

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/126 vom 12. August 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-08-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_126

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/126 du 12 août 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/126 del 12 agosto 2020

Regeste

Art. 17 Abs. 1 ATSG. Rentenrevision. Gestützt auf das beweiskräftige monodisziplinäre Gutachten, das der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 75% attestiert, ist von einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustands auszugehen und der Rentenanspruch für die Zukunft aufzuheben (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kanton St. Gallen vom 12. August 2020; IV 2019/126).

Volltext

Entscheid vom 12. August 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Karin Huber-Studerus und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer Geschäftsnr. IV 2019/126 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Bruno Bauer, LL.M., SwissLegal asg.advocati, Kreuzackerstrasse 9, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Einstellung) Sachverhalt A.____ meldete sich am 5. Februar 2007 wegen Angst und Depression bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Ihre behandelnden Ärzte der Psychiatrischen Klinik Wil diagnostizierten im Arztbericht vom 16. März 2007 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), Erbrechen bei psychischen Störungen (ICD-10: F50-5) sowie multifaktoriell bedingte Kopfschmerzen bei chronischem Spannungskopfschmerz, Migräne ohne Aura und Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz; sämtliche Diagnosen bestehend seit einigen Jahren. Sie attestierten eine volle Arbeitsunfähigkeit seit Mai 2006 bis gegenwärtig (IV-act. 19). Dr. med. B.____, Psychiatrisches Zentrum Z.____, diagnostizierte zudem im Arztbericht vom 27. April 2007 eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.2), derzeit schwere Episode mit Suizidalität (IV-act. 21). Am 29. Juni 2008 fand eine Abklärung der Verhältnisse an Ort und Stelle statt (IV-act. 35). Gemäss dem Abklärungsbericht vom 23. Juni 2008 (korrekt: 29. Juni 2008) wurde die Versicherte im Gesundheitsfall als zu 100% Erwerbstätige eingestuft (IV-act. 36). Mit Vorbescheid vom 19. August 2008 (IV-act. 42) bzw. Verfügung vom 7. November 2008 sprach die IV-Stelle der Versicherten eine ganze Rente ab 1. März 2007 zu (IV-act. 54). Im Rahmen der Rentenrevisionen in den Jahren 2009 (IV-act. 63) und 2011 (IV-act. 74) bestätigte die IV-Stelle einen unveränderten Anspruch auf eine ganze IV-Rente. In einem anonymen Schreiben von November 2008 war der IV-Stelle mitgeteilt worden, dass die Versicherte simuliere und nicht unter gesundheitlichen Beschwerden leide (IV-act. 55). Zudem erhielt die IV-Stelle am 14. September 2016 erneut einen anonymen Hinweis per Telefon, wonach die Versicherte unter keiner psychischen Erkrankung leide. Sie bewege sich völlig normal unter Menschen und sei völlig unauffällig. Da ihre beiden Söhne manchmal Probleme

