

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/155 vom 19. Mai 2015**

Sg Versicherungsgericht, 2015-05-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2013\\_155](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2013_155)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/155 du 19 mai 2015

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/155 del 19 maggio 2015

## **Regeste**

Art. 17 ATSG; Art. 28 IVG, Art. 88bis Abs. 2 IVV. Revision (Einstellung) einer Rente wegen durch Gutachten und Observation erstellter Aggravation. Eine zur rückwirkenden Einstellung berechtigende Meldepflichtverletzung oder unrechtmässige Erwirkung der Rentenleistung liegt hingegen nicht vor (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Mai 2015, IV 2013/155).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Dem Beschwerdeführer wurde ab 1. Juni 2000 eine halbe IV-Rente ausgerichtet (IV-act. 19; 22). Mit angefochtener Verfügung vom 7. März 2013 (act. G 1.2) wurde diese rückwirkend ab 1. Juli 2009 auf eine ganze Rente erhöht und per 30. Juni 2011 eingestellt. In der Beschwerdeantwort vom 10. Juni 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin, die angefochtene Verfügung sei insofern zu "korrigieren", als sie dem Beschwerdeführer vorübergehend eine ganze Rente zuspreche (act. G 4). Die Beschwerdegegnerin beantragt mithin, die von ihr erlassene, angefochtene Verfügung sei in Bezug auf die vorübergehende Rentenerhöhung aufzuheben. 1.2 Gemäss Art. 61 lit. d des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist das Versicherungsgericht an die Begehren der Parteien nicht gebunden. Es kann eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid zu Ungunsten der Beschwerde führenden Person ändern oder dieser mehr zusprechen, als sie verlangt hat, wobei den Parteien vorher Gelegenheit zur Stellungnahme sowie zum Rückzug der Beschwerde zu geben ist.

### **E. 1.3**

1.3.1 Der Beschwerdeführer lässt sinngemäss vorbringen, er habe die Verfügung in Bezug auf die vorübergehende Rentenerhöhung nicht angefochten; diese bilde mithin nicht Streitgegenstand. Auf den diesbezüglichen Antrag der Beschwerdegegnerin sei daher nicht einzutreten (act. G 6-2). 1.3.2 Anfechtungsgegenstand bilden im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren die von der zuständigen Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich, in den Verfügungen geregelten Rechtsverhältnisse. Streitgegenstand ist demgegenüber das auf Grund der Beschwerdebegehren tatsächlich angefochtene, somit als Prozessthema vor das Gericht gezogene Rechtsverhältnis. Für die begriffliche Umschreibung des Streitgegenstandes und seine Abgrenzung vom Anfechtungsgegenstand nicht von Bedeutung sind demzufolge die bestimmenden Elemente ("Teilaspekte", "aspects") des oder der verfügungsweise festgelegten Rechtsverhältnisse wie die einzelnen Anspruchsvoraussetzungen oder die zeitlichen und masslichen Festsetzungen einer Leistung (BGE 130 V 502 E. 1.1, 125 V 415

f. E. 2a und 2b, mit weiteren Verweisen). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung liegt materiell ein einziges Rechtsverhältnis vor, wenn eine Leistung rückwirkend zugesprochen, diese aber gleichzeitig befristet, herauf- oder herabgesetzt wird. Dabei ist unerheblich, ob aus technischen Gründen eine oder am selben Tag mehrere Verfügungen erlassen werden (BGE 131 V 164 E. 2.3, mit Hinweis auf BGE 125 V 415 f. E. 2; vgl. m.w.H. den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2008/359 vom 26. Februar 2010 E. 2).

1.3.3 Nach dem Gesagten umfasst der Streitgegenstand sowohl die vorübergehende Erhöhung als auch die anschliessende Einstellung der Rente. Das Versicherungsgericht hat somit auch die vom Beschwerdeführer nicht gerügte vorübergehende Erhöhung der Rente zu prüfen. Dabei ist es gemäss Art. 61 lit. d ATSG nicht an Parteianträge gebunden und - unter Einhaltung der formellen Voraussetzungen, insbesondere der Gewährung der Gelegenheit zur Stellungnahme und zum Rückzug der Beschwerde - berechtigt und verpflichtet, die angefochtene Verfügung auch zu Ungunsten der anfechtenden Partei abzuändern (*reformatio in peius*).

## **E. 2**

2.1 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

2.3 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a); in diesem Sinn trifft die Verwaltung grundsätzlich auch die Beweisführungslast. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

2.4 Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und

Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Zu beachten sind sodann die einschlägigen Verfahrensvorschriften und die Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

### **E. 3**

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Juni 2014, 9C\_273/2014, E. 3.1.1). 3.2 Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Nach Art. 88 bis IVV erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (lit. a). Sie erfolgt rückwirkend vom Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung, wenn die unrichtige Ausrichtung einer Leistung darauf zurückzuführen ist, dass der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder der ihm gemäss Art. 77 zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV).

### **E. 4**

4.1 Im Zentrum der Sachverhaltsermittlung steht das psychiatrische Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ vom 22. März 2011 (IV-act. 65). Der Gutachter fand Unstimmigkeiten in den Aussagen und im Verhalten des Beschwerdeführers, welche schliesslich Anlass zur Observation gaben und zusammen mit deren Ergebnissen zur angefochtenen Verfügung führten. Es ist daher zunächst zu prüfen, ob das Gutachten beweistauglich ist.

#### **E. 4.2**

4.2.1 Der Beschwerdeführer berichtete Dr. K.\_\_\_\_, er habe bis vor einem Monat während rund 10 Jahren das Medikament Fluctine eingenommen. Am Kantonsspital seien schon viele Medikamentenumstellungen versucht worden, die jeweils nach wenigen Tagen an aufgetretenen Nebenwirkungen gescheitert seien. Er sehe regelmässig (jedoch nicht in der Untersuchungssituation) Leute hinter sich, die sich anschleichen oder (ihn) würgen wollten, sehe Gesichter und höre Stimmen, die nicht wirklich seien. Seit dem Jahr 2009 habe sich die Stimmung verschlechtert; er leide unter Zittern, zuckenden Beinen, Suizidgedanken, rede weniger, ziehe sich mehr zurück, könne nichts mehr machen und habe keine Lebenslust. Er bewege sich ausserhalb der Wohnung nur für Arztbesuche und kleine Einkäufe selbständig und fahre etwa einmal wöchentlich mit dem Auto. Er leide unter schlechtem Schlaf, Verfolgungsgefühlen und Alpträumen und er verspüre eine starke innere Unruhe. Gegen Kopfschmerzen nehme er Dafalgan und habe beim schnellen Laufen Atemprobleme. Er wache morgens zwischen 5.00 Uhr und 7.00 Uhr auf, könne sich selbständig ankleiden, duschen und essen. Die Zeit zwischen den Mahlzeiten am Morgen

und Abend verbringe er ohne Beteiligung an der Hausarbeit, sitze im Wohnzimmer oder Schlafzimmer, gehe fallweise mit seiner Ehefrau hinaus und schaue fern. Er benutze kein Mobiltelefon und habe keine Hobbys (IV-act. 65-10 f.). Er leide unter Gefühllosigkeit, Weinerlichkeit, fühle sich entscheidungsunfähig, energielos und "kaputt". Über sich selbst könne er mit der Familie nicht sprechen; dies tue er lediglich bei Dr. O.\_\_\_\_ (IV-act. 65-12, 16).

