



<b>Fall-Nr.:</b>	IV 2018/206
<b>Stelle:</b>	Versicherungsgericht
<b>Rubrik:</b>	IV - Invalidenversicherung
<b>Publikationsdatum:</b>	15.03.2021
<b>Entscheiddatum:</b>	25.08.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 25.08.2020**

**Art. 43 Abs. 3 ATSG. Art. 7b IVG. Verletzung der Mitwirkungspflicht bei einer psychiatrischen Begutachtung. Die Regelung von Art. 7b Abs. 1 IVG bedeutet für die in Art. 43 Abs. 2 ATSG geregelte Pflicht zur Mitwirkung bei medizinischen Untersuchungen, dass bei der Anwendung von Art. 43 Abs. 3 Satz 1 ATSG als Sanktion nur die Kürzung oder die Verweigerung der angebehrten Leistung möglich ist. Art. 43 Abs. 3 Satz 2 ATSG bleibt unverändert anwendbar. Art. 7b Abs. 2 lit. d IVG umfasst die Pflicht zur Mitwirkung bei medizinischen Untersuchungen nicht. Eine Verletzung der Pflicht, bei medizinischen Untersuchungen umfassend mitzuwirken, darf somit erst nach der erfolglosen Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens durch eine Kürzung oder Verweigerung der angebehrten Leistung geahndet werden. Die Beschwerdegegnerin hat unterlassen, ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen. Sie hat damit Art. 43 Abs. 1 und 3 ATSG und Art. 7b Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 21 Abs. 4 ATSG verletzt. Rückweisung zur erneuten psychiatrischen Begutachtung nach der Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. August 2020, IV 2018/206).**

#### **Entscheid vom 25. August 2020**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus ; Gerichtsschreiberin Viviane Kull

Geschäftsnr.

IV 2018/206



## St.Galler Gerichte

Parteien

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Laurent Häusermann,  
Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148,  
9001 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

Sachverhalt

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich im Juni 2011 (Posteingang: 7. Juli 2011) wegen einer Depression zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Er gab an, er habe die Realschule besucht und keinen Beruf erlernt. Dr. med. B.\_\_\_\_, Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte am 29. März 2010 (recte: 2011, vgl. Fremdakten-act. 1-15) zuhanden der Krankentaggeldversicherung berichtet, der Versicherte leide an einer Erschöpfungsdepression bzw. einem Burnout bei ADHS im Erwachsenenalter. Seit dem 10. Oktober 2010 bis auf weiteres sei er vollständig arbeitsunfähig (Fremdakten-act. 1-14). Am 19. April 2011 hatte sie die folgenden Diagnosen angegeben (Fremdakten-act. 1-16): Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11), ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10 Z73) und problematische soziale Situation wegen Trennung von der Familie



(ICD-10 Z63.0). Am 24. August 2011 wurde der Versicherte im Auftrag der Krankentaggeldversicherung psychiatrisch begutachtet. Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, teilte am 30. August 2011 mit (Fremdakten-act. 2), der Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig eine schwere Episode (ICD-10 F33.2). Derzeit sei ihm weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit zumutbar. Vom 6. Dezember 2011 bis zum 7. Januar 2012 hielt sich der Versicherte zur psychosomatischen Rehabilitation in der Klinik D.\_\_\_\_ auf. Die Fachärzte berichteten am 24. Januar 2012 (Fremdakten-act. 3-28), sie hätten die Diagnosen einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.0-F32.1) und die Differentialdiagnosen einer ADHS im Erwachsenenalter, einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit impulsiven und selbstunsicheren Anteilen (ICD-10 F61.0) und eines affektiven Mischzustands (ICD-10 F31.6) erhoben. Sie attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 6. Dezember 2011 bis zum 22. Januar 2012.

**A.b.** In einem Arbeitgeberbericht teilte eine Mitarbeiterin der E.\_\_\_\_ AG am 1. März 2012 unter Beilage von Ausdrucken aus dem Lohnkonto des Versicherten mit (IV-act. 35), der Versicherte sei vom 26. August 2005 bis zum 28. Februar 2009 als Mitarbeiter in der Vertriebslogistik und beim Wareneingang angestellt gewesen. Zu seinen Aufgaben hätten die Warenannahme, das Auspacken und die Kontrolle und das Einlagern der Waren gezählt. Die Arbeitszeit des Versicherten habe 40 Stunden pro Woche betragen. Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 16. März 2012 (Fremdakten-act. 3-14), der Versicherte leide an einer Erschöpfungsdepression bzw. einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11). Sie attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 10. Oktober 2010. Das W.\_\_\_\_ erstattete am 3. April 2012 einen Arbeitgeberbericht (IV-act. 43). Eine Mitarbeiterin gab an, der Versicherte sei vom 1. März 2009 bis zum 31. August 2009 in der Logistik tätig gewesen. Er habe die angelieferten Pakete kontrolliert, die Materialien im SAP verbucht und die Artikel weitergeleitet. Der AHV-beitragspflichtige Lohn habe für diese Zeitperiode bei einer Wochenarbeitszeit von 42 Stunden Fr. 28'406.80 betragen. Am 4. April 2012 ging ein Lebenslauf des Versicherten mit zugehörigen Unterlagen (Arbeitszeugnissen und Kursbestätigungen) ein (IV-act. 42). In einem weiteren Arbeitgeberbericht teilte ein Mitarbeiter der F.\_\_\_\_ AG am 11. April 2012 mit (IV-act. 44), der Versicherte sei vom 1. März 2010 bis zum 28. Februar 2011 als Contact Center Agent angestellt gewesen.



Der AHV-beitragspflichtige Monatslohn habe bei einer Wochenarbeitszeit von 42 Stunden Fr. 3'960.-- betragen. Gemäss einem Arbeitszeugnis der F.\_\_\_\_ AG vom 10. März 2011 hatte der Versicherte IT-Supportaufgaben ausgeführt (IV-act. 42-21). Am 4. Juli 2012 attestierte Dr. B.\_\_\_\_ zuhanden des RAV eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ab dem 1. Juli 2012 (IV-act. 49). Am 13. Juli 2012 teilte die IV-Stelle mit (IV-act. 52), sie gewähre eine Arbeitsvermittlung. Dr. B.\_\_\_\_ attestierte am 19. Dezember 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab dem 7. Dezember 2012 (IV-act. 65). Der Versicherte hatte ein durch das RAV aufgegleistes Einsatzprogramm aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen (IV-act. 67-4). Die Arbeitsvermittlung wurde mit einer Mitteilung vom 25. Januar 2013 abgeschlossen (IV-act. 70). Am 20. März 2013 gab Dr. B.\_\_\_\_ die Diagnosen einer Erschöpfungsdepression bzw. einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig eine mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11), und einer ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0) an (IV-act. 76). Sie hielt fest, seit dem Scheitern des Arbeitsversuchs sei der Versicherte vollständig arbeitsunfähig. Fachärzte der Psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_ berichteten am 22. März 2013 (IV-act. 78), der Versicherte sei vom 25. Februar 2013 bis zum 20. März 2013 hospitalisiert gewesen. Sie diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode ohne ein somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10), einen Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung sowie eine ADHS im Erwachsenenalter und attestierten eine im Zeitpunkt des Austritts bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dr. B.\_\_\_\_ teilte am 27. Juni 2013 mit (IV-act. 79), ein komplizierter Augenbefund sei festgestellt worden. Dr. med. H.\_\_\_\_, Spezialarzt für Ophthalmologie, spez. Ophthalmochirurgie FMH, hatte am 27. Mai 2013 angegeben (IV-act. 79-6), es bestünden visuelle Störungen (wahrscheinlich im Zusammenhang mit Psychopharmaka), eine Esotropie rechts und ein hoher Astigmatismus mixtus beidseits mit einer relativen Amblyopie beidseits. Am 17. Oktober 2013 wurde der Versicherte neurologisch und elektrophysiologisch untersucht. Dr. med. I.\_\_\_\_, Neurologie FMH, berichtete gleichentags (IV-act. 85-6), sie habe ein klinisch sensibles Sulcus ulnaris Syndrom links, ein leichtgradiges sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom links und ein Restless Legs Syndrom diagnostiziert. Vom 6. November 2013 bis zum 9. Dezember 2013 hielt sich der Versicherte in der Psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_ auf. Die Fachärzte teilten am 16. Dezember 2013 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell eine mittelgradige Episode ohne ein somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10), und die



## St.Galler Gerichte

Differentialdiagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen sowie ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0) mit (IV-act. 87). Sie attestierten eine bei Austritt bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit.