machen würden, habe sie damals aufgehört zu arbeiten. Es sei ihr einfach alles zuviel geworden. Heute lebe sie aber gut mit der Situation (IV-act. 78). Mit Stellungnahme vom 16. September 2016 befand die IV-Ärztin Dr. med. C.____, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, dass eine Begutachtung der Versicherten unerlässlich sei, da eine Änderung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustands durch Veränderung der psychosozialen Belastung durchaus möglich sei (IV-act. 84). Am 19. September 2016 erfolgte durch die IV-Stelle ein Überwachungsauftrag, der vorerst ohne Bildmaterial durchgeführt werden sollte (IV-act. 85). Gestützt auf die getätigten Vorermittlungen wurde der Auftrag am 28. September 2016 auf das Festhalten von videographischen Beobachtungen ausgedehnt (IV-act. 90). Im Ermittlungsbericht vom 16. Dezember 2016 wurde festgehalten, dass die Versicherte in der Zeit vom 21. September bis 3. Dezember 2016 an verschiedenen Tagen überwacht worden sei. Während sie zu Beginn der Observationsphase regelmässig bei ausserhäuslichen Haushaltsaktivitäten (Wäscheaufhängen, Teppich ausklopfen) gesehen worden sei und sie am 29. September 2016 zusammen mit dem Ehemann unter anderem ein Gartenrestaurant besucht habe, habe sie danach lediglich noch einmal ausserhäuslich gesehen werden können. Daher sei nicht auszuschliessen, dass die Aktivitäten des Observanten entdeckt worden seien (IV-act. 91). Am 5. Januar 2017 ging erneut ein anonymes schriftliches Hinweis bei der IV-Stelle ein, wonach die Versicherte gelogen habe, um eine IV-Rente zu erhalten (IV-act. 94). Dr. C.____ empfahl wiederum die Vornahme einer Begutachtung (vgl. Stellungnahme vom 11. Januar 2017, IV-act. 95-4). Im Fragebogen zur Rentenrevision vom 3. Februar 2017 gab die Versicherte an, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe (IV-act. 96-1). Demgegenüber hielt ihr Hausarzt Dr. med. D.____, Allgemeine Medizin FMH, im Verlaufsbericht vom 29. März 2017 einen stationären Gesundheitszustand fest. Gemäss Befund vom 8. März 2017 leide sie unter chronischen Kopfschmerzen, Angstgefühlen und Depression (IV-act. 101). Im Verlaufsbericht vom 24. Mai 2017 hielt Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass der Versicherten angesichts des komplexen polymorbiden Störungsbildes mit sehr tiefem Funktionsniveau keine Tätigkeit mehr zumutbar sei (IV-act. 104). Im Rahmen der Befragung durch die IV-Stelle am 7. Juli 2017 gab die Versicherte an, ihre Schwestern würden den Haushalt erledigen. Sie könne selber viele Dinge nicht mehr erledigen. Gemäss dem Besprechungs-Protokoll wurde ihr darauf das Bildmaterial aus der Observation gezeigt, welches sie fit und vital zeige, wogegen sie bei der IV-Stelle einen deprimierten und schmerzgeplagten Eindruck gemacht habe (IV-act. 107). Mit Schreiben vom 7. November 2017 teilte die IV-Stelle dem Rechtsvertreter der Versicherten mit, dass eine monodisziplinäre medizinische Untersuchung durch Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, geplant sei. Triftige Einwendungen gegen die begutachtende Person seien der IV-Stelle bis zum 17. November 2017 einzureichen (IV-act. 124). Nachdem keine Einwendungen eingingen, beauftragte die IV-Stelle den Gutachter mit Schreiben vom 22. November 2017 (IV-act. 127). Da die Versicherte dem ersten von drei Begutachtungsterminen jedoch unentschuldig ferngeblieben war, forderte die IV-Stelle sie mit Brief vom 1. Februar 2018 im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens auf, den nächsten Termin wahrzunehmen (IV-act. 133). Ihr Rechtsvertreter teilte darauf der IV-Stelle mit E-Mail vom 9. Februar 2018 mit, die Versicherte werde den Termin bei Dr. F.____ nicht wahrnehmen und ersuche um eine Begutachtung durch Dr. med. G.____ (IV-act. 134). Mit Zwischenverfügung vom 13. Februar 2018 hielt die IV-Stelle an der Abklärungsstelle fest (IV-act. 135). Gleichzeitig eröffnete sie dem Rechtsvertreter der Versicherten eine Frist, um