4.2.2 Dr. K.\_\_\_\_ konsultierte telefonisch den behandelnden Arzt des Beschwerdeführers, Dr. O.\_\_\_\_. Dieser teilte ihm mit, die "schizoaffektive Störung" bilde weiterhin lediglich eine Arbeitsdiagnose. Eine einfache Angststörung oder eine Borderlinestörung lägen nicht vor. Psychopathologisch zeige der Beschwerdeführer sich schwerst hypochondrisch mit paranoiden Ängsten. Affektiv trete er nicht in Kontakt, eine therapeutische Beziehung sei nicht möglich. Die Compliance sei gering; rund zehn Neuroleptika habe der Beschwerdeführer jeweils sofort wegen Nebenwirkungen abgesetzt (IV-act. 65-7). Die testpsychologische Untersuchung umfasste den Culture-Free-Test, ein Interview bezüglich Angst und Depression, eine Untersuchung zum Selbst-Objekt-konzept, den Benton-Test, den Wartegg-Test sowie den Baumzeichentest. Die Psychologin fand deutliche Hinweise auf eine schwerwiegende depressive Problematik mit Angst und Verfolgung bei einer Unfähigkeit, abstrakt zu denken. Ihr gegenüber habe der Beschwerdeführer berichtet, er gehe nicht "raus", fühle sich verfolgt, habe viele Träume. Sein Körper sei "kaputt"; wenn er keine Medikamente einnehme, leide er unter Ängsten und Panik. Er gehe nur mit seiner Ehefrau spazieren. Sie sei nett, behilflich, mache viel. Er rede auch mit seinen Angehörigen nicht gerne und viel, möge keinen Lärm. Er habe den Mut und die Hoffnung verloren und sehe keine Zukunft. Dies werde immer stärker und sei früher besser gewesen. Er leide ständig unter depressiven Störungen, Verfolgungen, Ängsten, sei unkonzentriert, seine Augen seien vernebelt. Er wolle etwas machen, alles belaste ihn, er ertrage nichts. Er sei immer zu Hause, selbständig im Zimmer. Er leide (IV-act. 65-21 ff.).

4.2.3 Der Gutachter befand, die vom Beschwerdeführer anamnestisch und laut Aktenlage erwähnten Stimmen, Gesichter und Personen beziehungsweise die optisch-akustischen halluzinatorischen Ereignisse seien in der Untersuchung nicht kongruent, nicht verifizierbar und wenig einfühlbar geschildert worden. In der Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf Derealisation, Depersonalisation oder eine Ich-Störung gezeigt (IV-act. 65-11 f.). Die ursprünglich ängstlich-hypochondrische depressive Entwicklung, welche in den Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ (Oktober 2000) und Dr. F.\_\_\_\_ (April 2004) diskutiert worden sei, habe sich ab 2004 in Form leichter depressiver Episoden weiter erhalten. Das Rückzugsverhalten des Beschwerdeführers auf den Rahmen seiner Familie hingegen zeige sich nicht durchgehend, so habe er weiterhin und bis anhin jährlich fünf Wochen in den Urlaub fliegen können (Izmir), fahre ein eigenes Auto und benutze regelmässig ein eigenes Mobiltelefon. Auch sei er in der Lage, seine Arztbesuche im Kantonsspital selbständig auszuführen und Einkäufe selbständig zu erledigen. Die Interesselosigkeit hinsichtlich Hobbys, Freizeitbeschäftigung oder Kontakten zu Einheimischen könne im Rahmen der kulturspezifischen Separation und mangelnden Integrationswilligkeit betrachtet werden. Auch die fehlende Beschäftigung in Haushalt und Freizeit könne als kulturspezifisches Rollenverhalten betrachtet werden (IV-act. 65-13 f.). Im Rahmen des Zusammenlebens des Beschwerdeführers mit seinen eigenen Eltern und der nicht sprachkundigen Ehefrau bestehe eine offensichtliche Isolation und kollektive Unselbständigkeit mit hoher gegenseitiger Abhängigkeit in der Familie (IV-act. 65-14). Die Einschränkungen des Beschwerdeführers ergäben sich hauptsächlich aus seiner Ängstlichkeit, psychomotorischen Unruhe sowie optischer und akustischer

