

# SO\_GERICHTE VSBES.2017.270 vom 26. September 2017

SO Obergericht, 2017-09-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.270](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.270)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.270 du 26 septembre 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.270 del 26 settembre 2017

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 26. September 2017) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

2. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

2.3 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

### **E. 3**

3.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_63/2011 vom 27. Mai 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

### **E. 4**

4.1 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1

ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 141 V 585 E. 5.3, 134 V 131 E. 3 S. 132, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

4.2 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG] I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen). Dies gilt jedoch nur in Fällen, in denen seit der ersten Verfügung keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat, sondern einzig Nichteintretensverfügungen.

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die im Rahmen der Neuanmeldung vom 14. April 2016 (Eingang: 18. April 2016, IV-Nr. 138) beantragten Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und / oder eine Invalidenrente mit Verfügung vom 26. September 2017 (A.S. 1 f.) zu Recht abgewiesen hat.

6. Es ist zunächst zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Erlass der letzten, auf einer umfassenden Prüfung des Gesundheitszustands beruhenden, rechtskräftigen Verfügung vom 21. August 2012 (IV-Nr. 110), die durch das Urteil des Bundesgerichts 8C\_810/2013 vom 9. April 2014 (IV-Nr. 125) gestützt wurde, in anspruch relevanter Weise verändert hat. Im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 21. August 2012 stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 10. August 2011 (IV-Nr. 90) sowie auch auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 17. August 2011 (IV-Nr. 91). Dem Beschwerdeführer sei es zumutbar, in der angestammten Tätigkeit sowie in jeder anderen leichten bis mittelschweren Verweistätigkeit in einem Pensum von 100 % ohne Leistungsminderung zu arbeiten (IV-Nr. 110 S. 2).

6.1 Im psychiatrischen Gutachten vom 10. August 2011 (IV-Nr. 90) führte Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie, aus, es könne nicht ausgeschlossen werden, dass als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine «anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ASS; ICD-10 F45.40) und / oder eine Konversionsstörung / dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4)» bestünden (S. 17). Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden «akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)» ausgewiesen. Zusammenfassend müsse festgestellt werden, dass die Angaben des Beschwerdeführers bezüglich seiner Einschränkungen durch Schmerzen und den angeblich permanenten Faustschluss inkonsistent und äusserst widersprüchlich seien. Auch die im Revisionsbericht beschriebene fehlende Beugekontraktur und Hornhautschwielen sprächen gegen einen permanenten Faustschluss. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Einschränkungen seien in keiner Weise nachvollziehbar. Die von ihm geschilderten Tätigkeiten wie Autofahren und regelmässiges Zubereiten der Mahlzeiten seien mit einem permanenten Faustschluss und

angeblich «unerträglichen Schmerzen» beim Öffnen der Hände schlicht nicht zu vereinbaren. Angesichts der zahlreichen inkonsistenten Angaben könne eine psychiatrische Störung nicht mit ausreichender Sicherheit diagnostiziert werden. Auf die subjektiven und widersprüchlichen Angaben des Beschwerdeführers könne nicht abgestellt werden. Eine der präsentierten Symptomatik möglicherweise ursprünglich zugrundeliegende anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ASS) und / oder eine dissoziative Bewegungsstörung könnten nicht ausgeschlossen werden (S. 20).

Der Beschwerdeführer besitze keine spezifische Berufsausbildung. Er sei in der Schweiz nur für wenige Monate in ungelerten Hilfstätigkeiten in den Bereichen Schreinerei, Service, Lager und Reinigungsdienst tätig gewesen. Aus psychiatrischer Sicht könne keine sichere psychiatrische Störung und keine objektivierbare Symptomatik festgestellt werden, welche eine Minderung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten. Es habe keine Minderung der Ressourcen des Beschwerdeführers wie etwa ein verminderter Realitätsbezug oder eine Persönlichkeitsstörung festgestellt werden können, die ihn bei der Überwindung einer möglichen Schmerzsymptomatik beeinträchtigen könnten (S. 22).

6.2 Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, hielt in seinem rheumatologischen Gutachten vom 17. August 2011 (IV-Nr. 91) fest, es bestünden keine Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen:

Insgesamt würden die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar beurteilt. In einer derartigen Situation seien grundsätzlich zu diskutieren: Invaliditätsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion (S. 13 oben). Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt für die vom Beschwerdeführer bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt gewesen. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Die angepasste Verweistätigkeit des Beschwerdeführers liege in einem temperierten Raum (Raumluft), beschränke sich auf leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zu, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln. Das Einhalten der Rückenergometrie sei wünschenswert. Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich invaliditätsfremde Faktoren wie bspw. länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz, begrenzte Deutschsprachenkenntnisse, fehlende Berufsbildung, Alter des Beschwerdeführers, ungünstige Arbeitsmarktsituation und möglicherweise die limitierte Motivation auswirken (S. 15).