sich zur Frage einer vorsorglichen Renteneinstellung zu äussern (IV-act. 136). Mit Schreiben vom 21. Februar 2018 teilte der Rechtsvertreter mit, die Versicherte sei nun doch bereit, sich durch Dr. F.____ begutachten zu lassen (IV-act. 140). Jedoch blieb sie auch der folgenden Untersuchung fern (IV-act. 145), worauf der Rechtsvertreter der IV-Stelle mitteilte, dass es sich um ein Missverständnis bezüglich der Termine gehandelt habe (IV-act. 147). Im Schreiben vom 12. April 2018 informierte die IV-Stelle den Rechtsvertreter, dass sie eine vorübergehende Einstellung der Rente für zwei Monate prüfe (IV-act. 150). Dazu nahm jener am 3. Mai 2018 Stellung (IV-act. 160). Am 1. Juni 2018 verfügte die IV-Stelle die Einstellung der Rente der Versicherten für zwei Monate (IV-act. 163). Zwischen dem 18. Mai und dem 16. August 2018 fanden verschiedene psychologische Testungen durch H.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, sowie eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. F.____ statt. Im Gutachten vom 20. August 2018 dokumentierte Dr. F.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit schweren, mittelschweren und leichten Episoden, gegenwärtig leicht ausgeprägt, sowie einen schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen, DD Abhängigkeit (IV-act. 171-42). Es sei noch maximal eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit erklärbar. Diese Beurteilung gelte zumindest seit dem Observationszeitpunkt im September 2016 (IV-act. 171-58). Dr. C.____ befand das Gutachten in ihrer Stellungnahme vom 12. November 2018 als absolut plausibel und nachvollziehbar (IV-act. 179). Im Vorbescheid vom 7. Januar 2019 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, die Rente gestützt auf einen IV-Grad von 21% nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats aufzuheben (IV-act. 180). Dagegen erhob der Rechtsvertreter im Namen der Versicherten am 15. März 2019 Einwand und reichte die Unterlagen der Schlichtungsstelle für Klagen nach dem Gleichstellungsgesetz betreffend die sexuelle Belästigung ein, welche die Versicherte im Jahr 2006 erlitten habe (IV-act. 196). Mit Verfügung vom 24. April 2019 hob die IV-Stelle die Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf. Gleichzeitig entzog sie der Beschwerde die aufschiebende Wirkung (IV-act. 208). Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde von Rechtsanwalt lic. iur. B. Bauer, St. Gallen, für die Versicherte vom 27. Mai 2019. Der Rechtsvertreter beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die weitere Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente. Eventualiter beantragt er die Aufhebung der Verfügung und die Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Einholung einer monodisziplinären psychiatrischen Zweitbegutachtung bei Dr. med. H.____, zertifizierter forensischer Psychiater SGFP. Zudem sei die der Beschwerde entzogene aufschiebende Wirkung wiederherzustellen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung führt der Rechtsvertreter aus, dass das Gutachten von Dr. F.____ zwar keine formalen Mängel erkennen lasse, es jedoch mehrere inhaltliche Mängel enthalte. Hinsichtlich des Gutachtens habe sich Dr. F.____ zu stark auf das Observationsmaterial bezogen und dieses falsch bewertet. Zudem sei die Chemie zwischen der Beschwerdeführerin und dem Gutachter nicht gut gewesen. Dr. F.____ habe kein Verständnis dafür gehabt, dass die Beschwerdeführerin über die Ereignisse von 2002 bis 2006 betreffend die sexuelle Belästigung nicht habe sprechen wollen. Auch sei aufgefallen, dass der Gutachter ebenfalls auf der von der IV-Stelle des Kantons Zürich veröffentlichten Gutachter-Liste aufgeführt sei. Da wichtig sei, zu wissen in wie vielen Gutachten er für die Beschwerdegegnerin tätig sei und wie hoch der Prozentanteil der zu Ungunsten der versicherten Personen getätigten Gutachten sei, habe das Gericht diesen Fragen nachzugehen. Weiter unterscheide sich auch die Beurteilung der die Beschwerdeführerin behandelnden Dr. E.____ von derjenigen des

Gutachters, so dass insgesamt nicht von einem beweiskräftigen Gutachten auszugehen sei (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 3. September 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin eine Korrektur der angefochtenen Verfügung insoweit, als die Rente per 30. September 2016 einzustellen sei. Im Übrigen sei die Beschwerde abzuweisen (act. G 4). Die Beschwerdeführerin hat auf die Einreichung einer Replik verzichtet, weshalb der Schriftenwechsel mit Schreiben vom 21. Februar 2020 geschlossen wird (act. G 15). Mit Entscheid vom 30. März 2020 weist die Einzelrichterin des Versicherungsgerichts das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab (act. G 16). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die Rente der Beschwerdeführerin zu Recht aufgehoben hat. 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. 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]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht 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). Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den

Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008, 9C_562/08, E. 2.1). Zunächst ist zu prüfen, ob die medizinische Aktenlage eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin erlaubt, insbesondere ob auf das monodisziplinäre Gutachten von Dr. F.____ abgestellt werden kann. Hinsichtlich des Beschwerdeantrags auf Einholung von Auskünften bei der Beschwerdegegnerin zur Anzahl der zu ihren Händen erstellten Gutachten von Dr. F.____ in den Jahren 2017 und 2018 ist grundsätzlich darauf zu verweisen, dass der regelmässige Beizug eines Gutachters (oder einer Gutachterstelle) durch eine IV-Stelle für sich allein genommen nicht den Anschein von Befangenheit zu begründen vermag. Selbst ein Anstellungsverhältnis eines Arztes zum Versicherungsträger liesse alleine nicht auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2019, 9C_704/2018, E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Dasselbe muss für die vorliegend geltend gemachten, damit implizierten Zweifel an der nötigen Seriosität gelten. Damit erübrigt sich eine Einholung sämtlicher Gutachtenszahlen von Dr. F.____ und ein auftragsmässiger Vergleich mit weiteren Gutachtern. Im Übrigen ist dem Gericht jedoch bekannt, dass Dr. F.____ im Jahr 2017 für die Beschwerdegegnerin 17 Gutachten und im Jahr 2018 acht Gutachten erstellte (Auskunft des RAD Ostschweiz vom 14. November 2019), weshalb sich aus dieser Menge sowieso keine Schlussfolgerungen ergeben würden, welche für eine allfällige Befangenheit bzw. gegen eine generelle Beweiskraft seiner Gutachten sprechen würden. Nachfolgend sind somit die inhaltlichen Einwendungen gegen das psychiatrische Gutachten und natürlich die gesamten medizinischen Akten zu prüfen. Ausgangspunkt für die Beurteilung des gesundheitlichen Verlaufs bildet im vorliegenden Revisionsverfahren die ursprüngliche Rentenzusprache vom 7. November 2008 (IV-act. 54). Diese Verfügung beruhte in medizinischer Hinsicht vorwiegend auf dem Austrittsbericht zur Tagesklinikbehandlung des Psychiatrischen Zentrums Z.____ vom 20. Juli 2007 sowie auf dessen Verlaufsbericht vom 4. Januar 2008 mit den Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.2), einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), einer vermutlich ängstlich vermeidenden und selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6), von Erbrechen bei psychischer Störung (ICD-10: F50.5; DD: bulimische Anorexia nervosa [ICD-10: F50.01]), eines chronischen Schulter-Nacken-Schmerzes vermutlich i.S. einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), von Migräne, polyzystischen Ovarien und asymptomatischer Cholezystolithiasis. Die behandelnden Ärzte gingen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus (IV-act. 25). Gestützt darauf befand der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der IV-Stelle mit Stellungnahmen vom 16. und 22. Januar 2008, dass vorerst von einem stabilen Gesundheitszustand auszugehen sei, wobei die Funktionseinschränkungen nachvollziehbar eine volle Arbeitsunfähigkeit begründeten. Da

