alle Krankheiten zusammen betrachtet liege eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor. In den therapeutischen Gesprächen habe der Versicherte medizinische Sachverständige und Institutionen „recht derb und vorlaut“ angeschuldigt, diese hätten mit seinem Leben gespielt und ihn als Versuchskaninchen missbraucht. Er sei bei diesen Schilderungen ins Schreien und Gestikulieren gekommen und habe ausser sich gewirkt. Bei den therapeutischen Gesprächen seien plötzliches Weinen und lautes Schreien „auf der Tagesordnung“. Mit einer Verfügung vom 23. November 2012 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten ab (IV-act. 133).

A.d Am 1. Dezember 2014 liess der nun anwaltlich vertretene Versicherte eine Neuanmeldung zum Leistungsbezug einreichen (IV-act. 141). Am 30. Januar 2015 notierte Dr. med. I.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), die „dramatisch anmutende Neuanmeldung“ und der dieser beigelegte „nicht minder aufwühlende“ Bericht des Amtsarztes J.____ liessen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Abweisung des letzten Leistungsbegehrens als möglich erscheinen, weshalb auf die Neuanmeldung eingetreten werden müsse (IV-act. 146). Am 9. Februar 2015 meldete sich der Versicherte zusätzlich zum Bezug einer Hilflosenentschädigung an (IV-act. 149). Dabei gab er an, er benötige eine regelmässige und erhebliche Dritthilfe bei der Fortbewegung im Freien und bei der



St.Galler Gerichte

Pflege gesellschaftlicher Kontakte. Zudem benötige er eine dauernde medizinisch-pflegerische Hilfe und eine lebenspraktische Begleitung. Am 3. Juli 2015 teilte Dr. F.____ mit (IV-act. 164–1 ff.), die Angaben des Versicherten über dessen Hilflosigkeit stimmten mit ihren Feststellungen überein. Der Versicherte sei nicht in der Lage, einen Spaziergang von 15–30 Minuten oder länger zu machen. Sie wisse nicht, ob er noch Auto fahre. Im Mai 2015 habe sich der Versicherte in einer stationären Behandlung befunden. Die Kliniken Valens hatten am 4. Juni 2015 über diesen stationären Aufenthalt berichtet und festgehalten (IV-act. 164–4 ff.), der Zustand des Versicherten habe weitgehend jenem vor etwa zweieinhalb Jahren entsprochen. Neu aufgefallen seien allerdings Symptome eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms. Am 3. September 2015 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. K.____ fest (IV-act. 173), mit den Angaben in den aktuellsten medizinischen Berichten lasse sich kein regelmässiger und erheblicher Unterstützungsbedarf bei den alltagspraktischen Verrichtungen begründen. Auch eine lebenspraktische Begleitung sei aus medizinischer Sicht nicht notwendig. Mit einem Vorbescheid vom 16. September 2015 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie die Abweisung seines Begehrens um eine Hilflosenentschädigung vorsehe (IV-act. 175). Dagegen liess der Versicherte am 19. Oktober 2015 einwenden (IV-act. 179), der Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt worden. Man sei offenbar einfach davon ausgegangen, dass er „völlig gesund, jedenfalls nicht hilflos“ sei. Diese Annahme entspreche nicht den Tatsachen. Die IV-Stelle hätte medizinische Abklärungen bezüglich der Hilflosigkeit tätigen müssen. Mit einer Verfügung vom 4. Dezember 2015 wies die IV-Stelle das Begehren des Versicherten um eine Hilflosenentschädigung ab (IV-act. 183).

A.e Am 6. Januar 2016 liess der Versicherte eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 4. Dezember 2015 erheben (vgl. IV-act. 187). Mit einer Mitteilung vom 14. März 2016 wies die IV-Stelle den Versicherten darauf hin, dass sie im laufenden Rentenprüfungsverfahren ein polydisziplinäres Gutachten einholen werde (IV-act. 198). Der RAD sah in diesem Zusammenhang vor, Ergänzungsfragen betreffend eine allfällige Hilflosigkeit des Versicherten zu stellen (vgl. IV-act. 197). Vor diesem Hintergrund stellte sich ein Mitarbeiter des Rechtsdienstes der IV-Stelle auf den Standpunkt, die Verfügung vom 4. Dezember 2015 sei verfrüht ergangen und müsse deshalb widerrufen werden (IV-act. 199). Mit einer Verfügung vom 8. April 2016



widerrief die IV-Stelle ihre Verfügung vom 4. Dezember 2015 (IV-act. 200). Das Beschwerdeverfahren wurde in der Folge abgeschrieben (vgl. IV-act. 213).