7. Im Zeitpunkt der aktuellen Verfügung vom 20. Juli 2017 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der Sachverhalt wie folgt:

7.1 Im «Austrittsbericht der zweiten Hospitalisation» vom 4. August 2014 (IV-Nr. 149) hielten Dr. med. L.\_\_\_\_, Leitender Arzt, und der Arzt M.\_\_\_\_, N.\_\_\_\_, betreffend die Hospitalisation vom 7. Juli 2014 bis 4. August 2014 folgende Diagnosen fest:

Der Beschwerdeführer sei nach Hause zu seiner Frau und den zwei Kindern entlassen worden. Er werde durch Dres. med. J.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ behandelt.

7.2 Im Austrittsbericht vom 21. April 2015 betreffend die dritte Hospitalisation vom 31. März bis 13. April 2015 führten Dr. med. O.\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. P.\_\_\_\_, Ärztin, N.\_\_\_\_, folgende Diagnosen auf (IV-Nr. 141 S. 13 ff.):

Der Beschwerdeführer sei vom behandelnden Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_ aufgrund zunehmender Anspannung und konsekutiver Belastung des direkten sozialen Umfelds zur Krisenintervention zugewiesen worden. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass ihn eine Ohroperation seines Bruders in äusserste Angstzustände versetze. Diagnostisch gingen sie von einer Exazerbation der vorbekannten chronisch depressiven Störung aus. Der Beschwerdeführer habe über ein Abendtief mit ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen berichtet. Da sich die bisherige verschriebene Medikation mit Quetiapin auch in erhöhter Dosierung nicht eindeutig positiv auf die Schlafqualität ausgewirkt habe, sei eine Therapie mit Olanzapin mit einer abendlichen Gabe von 5 mg eingeleitet worden. Es habe sich ein Nachlassen der ängstlichen Unruhe gezeigt. Des Weiteren sei anamnestisch eine chronische somatoforme Schmerzstörung bekannt, die ihren Beginn nach der Einreise in die Schweiz vor circa 20 Jahren genommen habe. Der Beschwerdeführer habe erklärt, seine Hände nur unter Schmerzen öffnen zu können. Im Übrigen hätten sich (wie schon seit Jahren mehrfach beschrieben) Störungen im Bewegungsablauf (v.a. zittern, schütteln) und im Redefluss (stottern), deren Ursache am ehesten in einer dissoziativen Störung gesehen werde (nach aktenanamnestischem Ausschluss körperlicher Ursachen). Zur Reduzierung des Stress- und Angstniveaus sei die Dosierung von Lyrica auf eine Tagesdosis von 300 mg, verteilt auf zwei Gaben, erhöht worden. Der Beschwerdeführer habe über eine diskrete Besserung berichtet. Hinsichtlich nichtmedikamentöser Strategien zur Stressreduktion, Entspannung und Selbstberuhigung habe der Beschwerdeführer kaum Interesse gezeigt. Er habe das stationäre Setting gut annehmen können und sich durch die Aufnahme bereits entlastet gefühlt. Er habe selektiv an den Therapieangeboten teilgenommen und sei nach anfänglichem Rückzug in gutem Kontakt zu den Mitpatienten gestanden, habe sich zwischenzeitlich auch durchaus entspannt gezeigt. Als Hobby zeichne er gerne und könne sich über mehrere Stunden damit beschäftigen. Gesamthaft sei eine leichte Besserung der depressiven Symptomatik eingetreten, auch wenn sich im Zusammenhang mit dem Austritt eine nochmalige Verschlechterung abgezeichnet habe.