**A.c.** Am 13./22. Mai 2014 und am 17. Juni 2014 wurde der Versicherte durch die MEDAS Bern polydisziplinär (internistisch, psychiatrisch, neurologisch und ophthalmologisch) abgeklärt. Im Gutachten vom 30. Dezember 2014 gaben die Sachverständigen als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig eine leichte bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F33.1), und einen hohen Astigmatismus mixtus (rechts mehr als links mit einer relativen Amblyopie) an (IV-act. 108-21; zu den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit siehe die dort aufgeführte Liste; insbesondere wurden eine Persönlichkeitsakzentuierung [ICD-10 Z73.1] und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung [ICD-10 Z72-73] genannt). Die Gutachter hielten in der interdisziplinären Zusammenfassung fest (IV-act. 108-21 ff.), aufgrund des Augenleidens seien Bildschirmtätigkeiten eher nicht mehr sinnvoll. Die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Contact Center Agent betrage daher 0%. In einer Verweistätigkeit sei der Versicherte aufgrund der psychiatrischen Gesundheitsstörung zu 70% arbeitsfähig. Der Versicherte verfüge über gute Ressourcen, welche ihn bislang befähigt hätten, auch schwierige Lebenssituationen zu bewältigen. Er sei bislang auch in der Lage gewesen, seine erworbenen Qualifikationen einzusetzen, seine anfängliche Unterqualifikation durch Fortbildungen zu verbessern und sich zeitweilig beruflich hochzuarbeiten. Im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung, welche teilweise mit leichten bis mittelschweren depressiven Episoden einhergehe, so auch gegenwärtig, seien insbesondere die Durchhaltefähigkeit und die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit relevant eingeschränkt. Gegenwärtig sollte speziell eine Akkordarbeit vermieden und auf ein wertschätzendes Arbeitsumfeld geachtet werden. Vermieden werden sollten stundenlange Bildschirmarbeit und Tätigkeiten, die eines exakten Binokularsehens bedürften, sowie "Tätigkeiten mit erhöht visusbeanspruchenden feinmotorischen Tätigkeiten". Retrospektiv habe aus psychiatrischer Sicht zwischen Oktober 2010 bis Ende März 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Von April 2012 bis Februar 2013 habe die Arbeitsfähigkeit zwischen 50% und 100% betragen. Von Ende März 2013 bis



Dezember 2013 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Seit Anfang 2014 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70%. Diese Bewertung gelte auch für Verweistätigkeiten. Die depressive Symptomatik werde gegenwärtig nicht adäquat behandelt. Ausreichende Motivation vorausgesetzt, sollte der Versicherte im Stande sein, mit einer entsprechenden Unterstützung eine Arbeitstätigkeit wiederaufzunehmen. In der interdisziplinären Beurteilung gaben die Sachverständigen ausserdem an (IV-act. 108-20), nach einer Aufnahme der beruflichen Tätigkeit werde der Versicherte voraussichtlich spätestens innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten in der Lage sein, ein 100%iges Arbeitspensum zu erfüllen (IV-act. 108-20).

**A.d.** Anlässlich eines Assessment-Gesprächs der Eingliederungsverantwortlichen mit dem Versicherten vom 9. April 2015 teilte dieser mit (IV-act. 118), er fühle sich nicht arbeitsfähig und wünsche die Rentenprüfung. Am 15. April 2015 teilte die IV-Stelle mit (IV-act. 120), das Begehren um berufliche Massnahmen werde abgewiesen.

**A.e.** Am 23. April 2015 berichteten Fachärzte der Psychiatrischen Klinik G.\_\_\_, der Versicherte sei vom 4. Februar 2015 bis zum 2. April 2015 hospitalisiert gewesen (IV-act. 121). Sie diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode ohne ein somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) vor dem Hintergrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen sowie ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0). Sie hielten fest, der Versicherte sei beim Austritt vollständig arbeitsunfähig gewesen. Dr. med. J.\_\_\_, Arzt an der Tagesklinik K.\_\_\_, teilte am 1. Juli 2015 mit (IV-act. 125), er habe den Versicherten vom 13. April 2015 bis zum 30. Juni 2015 behandelt. Da es dem Versicherten nicht gelungen sei, auch nur ansatzweise das vereinbarte Setting einzuhalten, sei die geplante tagesklinische teilstationäre Behandlung nicht zustande gekommen. Als psychiatrische Diagnosen gab er eine rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig eine mittelgradige Episode mit einem somatischen Syndrom (ICD-10 F33.11), eine mindestens akzentuierte Persönlichkeit mit impulsiven, ängstlich-abhängig-vermeidenden und narzisstischen Zügen, eine anamnestisch bestehende ADHS und einen Verdacht auf eine Angststörung an. Ob mit einer Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit gerechnet werden könne, sei derzeit nicht beurteilbar.



**A.f.** Mit einem Vorbescheid vom 7. Juli 2015 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Begehrens um eine Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 128). Zur Begründung führte sie an, die Abklärungen hätten ergeben, dass für die Tätigkeit als Call Center Mitarbeiter eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Bei einem Valideneinkommen als Call Center Mitarbeiter von Fr. 47'520.-- und einem zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommen von Fr. 45'620.-- gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik resultiere ein Invaliditätsgrad von 4%. Im dagegen erhobenen Einwand vom 11. September 2015 machte der Versicherte im Wesentlichen geltend (IV-act. 137), gestützt auf den Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_ müsse ab Februar 2015 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Da bei Dr. B.\_\_\_\_ kein Verlaufsbericht eingeholt worden sei, könne der aktuelle Gesundheitszustand kaum beurteilt werden. Am 27. Oktober 2015 teilte Dr. B.\_\_\_\_ mit (IV-act. 141), der Versicherte sei seit dem Klinikaustritt im Juli 2015 wieder bei ihr in Behandlung. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50%, wahrscheinlich sogar von 100%. Die Prognose sei schlecht, da sich der Versicherte chronisch überfordert fühle und sich völlig zurückgezogen habe.

**A.g.** Vom 8. Dezember 2015 bis zum 12. Februar 2016 hielt sich der Versicherte in der Psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_ auf. Die Fachärzte gaben am 2. März 2016 an (IV-act. 146), der Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode ohne ein somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) vor dem Hintergrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61.0). Sie führten aus, letztmals sei der Versicherte vom 4. Februar 2015 bis zum 2. April 2015 mit den Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung und einem Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, ängstlich-vermeidenden und narzisstischen Anteilen hospitalisiert gewesen. Die Arbeitsfähigkeit habe beim Austritt 0% betragen. Dr. J.\_\_\_\_ berichtete am 30. Mai 2016 (IV-act. 150), der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär. Der Versicherte sei am 8. März 2016 zur teilstationären Behandlung aufgenommen worden. Leider habe sich erneut gezeigt, dass er nicht in der Lage sei, das Setting einzuhalten. Er habe zunehmend depressiv und überfordert reagiert, sodass der Behandlungsversuch am 5. April 2016 beendet worden sei. Dr. B.\_\_\_\_ teilte am 5. Juli 2016 mit (IV-act. 152), der



Gesundheitszustand des Versicherten habe sich verschlechtert. Nach der Entlassung aus der Tagesklinik habe er die Medikamente nicht oder unregelmässig eingenommen und sei psychotisch geworden, indem er Stimmen gehört habe. Diese psychotische bzw. paranoide Symptomatik sei bereits im Jahr 1999 festzustellen gewesen, als er zu ihr in die Behandlung gekommen sei. Er sei vollständig arbeitsunfähig. Dr. med. L.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) notierte am 1. September 2016 (IV-act. 163), eine psychiatrische Begutachtung sei angezeigt. In somatischer Hinsicht sei der Sachverhalt im MEDAS-Gutachten hinreichend erfasst worden.