A.f Am 15. August 2016 erstattete das BEGAZ im Auftrag der IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 221). Der rheumatologische Sachverständige hielt fest, sowohl bei der Anamneseerhebung als auch bei der klinischen Untersuchung seien zahlreiche Diskrepanzen aufgefallen. Unter anderem habe der Versicherte angegeben, dass er nicht mehr selber Auto fahren könne. Nach der Verabschiedung habe er die Praxis mit einem kleinschrittigen Gang und mit einem Schonhinken rechts verlassen. Ausserhalb der Praxis habe er kein Schonhinken mehr gezeigt. Das Gangbild sei symmetrisch gewesen, die Schrittlänge normal. Der Versicherte habe auf dem Fahrersitz eines Autos Platz genommen, das auf dem Parkplatz vor dem Gebäude abgestellt gewesen sei, und sei dann mit diesem Auto davon gefahren. Bezüglich des im Jahr 2009 diagnostizierten Lupus erythematodes sei in den medizinischen Vorakten wiederholt darauf hingewiesen worden, dass objektiv keine wesentliche systemische Entzündungsaktivität vorhanden sei. Die behandelnde Rheumatologin Dr. F.____ habe telefonisch angegeben, dass die systemischen Entzündungswerte auch bei der letzten Laborkontrolle vom 10. Juni 2016 wieder im tiefnormalen Bereich gelegen hätten: Die Blutsenkung habe 2mm/h betragen (alters- und geschlechtsspezifische Norm bis 20mm/h). Der CRP-Wert habe bei 0,5mg/l gelegen (Norm bis 5mg/l). Das bei der klinischen Untersuchung vorherrschende ubiquitäre Schmerzsyndrom entspreche keinem rheumatologischen Krankheitsbild, wobei allerdings von einer deutlich bewusstseinsnahen Symptomausgestaltung ausgegangen werden müsse. Unter Berücksichtigung der Angaben in den Vorakten dürfte der Versicherte zu Beginn der diagnostizierten Kollagenose respektive von Herbst 2008 bis zum Beginn des Jahres 2010 vollständig arbeitsunfähig gewesen sein. Seither bestünden keine relevanten Aktivitätszeichen, sodass ab diesem Zeitpunkt für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten von einer Arbeitsfähigkeit von 80 Prozent ausgegangen werden könne, wobei sich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 Prozent aus einem erhöhten Pausenbedarf ergebe. Eine Beeinträchtigung der Gehfähigkeit oder bei der Pflege von sozialen Kontakten liege nicht vor. Auch bezüglich der Grundpflege könnten aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkungen begründet werden. Eine Überwachung des Versicherten sei nicht notwendig. Bezüglich der Haushaltsführung gelte die zuvor erwähnte Arbeitsfähigkeitsschätzung. Eine eigentliche Hilflosigkeit



könne aus rheumatologischer Sicht nicht begründet werden. Der pneumologische Sachverständige führte aus, die in den Akten vermerkte Diagnose eines COPD lasse sich angesichts der objektiven Befunde nicht aufrecht erhalten. Das leichtgradige obstruktive Apnoesyndrom wirke sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus. Es erkläre auch nicht die vom Versicherten geklagte Symptomatik, bei der es sich um eine funktionelle Atemstörung und damit nicht um ein pulmonales Problem handle. Aus pneumologischer Sicht sei der Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig. Der psychiatrische Sachverständige hielt fest, der Versicherte habe sich in der Untersuchung nur bedingt kooperativ verhalten. Seine Aussagen seien teilweise widersprüchlich gewesen. Auch bezüglich des Schmerzverhaltens seien Diskrepanzen aufgefallen. Dennoch hätten die Symptome einer leichtgradigen depressiven Episode objektiviert werden können. Diagnostisch handle es sich unter Berücksichtigung der Angaben in den medizinischen Vorakten um eine rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtig leichtgradigen Episode. Die in den Vorakten erwähnte Agoraphobie mit Panikstörung habe im Rahmen der Begutachtung nicht objektiviert werden können. Die Arbeitsfähigkeit sei höchstens um 30 Prozent eingeschränkt. In ihrer Konsensbeurteilung führten die Sachverständigen unter anderem aus, dass keine Hilflosigkeit vorliege, weshalb die entsprechenden Zusatzfragen des RAD nicht noch zusätzlich beantwortet würden. Mit einem Vorbescheid vom 13. September 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie die Abweisung seines Begehrens um eine Hilflosenentschädigung vorsehe (IV-act. 227). Dagegen liess der Versicherte am 13. Oktober 2016 einwenden (IV-act. 233), er verwahre sich gegen den Vorwurf einer Symptomausweitung. Bei ihm liege ein Multiorganbefall durch einen Lupus erythematodes vor, der die Haut, die Schleimhäute, die Gelenke, die Nieren und die Leber betreffe. Offensichtlich habe er sich im Zeitpunkt der Begutachtung in einer guten Phase befunden. Ein systemischer Lupus erythematodes verlaufe aber schubförmig. Das Gutachten werde der Gesundheitsbeeinträchtigung des Versicherten jedenfalls nicht gerecht. Mit einer Verfügung vom 17. November 2016 wies die IV-Stelle das Begehren des Versicherten um eine Hilflosenentschädigung ab (IV-act. 237).