halluzinatorischer Schilderungen, welche vom Beschwerdeführer wohl inkonsistent, aber wiederholt angegeben würden. Im Rahmen der Ängstlichkeit sei auch eine Neigung zu Hyperventilation und unklaren Anfällen mit fraglicher Bewusstlosigkeit vorhanden, welche in den vergangenen beiden Jahren nicht mehr aufgetreten seien. Auch bestünden rasche Überforderungszeichen in Form von Magen- und Herzbeschwerden sowie hypochondrische Beschwerden. Insgesamt bestehe auch ein leicht depressives Beschwerdebild mit Antriebsschwäche, Motivationsschwäche, fehlenden Integrationsanstrengungen und einem Leben in einer türkischen Parallelgesellschaft. Im Gegensatz dazu präsentiere sich das Zustandsbild in der psychiatrischen Untersuchung widersprüchlich: beim Referenten mit nur leichter depressiver Beeinträchtigung und primärer Angstsymptomatik, in der testpsychologischen Untersuchung mehr depressiv betont (allerdings neu eingestellt unter erheblicher Sedierung mit Xanax und Neuroleptikum) (IV-act. 65-15). Die Willensanstrengung habe erste Einschränkungen bereits beim Abbruch der Lehre gezeigt. Seitens der IV unternommene Anstrengungen zur Umschulung seien nicht angetreten worden und ein von ihm selbst angenommener Job im Reinigungsdienst bei der P.\_\_\_\_ AG sei nach wenigen Monaten wieder abgebrochen worden (20 %-Pensum). Der Beschwerdeführer scheine mit der 50 %igen IV-Rente und Ergänzungsleistungen gemäss eigenen Schilderungen sein Auskommen zu finden. Auch seien trotz angegebener schwerer Leiden keine Anstrengungen bezüglich teilstationären oder stationären psychiatrischen Abklärungen und Therapien unternommen worden. Ein weiterer Aggravierungshinweis ergebe sich daraus, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Revisionsprüfung 2003 im Gegensatz zu Dr. E.\_\_\_\_ angegeben habe, Hilfe beim Aufstehen und Absitzen zu benötigen. Dass er in den Jahren 1999 bis 2009 keine anderen Medikamente als Fluctine vertragen habe, erscheine angesichts der vielen gut verträglichen antidepressiven Behandlungsschemata wenig glaubwürdig. In den Akten fänden sich widersprüchliche Angaben des Beschwerdeführers zur Rückbildung der Beschwerden nach dem Vorfall vom 27. Juni 1999 und zur Häufigkeit halluzinatorischer Episoden (IV-act. 65-15 f.). Die Angststörung und depressive Erkrankung würden durch die Testung gestützt. Klinisch sei allerdings der Zustand vor der Testung (ohne Xanax) aussagekräftiger hinsichtlich der Ausprägung der Depression. Es fänden sich analog zur klinischen Untersuchung keine Hinweise auf eine aktuelle Psychose oder schizoaffektive Störung oder eine Organizität. Es müsse davon ausgegangen werden, dass das Denken des Beschwerdeführers zur Dekompensation im Rahmen der Angsterkrankung und auch zu Dissoziation führe (IV-act. 65-16 f.). Der Beschwerdeführer lebe in einer erworbenen Unselbständigkeit und sehe keine Verantwortung, sich um Arbeit oder Eingliederung zu bemühen. Es sei anzunehmen, dass der Leidensdruck nicht erheblich sei oder ein ausreichendes wirtschaftliches Einkommen über die Berentung bestehe (IV-act. 65-17). In die Beurteilung der neurologischen Abteilung des Kantonsspitals St. Gallen vom 5. Juli 1999 seien aussenanemnestische Angaben nicht einbezogen worden, ebenso könnten ein reines Hyperventilationsgeschehen oder eine Dissoziation als Ursache des Ereignisses nicht ausgeschlossen werden. Auch sei die Schilderung des Beschwerdeführers hinsichtlich der Hemisymptomatik atypisch gewesen. Ein rein psychogener Anfall sei in die Differenzialdiagnose nicht einbezogen worden, obwohl der Anfall am ersten Arbeitstag nach Rückkehr aus einem fünfwöchigen Türkeiurlaub bei vorhandener migrationspezifischer Belastung erfolgt sei. Das MEDAS-Gutachten, welches als Basis der Teilberentung gedient habe, sei ohne klare Klassifikation (ICD-10) und ohne Berücksichtigung der somatoformen Züge der Störung erfolgt und aktuell nicht mehr

schlüssig. Im Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_, welches wiederum keine ICD-10-Diagnose enthalte und als Grundlage für den neuerlichen Entscheid zu Fortführung der Teilberentung gedient habe, sei von unzutreffenden anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers ausgegangen worden, sein Vater sei an einer Herzkrankheit verstorben (IV-act. 65-18). Die von Dr. H.\_\_\_\_ angeführte "schizodepressive" Symptomatik stütze sich alleine auf inkonsistente Angaben des Versicherten, welche nicht objektivierbar seien. Die aktuelle Untersuchung und Testpsychologie zeigten keine Hinweise auf eine psychotische Erkrankung. Des Weiteren seien die depressiven Beschwerden und die Angstsymptomatik des Beschwerdeführers in Zusammenschau mit dessen erhaltener Tagesstruktur (er könne z.B. Auto fahren, in den Urlaub fliegen, Einkäufe selbst erledigen) aktuell nur mit einer leichten Ausprägung von Angst und Depression vereinbar. Chronische oder akute Schmerzen würden aktuell verneint. Aufgrund der zahlreichen Inkongruenzen und Inkonsistenzen sowohl in der Aktenlage als auch im Vergleich mit der aktuellen Untersuchung entstünden erhebliche Zweifel daran, wie weit der Beschwerdeführer die zumutbare Willensanstrengung zur Minderung seines Leidens umsetze. Zur klareren weiterführenden diagnostischen Einordnung sei eine tagesklinische oder stationäre Beobachtung notwendig. Zusammenfassend könne zum aktuellen Zeitpunkt maximal mit einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit gerechnet werden (IV-act. 65-19 f.). 4.2.4 Im Nachgang zum Gutachten trafen die Testresultate zur Bestimmung des Medikamentenspiegels bei Dr. K.\_\_\_\_ ein (IV-act. 66-2). Dieser ergänzte, es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer die Medikamente Quetiapin und Risperidon entgegen seiner Behauptung vor dem Blutabnahmedatum am 1. April 2011 nicht regelmässig eingenommen habe. Die entsprechende Inkonsistenz sei noch nicht in das Gutachten eingeflossen und (zusätzlich) zu berücksichtigen (IV-act. 66-1).

### **E. 4.3**

4.3.1 Die von Dr. K.\_\_\_\_ angeführten Inkongruenzen und Inkonsistenzen werden von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers im Einzelnen bestritten, da sie auf falsch wiedergegebenen beziehungsweise zu Unrecht subjektiv uminterpretierten Aussagen beruhten (act. G 1-16 f.). Sinngemäss und im Wesentlichen macht die Rechtsvertreterin geltend, der Gutachter erscheine befangen, weshalb das Gutachten nicht beweistauglich sei.

4.3.2 Die von Dr. K.\_\_\_\_ erfolgte Wiedergabe des Berichts von Dr. D.\_\_\_\_ betreffend histrionischer Tönung beziehungsweise histrionischer Art der Krankheitsverarbeitung (vgl. IV-act. 28-4 f., 65-18) lässt entgegen dem Vorbringen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (act. G1-9 f.) nicht auf eine (ab)wertende Zitierung schliessen. Dies gilt auch für die Erwähnung der Aktennotiz, gemäss welcher eine Erhöhung der Rente zwar in Betracht gezogen, jedoch nicht verfügt wurde, und welche Dr. K.\_\_\_\_ offenbar irrtümlich für ein RAD-Protokoll gehalten hatte (vgl. IV-act. 58; IV-act. 65-7; act. G 1-9). In Bezug auf die Angaben des Beschwerdeführers zum Gesundheitszustand seines Vaters schloss Dr. K.\_\_\_\_ ein Missverständnis nicht aus und mass ihnen lediglich für die Würdigung des Gutachtens von Dr. F.\_\_\_\_ Bedeutung bei (IV-act. 65-18). Dem Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. act. G 1-9 f.) ist jedoch insoweit zuzustimmen, dass ihm eine Inkongruenz nicht vorgehalten werden kann, weil die Aktenlage hinsichtlich des Vorliegens und des Zeitpunkts der Erkrankung seines Vaters unklar ist (vgl. dazu IV-act. 12-1, 6, 12; IV-act. 51-3, 5, 12). Zu relativieren ist sodann die Feststellung Dr. K.\_\_\_\_s, der Beschwerdeführer habe widersprüchliche Angaben zur Art und Häufigkeit halluzinatorischer Episoden gemacht (IV-act. 65-16). Hier ist der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zuzustimmen, dass sich die Aussage häufiger Anfälle auf