jedoch bei der hier massgeblichen depressiven Störung grundsätzlich davon ausgegangen werden müsse, dass es sich um eine zeitlich begrenzte Erkrankung handle, werde ein verkürzter Revisionszeitraum empfohlen (IV-act. 29). Sodann gingen jedoch die Verlaufsberichte des Psychiatrischen Zentrums Rorschach vom 16. April 2009 (IV-act. 62) und 12. September 2011 (IV-act. 70) jeweils von einem stationären Gesundheitszustand aus, weshalb auch der RAD auf eine weiterhin volle Arbeitsunfähigkeit abstellte (vgl. IV-act. 71). Demgegenüber kam Dr. F. ___ im Rahmen seiner Begutachtung zum Schluss, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zeige die Beschwerdeführerin an Hauptsymptomen der Depression eine Stimmungsstörung in Form von Reizbarkeit, Gespanntheit und Weinerlichkeit. Ein Interessenverlust oder eine Interessenlosigkeitssymptomatik seien gegenüber dem prämorbidem Niveau nicht objektivierbar. Gesteigerte Ermüdbarkeit und Überanstrengung seien vorhanden (Erschöpfbarkeit), womit zwei Hauptsymptome einer rezidivierenden depressiven Störung dargestellt werden könnten und somit das Kriterium für eine leichte depressive Episode erfüllt sei. Kriterien für ein somatisches Syndrom seien nicht erfüllt, die Beschwerdeführerin könne emotional reagieren, habe kein Morgentief, zeige keine psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, habe keinen Gewichts- und keinen Libidoverlust. In der Vergangenheit seien anhand objektiver Befunde schwere und mittelschwere depressive Episoden plausibel dargestellt worden. Zum Zeitpunkt der Begutachtung im August 2018 sei jedoch die depressive Symptomatik remittiert bis leicht ausgeprägt (IV-act. 171-46). Zudem sei ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen (DD: Abhängigkeit nach ICD-10: F12.24) entsprechend der Aktenlage und den Angaben der Beschwerdeführerin ausgewiesen (IV-act. 171-42f.). Dagegen würden sich die paranoid-negativistischen furchtsamen, selbstunsicheren und emotional instabilen Persönlichkeitszüge auf die Arbeitsfähigkeit nicht auswirken. Für eine Persönlichkeitsstörung würden keine ausreichenden Hinweise vorliegen (IV-act. 171-43). Auch für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung finde sich keine ausreichende Schwere der Beschwerden (IV-act. 171-43). Zudem seien die diagnostischen Kriterien für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nicht ausgewiesen und in Anbetracht der fehlenden Anstrengungsbereitschaft im Validierungstest bei gesamthaft eingeschränkter Konsistenz sei die Diagnose weder gemäss ICD-10 noch DSM 4 gerechtfertigt (IV-act. 171-44, 46). Der Gutachter weist zudem auf die wichtige Rolle verschiedener psychosozialer Belastungsfaktoren hin, insbesondere die Erkrankung der beiden Söhne und die wirtschaftliche Abhängigkeit des Ehemannes sowie fehlende Ausbildung und Sprachkenntnis der Beschwerdeführerin (IV-act. 171-53, 59). Weiter beschreibt Dr. F. ___ diverse Inkonsistenzen sowohl bezüglich verschiedener anamnestischer Angaben und der Aktenlage als auch Diskrepanzen zwischen dem Verhalten und den Befunden während der Begutachtung respektive den Beobachtungen während der Observation und den geltend gemachten Einschränkungen (IV-act. 171-50ff., 171-60). Gutachterlich werden die festgehaltenen Inkonsistenzen zu einem grossen Teil im Rahmen einer Aggravation und Falschdarstellung gedeutet (IV-act. 171-50f.). Die nach der früheren Aktenlage zu erwartenden schweren Beeinträchtigungen waren anlässlich der Begutachtung nur in geringem Masse ausgeprägt. Auch die Alltagsaktivitäten seien gemäss Schilderung des Tagesablaufs und nach Mini-ICF APP in keiner Weise schwergradig beeinträchtigt (IV-act. 171-52f.). Weiter sei die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen trotz geltend gemachter schwerer depressiver Episoden sehr niederschwellig, und bezüglich der verordneten und anamnestisch täglich eingenommenen Medikamente fänden