**A.h.** Am 3. Oktober 2016 teilte die IV-Stelle mit (IV-act. 165), dass eine psychiatrische Abklärung notwendig sei und Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, damit beauftragt werde. Der Versicherte reichte am 17. November 2016 Zusatzfragen an den Gutachter ein (IV-act. 172). Am 9. März 2017 und am 19. Mai 2017 wurde der Versicherte durch Dr. M.\_\_\_\_ psychiatrisch sowie am 5. Mai 2017 und am 19. Mai 2017 durch Dr. phil. N.\_\_\_\_ neuropsychologisch untersucht. Im Gutachten vom 22. Mai 2017 gab Dr. M.\_\_\_\_ an (IV-act. 178-74), eine eindeutige psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei deshalb nicht eingeschränkt. Im Abschnitt zur Anamnese hielt Dr. M.\_\_\_\_ insbesondere fest (IV-act. 178-46 ff.), der Versicherte habe erzählt, es sei lange her, dass er das erste Mal psychische Probleme gehabt habe. Er habe keine gute Kindheit gehabt. Heute warte er auf den Tag, an dem es ihm gut gehe, damit er sich wenigstens rasieren könne. Selten gehe es ihm ein wenig besser. Die Behandlungen und Klinikaufenthalte hätten keinen grossen Einfluss gehabt. Mit zwölf Jahren sei er traditionell verlobt und mit vierzehn Jahren verheiratet worden. Eine Lehre habe er nicht machen dürfen. Er habe drei Kinder und sei geschieden. An der letzten Stelle als Call Center Agent habe er eine 65 Stunden-Woche gehabt. Da er sehr gute Informatik-Kenntnisse habe, sei er für spezielle Kunden und auch für Missbräuche zuständig gewesen. Sein Arbeitgeber habe ihn als "Second Level" haben wollen und er sei Teamleiter von 17 Personen geworden. Schliesslich sei er zusammengebrochen. Er habe immer mehr als 100% gegeben. Die Krankheit sei schleichend gekommen. Ein Jahr lang sei er nur im Bett gelegen. Der Weg mit dem Kollegen zum Untersuchungsort sei eine Weltreise gewesen. Er wolle wieder gesund werden und kämpfe jeden Tag um Energie. Er gehe nicht aus dem Haus. Die Angstzustände, die er habe, seien da. Am Morgen stehe er



unterschiedlich früh auf. Am Abend, wenn diese Panik komme, ergreife er die Flucht, gehe hinaus und mache zwei Runden um den Block. Wenn er am Morgen aufstehe, nehme er die Medikamente, trinke einen Kaffee und sei zu Hause. Die Briefe bringe er immer zur sozialen Stelle. Zwei- bis dreimal pro Woche komme ein Sohn zu Besuch. Dann gingen sie zur Tankstelle einen Kaffee trinken. Am Nachmittag sei er zu Hause und warte, bis es Abend werde. Das Einkaufen falle ihm sehr schwer. Zu Dr. B.\_\_\_\_ fahre er mit dem Bus. Er versuche zu lesen, sei aber sehr schnell erschöpft und müde beim Aufnehmen. Dr. M.\_\_\_\_ führte in Bezug auf die objektiven Befunde aus (IV-act. 178-60 ff.), der Versicherte habe einen gepflegten, adäquat gekleideten Eindruck gemacht. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und -helligkeit gezeigt. Die Aufmerksamkeit und die Konzentration hätten durchgehend aufrechterhalten werden können. Das Gedächtnis habe beeinträchtigt gewirkt. Die Auffassung sei unauffällig gewesen, obschon der Versicherte angegeben habe, dass er sich sehr stark anstrengen müsse, um alles zu verstehen. Es hätten sich ausgeprägte Merkfähigkeitsstörungen gezeigt. Der Versicherte habe sich nach einigen Minuten an keines der zuvor wiederholten drei Wörter (Zitrone, Schlüssel, Ball) erinnert. Bei der Subtraktionsreihe (im Kopf von 100 sieben abziehen bis 65) seien ihm zwei Fehler unterlaufen. Hinweise auf Zwangsgedanken oder zwanghafte Handlungen hätten sich nicht gefunden. Auch seien keine Hinweise auf eine hypochondrische Erlebnisverarbeitung feststellbar gewesen. Der Versicherte fühle sich manchmal beobachtet, ansonsten hätten sich keine inhaltlichen Denkstörungen in der Form von wahnhaften Gedanken, Wahnwahrnehmungen oder eines systematischen wahnhaften Denkens gezeigt. Ab und zu höre der Versicherte eine Stimme, die seinen Namen rufe; ansonsten hätten sich keine Hinweise auf Sinnestäuschungen in der Form von Halluzinationen oder illusionären Verkennungen gefunden. Ich-Störungen in der Form eines Fremdbeeinflussungserlebens oder von Derealisations- oder Depersonalisationsphänomenen seien nicht vorhanden gewesen. Die Grundstimmung sei deutlich zum depressiven Pol hin verschoben gewesen. In der Beurteilung gab Dr. M.\_\_\_\_ an (IV-act. 178-64 ff.), dass bei psychiatrischen Begutachtungen die subjektiven Angaben des Exploranden für die Diagnostik und die Arbeitsfähigkeitsschätzung wesentlich seien. Vorliegend gebe es viele Hinweise darauf, dass die Angaben des Versicherten nicht zuverlässig seien. Der Versicherte habe



## St.Galler Gerichte

beispielsweise über sehr starke neuropsychologische Einschränkungen geklagt und diese bei der Erhebung des Psychostatus teilweise auch demonstriert; es treffe aber nicht zu, dass er sich – wie er anlässlich des Gesprächs vom 19. Mai 2017 noch einmal explizit festgehalten habe – nur maximal zwei bis drei Minuten konzentrieren könne. Des Weiteren habe der Versicherte anlässlich der psychiatrischen Untersuchung angegeben, dass ihn ein Kollege zum Untersuchungsort gefahren habe, da es ihm mit dem Zug "zu umständlich und zu viel" gewesen wäre. Offensichtlich sei er aber in der Lage, dies zu überwinden, da er zum zweiten Termin mit den öffentlichen Verkehrsmitteln angereist sei. Sehr auffällig sei auch, dass der Versicherte bei den psychiatrischen Untersuchungen eine deutliche depressive Symptomatik demonstriert habe, im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung aber nicht. Dort habe er vielmehr sehr ausgeprägte neuropsychologische Einschränkungen demonstriert. Dr. N.\_\_\_\_ habe festgehalten, dass sich mehrere Indizien für eine Antwortverzerrung hätten feststellen lassen, weshalb aus den testologisch erzielten Daten nicht auf das tatsächliche Ausmass der neurokognitiven Funktionstüchtigkeit habe geschlossen werden können. Der Versicherte habe in der neuropsychologischen Abklärung weitgehend sehr schlechte Resultate erzielt. Beispielsweise habe er einen Gesamt-IQ von 65 erreicht, was mit den anamnestischen Angaben zur beruflichen Laufbahn und auch mit dem Verhalten, das der Versicherte in der aktuellen Untersuchung gezeigt habe, nicht vereinbar sei. In sämtlichen Symptomvalidierungstests habe der Versicherte durchgehend sehr auffällige Resultate erzielt. In vielen Tests habe der Versicherte Resultate auf Zufallsniveau erreicht, was sich nicht anders interpretieren lasse, als dass er bei der Abklärung nicht mitgewirkt habe, sondern nur den Anschein einer Mitwirkung habe vermitteln wollen. Auch die Vorakten enthielten einige Hinweise auf Diskrepanzen und Widersprüche. Im Austrittsbericht der Klinik D.\_\_\_\_ sei festgehalten worden, die "vage gehaltenen bis teilweise widersprüchlichen Aussagen" des Versicherten hätten die Anamneseerhebung erschwert. Dies sei wohl auch der Grund gewesen, weshalb man sich diagnostisch nicht wirklich habe festlegen können. Im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS vom 13. Mai 2014 habe der Gutachter festgehalten, neben einer Persönlichkeitsakzentuierung bestehe zeitweise eine depressive Symptomatik, die wegen der starken Überlagerung durch die psychosozialen Faktoren diagnostisch schwer einzuordnen sei. Verschiedene Medikamente seien damals im Blut des Versicherten nicht nachweisbar gewesen. Der