B.

B.a Am 10. Januar 2017 liess der Versicherte (nachfolgend: der Beschwerdeführer) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. November 2016 erheben (act. G 1).



Seine Rechtsvertreterin beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache einer Entschädigung bei einer Hilflosigkeit mittleren Grades ab Februar 2015 und eventualiter die Durchführung einer Abklärung in der Wohnung des Beschwerdeführers. Zur Begründung führte sie an, der Beschwerdeführer könne lediglich auf dem Sofa liegen und nichts tun. Einmal täglich könne er mit seiner Frau die Wohnung für einen kurzen, fünfminütigen Spaziergang verlassen. Er benötige Hilfe bei der täglichen Körperpflege sowie beim An- und Auskleiden. Das Gutachten des BEGAZ werde der „speziellen gesundheitlichen Einschränkung“ des Beschwerdeführers nicht gerecht. Der Beschwerdeführer hätte über einen längeren Zeitraum beobachtet werden müssen; er verwehre sich gegen den Vorwurf einer Symptomausweitung. Am 7. November 2016 habe er versuchsweise eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen mit einem Pensum von 50 Prozent aufgenommen. Bereits nach einem Monat habe er diese Tätigkeit aber krankheitsbedingt wieder aufgeben müssen. Der Betriebsleiter habe ihn notfallmässig ins nächstgelegene Spital fahren müssen. Dort sei der Verdacht auf eine schwere depressive Episode mit einer akuten Suizidalität geäussert worden, weshalb man den Beschwerdeführer mittels einer fürsorglichen Unterbringung in die Klinik G.____ verlegt habe. Der Beschwerdeschrift lag ein Verlegungsbericht des Spitals L.____ vom 7. Dezember 2016 bei (act. G 1.1.4). Am 13. Januar 2017 liess der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. F.____ vom 11. Januar 2017 einreichen (act. G 4.1). Diese hatte festgehalten, im Jahr 2016 sei es zu vier akuten Krankheitsschüben gekommen. Der Beschwerdeführer sei seit dem Jahr 2009 vollständig arbeitsunfähig.

B.b Die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) beantragte am 24. Februar 2017 die Abweisung der Beschwerde (act. G 8).

B.c Der Beschwerdeführer liess am 5. April 2017 an seinen Anträgen festhalten (act. G 13). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 15).

B.d Am 31. Juli 2017 liess der Beschwerdeführer einen Bericht der Kliniken Valens vom 26. Juni 2017 einreichen (act. G 19.1). Die Ärzte hatten festgehalten, der Beschwerdeführer leide an einem Lupus erythematodes, an einer Panikstörung mit einer episodisch paroxysmalen Angst, an einer Dysthymie und an einem leichten Schlafapnoesyndrom. Im Alltag stünden gegenwärtig die Panikattacken im Vordergrund, die sich in Richtung einer generalisierten Angststörung entwickelten. Aus



somatischer Sicht sei ein geregelter aktiver Tagesablauf mit einer Mithilfe im Haushalt und bei der Kindererziehung zu empfehlen.

Erwägungen

1.

Eine versicherte Person mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die hilflos ist, hat laut dem Art. 42 Abs. 1 IVG einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung. Eine Hilflosigkeit liegt gemäss dem Art. 42 Abs. 2 IVG in Verbindung mit dem Art. 37 IVV vor, wenn die versicherte Person bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf eine regelmässige erhebliche Dritthilfe angewiesen ist oder wenn sie eine dauernde Pflege oder eine persönliche Überwachung benötigt. Als hilflos gilt nach Art. 42 Abs. 3 IVG und Art. 38 IVV auch eine versicherte Person, die auf eine lebenspraktische Begleitung angewiesen ist respektive wenn sie ohne eine solche Begleitung nicht selbständig wohnen könnte, wenn sie auf eine solche Begleitung für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung angewiesen ist oder wenn sie ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren.