Angstereignisse bezieht, während sich die Angabe eines bisher einmaligen Erlebens auf halluzinatorische Episoden bezieht (vgl. IV-act. 51-3, 5, 7; act. G 1-10, 14). Was die Angabe des Beschwerdeführers zur Hilfsbedürftigkeit beim Aufstehen und Absitzen anbelangt (IV-act. 27; IV-act. 28-1), ist dem Vorbringen der Rechtsvertreterin, diese sei nur kurzfristig nötig gewesen (act. G 1-12), entgegenzuhalten, dass im betreffenden Fragebogen ausdrücklich nach "regelmässiger" Hilfsbedürftigkeit gefragt wurde (IV-act. 27-2). Allerdings bejahte der Beschwerdeführer die Hilfsbedürftigkeit lediglich in einem von vier erfragten Bereichen, während sich die Angabe von Dr. E.\_\_\_\_ auf die alltäglichen Lebensverrichtungen im Allgemeinen bezieht. Dies wiederum entschärft den Widerspruch. Auch zur Unverträglichkeit anderer Medikamente als Fluctine ist die Aktenlage nicht schlüssig. Insbesondere bleibt unklar, ob die Feststellungen ausschliesslich auf Schilderungen des Beschwerdeführers oder aber auch auf ärztlichen Beobachtungen beruhen. Immerhin ist aus diesem Grund eine Notfallkonsultation dokumentiert (IV-act. 28-4 f.), und es erscheint wenig plausibel, dass aus der geltend gemachten Unverträglichkeit auf eine Aggravation der Beschwerden zu schliessen ist. Mit Dr. K.\_\_\_\_ (IV-act. 65-16) und entgegen den Ausführungen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (act. G 1-14) ist hingegen anzunehmen, dass der Beschwerdeführer die Folgen des Vorfalles vom 28. Juni 1999 gegenüber Dr. D.\_\_\_\_ überzeichnet haben dürfte (vgl. dazu IV-act. 5-7; IV-act. 28-4), was auch seiner zum Histrionischen neigenden Persönlichkeit entspreche. Nicht gefolgt werden kann sodann dem Vorbringen der Rechtsvertreterin, eine Interpretation der Blutserumspiegelbestimmung der Medikamente müsste deren Einnahmeart und -zeit berücksichtigen (act. G 1-13 f.). Gemäss Arzneimittelkompendium ([www.compendium.ch](http://www.compendium.ch)) werden Quetiapin und Risperidon unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen. Soweit Unterschiede in der Einnahmeart oder -zeit dennoch relevant sind, ist davon auszugehen, dass sie in der Festsetzung des Referenzbereichs berücksichtigt sind (IV-act. 66-2). Die beim Beschwerdeführer bestimmten Mengen liegen sehr weit unter dem Referenzbereich (IV-act. 66-2), so dass nicht anzunehmen ist, dass dies auf die Einnahmemodalitäten zurückzuführen ist. Vielmehr ist von einer unregelmässigen Einnahme auszugehen. Schliesslich stellte Dr. K.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer vermeide eine offene Auseinandersetzung mit seiner Krankheit auch im familiären Rahmen und vertraue sich lediglich Dr. O.\_\_\_\_ an (IV-act. 65-16). Dazu steht die Auskunft von Dr. O.\_\_\_\_ im Widerspruch, wonach der Beschwerdeführer bei ihm eine geringe Bereitschaft für eine Abklärung oder Therapie zeige und eine therapeutische Beziehung sich (bislang) nicht habe aufbauen lassen (IV-act. 65-7, 14). Dies lässt den Schluss zu, dass der Beschwerdeführer bei Dr. K.\_\_\_\_ den Eindruck eines geringen Leidensdrucks vermeiden wollte. Ob er von den Angehörigen nicht im von ihm dargelegten Ausmass als krank wahrgenommen wird (act. G 1.2-9), oder ob er ein Versagen als Ernährer kulturbedingt als beschämend und minderwertig ansieht (act. G 1-15), ist in diesem Zusammenhang höchstens von untergeordneter Bedeutung.

#### 4.4 Das Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_

gründet auf einer umfassenden Anamneseerhebung und einer psychiatrischen Untersuchung sowie einer psychologischen Testung. Dass letztere - entgegen dem beschwerdeführerischen Vorbringen (act. G 1-17) - durch Dr. K.\_\_\_\_ begleitet und verifiziert wurde, ergibt sich aus der Übernahme der Ergebnisse ins Gutachten. Demnach kann offen bleiben, ob die beteiligte Psychologin über eine Bewilligung zur eigenverantwortlichen Berufsausübung gemäss Art. 22 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Psychologieberufe (PsyG; SR 935.81) verfügt. Bezüglich der Eignung der angewandten Testverfahren (vgl. act. G 1-17 f.) ist grundsätzlich auf die fachliche Meinung von

Dr. K.\_\_\_\_ und lic. phil. Q.\_\_\_\_ abzustellen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 23. Mai 2014, 8C\_96/2014, E. 4.3 und vom 24. Juli 2014, 8C\_450/2014, E. 4.2), zumal sich der Beschwerdeführer nicht auf eine durch eine psychiatrische oder psychologische Fachperson geäusserte Auffassung stützt. Das Gutachten berücksichtigt sodann die massgeblichen Akten und die vom Beschwerdeführer geschilderten Gesundheitsprobleme. Die Diagnosestellung ist schlüssig und nachvollziehbar. Zwar sind punktuelle Zweifel an der Objektivität des Gutachters nicht von der Hand zu weisen, indes wird aber nur eine gesamthafte Würdigung des Gutachtens der Angelegenheit gerecht. Danach vermögen die Vorbehalte die Beweiskraft des Gutachtens nicht generell in Frage zu stellen. Auf das Gutachten ist insbesondere insoweit abzustellen, als der Beschwerdeführer nicht verifizierbare Wahrnehmungen nicht kongruent und nicht einfühlbar schilderte (IV-act. 65-11 f.). Sodann ist eine geringe Therapiebereitschaft sowohl hinsichtlich der Gespräche bei Dr. O.\_\_\_\_ als auch bezüglich der Einnahme von Quetiapin (Seroquel) und Risperidon (Risperdal) - unabhängig davon, ob der depressive Zustand auch durch andere Medikamente als Fluctine behandelbar gewesen wäre - ausgewiesen. Die fehlende Compliance wurde gegenüber Dr. K.\_\_\_\_ nicht offengelegt. Insgesamt begründet das Gutachten daher nachvollziehbar Vorbehalte zum Ausmass des vom Beschwerdeführer geschilderten Leidensdrucks.