psychiatrische Gutachter habe darum festgehalten, es sei nicht von einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen. In den Akten fänden sich auch Hinweise auf eine eingeschränkte Mitwirkung. Verschiedene Tagesklinikaufenthalte seien aufgrund der ablehnenden Haltung des Versicherten nicht zustande gekommen oder abgebrochen worden. Auffallend sei aber vor allem, dass die Diagnostik teilweise sehr weit auseinandergehe, was bei einer klaren und eindeutig vorhandenen Symptomatik eher nicht zu erwarten sei. Aufgrund der vielen Hinweise auf eine eingeschränkte Mitwirkung, Aggravation, Diskrepanzen und Widersprüche könne keine mit einem psychischen Leiden konsistente Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erklärt werden. Möglich sei, dass der Versicherte tatsächlich an einer rezidivierenden depressiven Störung leide. Insgesamt könne aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung des Versicherten, abgesehen von der (vermuteten) rezidivierenden depressiven Störung, keine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit gab Dr. M.\_\_\_\_ an, es sei gut möglich, dass früher vorübergehend die Kriterien einer eigentlichen depressiven Episode erfüllt gewesen seien. Allerdings lasse sich damit keine anhaltende gravierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. In Bezug auf die Zusatzfragen des Versicherten hielt Dr. M.\_\_\_\_ fest, dass es sich dabei im Wesentlichen um eine Ergänzung zur Anamnese und nicht um Fragen an den Gutachter handle. Dies führe zur etwas eigenartigen Situation, dass der Versicherte seine eigenen Fragen beantworte, was nicht Teil der Beurteilung sei. Dr. N.\_\_\_\_ führte in der neuropsychologischen Beurteilung vom 20. Mai 2017 unter anderem aus (IV-act. 178-86 ff.), die zwei Untersuchungen hätten je dreieinhalb Stunden gedauert. Aus den durch den Versicherten erbrachten Testergebnissen liessen sich mehrere Anzeichen einer Antwortverzerrung feststellen. Es sei davon auszugehen, dass die erzielten Testergebnisse nicht der tatsächlichen neurokognitiven Funktionstüchtigkeit des Versicherten entsprächen. Er verzichte daher ausdrücklich auf die Charakterisierung einer der aktuellen neurokognitiven Funktionstüchtigkeit des Versicherten angepassten Erwerbsmöglichkeit. Von der Prämisse einer besseren Beweiseignung einer neuropsychologischen Begutachtung könne nur dann ausgegangen werden, wenn Gewähr für die Wahrhaftigkeit der Aussagen des Versicherten und der erzielten Testergebnisse bestehen würde.



## St.Galler Gerichte

**A.i.** Der RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ notierte am 11. Oktober 2017 (IV-act. 184), das Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ entspreche im Wesentlichen den versicherungsmedizinischen Kriterien. Er gehe davon aus, dass durch das Gutachten kein leistungsbegründender medizinischer Sachverhalt ausgewiesen sei.

**A.j.** Mit einem Vorbescheid vom 18. Oktober 2017 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Begehrens um eine Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 194). Zur Begründung gab sie an, gemäss den Unterlagen und den beiden Gutachten (poly- und monodisziplinär) bestehe kein dauerhafter invalidisierender Gesundheitsschaden. Dem Versicherten sei es weiterhin möglich, als Call Center Mitarbeiter ein Einkommen von Fr. 47'520.-- zu erzielen. Der Versicherte erhob am 23. November 2017 einen Einwand (IV-act. 195). Er machte geltend, sein psychischer Gesundheitszustand sei derzeit sehr schlecht. Dr. B.\_\_\_\_ führe wegen einer schweren Depression eine Infusionstherapie durch. Am 9. Februar 2018 reichte er einen Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ ein (IV-act. 200). Diese hatte am 9. Januar 2018 mitgeteilt (IV-act. 199), dem Versicherten sei es in den letzten Monaten erheblich schlechter gegangen. Falls es ihm im Januar 2018 psychisch weiterhin schlecht gehen sollte, werde sie, in Absprache mit dem Versicherten, ihn wieder in eine psychiatrische Klinik einweisen müssen. Vom 19. März 2018 bis zum 25. April 2018 war der Versicherte in der Psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_ hospitalisiert. Ein Facharzt gab am 4. Mai 2018 als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig eine schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), vor dem Hintergrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61.0), und als psychiatrische Nebendiagnose eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) an (IV-act. 204). Er hielt fest, der Versicherte sei beim Austritt wach, bewusstseinsklar und zu allen vier Qualitäten durchgehend voll orientiert gewesen. Das Gedächtnis sei unauffällig, die Auffassung und die Konzentration seien eingeschränkt und das formale Denken sei eingengt gewesen. Der Affekt sei zum depressiven Pol hin verschoben gewesen. Der Antrieb sei leicht reduziert gewesen. Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt des Austritts. Der RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ notierte am 14. Mai 2018 im Wesentlichen (IV-act. 205), im Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ werde keine geänderte Situation geltend gemacht. Im Bericht der Psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_ sei keine schwergradige depressive Episode belegt und eine solche im Zeitpunkt des Austritts nicht mehr



gegeben gewesen. Insgesamt ergäben sich aus den neu vorliegenden Berichten keine, in den Gutachten nicht bereits diskutierten Erkenntnisse. Insbesondere sei keine neuerliche, dauerhaft anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen.

**A.k.** Mit einer Verfügung vom 14. Mai 2018 wies die IV-Stelle, entsprechend dem Vorbescheid, das Begehren um eine Invalidenrente ab (IV-act. 206). Zum Einwand des Versicherten hielt sie fest, aus den Berichten von Dr. B.\_\_\_\_ und der Psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_ ergäben sich aus der Sicht des RAD keine in den Gutachten nicht bereits diskutierten Erkenntnisse. Sie legte die RAD-Stellungnahme vom 14. Mai 2018 bei.

### **B.**

**B.a.** Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) erhob am 12. Juni 2018 (Postaufgabe: 15. Juni 2018) eine Beschwerde (act. G 1). Er beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 14. Mai 2018 und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen; insbesondere sei rückwirkend seit dem 1. Februar 2012 mindestens eine Teilrente auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung sowie zur anschliessenden Neubeurteilung und Entscheidung an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Mit einem obergerichtlichen psychiatrischen Gutachten sei die Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht abzuklären. Zudem sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, das Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2017 sei unvollständig, nicht nachvollziehbar und leuchte in der Schlussfolgerung nicht ein. Dr. M.\_\_\_\_ habe die Antworten auf seine Fragen (des Beschwerdeführers) weder in die Befunde noch in die Diagnostik einfließen lassen, weshalb das Gutachten unvollständig sei. Von den Ergebnissen einer Beschwerdevalidierung könne nicht auf Inkonsistenz und fehlende Mitwirkung geschlossen werden. Die Ergebnisse seien vielmehr nicht verwertbar und es sei abzuklären, ob sie Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung sein könnten (vgl. Gabriela Riemer-Kafka, Versicherungsmedizinische Gutachten, 2017, S. 72). Die Akten enthielten deutliche Hinweise auf eine Persönlichkeitsproblematik. Dr. M.\_\_\_\_ habe sich damit nicht auseinandergesetzt. Der Schluss, dass er (der Beschwerdeführer) nicht mitgewirkt habe und dass deshalb keine eindeutige Diagnose und Leistungsfähigkeitsbeurteilung



vorgenommen werden könne, sei nicht nachvollziehbar. Auch die neuropsychologische Abklärung vom 20. Mai 2017 sei nicht nachvollziehbar, weil die geklagten Beschwerden weder in einen Bezug zum Vorzustand noch zur Lebens- und Krankheitsgeschichte und zur aktuellen Lebenssituation gestellt worden seien und weil auch zahlreiche durchschnittliche Ergebnisse vorgelegen hätten, was bei der Interpretation des verzerrten Antwortverhaltens nicht berücksichtigt worden sei. Aus den Arztberichten der behandelnden Ärzte gehe indessen nachvollziehbar hervor, weshalb seit dem 10. Oktober 2010 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe.

**B.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragte am 30. Juli 2018 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, der medizinische Sachverhalt und damit auch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seien rechtsgenügend abgeklärt worden. Gemäss dem Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ hätten keine psychischen Einschränkungen plausibel nachvollziehbar gemacht werden können. Das Gutachten erfülle insbesondere die Anforderungen an ein strukturiertes Beweisverfahren. Auf das Gutachten könne abgestellt werden.