sich Inkonsistenzen in Form von nicht messbaren Spiegeln anlässlich der Begutachtung, so dass eine Medikamentencompliance nicht nachweisbar sei (IV-act. 171-53, vgl. auch Zusammenfassung von Dr. C.____ vom 12. November 2018, IV-act. 179). Dr. F.____ befand die Beschwerdeführerin seit dem Observationszeitpunkt sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in adaptierten Tätigkeiten zu höchstens 25% in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (IV-act. 171-58f.). Auch Dr. C.____ hielt die Beurteilungen von Dr. F.____ für nachvollziehbar. Die Aktenlage sei vollständig und sorgfältig aufgearbeitet sowie durch fremdanamnestiche Auskünfte und Laboruntersuchungen ergänzt. Die Ableitung der Diagnosen sei leitliniengerecht erfolgt und die sich daraus ergebenden Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit - auch im gesamten Verlauf - seien widerspruchsfrei und nachvollziehbar begründet. Die Auseinandersetzung mit den früheren ärztlichen Einschätzungen sei schlüssig. Erkenntnisse aus der gesamten Aktenlage resp. allen Informationsquellen würden sorgfältig geprüft und in die Beurteilung nachvollziehbar einbezogen. Auch sei die für die Rechtsanwendung wichtige Auseinandersetzung mit den "Indikatoren" umfassend. Die in diesem Fall besonders wichtige Konsistenzprüfung sei eingehend, sorgfältig und plausibel. Aus Sicht von Dr. C.____ könne vollumfänglich auf das Gutachten abgestellt werden (IV-act. 179). Zudem stimmt das Gutachten auch mit dem im Rahmen der Observation aufgezeigten Bildmaterial überein, worauf die Beschwerdeführerin immerhin bei einigen Alltagstätigkeiten wie Wäsche aufhängen und beim Besuch eines Restaurants gesehen werden konnte. Lediglich die behandelnde Ärztin Dr. E.____ argumentiert in der Stellungnahme vom 4. März 2019 dahingehend, dass die depressive Situation oft im Verlauf schwanke und es schwer zu beurteilen sei, v.a. während einer Begutachtungssituation, ob aktuell eine leichte oder eine mittelgradige Depression vorliege. Aus ihrer Sicht wäre entgegen der Beurteilung von Dr. F.____ die Diagnose einer "chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F 45.41)" gerechtfertigt. Dennoch räumt sie ein, dass die Abweichungen zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin und den Verhaltensbeobachtungen während der Begutachtung, während der beiden Gespräche mit Dr. C.____ bei der Beschwerdegegnerin sowie im Vergleich zum Observationsmaterial vielfältig und schwer zu widerlegen seien. Ausserdem würden auch die fehlenden Medikamentenspiegel während der zwei Blutentnahmen für eine mangelhafte Therapieadhärenz trotz grossem Leidensdruck sprechen (act. G 1.10). Des Weiteren macht die Beschwerdeführerin geltend, dass sich Dr. F.____ zu stark auf das Observationsmaterial beziehe und dieses falsch und in nicht nachvollziehbarer Art und Weise zu ihrem Nachteil bewerte. So halte er fest, dass sich deutliche Hinweise auf Aggravation oder Verdeutlichung insbesondere im Zusammenhang mit dem Standortgespräch bei Dr. C.____ im Juli 2017 und mit der Exploration beim Gutachter fänden. Diese Gewichtung sei jedoch stark geprägt von der starken Gewichtung des Ergebnisses des Standortgesprächs bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen mit Dr. C.____ sowie des Ergebnisses der von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Observation. Inwiefern jene Feststellungen jedoch nicht korrekt gewesen sein sollten, kann der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin nicht erklären. Wenn er geltend macht, es sei für die Einschätzung der psychischen Erkrankung unwesentlich, ob die Beschwerdeführerin die Abfallsäcke rausbringen oder Wäsche aufhängen könne, übersieht er, dass Dr. F.____ diese Tatsachen lediglich als Hinweise für eine Aggravation oder Verdeutlichung aufführte (IV-act. 171-50), welche als solche nicht bestritten werden können. Hinzu kommt laut dem Rechtsvertreter, dass die Chemie zwischen der Beschwerdeführerin und dem Gutachter nicht gut gewesen sei. Dr. F.____ habe kein Verständnis dafür gehabt, dass sie über die