## **E. 5**

5.1 Im Folgenden ist weiter zu prüfen, ob aufgrund der gegebenen Situation und insbesondere aufgrund des Gutachtens von Dr. K.\_\_\_\_ die nachfolgend angeordnete Überwachung zulässig war. 5.2 Das Bundesgericht hat hierzu festgehalten, die Überwachung im öffentlichen Raum stelle einen relativ geringfügigen, durch Art. 43 in Verbindung mit Art. 28 ATSG sowie Art. 59 Abs. 5 IVG abgedeckten Eingriff in die grundrechtlichen Positionen der überwachten Person dar (BGE 137 I 331 E. 5.1 f.). Die Anordnung einer Observation durch einen Privatdetektiv sei grundsätzlich ein geeignetes Mittel, um die versicherte Person bei der Ausübung alltäglicher Verrichtungen zu sehen. Die unmittelbare Wahrnehmung könne bezüglich der Arbeitsfähigkeit einen anderen Erkenntnisgewinn bringen als eine weitere Begutachtung (BGE 137 I 332 E. 5.4.1). Die Observation müsse objektiv geboten sein, womit gemeint sei, dass konkrete Anhaltspunkte vorliegen müssten, die Zweifel an den geäusserten gesundheitlichen Beschwerden oder der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit aufkommen liessen. Solche Anhaltspunkte könnten beispielsweise gegeben sein bei widersprüchlichem Verhalten der versicherten Person, oder wenn Zweifel an der Redlichkeit derselben beständen (eventuell durch Angaben und Beobachtungen Dritter), bei Inkonsistenzen anlässlich der medizinischen Untersuchung, Aggravation, Simulation oder Selbstschädigung u.Ä. Diese Elemente könnten einzeln oder in Kombination zureichende Hinweise liefern, die zur objektiven Gebotenheit der Observation führten (BGE 137 I 327 S. 332 f. E. 5.4.2.1, mit weiteren Hinweisen). Die Ergebnisse einer zulässigen Überwachung könnten zusammen mit einer ärztlichen Aktenbeurteilung grundsätzlich geeignet sein, eine genügende Basis für Sachverhaltsfeststellungen betreffend den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit zu bilden (BGE 137 I 337 E. 7.1, mit weiteren Hinweisen). 5.3 In seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2011 bezeichnete Dr. L.\_\_\_\_ eine Observation zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und seiner funktionellen Auswirkungen als "nicht unumgänglich". Es lasse sich kein griffiges Leistungsprofil erstellen. Man wisse nicht, worauf man bei einer Observation achten solle (IV-act. 67-2). Dennoch wandte Dr. L.\_\_\_\_ sich am 1. Juni 2011 offenbar telefonisch an Dr. K.\_\_\_\_, woraufhin dieser am 3. Juni 2011 in einer E-Mail ein

"Beobachtungsprofil" des Beschwerdeführers skizzierte (IV-act. 68). Im IV-internen Antrag auf Personenobservation vom 1. Juli 2011 (IV-act. 69) sowie im Überwachungsauftrag gleichen Datums (IV-act. 70) wurde aufgeführt, die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden und Einschränkungen würden Fragen aufwerfen. Überdies lasse die Krankengeschichte Zweifel an der Glaubhaftigkeit der Beschwerdeschilderungen aufkommen. Da die behandelnden Ärzte und Gutachter, welche die invalidisierenden Diagnosen gestellt hätten, ausschliesslich auf die Aussagen des Versicherten abgestellt hätten, müsse an den gestellten Diagnosen gezweifelt werden. Zudem fänden sich in den Akten Hinweise auf Inkonsistenzen, Widersprüche, Aggravation und eine schlechte Compliance. Nur mit einer Überwachung/Observation könnten die vorhandenen und begründeten Zweifel ausgeräumt werden - es ständen keine anderen Mittel und Möglichkeiten zur Verfügung, diese Zweifel auszuräumen. Eine stationäre Abklärung sei nicht zielführend, da der Beschwerdeführer mit grösster Wahrscheinlichkeit dieselben Beschwerden angeben würde (IV-act. 70-2). 5.4 Die von Dr. K. \_\_\_ gestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, im Wesentlichen eine Angststörung (ICD-10: F41.0) und ein Zustand nach schizoaffektiver Episode (ICD-10: F25.1) (IV-act. 65-13), beruhten weitgehend auf Angaben des Beschwerdeführers, welche begründet in Frage gestellt wurden (E. 4.4). Somit war die Überwachung sinnvoll bzw. geboten.