2.

Die Einwände des Beschwerdeführers gegen das Gutachten des BEGAZ überzeugen nicht. Die Sachverständigen haben sich intensiv mit den Vorakten auseinandergesetzt, den Beschwerdeführer eingehend persönlich untersucht und sich telefonisch bei der behandelnden Rheumatologin Dr. F.____ nach den aktuellsten Laborwerten erkundigt. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers haben sie also nicht nur über eine „Momentaufnahme“, sondern über eine fundierte Kenntnis betreffend den gesamten Behandlungszeitraum der vergangenen sieben Jahre seit der Erstdiagnose des systemischen Lupus erythematoses verfügt. Sie haben überzeugend aufgezeigt, dass bei der damals aktuellsten Laboruntersuchung vom Juni 2016 wiederum keine auffälligen Werte festgestellt worden waren. Zwar hat Dr. F.____ in ihrem Bericht vom 11. Januar 2017 geltend gemacht, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2016 vier Krankheitsschübe durchlitten habe, aber die unauffälligen Laborwerte im Juni 2016 und



die fehlenden Angaben zu entsprechenden objektiven Befunden im Bericht von Dr. F.____ vom 11. Januar 2017 deuten eher darauf hin, dass diese „Krankheitsschübe“ nicht mit entsprechenden objektiven Befunden einher gegangen sind. Zudem scheinen die Angaben im Bericht von Dr. F.____ vom 11. Januar 2017 insgesamt weitestgehend auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu beruhen, weshalb der starke Verdacht besteht, dass es sich bei den „Krankheitsschüben“ nicht um objektive Verschlechterungen des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, sondern um im Rahmen der bekannten Aggravationstendenz geltend gemachte „Schübe“ gehandelt haben könnte. Angesichts der fehlenden Überzeugungskraft der Angaben des Beschwerdeführers (vgl. dazu unten) können medizinische Schlussfolgerungen, die sich massgeblich auf diese subjektiven Angaben stützen, zum Vorneherein nicht überzeugend sein. Insgesamt ist es also überwiegend wahrscheinlich im Jahr 2016 nicht zu einer massgeblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers gekommen. Wie der rheumatologische Sachverständige des BEGAZ überzeugend dargelegt hat, enthalten die früheren Berichte keine Hinweise auf eine relevante Entzündungsaktivität. Der Verlauf des systemischen Lupus erythematodes ist also in den Jahren 2009–2016 unauffällig und stabil gewesen. Auch bei der klinischen Untersuchung durch den rheumatologischen Sachverständigen sind keine objektiven klinischen Befunde aufgefallen, die auf eine massgebliche Beeinträchtigung durch den systemischen Lupus erythematodes hingewiesen hätten. Bezüglich der vielfältigen Klagen des Beschwerdeführers hat der rheumatologische Sachverständige des BEGAZ anschaulich aufgezeigt, dass es sich dabei zumindest um eine bewusstseinsnahe Aggravation gehandelt haben muss: Bei seinen anamnestischen Angaben hat sich der Beschwerdeführer mehrfach in Widersprüche verwickelt (Physiotherapie und Fitnesstraining vs. angebliche völlige Erschöpfung bei Bewegung; Übergewicht vs. angebliche Unfähigkeit, noch etwas essen zu können); bei der klinischen Untersuchung sind eine diffuse allgemeine Druckdolenz mit Berührungsschmerzen ohne jede organische Ursache, eine deutliche Gegeninnervation und eine sichtbare Selbstlimitierung aufgefallen; bei der Anamneseerhebung hat sich der Beschwerdeführer völlig unauffällig bewegt; der Beschwerdeführer ist in der Lage gewesen, den anstrengenden Fersenstand auszuüben, was sich nicht mit der präsentierten Kraft bei der entsprechenden Untersuchung hat vereinbaren lassen; beim Lasègue-Manöver sind die Resultate bei Ablenkung ganz anders als ohne Ablenkung