Ereignisse von 2002 bis 2006 betreffend die sexuellen Belästigungen durch einen Mitarbeiter der ehemaligen Arbeitgeberin nicht habe sprechen wollen. Obwohl sie eine plausible Erklärung abgegeben habe, dass sie nicht darüber sprechen wolle, weil sie überall dazu gedrängt werde und es lediglich ihre Krankheit aufrecht erhalte. Auch mit ihrer Therapeutin spreche sie nicht über "das von hinten" (act. G 1, III B. 6a). Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. F.____ zur Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung festhält, ein Trauma sei nicht aktenkundig und auch in der Exploration nicht abgrenzbar von den Sorgen und Ängsten um ihre schwierigen Kinder und die Beschäftigungslosigkeit des Ehemannes. Gemäss den ICD-10 Kriterien zeige die Beschwerdeführerin kein potentiell lebensbedrohliches Ereignis mit Vernichtungsangst, welches objektivierbar sei. Auch ein Wiedererleben in Form von Intrusion oder Flash Backs könne weder benannt noch abgegrenzt werden. Ein Vermeidungsverhalten gegenüber der Firma, in welcher die Versicherte zuletzt tätig war, sei nicht ausgewiesen. Dies begründet Dr. F.____ zwar etwas weit hergeholt damit, dass die eine Schwester der Beschwerdeführerin immer noch dort arbeite. Es scheint jedoch tatsächlich keine Berührungsängste mit der ehemaligen Arbeitgeberin oder den ehemaligen übrigen Mitarbeitern zu geben, ansonsten die Beschwerdeführerin kaum in der Nähe wohnen geblieben wäre, wo sie vieles - u.a. auch ehemalige Mitarbeiter im Alltag wie beispielsweise beim Einkaufen - an diese Zeit erinnern dürfte. Insgesamt führt der Gutachter ausführlich und nachvollziehbar aus, auf Grund welcher fehlenden Elemente für ihn die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) nicht in Frage kommen kann. Dagegen vermögen die Argumente des Rechtsvertreters nicht zu überzeugen. Auch was die testpsychologischen Testungen von H.____ anbelangt, kann den Schlussfolgerungen von Dr. F.____ entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters gefolgt werden. So führt Dr. F.____ korrekt aus, es würden sich depressiv-negativistische und paranoide Persönlichkeitszüge, eigenwillig-kritische und stille Persönlichkeitszüge sowie Hinweise auf eine furchtsame, zwanghafte, selbstunsichere und schizoide Persönlichkeitsstörung sowie eine depressive Persönlichkeitsstörung zeigen. Die depressive Störung sei mit der rezidivierenden Störung schon ausgewiesen, negativistisch-paranoide und zwanghafte Persönlichkeitszüge seien mit dem Psychostatus klinisch vereinbar. Eine eigenständige Persönlichkeitsstörung könne nach ICD-10 aber nicht kriterienkonform bestätigt werden. In dem auf Selbstbeurteilung beruhenden Fragebogen der PTSD Testdiagnostik mit ETI und PTSS-10 und PDS erfülle die Beschwerdeführerin die Kriterien für ein PTSD (posttraumatic stress disorder) bzw. PTBS. Klinisch sei infolge fehlender ICD-10 Kriterien mit Hyperarousal, Vermeidungsverhalten und Flash Backs jedoch weder nach ICD-10 noch nach DSM IV eine ausreichende Kriteriendichte vorhanden und das Gesamtbild unzureichend für eine Diagnosestellung. Vor allem stelle der Validierungstest MSVT mit einer nachweislich geringen Anstrengungsbereitschaft die testpsychologischen Befunde zur PTSD in Frage (IV-act. 171-41f.). Damit erscheint die Gesamtbeurteilung von Dr. F.____ schlüssig. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. F.____ ausführlich und sorgfältig ausgearbeitet wurde und in seiner Beurteilung insgesamt zu überzeugen vermag. Aus diesem Grund ist auf die vom Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 75% zumindest ab dem Zeitpunkt der Observation im September 2016 abzustellen (IV-act. 171-58). Damit ist der Invaliditätsgrad zu bestimmen, wobei die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin grundsätzlich keine Einwände gegen die Eckwerte des Einkommensvergleichs vorgebracht hat. Die Beschwerdegegnerin ging beim früheren Einkommen der Beschwerdeführerin von einem unterdurchschnittlichen Verdienst