## **E. 6**

6.1 Die Observation ergab im Wesentlichen Folgendes: Am Donnerstag, 25. August 2011, konnte der Beschwerdeführer zwischen 7.00 Uhr und 16.15 Uhr weder beim Verlassen seiner Wohnung noch bei der Rückkehr dorthin beobachtet werden (IV-act. 73-4). Am Freitag, 26. August 2011, wurde der Beschwerdeführer zwischen 8.15 Uhr und 9.35 Uhr, von 11.00 Uhr bis 12.50 Uhr sowie um 15.00 Uhr beobachtet. Bei der Wiederaufnahme der Überwachung stand das Fahrzeug des Beschwerdeführers nicht mehr am Wohnort. Um etwa 15.00 Uhr kehrte eine als Beschwerdeführer identifizierte Person mit dem Fahrrad zurück und betrat das Nachbarhaus, wobei das Auto des Beschwerdeführers weiterhin nicht zu sehen war (IV-act. 73-4 f.). Am Freitag, 2. September 2011, erfolgte die Überwachung von 8.30 Uhr bis 17.00 Uhr. Dabei konnte festgestellt werden, wie der Beschwerdeführer um ca. 11.45 Uhr ein heimkommendes, etwa 5-jähriges Mädchen umarmend begrüßte und den Briefkasten leerte. Um 12.45 Uhr begab er sich mit dem Fahrrad zum Islamischen Kulturzentrum, welches er um etwa 16.00 Uhr als Beifahrer eines Begleiters verliess. Um etwa 16.45 Uhr kehrte er mit zwei Einkaufstaschen zum Islamischen Zentrum zurück und fuhr mit dem Fahrrad an seine Wohnadresse zurück (IV-act. 73-5, 8 ff.). Am Mittwoch, 14. September 2011, wurde der Beschwerdeführer von 9.00 Uhr bis 17.15 Uhr überwacht. Dabei wurde beobachtet, dass eine fälschlicherweise als Beschwerdeführer erkannte Person kurz vor 12.00 Uhr das Wohnhaus verliess und dass der Beschwerdeführer um etwa 17.00 Uhr als Beifahrer eines weissen Lieferwagens nach Hause zurückkehrte. Aufgrund der Personenverwechslung konnte der Aufenthaltsort im Verlaufe des Nachmittags nicht festgestellt werden (IV-act. 73-5, 11). Am Donnerstag, 15. September 2011, dauerte die Überwachung von 12.00 Uhr bis 15.45 Uhr. Dabei kehrte der Beschwerdeführer um 13.00 Uhr mit seinem Auto und zwei gefüllten Papiertragtaschen und zwei Wassermelonen nach Hause zurück, wobei ihm die Ehefrau beim Ausladen behilflich war. Um 13.20 Uhr fuhr der Beschwerdeführer mit seinem Auto zusammen mit seiner Ehefrau und einem Kind von zu Hause weg und begab sich an eine andere Adresse. Dort half er bei einem Umzug bzw. einer Wohnungsräumung mit. Er sortierte diverse Waren und ver lud sie in einen weissen Lieferwagen. Um 15.00 Uhr fuhr er mit seinem Auto an die Wohnadresse zurück und

wurde wenig später vom weissen Lieferwagen abgeholt (IV-act. 73-6, 13 ff.). Die Ermittler fassten zusammen, der Beschwerdeführer habe bei den wenigen Beobachtungen ausser Haus einen gesunden und vitalen Eindruck hinterlassen. Er habe sich dynamisch bewegt, ohne erkennbare körperliche Einschränkungen oder Anzeichen von Beschwerden oder Schmerzen. Sein Fahrstil mit dem Fahrrad sei zügig und sicher gewesen und habe geübt gewirkt. Bei der aktiven Mithilfe an einer offensichtlichen Wohnungsräumung seien sämtliche Bewegungsabläufe ohne erkennbare körperliche Einschränkungen oder Anzeichen von Beschwerden oder Schmerzen erfolgt. Insgesamt habe sich der Beschwerdeführer bei diesen Arbeiten sehr geschäftig verhalten. Auch der mehrstündige Aufenthalt in der Gesellschaft im R.\_\_\_\_ sei offenbar möglich gewesen. Anzeichen einer psychischen Erkrankung oder psychische Auffälligkeiten hätten nicht beobachtet werden können. Beim Verlassen der Örtlichkeit habe er sich trotz längerem Aufenthalt ganz natürlich und unauffällig verhalten. Anzeichen von Ängstlichkeit seien grundsätzlich nicht sichtbar geworden (IV-act. 73-6).

6.2 Dr. K.\_\_\_\_ beantwortete am 7. November 2011 Zusatzfragen der IV-Stelle zum ihm vorgelegten Observationsergebnis. Hinsichtlich der Frequenz der Autobenutzung bestehe keine Inkonsistenz. Als klar inkonsistent bzw. unwahr habe sich herausgestellt, dass der Beschwerdeführer nur für Arztbesuche und kleine Einkäufe ausser Haus gehe, zumal er beim Umzug mitgeholfen habe, S.\_\_\_\_-besuche von über drei Stunden machen könne und schwierige Velofahrten mit Lasten an beiden Lenkern ohne jegliche Stressreaktion ausführen könne. Ebenfalls stark inkonsistent seien die Angaben des Beschwerdeführers, dass er sich seit 2009 zurückziehe, nichts mehr machen könne, keine Lebenslust habe und unter Stimmungsstörungen, Ängsten und innerer Unruhe leide. Entsprechende Beschwerden hätten während der Observation zu keiner Zeit aus seiner Tätigkeit oder seinem Verhalten bzw. seiner Mimik abgeleitet werden können. Auch die angegebenen Atemprobleme beim Laufen seien nicht nachvollziehbar. Krass inkonsistent sei die Schilderung seiner Tagesstruktur, wonach er sich zwischen den Mahlzeiten nicht an der Hausarbeit beteiligen könne und nur im Wohnzimmer sitze. Die angegebene Interesselosigkeit sei ebenfalls widersprüchlich zu den beobachteten Beschäftigungen. Auch paranoide Verfolgungsideen liessen sich nicht bestätigen. Weiterhin bestehe die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-1: F33.0). Eine generalisierte Angststörung sei durch die Observation widerlegt. Es müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer insbesondere die Einschränkungen seines Funktionsniveaus deutlich aggraviert habe. Die angegebene Interesselosigkeit, fehlende Lebenslust und Ängstlichkeit seien an keinem der Observationstage glaubhaft, jedoch sei es möglich, dass der Versicherte an anderen Tagen unter solchen Symptomen leide. Die Wahrscheinlichkeit, dass er jedoch über drei Wochen hinweg an allen Observationen keine beobachteten Beschwerden gezeigt habe, welche er an der Untersuchung beklagt habe, sei doch gering. Ungelernte Tätigkeiten in Verkauf, Lager und Reinigungsdienst seien dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der neuen Erkenntnisse im Ausmass von 75 % zumutbar. Die Einschränkung ergebe sich aus dem nicht auszuschliessenden wechselhaften Verlauf der depressiven Episoden (IV-act. 77). Die Diagnose "Zustand nach schizoaffektiver Episode" liege vor, bedeute aber nicht, dass sie sich (noch) zwingend auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit auswirke. Der Gesundheitszustand habe sich in Bezug auf diese Diagnose seit der Erstbeschreibung 2005 und 2009 geändert. Die Medikamentencompliance in Bezug auf die Neuroleptika sei gering. Die Beschwerdeschilderungen seien in der Untersuchung beim Referenten weder einfühlbar noch exakt beschreibbar gewesen und laut Observationsunterlagen ebenfalls nicht

überprüfbar (IV-act. 82). Dr. L.\_\_\_\_ hielt am 6. Februar 2012 fest, zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. K.\_\_\_\_ im März 2011 seien die Angst- und Depressionssymptome wenig ausgeprägt gewesen, und der Beschwerdeführer sei auch bei der Observation im Spätsommer bestens funktionsfähig gewesen. Es sei deutlich geworden, dass es dem Beschwerdeführer bei zwei Stichproben im Abstand eines halben Jahres viel besser ergangen sei, als beim Einleiten der letzten Revision angenommen worden sei (IV-act. 83-3).