**B.c.** Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen bewilligte am 20. August 2018 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Beschwerdeverfahren (act. G 7).

**B.d.** Der Beschwerdeführer änderte in der Replik vom 16. November 2018 seine Anträge dahingehend (act. G 14), dass er nur noch am Hauptantrag der Aufhebung der Verfügung vom 14. Mai 2018 und der Zusprache der gesetzlichen Leistungen, insbesondere der Ausrichtung einer ganzen Rente seit dem 1. Februar 2012, festhielt. Er machte im Wesentlichen geltend, er leide an einer Aufmerksamkeitsstörung. Bei einer ADHS-Störung könnten mittels EEG Hirnleistungsdefizite objektiv bzw. organisch nachgewiesen werden. Die Testergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung bei Dr. N.\_\_\_\_ seien massiv unterdurchschnittlich gewesen. Nicht einleuchtend sei, dass bei derart schlechten Testergebnissen – insbesondere betreffend die Konzentration und die Aufmerksamkeit – angesichts der aktenkundigen ADHS-Diagnose keine organische Abklärung mittels EEG angeordnet worden sei. Dr. B.\_\_\_\_ habe ihn zur umfassenden Abklärung an O.\_\_\_\_ zu med. pract. P.\_\_\_\_ und Dr. phil. Q.\_\_\_\_ überwiesen.



Der Untersuchungsbericht vom 27. August 2018 zeige nachvollziehbar auf, dass er funktionell schwer eingeschränkt und psychisch krank sei. Die Analyse der gemessenen Hirnströme hätten das klare Bild einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen mit einer Wahrscheinlichkeit von 76% ergeben. Die Interpretation von Dr. M.\_\_\_\_, dass er bei der neuropsychologischen Abklärung nicht mitgewirkt habe, sei falsch. Med. pract. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ hätten am 29. September 2018 nochmals festgehalten, dass er (der Beschwerdeführer) nicht aggraviere und hätten zur Arbeitsfähigkeit als Call Center Mitarbeiter festgehalten: "Wir plädieren jedoch dafür, dass der Patient eine minimale Arbeitsleistung erbringen sollte, welche am Anfang nicht über 2 h Tagesleistung hinausgehen sollte. Danach sollte es möglich sei, die Tagesleistung auf maximal 4-5 h auszubauen". Der Beschwerdeführer machte geltend, der Untersuchungsbericht von med. pract. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ vom 27. August 2018 erfülle die Anforderungen an ein Gutachten, weshalb darauf abzustellen sei. Weil das MEDAS-Gutachten die ADHS nicht berücksichtigt habe, sei für die Zeit von April 2012 bis Februar 2013 und ab Januar 2014 von einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Er reichte den Untersuchungsbericht von med. pract. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ vom 27. August 2018 (act. G 14.1.1), den Bericht derselben Fachpersonen vom 29. September 2018 (act. G 14.1.3) und einen Austrittsbericht der Psychiatrischen Tagesklinik R.\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2018 (act. G 14.1.2) ein. Letzterer betraf eine teilstationäre Nachbehandlung vom 25. Juni 2018 bis zum 21. September 2018. Gemäss dem Untersuchungsbericht von med. pract. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ vom 27. August 2018 lag mit hoher Wahrscheinlichkeit (76%) eine Aufmerksamkeitsstörung vor. Im Bericht vom 29. September 2018 bestätigten die Fachpersonen diese Diagnose. Sie hielten zudem fest, gemäss ihren Daten stehe fest, dass die Schwierigkeiten des Beschwerdeführers nebst den depressiven Episoden zusätzlich durch Aufmerksamkeitsstörungen gegeben seien. Ausserdem äusserten sie sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

**B.e.** Die Beschwerdegegnerin machte in der Duplik vom 27. Dezember 2018 im Wesentlichen geltend (act. G 17), die neu eingereichten Berichte seien dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet worden. Gestützt auf die Ausführungen des RAD-Arzt handle es sich beim Untersuchungsbericht vom 27. August 2018 um ein reines Parteigutachten, wobei eine Aussage zur Funktionsfähigkeit im Alltag fehle und



welches die Anforderungen an ein strukturiertes Beweisverfahren nicht erfülle. Die neu eingereichten medizinischen Unterlagen änderten an der bisherigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nichts. Der RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ hatte am 10. Dezember 2018 im Wesentlichen notiert (act. G 17.1), im Untersuchungsbericht von med. pract. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ vom 27. August 2018 werde versucht, über eine Serie von Fragebogen und anhand elektrophysiologischer Surrogat-Parameter die Diagnose einer ADHS herzuleiten. Allerdings finde keine Auseinandersetzung damit statt, wie die über die Fragebogen erhobenen Befunde einzuordnen seien und welche Bedeutung sie für den Schweregrad des klinischen Beschwerdebildes und für die Einschränkungen der persönlichen und beruflichen Alltagsfunktionalität hätten. In Bezug auf die Diagnosestellung einer ADHS fehle ebenfalls der Abgleich mit der Korrelation zum Schweregrad von Funktionseinschränkungen, was für die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit allein ausschlaggebend sei. Selbst wenn man der Argumentation von med. pract. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ folgen sollte und eine ADHS annehme, sei damit noch nichts über die konkreten Auswirkungen im Alltag gesagt. Die von den beiden Fachpersonen verwendeten elektrophysiologischen Untersuchungsansätze hätten wegen entsprechender Unsicherheiten noch keinen Eingang in die reguläre Einzelfalldiagnostik gefunden. Eine leitlinienbasierte Diagnostik lasse sich darauf nicht begründen. Auf eine Auseinandersetzung mit der Aktenlage sei zudem bewusst verzichtet worden. Der Austrittsbericht der Psychiatrischen Tagesklinik R.\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2018 passe in das Muster der bisherigen Behandlerberichte und bilde keinen neuen Sachverhalt ab.

**B.f.** Mit einem Schreiben vom 25. Juni 2020 reichte der Beschwerdeführer einen testpsychologischen Bericht vom 15. Oktober 2019 von lic. phil. S.\_\_\_\_ und PD Dr. Dr. Dipl. Psych. T.\_\_\_\_ von der Psychiatrie U.\_\_\_\_ und eine Honorarnote des Rechtsvertreters ein (act. G 21). Er stellte die folgenden Anträge: Die Verfügung vom 14. Mai 2018 sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbesondere sei rückwirkend ab dem 1. Februar 2012 eine ganze Rente auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Dem unterzeichnenden Rechtsanwalt sei eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 6'000.--, zuzüglich Mehrwertsteuer, zuzusprechen. Er machte gestützt auf den Bericht von lic. phil. S.\_\_\_\_ und PD Dr. Dr.



Dipl. Psych. T.\_\_\_\_ geltend, dass er an einer Persönlichkeitsstörung leide. Im Gutachten sei ihm somit unberechtigt Aggravation und fehlende Mitwirkung unterstellt worden. Lic. phil. S.\_\_\_\_ und PD Dr. Dr. Dipl. Psych. T.\_\_\_\_ hatten am 15. Oktober 2019 über eine am 7. Oktober 2019 durchgeführte Untersuchung berichtet (act. G 21.1). Sie hatten festgehalten, die Ergebnisse spiegeln die derzeitige Leistungsfähigkeit wider. Es habe sich ein auffälliges Bild gezeigt. Die Angaben in der Anamnese und die Ergebnisse des Interviews (SKID-II) sprächen eher für eine Persönlichkeitsstörung. Die Ja-Antworttendenz bei den Selbstbeurteilungsfragebogen (IIP-D und IKP) habe sich auch im Interview gezeigt. Erst durch das Nachfragen hätten einige Items des SKID-II relativiert werden können. Der Beschwerdeführer wirke stark leidend, aber auch leicht theatralisch. Insgesamt sprächen die klinische Beobachtung, die Antworten im SKID-II Interview und die Anamnese für eine Persönlichkeitsstörung am ehesten aus dem Cluster C nach DSM V. Der Beschwerdeführer zeige in der Gesamtbeurteilung ängstlich-vermeidende Anteile und nur leichte misstrauische / sonderbare Aspekte. Im Abschnitt zum SKID-II hatten die Fachpersonen ausserdem angegeben, die Ergebnisse des Interviews würden auf eine Persönlichkeitsstörung hinweisen. Für eine abschliessende Aussage wären fremdanamnestische Angaben unverzichtbar.