7.3 Im Verlaufsbericht vom 22. Juli 2015 (IV-Nr. 141 S. 18 f.) hielt Dr. med. Q.\_\_\_\_, Psychotherapeut, folgende Diagnosen fest:

Der Beschwerdeführer habe aus der [...] fliehen müssen, da ihm sonst Gefängnis gedroht hätte. Ein Bekannter aus seinem Dorf habe ohne sein Wissen Bücher in seiner Schneiderei deponiert und bei einer Razzia seien diese politischen Bücher gefunden und er sei vom Militär schwer gefoltert worden. Er leide unter starker Angespanntheit und habe zuhause die Kinder durch seine Krankheit stark belastet, so dass diese nun auch psychologisch betreut werden müssten. In den Einzelgesprächen habe er berichtet, dass er ein Abendtief mit ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen habe. Die vielen Medikamente, die er jahrelang eingenommen habe, hätten ihm auch nicht helfen können. Die chronischen Schmerzstörungen seien seit 20 Jahren vorhanden, sie hätten mit der Ankunft in der Schweiz begonnen. Seine Hände könne er nur mit grosser Mühe und unter Schmerzen öffnen. Auch Störungen bei der Bewegung (v.a. Zittern und Schütteln). Im Redefluss stottere er so stark, so dass man ihn kaum verstehen könne, auch wenn er sich grosse Mühe gebe, um sich zu verständigen. Dem folge noch das eigenartige Schlucken, das dissoziativ

aussehe. Sein Körper leide unter den Schmerzen und das mache ihn bewegungsunfähig.

7.4 Im Untersuchungsbericht des K.\_\_\_\_, Medizinische Spezialsprechstunde, R.\_\_\_\_, vom 30. Juli 2015 (IV-Nr. 141 S. 9 ff.) wurde folgende Diagnose festgehalten:

Nebendiagnosen seien:

Das prämorbid kognitive Niveau sei schwierig abzuschätzen, die Angaben sprächen insgesamt für eine durchschnittliche intellektuelle Begabung. Die neuropsychologische Untersuchung habe mit Hilfe eines Dolmetschers durchgeführt werden müssen. Die geschilderten Gegebenheiten limitierten die Validität der neuropsychologischen Testbefunde von vornherein, da diese für Patienten mit Deutsch als Muttersprache normiert worden seien, die ein mitteleuropäisches Bildungssystem durchlaufen hätten. Es ergebe sich das folgende Bild der kognitiven Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers: Im Gedächtnisbereich stelle sich die verbale Lern- und Merkfähigkeit als minimal vermindert dar, dabei seien der verzögerte Abruf sowie die relative Behaltensleistung leicht eingeschränkt, alle übrigen geprüften Parameter seien altersentsprechend normal. In der visuellen Modalität seien der unmittelbare sowie der verzögerte Abruf leicht bis mässig beeinträchtigt. Im Bereich der Exekutivfunktionen seien die figurale Flüssigkeit sowie die semantische Flüssigkeit vermindert. Die phonematische Flüssigkeit, das verbale Arbeitsgedächtnis sowie die Konzeptbildung seien normgerecht. Im Bereich der Sprache sei das Benennen leicht eingeschränkt. Die räumlichen Funktionen seien beim Abzeichnen einer komplexen geometrischen Figur eingeschränkt. Im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktion sei die tonische Aktivierung grenzwertig, die Aktivierbarkeit leicht reduziert. Bei der Aufgabe zur Flexibilität zeigten sich eine grenzwertig erhöhte Anzahl von Auslassungen und Fehlern bei ansonsten normgerechten Leistungen. Bei der selektiven Aufmerksamkeit sei die Anzahl Auslassungen erhöht bei erwartungsgerechten übrigen Leistungen. Die Aufgabe zur geteilten Aufmerksamkeit ergebe normgerechte Leistungen in allen Parametern. Bei der Prüfung der visuell-gnostischen Funktionen zeigten sich keine Einschränkungen. Die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit sei normgerecht (S. 12).

7.5 Im Austrittsbericht vom 1. Februar 2016 (IV-Nr. 133) betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 19. bis 26. Januar 2016 hielten Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, Chefarzt, Dr. med. S.\_\_\_\_, Oberärztin, und Dr. med. T.\_\_\_\_, Assistenzärztin, H.\_\_\_\_, Neurozentrum, Universitätsklinik für Neurologie, folgende Diagnosen fest:

Der Beschwerdeführer sei elektiv von Dr. med. U.\_\_\_\_ über die Sprechstunde von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ zugewiesen worden, mit der Bitte um Abklärung einer komplexen rechtsbetonten Bewegungsstörung.