6.3 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers wendet im Wesentlichen ein, der Beschwerdeführer habe Verrichtungen ausser Haus zwar "praktisch", nicht aber generell ausgeschlossen. Die der Observation zugrundeliegende Fragen- und Sachverhaltsdarstellung sei nicht richtig (act. G 1-20 f.). Am 25. August 2011 habe der Beschwerdeführer den ganzen Tag nicht gesichtet werden können. Damit habe die Beschwerdegegnerin jedoch nicht nachgewiesen, dass er sich ausser Haus aufgehalten habe (act. G 1-22). Am 26. August 2011 sei - von der Beschwerdegegnerin eingestandenermassen - eine Drittperson für den Beschwerdeführer gehalten und beobachtet worden (act. G 1-22). Relevant seien daher lediglich die Überwachungen vom 2. und 15. September 2011, wogegen die Beurteilung durch Dr. K.\_\_\_\_ auf dem gesamten Observationsmaterial beruhe (act. G 1-22 f.). Am 2. September 2011 habe das Freitagsgebet mit dem alljährlichen Almosentag stattgefunden. Aus religiösen Gründen habe der Beschwerdeführer an diesem wichtigen Festtag teilnehmen wollen. Er sei mit dem Fahrrad zur 1,6 km entfernten S.\_\_\_\_ gefahren. Die von der Beschwerdegegnerin getätigte Feststellung, er habe um 12.40 Uhr das Haus verlassen und in 4 Minuten die Strecke von 25 km (richtig: mit einer Geschwindigkeit von 25 km/Stunde) zurückgelegt, treffe nicht zu. Er habe nicht, wie die übrigen Besucher, um 14.15 Uhr die S.\_\_\_\_ wieder verlassen, sondern sei aufgrund seines Gesundheitszustands bis 16.00 Uhr in einem Liegeraum des Zentrums verblieben. Danach habe ihn ein Bekannter in dessen Auto mitgenommen, um einen kleinen Einkauf zu machen. Um 16.40 Uhr sei er mit zwei Milchtüten und zwei Mineralflaschen mit dem Fahrrad langsam nach Hause gefahren. Das Video zeige nicht die ganze Strecke; Mimik, Lockerheit, Gesichtsausdruck und Atmung seien nicht ersichtlich (act. G 1-23 ff.). Auch am 14. September 2011 sei der Beschwerdeführer (zunächst) verwechselt worden. Dass er abends aus einem Lieferwagen gestiegen sei, werde bestritten (act. G 1-26). Am 15. September 2011 habe der Beschwerdeführer einem schwer erkrankten Freund aus Pflichtgefühl für kurze Zeit beim Umzug geholfen. Die Aufnahmen zeigten, dass er dabei vor allem im Freien und nicht in effizienter, sondern in unbeholfener Weise tätig gewesen sei. Die psychomotorische Unruhe und rasche Überforderungsanzeichen seien sichtbar. Soweit die berichteten Beobachtungen nicht durch Videomaterial oder Fotos belegt seien, würden sie als unbelegt beziehungsweise beweisuntauglich bestritten (act. G 1-26 ff.). Die Videoaufzeichnungen umfassten lediglich eine Zeitdauer von rund 38 Minuten, aufgenommen an 5 Tagen während drei Wochen; das unvollständige und kurzsequentielle Observationsmaterial sei daher nicht geeignet, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers beweiskräftig zu beurteilen (act. G 1-29 f.). Die Beobachtungen des Umzugs hätten nicht im frei einsehbaren privaten Raum stattgefunden, sondern von einem umfriedeten Privatgrundstück aus. Das Observationsmaterial sei folglich in Verletzung der Privatsphäre rechtswidrig erlangt worden und aus dem Recht zu weisen (act. G 1-29).

6.4 Die ursprünglich zugesprochene halbe Rente gründete auf der gemäss MEDAS-Gutachten vom 16. November 2000 gestellten Diagnose einer hypochondrisch-ängstlichen Depression nach vorübergehender Hemiparese und Aphasie am 27. Juni 1999 (IV-act. 12-7, 9). Dr. K.\_\_\_\_ diagnostizierte unter anderem eine Angststörung und einen Zustand nach

schizoaffektiver Episode, zog aber aufgrund der festgestellten Inkongruenzen die vom Beschwerdeführer effektiv geleistete Willensanstrengung zur Minderung seiner Leiden in erheblichen Zweifel und veranschlagte die Arbeitsfähigkeit auf mindestens 50 % (IV-act. 65-13, 19 f.). Selbst wenn die Einwände der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zur Observation berücksichtigt werden und insbesondere die Zeiten unberücksichtigt bleiben, an denen der Beschwerdeführer nicht gesehen wurde und beim Umzug mithalf, verbleibt, dass er seine Tochter empfangen und sich zum Gottesdienst in die S.\_\_\_\_ begeben hat, mit Lasten von einigen Kilogramm am Lenker Rad gefahren ist und sich mit dem Auto an jene Adresse begab, an welcher er beim Umzug mithalf. Dieses Verhalten des Beschwerdeführers deckt sich nicht mit dem von ihm angegebenen Rückzug sowie seiner Energie- und Interessenlosigkeit. Zusammen mit der unbefriedigenden Compliance und der mindestens teilweise nicht kongruenten und einfühlsamen Schilderungen seiner Wahrnehmungen ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zum Begutachtungs- und Beobachtungszeitpunkt besser war, als dies für die Zusprechung der halben Rente angenommen worden war. Entsprechend ist ein Anpassungsgrund gegeben. Sodann erscheint schlüssig und nachvollziehbar, dass Dr. K.\_\_\_\_ die Diagnose der generalisierten Angststörung nicht bestätigen konnte und gestützt auf die übrig bleibenden Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung und eines nicht mehr invalidisierenden Zustandes nach schizoaffektiver Episode die Arbeitsfähigkeit auf adaptiert 75 % schätzte (IV-act. 77; IV-act. 82). Nachdem das Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ als beweiskräftig zu werten ist und keine späteren medizinischen Berichte vorgelegt werden, sind von weiteren medizinischen Abklärungen keine zusätzlichen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten. Auf Einholung eines weiteren Verlaufsberichts und eines Gutachtens ist daher zu verzichten.

## **E. 7**

Der Beschwerdeführer erzielte bei 41 Wochenstunden im Jahr 1999 ein Einkommen von Fr. 47'580.-- (IV-act. 4-2). Mit Blick auf dieses Valideneinkommen würde selbst bei Gewährung eines Tabellenlohnabzuges kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 % erreicht. Damit hat die Beschwerdegegnerin die Rente zu Recht aufgehoben.