**B.g.** Die Beschwerdegegnerin machte am 8. Juli 2020 geltend (act. G 23), der Bericht von lic. phil. S.\_\_\_\_ und PD Dr. Dr. Dipl. Psych. T.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2019 sei über ein Jahr nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. Mai 2018 abgefasst worden und könne damit die gesundheitlichen Einschränkungen im Zeitpunkt des Verfügungserlasses nicht abbilden. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ergebe sich nach wie vor aus dem Gutachten der MEDAS Bern vom 30. Dezember 2014 und dem psychiatrischen Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2017.

**B.h.** Der Beschwerdeführer wandte am 15. Juli 2020 ein (act. G 25), bei einer Persönlichkeitsstörung handle es sich um eine Erkrankung des Charakters, die zeitüberdauernd vorhanden sei und deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit während der Begutachtungen durch die MEDAS Bern und durch Dr. M.\_\_\_\_ vorhanden gewesen sei. Daher spiele es keine Rolle, dass der Untersuchungsbericht ein Jahr nach der angefochtenen Verfügung datiere.



### Erwägungen

#### 1.

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 14. Mai 2018 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem IV-Grad von 0% verneint. Streitgegenstand bildet also der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Der Beschwerdeführer hat beantragt, es seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbesondere sei rückwirkend ab dem 1. Februar 2012 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Soweit er über den Rentenanspruch hinaus die Zusprache von Leistungen der Invalidenversicherung beantragt hat, kann mangels eines Anfechtungsgegenstandes in der Form einer Verfügung nicht auf die Beschwerde eingetreten werden.

#### 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 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). 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.

Der Beschwerdeführer hat die Realschule besucht und keinen Beruf erlernt. Er hat zunächst während mehreren Jahren in der Gastronomie als Tellerwäscher und später als Hilfskoch gearbeitet (IV-act. 42, 178-50; vgl. auch IK-Auszug, IV-act. 72). Anschliessend hat er unter anderem beim V.\_\_\_\_ als PC-Supporter gearbeitet (einige Monate im Jahr 2002, IV-act. 42-8). Von August 2005 bis Februar 2009 ist er als Mitarbeiter in der Vertriebslogistik und beim Wareneingang bei der E.\_\_\_\_ AG erwerbstätig gewesen (IV-act. 35). Zu seinen Aufgaben haben die Warenannahme, das Auspacken und die Kontrolle sowie das Einlagern der Waren gezählt. Der AHV-beitragspflichtige Lohn hat im Jahr 2006 Fr. 52'000.--, im Jahr 2007 Fr. 52'910.-- und im Jahr 2008 Fr. 35'888.-- betragen (IV-act. 35-12 ff.). Von März 2009 bis August 2009, hat er als Mitarbeiter Logistik beim W.\_\_\_\_ gearbeitet und Fr. 28'406.-- verdient, was einem Jahreseinkommen von knapp Fr. 57'000.-- entsprochen hat. Von März 2010 bis Februar 2011 ist er als Contact Center Agent bei der F.\_\_\_\_ AG erwerbstätig gewesen und hat IT-Supportaufgaben ausgeführt. Der AHV-beitragspflichtige Monatslohn hat Fr. 3'960.-- betragen, was einem Jahreseinkommen von rund Fr. 51'000.-- entsprochen hat (IV-act. 42-21, 44). Der Beschwerdeführer hat also während vielen Jahren eine Hilfsarbeitertätigkeit ausgeübt. Erst im Rahmen der Anstellung bei der F.\_\_\_\_ AG (sowie während einigen Monaten im Jahr 2002 beim V.\_\_\_\_) hat er im IT-Support gearbeitet. Aus den Akten ist nicht ersichtlich, über welche IT-Fachkenntnisse der Beschwerdeführer verfügt. Es liegen lediglich eine Kursbestätigung vom 11. März 2003 betreffend einen PC-Workshop ECDL, eine Kursbestätigung vom 17. Juni 2005 betreffend einen Excel-Kurs sowie ein ECDL-Zertifikat vom 19. Dezember 2005 vor (IV-act. 14-15 ff.). Aus dem Arbeitszeugnis der F.\_\_\_\_ AG (IV-act. 42-21) ist zwar ersichtlich, welche Aufgaben der Beschwerdeführer erfüllt hat. Über welche IT-Fachkenntnisse der Beschwerdeführer im massgebenden Zeitraum verfügt hat, ist damit jedoch nicht belegt. Damit ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Validenkarriere des Beschwerdeführers in einer qualifizierten, eventuell sogar eine Führungsposition ermöglichenden Tätigkeit im IT-Supportbereich bestehen würde. Zur Beantwortung der Frage, über welche IT-Fachkenntnisse der



Beschwerdeführer verfügt, ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird entscheiden, ob sie ihre eigene Berufsberatung mit dieser Abklärung betrauen oder ob sie eine externe berufsberaterische Fachperson, allenfalls aus dem IT-Bereich, beiziehen will.

#### 4.

**4.1.** Für die Bestimmung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist ausschlaggebend, welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht in welchem Umfang noch zugemutet werden können. Die Beschwerdegegnerin hat dazu im Jahr 2014 die MEDAS Bern mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens (internistisch, psychiatrisch, neurologisch und ophthalmologisch) und im Jahr 2016 Dr. M. \_\_\_ mit der Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens beauftragt. Dr. M. \_\_\_ hat im Gutachten vom 22. Mai 2017 keine Diagnose (mit oder ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) stellen können. Er hat erklärt, dass bei psychiatrischen Begutachtungen die subjektiven Angaben des Exploranden für die Diagnostik (und die Arbeitsfähigkeitsschätzung) wesentlich seien. Die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers hat er als nicht verlässlich qualifiziert. Er hat mit der Begründung, dass viele Hinweise auf eine eingeschränkte Mitwirkung, Aggravation, Diskrepanzen und Widersprüchen bestanden hätten, keine Diagnose stellen können. Er hat seine Beurteilung mit entsprechenden Ausführungen belegt. Beispielsweise hat er erklärt, der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er sich nicht länger als zwei bis drei Minuten konzentrieren könne; dies treffe sicher nicht zu, da nur schon die Gespräche in den beiden Untersuchungen länger gedauert hätten. Diese Angabe ist überzeugend, da Dr. M. \_\_\_ die Konzentrationsfähigkeit des Beschwerdeführers durch eigene Beobachtung hat feststellen können. Hinzu kommt, dass der neuropsychologische Gutachter Dr. N. \_\_\_ angegeben hat, die Testergebnisse enthielten mehrere Anzeichen für eine Antwortverzerrung. Es sei davon auszugehen, dass die erzielten Testergebnisse nicht der tatsächlichen neurokognitiven Funktionstüchtigkeit des Beschwerdeführers entsprächen. Beispielsweise hat der Beschwerdeführer im Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene einen Gesamt-IQ von 65 erreicht, was auf eine massiv unterdurchschnittliche Intelligenzleistung hingedeutet hat. Dr. M. \_\_\_ hat dazu erklärt, dies lasse sich mit den anamnestischen Angaben zur beruflichen Laufbahn und mit dem in der psychiatrischen Untersuchung gezeigten