ausgefallen; das Gangbild ist in der Untersuchung kleinschrittig und von einem Schonhinken geprägt, ausserhalb der Untersuchung aber völlig unauffällig gewesen; trotz der Beteuerung, nicht mehr selber Auto fahren zu können, ist der Beschwerdeführer nach der Untersuchung selbständig mit einem Auto vom Parkplatz gefahren. Vor diesem Hintergrund kann den Angaben des Beschwerdeführers und den sich massgeblich darauf stützenden medizinischen Schlussfolgerungen keinerlei Überzeugungskraft zukommen. Das bedeutet allerdings auch, dass gewisse Zweifel an der Überzeugungskraft des psychiatrischen Teilgutachtens bestehen. Zwar hat auch der psychiatrische Sachverständige auf Diskrepanzen und Widersprüchlichkeiten hingewiesen, aber er hat schliesslich doch eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert und eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 30 Prozent attestiert. Das könnte nur überzeugen, wenn er seine Arbeitsfähigkeitsschätzung so begründet hätte, dass klar geworden wäre, dass er tatsächlich nur auf die objektiv fassbaren klinischen Befunde abgestellt hätte. Eine solche Begründung fehlt aber im psychiatrischen Teilgutachten des BEGAZ, weshalb für das Versicherungsgericht nicht vollständig nachvollziehbar ist, ob sich die Diagnosestellung und die Arbeitsfähigkeitsschätzung allein auf die objektiven klinischen Befunde oder aber teilweise auch – trotz der erkannten Widersprüchlichkeiten – auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers stützen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Kliniken Valens in ihrem Bericht vom 26. Juni 2017 lediglich eine Dysthymie diagnostiziert haben (dafür taucht in jenem Bericht allerdings wieder die Diagnose einer Angst- und Panikstörung auf, die vom psychiatrischen Sachverständigen des BEGAZ überzeugend als unhaltbar verworfen worden ist). Trotzdem erlaubt es das psychiatrische Teilgutachten des BEGAZ, die Frage nach einer allfälligen psychisch bedingten Hilflosigkeit mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen, denn trotz der möglicherweise erfolgten Berücksichtigung von bloss geklagten, nicht objektivierbaren Einschränkungen hat der psychiatrische Sachverständige des BEGAZ keine relevante Hilflosigkeit feststellen können. Für die Sachverständigen des BEGAZ hat nach der Konsensbesprechung festgestanden, dass der Beschwerdeführer nicht hilflos gewesen ist, weshalb sie sogar darauf verzichtet haben, die entsprechenden Fragen der Beschwerdegegnerin en détail zu beantworten. Das ist angesichts der überzeugenden Ausführungen in den einzelnen Teilgutachten nur folgerichtig gewesen. Diese Schlussfolgerung hat auch mit einer



St.Galler Gerichte

früheren Aktenwürdigung durch den RAD übereingestimmt. Die Ärzte der Kliniken Valens haben in ihrem Bericht vom 26. Juni 2017 dem Beschwerdeführer übrigens sogar ausdrücklich empfohlen, wieder einem aktiveren, geregelteren Tagesablauf nachzugehen und sich an der Haushaltsführung und der Kindererziehung zu beteiligen. Zusammenfassend steht also mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Eröffnung der angefochtenen Verfügung nicht hilflos gewesen ist. Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

3.

Die Gerichtskosten von 600 Franken wären an sich dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzugabe der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung ist er aber von der Pflicht zur Bezahlung der Gerichtskosten befreit. Der Staat hat der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers eine Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsverteiständung auszurichten. Diese hat eine Honorarnote über 3'505.40 Franken eingereicht (act. G 19.2). Allerdings ist nur der erforderliche Vertretungsaufwand zu entschädigen. Dieser ist vorliegend deutlich unterdurchschnittlich gewesen, weil die Rechtsvertreterin den Beschwerdeführer parallel in diesem und in einem Rentenbeschwerdeverfahren (IV 2017/13) vertreten hat. Vom gesamten Vertretungsaufwand ist der weit überwiegende Teil im Rentenverfahren angefallen, weshalb es sich rechtfertigt, die Entschädigung für das vorliegende Verfahren betreffend die Hilflosenentschädigung auf 80 Prozent von 1'500 Franken, das heisst auf 1'200 Franken festzusetzen. Sollten es seine wirtschaftlichen Verhältnisse dereinst gestatten, wird der Beschwerdeführer zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsverteiständung verpflichtet werden können (Art. 99 Abs. 2 VRP i.V.m. Art. 123 ZPO).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.



Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer wird von der Pflicht zur Bezahlung der Gerichtskosten von 600 Franken befreit.

3.

Der Staat hat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit 1'200 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.