aus, weshalb zur Berechnung des Valideneinkommens eine Parallelisierung bis zur Differenz von 5% zum durchschnittlichen Hilfsarbeiterinneneinkommen erfolgte, und verzichtete beim Invalideneinkommen auf die Gewährung eines Tabellenlohnabzugs (vgl. IV-act. 208, vgl. zum Tabellenlohnabzug: BGE 126 V 75, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2.). Eine konkrete Berechnung kann vorliegend unterbleiben, da selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin ein Prozentvergleich vorgenommen und ihr trotz der Tatsache, dass keine Adaptierungen zur angestammten Tätigkeit notwendig sind (vgl. IV-act. 171-59 Ziff. 9.2), auch noch ein Leidensabzug von 5% gewährt würde, kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultierte (IV-Grad = 28.75% [25% + (75% x 5%)]). Dasselbe Ergebnis käme schliesslich selbst bei einem Leidensabzug von 15% mit einem rentenausschliessenden IV-Grad von 36.25% (25% + [75% x 15%]) zustande. Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort, die Rente sei nicht erst mit der angefochtenen Verfügung, sondern bereits per 30. September 2016 einzustellen (act. G 4). Dazu hat sich der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin nicht geäussert. Stehen invalidenversicherungsrechtliche Aspekte zur Diskussion, gilt es grundsätzlich, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen. Die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente erfolgt in diesem Bereich daher in der Regel auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats. Rückwirkend wird die Rente nur herabgesetzt oder aufgehoben, wenn die unrichtige Ausrichtung einer Leistung darauf zurückzuführen ist, dass der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder er der ihm gemäss Art. 77 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (Art. 85 Abs. 2 i.V.m. Art. 88 bis Abs. 2 IVV). Gemäss Art. 77 IVV hat die berechnete Person, der die Leistung zukommt, jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung, namentlich eine solche des Gesundheitszustands, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit sowie der persönlichen und gegebenenfalls der wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person unverzüglich der IV-Stelle anzuzeigen (vgl. auch Art. 31 Abs. 1 ATSG). Für den Tatbestand der Meldepflichtverletzung ist ein schuldhaftes Fehlverhalten erforderlich, wobei nach ständiger Rechtsprechung bereits eine leichte Fahrlässigkeit genügt (BGE 118 V 214 E. 2a S. 218; Urteil 9C_226/2011 vom 15. Juli 2011 E. 4.2.1, nicht publ. in: BGE 137 V 369 , aber in: SVR 2012 IV Nr. 12 S. 61). Vorliegend ist auf Grund der andauernden erheblichen psychosozialen Belastung der Beschwerdeführerin nicht davon auszugehen, dass ihr selbst bei pflichtgemässer Aufmerksamkeit bewusst hätte sein müssen, dass sich ihre gesundheitliche Situation in den für den Rentenanspruch entscheidenden Bereichen verbessert hatte. Zwar war sie, wie bei der Observation festgestellt werden konnte, in der Lage, zahlreiche ausserhäusliche Aktivitäten zu bewältigen. Auf Grund der gewichtigen Probleme mit ihren beiden Söhnen ist jedoch glaubhaft, dass bei ihr weiterhin von einer subjektiven Überzeugung einer unveränderten Überlastungssituation mit einhergehender Unmöglichkeit, erwerblich tätig zu sein, auszugehen ist. Damit ist auch nicht von einer leichten Fahrlässigkeit auszugehen und eine Meldepflichtverletzung zu verneinen. Nachdem vorliegend keine Meldepflichtverletzung besteht, endet der bisherige Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine ganze Rente unter Berücksichtigung von Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV und unter Berücksichtigung des Datums des Erlasses der Verfügung vom 24. April 2019 (IV-act. 208) per 1. Juni 2019 und nicht wie von der Beschwerdegegnerin beantragt bereits per 30. September 2016 (act. G 4, Antrag 1). Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.--

bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Diese ist vollumfänglich der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat sie keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet.

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