Verhalten nicht vereinbaren. Dr. M.\_\_\_\_ hat ausserdem Hinweise auf eine Aggravation festgestellt, was ebenfalls darauf hindeutet, dass der Beschwerdeführer nicht korrekt mitgewirkt hat. Ein solcher Hinweis ist etwa im Umstand zu erblicken, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich des ersten Untersuchungstermins von einem Kollegen hat fahren lassen, da es ihm mit dem Zug "zu umständlich und zuviel" gewesen wäre; zum zweiten Untersuchungstermin ist er aber mit dem Zug gefahren, da der Kollege offenbar keine Zeit gehabt hat. Das Zugfahren ist ihm also ohne Weiteres möglich gewesen. Auch scheinen die Angaben des Beschwerdeführers zur letzten Arbeitsstelle zumindest in einem Punkt unzutreffend gewesen zu sein. Der Beschwerdeführer hat nämlich angegeben, dass er der Teamleiter von 17 Personen gewesen sei. Im Arbeitszeugnis der F.\_\_\_\_ AG ist aber keine Teamleiterfunktion erwähnt worden. Dies deutet ebenfalls darauf hin, dass die Angaben des Beschwerdeführers nicht verlässlich gewesen sind. Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ haben keine Diagnose stellen bzw. keine Beurteilung abgeben können, weil der Beschwerdeführer seine Pflicht, bei der Begutachtung mitzuwirken, nicht ausreichend erfüllt hat. Die entsprechenden Ausführungen der beiden Gutachter sind nachvollziehbar und schlüssig. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. M.\_\_\_\_ verhält es sich wie folgt: Dr. M.\_\_\_\_ hat angegeben, dass er keine psychiatrische Diagnose habe stellen können. Somit sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Diese Schlussfolgerung ist beweisrechtlich unzulässig gewesen. Dr. M.\_\_\_\_ hat nämlich von der Verletzung der Mitwirkungspflicht bei der Sachverhaltsabklärung auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit geschlossen. Das mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festzustellen, ist aufgrund der fehlenden Mitwirkung des Beschwerdeführers bei der Begutachtung aber gar nicht möglich gewesen. Korrekt wäre deshalb gewesen, wenn Dr. M.\_\_\_\_ festgehalten hätte, dass er keine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgeben könne. Das Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ kann also in Bezug auf die darin enthaltene Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht überzeugen. Es belegt nur, dass der Beschwerdeführer seine Mitwirkungspflicht bei der Sachverhaltsabklärung in mehrfacher Hinsicht nicht erfüllt hat.

**4.2.** Der Beschwerdeführer hat gegen das Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ im Wesentlichen vorgebracht, dass er an einer Aufmerksamkeits- (act. G 14) bzw. an einer Persönlichkeitsstörung (act. G 21) leide. Er habe aus gesundheitlichen Gründen an den Untersuchungen nicht mitwirken können. Dr. M.\_\_\_\_ habe ihm also zu Unrecht eine



fehlende Mitwirkung und eine Aggravation unterstellt. Der Beschwerdeführer hat sich hierbei auf die Berichte von med. pract. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ vom 27. August 2018 und vom 29. September 2018 und von lic. phil. S.\_\_\_\_ und PD Dr. Dr. Dipl. Psych. T.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2019 berufen. Med. pract. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ hatten festgehalten, dass mit einer 76%igen Wahrscheinlichkeit eine Aufmerksamkeitsstörung vorliege. Der RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ hat zum Bericht vom 27. August 2018 erklärt, dass die von den beiden Fachpersonen verwendeten elektrophysiologischen Untersuchungsansätze wegen entsprechender Unsicherheiten noch keinen Eingang in die reguläre Einzelfalldiagnostik gefunden hätten; eine leitlinienbasierte Diagnostik lasse sich darauf nicht begründen. Dies zwingt zur Schlussfolgerung, dass die Diagnosestellung einer Aufmerksamkeitsstörung nicht lege artis erfolgt ist. Die Berichte von med. pract. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ vermögen damit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen, dass der Beschwerdeführer an einer Aufmerksamkeitsstörung leiden würde. Selbst wenn der Beschwerdeführer an einer Aufmerksamkeitsstörung leiden würde, könnte diese die Mitwirkung in den Untersuchungen überwiegend wahrscheinlich nicht beeinträchtigt haben. Gemäss Dr. M.\_\_\_\_ sind die Aufmerksamkeit und die Konzentration des Beschwerdeführers in der psychiatrischen Untersuchung nämlich unauffällig gewesen (IV-act. 178-61). Im Übrigen hat der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung angegeben, dass es ihm in Bezug auf die Konzentration viel besser gehe, seit er Ritalin einnehme (IV-act. 178-78). Der Beschwerdeführer hat weiter geltend gemacht, zur Bestimmung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sei auf die Berichte von med. pract. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ vom 27. August 2018 und vom 29. September 2018 abzustellen. Dazu ist festzuhalten, dass – abgesehen davon, dass die Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung nicht lege artis gestellt worden ist – diese Berichte die Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten nicht erfüllen (vgl. dazu BGE 125 V 352, E. 3a, und in Bezug auf psychiatrische Gutachten BGE 141 V 281; 143 V 409; 143 V 418). Der Untersuchungsbericht vom 27. August 2018 hat nämlich einzig zum Ziel gehabt abzuklären, ob der Beschwerdeführer an einer Aufmerksamkeitsstörung leide. Die durchgeführte Untersuchung ist für die streitigen Belange daher nicht umfassend gewesen. Med. pract. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ haben zudem weder die Vorakten gewürdigt noch haben sie ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung *auch nur ansatzweise* unter Berücksichtigung des vom Bundesgericht geschaffenen strukturierten



Beweisverfahrens abgegeben. Die Berichte stellen damit keine taugliche Beweisgrundlage dar. Der Bericht von lic. phil. S.\_\_\_\_ und PD Dr. Dr. Dipl. Psych. T.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2019 vermag auch keine mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bestehende Persönlichkeitsstörung des Beschwerdeführers zu belegen. Die beiden Fachpersonen haben nämlich angegeben, die Angaben in der Anamnese und die Ergebnisse des Interviews (SKID-II) sprächen *eh*er für eine Persönlichkeitsstörung. Im Abschnitt zum SKID-II haben sie notiert, die Ergebnisse des Interviews würden auf eine Persönlichkeitsstörung hinweisen; für eine abschliessende Aussage wären fremdanamnestische Angaben unverzichtbar. Solche wurden jedoch nicht eingeholt. Dennoch sind die beiden Fachpersonen zum Schluss gekommen, die klinische Beobachtung, die Antworten im SKID-II Interview und die Anamnese sprächen für eine Persönlichkeitsstörung am ehesten aus dem Cluster C nach DSM V. Diese Beurteilung widerspricht den vorhergehenden, zurückhaltenden Aussagen und überzeugt deshalb nicht. Die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte vermögen damit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen, dass der Beschwerdeführer *aus gesundheitlichen Gründen* an der Begutachtung nur eingeschränkt mitgewirkt hätte. Dr. M.\_\_\_\_ hat – wie der Beschwerdeführer geltend gemacht hat – im Gutachten vom 22. Mai 2017 zwar nicht explizit ausgeschlossen, dass die Mitwirkung wegen einer gesundheitsbedingten Beeinträchtigung eingeschränkt gewesen sein könnte. Er hat aber verschiedene Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung verneint (vgl. die Ausführungen zum Psychostatus, IV-act. 187-61 f.). Gestützt darauf ist davon auszugehen, dass er die Möglichkeit einer gesundheitsbedingt eingeschränkten Mitwirkung in seine Beurteilung einbezogen und entsprechend ausgeschlossen hat. Er ist also nicht davon ausgegangen, dass die Mitwirkung krankheitsbedingt eingeschränkt gewesen sei.

**4.3.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ausführungen von Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ in Bezug auf die von ihnen festgestellte eingeschränkte Mitwirkung des Beschwerdeführers überzeugen. Diese liegt überwiegend wahrscheinlich nicht in einer gesundheitlichen Beeinträchtigung begründet, sondern ist vielmehr willensgesteuert erfolgt. Damit muss es dem Beschwerdeführer willensmässig möglich sein, in einer erneuten Begutachtung vollständig mitzuwirken. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. M.\_\_\_\_ ist demgegenüber unzutreffend gewesen. Auf diese kann folglich nicht abgestellt werden.



**4.4.** Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung vom 14. Mai 2018 angegeben (IV-act. 206), gemäss den Unterlagen und den beiden Gutachten (poly- und monodisziplinär) bestehe kein invalidisierender Gesundheitsschaden. Sie ist also von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen und hat sich dabei – nebst der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten der MEDAS Bern vom 30. Dezember 2014 – auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. M.\_\_\_\_ gestützt. Nach dem in der E. 4.1 Gesagten hätte die Beschwerdegegnerin aber nicht annehmen dürfen, dass das Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ eine vollständige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers belege. Vielmehr hätte sie davon ausgehen müssen, dass die verbliebene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers noch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehe, dass aber auch noch keine objektive Beweislosigkeit vorliege.

## 5.

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zur Durchsetzung der Mitwirkungspflicht das Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG hätte durchführen müssen.