Klinisch präsentiere der Beschwerdeführer beim Eintritt eine komplexe Bewegungsstörung mit Auffälligkeiten. Auffallend sei insbesondere auch die spontane, teilweise dyston anmutende Fauststellung beider Hände, welche passiv aber gut durchbrechbar gewesen sei. Es hätten sich zudem eine rechtsseitig betonte Sensibilitätsstörung und Schmerzempfindlichkeit mit funktionellen Einbussen der Handmotorik gezeigt. Differenzialdiagnostisch sei aufgrund des Verlaufs, der fluktuierenden und in der Art variablen Symptomatik mit Ablenkbarkeit eine dissoziative Bewegungsstörung klar im Vordergrund gestanden, akzentuiert durch die psychiatrische und psychosoziale Vorbelastung. Konsiliarisch seien zur Beurteilung auch die Bewegungsspezialisten beigezogen worden, welche diese Einschätzung teilten. Wie bereits im Vorfeld diskutiert,

spreche das späte Auftreten der Beschwerden eher gegen eine hereditäre oder metabolisch bedingte Bewegungsstörung. Zum Ausschluss einer metabolischen oder neurodegenerativen Genese seien aber die Abklärungen mittels MRI und laborchemischen Untersuchungen (u.a. Kupferstoffwechsel) komplettiert worden. Als einzige nicht sicher pathologische Auffälligkeit zeigten sich MR-tomographisch in den Stammganglien beidseits sowie in den Ncl. dentati beidseits mögliche Eisenablagerungen (Hypointensitäten in den T2-/SWI-Sequenzen), welche bspw. i.R. einer NBIA (Neurodegeneration with Brain iron accumulation) auftreten könnten. Da das späte Auftreten der Beschwerden, der normale Ferritinspiegel im Serum sowie das variable Beschwerdebild gegen diese Diagnose sprächen und es keine unmittelbarer therapeutische Konsequenz hätte, hätten sie sich gegen die Durchführung einer genetischen Abklärung diesbezüglich entschieden.

Auch wenn ein organischer Kern im Sinne einer NBIA nicht sicher ausgeschlossen werden könne, liege beim Beschwerdeführer primär eine funktionelle Bewegungsstörung vor, welche in ihrer Ausprägung und langjährigen Dauer mit einer erheblichen psychischen und psychosozialen Belastung einhergehe und einen enormen Leidensdruck für den Beschwerdeführer und die Familie darstelle.

Die Arbeitsfähigkeit sei nicht gegeben, es bestehe Anspruch auf eine IV-Rente.

7.6 Dr. med. J.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Bericht vom 15. März 2016 (IV-Nr. 141 S. 1 ff.) folgende Beurteilung fest (S. 4): Der psychische Zustand des Beschwerdeführers habe sich circa Ende April 2015 akut verschlechtert mit Äusserungen von Suizidgedanken gegenüber der Familie. Durch eine medikamentöse Dosisanpassung und nach einem gemeinsamen Gespräch mit seiner Familie habe die Krise aufgefangen werden können. Nach wiederholten, ähnlichen Krisensituationen geprägt von innerer Unruhe, Schlafstörungen mit Tagesmüdigkeit und verminderter Stresstoleranz bei Thematisierung seiner belastenden Erkrankung und dadurch hervorgerufenen Familienkonflikten habe der Beschwerdeführer anfangs Juli 2015 über permanent vorhandene Suizidphantasien geklagt, weshalb eine Hospitalisation auf der Kriseninterventionsstation [...] unumgänglich geworden sei. Während des stationären Aufenthalts habe sich lediglich eine diskrete Stabilisierung des psychischen Zustandes gezeigt, hingegen eine Persistenz der körperlichen Defizite durch die motorischen Bewegungsstörungen, dadurch fühle sich der Beschwerdeführer in der Bewältigung des Alltags schwer beeinträchtigt. Aufgrund der herabgesetzten Stressresistenz, den Wertlosigkeits- und Insuffizienzgefühlen sowie dem Erleben des Unverständnisses der Familie komme es wiederholt zu Konflikten in der Familie und Umgebung. In der Gesamtschau zeige sich ein hoher Schweregrad mit Beschwerdechronifizierung bei bisher therapieresistenten Behandlungsversuchen sowie eine Depression, weshalb von einer eher ungünstigen Prognose im weiteren Krankheitsverlauf ausgegangen werden müsse. Es bestünden keine Hinweise für Aggravations- oder Simulationstendenzen.

Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der beschriebenen Störungsbilder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Betriebsangestellter postuliert werden.