## **E. 8**

8.1 Die Beschwerdegegnerin hat die Anpassung wegen Verletzung der Mitwirkungspflicht rückwirkend per 30. Juni 2011 angeordnet (act. G 1.2-11). Das Bundesgericht hatte einen Fall zu beurteilen, in welchem einem Beschwerdeführer trotz festgestellter Aggravation, subjektiver Krankheitsüberzeugung und Selbstlimitierung eine Rente zugesprochen worden war. Es stellte eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes fest und befand, allein eine unterschiedliche Auffassung über die Arbeitsfähigkeit mit entsprechend aggraviertem Verhalten, welches als solches leicht erkennbar und dokumentiert worden sei, genügte nicht für die Annahme einer unrechtmässigen Erwirkung von Rentenleistungen (Urteil vom 22. Mai 2012, 9C\_877/2011, E. 3.4.3). Im Lichte dieser Rechtsprechung kann auch vorliegend nicht von einer unrechtmässigen Erwirkung der Rente oder einer Verletzung der Mitwirkungspflicht ausgegangen werden. Mit dem Eingang des Ergänzungsschreibens von Dr. K.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2011 (IV-act. 82) war die medizinische Sachverhaltsabklärung abgeschlossen. Dennoch erging die angefochtene Verfügung erst am 7. März 2013 (act. G 1.2). Die Rente ist daher gemäss Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV erst auf den ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats einzustellen.

Sie ist mithin bis 30. April 2013 auszurichten. Die angefochtene Verfügung ist insoweit zu korrigieren.

## **E. 9**

9.1 Zu befinden bleibt abschliessend über die vorübergehende Erhöhung der halben Rente auf eine ganze für den Zeitraum vom 1. Juli 2009 bis 30. Juni 2011. Dr. J. \_\_\_\_, RAD, befand am 6. Juli 2009, gemäss den aktuellen Berichten des Kantonsspitals St. Gallen vom 8. März 2009, 7. April 2009, 9. Juni 2009 sowie dem Bericht von Dr. E. \_\_\_\_ vom 8. Juni 2009 und der psychiatrischen Klinik I. \_\_\_\_ vom 15. April 2009 könne von einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgegangen werden (IV-act. 53). Dr. H. \_\_\_\_ hielt im Verlaufsbericht vom 2. November 2009 fest, die Symptomatik sei weiter so stark ausgeprägt, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (IV-act. 54-3 f.). Dr. J. \_\_\_\_ befand am 12. Januar 2010, aus medizinischer Sicht müsse davon ausgegangen werden, dass die Verschlechterung seit April 2009 anhaltend sei (IV-act. 56). Dr. K. \_\_\_\_ diagnostizierte in Berücksichtigung des Observationsmaterials einen Zustand nach schizoaffektiver Episode (IV-act. 65-13; IV-act. 82). Dr. L. \_\_\_\_ berichtete am 6. Februar 2012 - ebenfalls in Kenntnis des Observationsmaterials -, vom 3. April 2009 bis spätestens zum 22. März 2011 sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen (IV-act. 83-2).

9.2 Die Beschwerdegegnerin bringt vor, aufgrund der Begutachtung und der Observation müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer nicht vorhandene Leiden und Einschränkungen präsentiert habe. Es gebe keinen Nachweis, der belege, dass dies nicht schon während der behaupteten schizodepressiven Episode der Fall gewesen sei. Nachdem gerade bei psychischen Leiden die Glaubwürdigkeit eine ganz wesentliche Bedeutung habe, müsse das unglaubliche Verhalten des Beschwerdeführers dazu führen, dass die Beurteilungen der behandelnden Ärzte als Nachweis für die vorübergehende Verschlechterung nicht akzeptiert werden könnten (act. G 4).

9.3 Dr. K. \_\_\_\_ und Dr. J. \_\_\_\_ hielten die Diagnose der schizoaffektiven Episode beziehungsweise des Zustandes nach einer solchen für gegeben. Die Beschwerdegegnerin legt keine neuen medizinischen Unterlagen ins Recht, welche die Diagnose in Zweifel zu ziehen vermöchten. Somit gelingt der Beschwerdegegnerin der Nachweis nicht, dass diese Diagnose überwiegend wahrscheinlich auf falschen Angaben des Beschwerdeführers beruhte. Es bleibt daher bei der verfügten vorübergehenden Erhöhung der Rente; die von der Beschwerdegegnerin beantragte reformatio in peius ist nicht angezeigt. Bei einer anzunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustands ab April 2009 ist die Erhöhung der Rente ab 1. Juli 2009 gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV nicht zu beanstanden.

## **E. 10**

10.1 Nach dem Gesagten ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die Verfügung vom 7. März 2013 insoweit aufzuheben, als dem Beschwerdeführer bis 30. April 2013 eine ganze Rente zuzusprechen ist. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

10.2 Der \_\_\_\_-jährige Beschwerdeführer hat die zeitlich unbeschränkte Ausrichtung einer ganzen, eventualiter einer Dreiviertel- oder einer halben Rente beantragt. Er obsiegt insofern, als die Einstellung der Rente nicht bereits auf den 30. Juni 2011, sondern erst auf den 30. April 2013 zu erfolgen hat. Unter Berücksichtigung dessen, dass eine Anfechtung der Verfügung zur rechtmässigen Behandlung notwendig war, rechtfertigt es sich, ihn in Bezug auf Kosten und Entschädigung als zu einem Viertel obsiegend und im Übrigen als unterliegend zu behandeln.

10.3 Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom

Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie zu drei Vierteln dem Beschwerdeführer und zu einem Viertel der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Beschwerdeführer hat somit Fr. 450.-- zu bezahlen und der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist daran anzurechnen und im Betrag von Fr. 150.-- zurückzubezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat Fr. 150.-- zu bezahlen.

10.4 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. Angesichts des durchschnittlichen Vertretungsaufwandes ist ihr Honorar pauschal (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) mit Fr. 3'600.-- festzusetzen. Aufgrund seines teilweisen Obsiegens ist sie mit Fr. 900.-- zu entschädigen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird insofern teilweise gutgeheissen, als der Beschwerdeführer vom 1. Juli 2009 bis 30. April 2013 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen; der Beschwerdeführer hat ab 1. Mai 2013 keinen Rentenanspruch mehr. 2. Von den Gerichtskosten von Fr. 600.-- hat der Beschwerdeführer einen Anteil von Fr. 450.-- und die Beschwerdegegnerin von Fr. 150.-- zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer wird der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- an seinen Anteil angerechnet und im Betrag von Fr. 150.-- zurückbezahlt. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 900.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.