**5.1.** Der Versicherungsträger hat die Begehren zu prüfen, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Kommt sie ihren Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten bei der Sachverhaltsabklärung in unentschuldbarer Weise nicht nach, kann der Versicherungsträger aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Er muss die versicherte Person vorher schriftlich gemahnt, auf die Rechtsfolgen hingewiesen und ihr eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt haben (Art. 43 Abs. 3 ATSG). Art. 43 Abs. 3 ATSG regelt also das Mahn- und Bedenkzeitverfahren bei einer Verletzung der Auskunfts- und Mitwirkungspflicht bei der Sachverhaltsabklärung. Nun ordnet Art. 7b Abs. 1 IVG aber an, dass auf eine Verletzung der Mitwirkungspflicht bei einer medizinischen Untersuchung gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht die in Art. 43 Abs. 3 Satz 1 ATSG vorgesehenen Sanktionsmöglichkeiten, sondern die in Art. 21 Abs. 4 ATSG (eigentlich



für die Verletzung der Schadenminderungspflicht) vorgesehene Sanktion der Kürzung oder Verweigerung der angebehrten Leistung zur Anwendung kommen muss. Die Regelung von Art. 7b Abs. 1 IVG bedeutet also für die in Art. 43 Abs. 2 ATSG geregelte Pflicht zur Mitwirkung bei medizinischen Untersuchungen, dass bei der Anwendung von Art. 43 Abs. 3 Satz 1 ATSG als Sanktion nur die Kürzung oder die Verweigerung der angebehrten Leistung möglich ist. Das ist der einzige Regelungsinhalt von Art. 7b Abs. 1 IVG in Bezug auf die Pflicht zur Mitwirkung bei medizinischen Untersuchungen. Das bedeutet, dass Art. 43 Abs. 3 Satz 2 ATSG unverändert anwendbar bleibt. Bei einer Verletzung der Mitwirkungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG kann die angebehrte Leistung also erst nach der erfolglosen Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gekürzt oder verweigert werden. Art. 7b Abs. 2 IVG, der eine sanktionsweise Kürzung oder Verweigerung der angebehrten Leistung ohne ein vorgängiges Mahn- und Bedenkzeitverfahren zulässt, bezieht sich nicht auf Art. 7b Abs. 1 IVG und damit auch nicht auf die Verletzung der Mitwirkungspflicht bei einer medizinischen Untersuchung gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG. Vielmehr listet er andere Arten von Pflichten auf, die eine Kürzung oder Verweigerung der angebehrten Leistung ohne ein vorgängiges Mahn- und Bedenkzeitverfahren zulassen. Dabei bezieht sich nur Art. 7b Abs. 2 lit. d IVG unmittelbar auf die Mitwirkungspflicht bei der Sachverhaltsabklärung, nämlich auf die Pflicht, der IV-Stelle jene Auskünfte zu erteilen, die diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe benötigt. Art. 7b Abs. 2 lit. d IVG wurde von der vorberatenden Kommission des Nationalrats eingefügt und vom Parlament diskussionslos angenommen (Amtliches Bulletin Nationalrat 2006 N 346, Sitzung vom 21. März 2006; Amtliches Bulletin Ständerat 2006 N 602, Sitzung vom 22. Juni 2006). Ausführungen zu den Gründen, weshalb diese Regelung in Art. 7b Abs. 2 IVG aufgenommen wurde, fehlen. Wäre mit diesen Auskünften – über den klaren Gesetzeswortlaut hinaus – auch die Mitwirkung bei medizinischen Untersuchungen gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG gemeint, hätte der Gesetzgeber, der in Art. 7b Abs. 1 IVG den Art. 43 Abs. 2 ATSG angeführt hat, diesen in Art. 7b Abs. 2 lit. d IVG konsequenterweise ebenfalls ausdrücklich genannt. Der Wortlaut von Art. 7b Abs. 2 lit. d IVG gibt also den Regelungsinhalt abschliessend wieder. Das bedeutet, dass eine Verletzung der Pflicht, bei medizinischen Untersuchungen umfassend mitzuwirken, erst nach der erfolglosen Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens durch eine Kürzung oder Verweigerung der angebehrten Leistung geahndet werden darf.



**5.2.** Die Beschwerdegegnerin hat trotz der von Dr. M.\_\_\_\_ festgestellten eingeschränkten Mitwirkung und Aggravation des Beschwerdeführers kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt, sondern direkt auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit geschlossen (vgl. E. 4.4). Das Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG hat jedoch zum Zweck, auf die versicherte Person Druck auszuüben, damit sie ihrer Mitwirkungspflicht nachkommt und das Verfahren ordnungsgemäss weitergeführt werden kann (Tobias Bolt, Folgen einer Mitwirkungspflichtverletzung, in: JaSo 2016, S. 176). Da mit der Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens eine Mitwirkung der versicherten Person bei der Sachverhaltsabklärung bewirkt werden kann, darf nicht unter Verzicht auf dieses verfahrensrechtliche Instrument auf eine objektive Beweislosigkeit geschlossen werden. Selbst wenn eine eingeschränkte Mitwirkung in einer bewusstseinsfernen Aggravation begründet liegt, kann ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren zu einer Mitwirkung führen, indem der versicherten Person vor Augen geführt wird, dass sie nicht vollständig mitgewirkt hat. Der Versicherungsträger ist also gesetzlich verpflichtet, zur Erfüllung des Untersuchungsgrundsatzes gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG sämtliche Mittel zur Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts auszuschöpfen, wozu auch das Mahn- und Bedenkzeitverfahren zählt. Vorliegend hat der Beschwerdeführer im Rahmen der medizinischen Begutachtung durch Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_, also in einem Anwendungsfall von Art. 43 Abs. 2 ATSG, nur eingeschränkt mitgewirkt. Er hat damit seine Mitwirkungspflicht bei der Sachverhaltsabklärung verletzt. Nach dem in E. 5.1 Gesagten hätte die Beschwerdegegnerin das Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG durchführen müssen, dies unter der Androhung der Sanktionen gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG. Weil sie dies unterlassen hat, hat sie Art. 43 Abs. 1 und 3 ATSG und Art. 7b Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 21 Abs. 4 ATSG verletzt.

## 6.

Die Beschwerde ist demnach teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit ist zur weiteren Abklärung zur Bestimmung der Validenkarriere und zur erneuten psychiatrischen Begutachtung nach der Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens im Sinne von Art. 43 Abs. 3 ATSG unter der Androhung der Sanktionen gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird dem Beschwerdeführer also androhen, dass sie einen



Rentenanspruch verneinen werde, wenn er bei der erneuten Begutachtung nicht vollumfänglich mitwirken werde. Die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur erneuten psychiatrischen Begutachtung ist ohne weiteres zulässig, da es zur gesetzlichen Pflicht der den Sachverhalt abklärenden Verwaltung gehört, bei einer Verletzung der Mitwirkungspflicht der versicherten Person das Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen. Das Instrument des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ist dem für das Versicherungsgericht anwendbaren kantonalen Verfahrensrecht (Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege, sGS 951.1) fremd, womit dem Versicherungsgericht auch kein Mittel zur Verfügung stünde, auf eine versicherte Person, die ihre Mitwirkungspflicht verletzt, Druck auszuüben, damit sie ihrer Pflicht nachkommt.

### 7.

**7.1.** 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen.

Praxisgemäss ist die Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu werten (vgl. BGE 132 V 235, E. 6.1). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

**7.2.** Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu betrachten ist. 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 Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat eine Honorarnote von Fr. 8'160.-- eingereicht. Da der Vertretungsaufwand bis zum Abschluss des zweifachen Schriftenwechsels im Januar 2019 jenem eines durchschnittlich aufwändigen Beschwerdeverfahrens betreffend



einen Rentenanspruch entsprochen hat, welcher praxisgemäss mit Fr. 3'500.-- entschädigt wird, ist der in der Honorarnote geltend gemachte Arbeitsaufwand deutlich überhöht gewesen. Am 25. Juni 2020 hat der Beschwerdeführer nochmals eine Stellungnahme abgegeben und einen testpsychologischen Bericht eingereicht. Dies rechtfertigt eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.--. Die Mehrwertsteuer ist darin bereits enthalten. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen, soweit auf sie eingetreten wird; die angefochtene Verfügung vom 14. Mai 2018 wird aufgehoben und die Sache wird zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

#### 2.

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

#### 3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- zu bezahlen.