Die aktuell klinisch-objektiv vorliegende Psychopathologie mit den Beschwerden zahlreicher Komorbiditäten begründe aufgrund ausgeprägter Einschränkungen der Alltagsfunktionsfähigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei zurzeit störungsbedingt nicht arbeitsfähig, auch für Verweistätigkeiten bestehe zurzeit aus

medizinischer Sicht aufgrund der störungsbedingten Funktionseinschränkungen keine Zumutbarkeit. Zwecks objektiver Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wäre eine Zweitbegutachtung mit Berücksichtigung fremdanamnestischer Angaben zu empfehlen.

7.7 Der den Beschwerdeführer seit dem 7. Februar 2013 bis auf weiteres behandelnde Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_ führte in seinem Arztbericht vom 19. Mai 2016 (IV-Nr. 143) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

Es gebe keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsangestellter seit dem 7. Februar 2013 zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd.

Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 7. Februar 2013 in der ambulanten psychiatrisch psychotherapeutischen Behandlung, die Gespräche fänden alle drei bis vier Wochen statt. Der Beschwerdeführer erscheine stets pünktlich zu den vereinbarten Terminen, habe bis jetzt keinen Termin versäumt. Aufgrund wiederholter akuter Verschlechterung des psychischen Zustandes von Ende April 2015 bis anfangs Juli 2015 mit Äusserungen von Suizidgedanken gegenüber der Familie, sei eine notfallmässige Hospitalisation auf der Kriseninterventionsstation [...] erfolgt (S. 4).

Die angewendeten psychotherapeutischen Verfahren, die hauptsächlich Psychoedukation und Umsetzungen der Konfrontationstechniken nach verhaltenstherapeutisch orientiertem Ansatz beinhalteten, gestützt durch eine Neuroleptika-Behandlung mit Agomelatin (Valdoxan®), aktuell 25 mg abends, hätten den aktuell komplizierten Zustand nicht wesentlich gebessert. In der Gesamtschau zeige sich weiterhin ein hoher Schweregrad mit Beschwerdechronifizierung mit vermindertem Selbstwert bei bisher therapieresistenten Behandlungsversuchen sowie eine Depression, weshalb von einer eher ungünstigen Prognose im weiteren Krankheitsverlauf ausgegangen werden müsse. Es bestünden keine Hinweise für Aggravations- oder Simulationstendenzen. Die aktuell klinisch-objektiv vorliegende Psychopathologie mit den Beschwerden einer mittelgradigen bis schweren depressiven Erkrankung und den zahlreichen Komorbiditäten begründe aufgrund ausgeprägter Einschränkungen der Alltagsfunktionsfähigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit.

Aktuell sei nach fortgesetzten psychotherapeutischen Massnahmen die erhoffte Stabilisierung des Gesundheitszustandes noch nicht eingetreten. Berufliche Eingliederungsmassnahmen erschienen aktuell nicht angezeigt. Es werde aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der freien Marktwirtschaft postuliert. Der Beschwerdeführer sei zurzeit störungsbedingt nicht arbeitsfähig, auch für Verweistätigkeiten bestehe zurzeit aus medizinischer Sicht aufgrund der störungsbedingten Funktionseinschränkungen keine Zumutbarkeit. Die Hauptziele der Behandlung blieben die Linderung der Symptomatik, vermehrte Aktivierung im Alltag, Nutzung seiner Ressourcen und Erlangung von mehr Selbständigkeit. Die Dauer der weiteren ambulanten Behandlung könne derzeit noch nicht festgelegt werden.

Die bisherige Tätigkeit sei maximal zu drei bis vier Stunden täglich möglich. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne nicht verbessert werden. Es seien dem Beschwerdeführer keine anderen Tätigkeiten zumutbar.

Aufgrund der chronifizierten schweren Erkrankung mit Komorbiditäten mit im Vordergrund stehenden Beeinträchtigung der kognitiven Grundfunktionen,

Beeinträchtigung des Redeflusses und Antriebsstörung, führten hohe Anforderungen zu Überforderungsreaktionen. Es sei daher keine Tätigkeit in der freien Marktwirtschaft zumutbar. Eine ambulante Behandlung sei weiterhin dringend indiziert (S. 6).

7.8 Dr. med. E. \_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Medizin, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 9. August 2016 (IV-Nr. 148 S. 2 ff.) folgende Beurteilung der medizinischen Situation fest: Der Beschwerdeführer habe sich am 26. April 2016 erneut bei der Beschwerdegegnerin zur Abklärung einer Rente / beruflicher Massnahmen angemeldet, bei einer ■ laut seinen Angaben ■ seit 1996 bestehenden chronischen psychiatrischen Problematik mit einem chronischen Bewegungs- und Schmerzsyndrom. Somit liege, wenn man sich auf die aktuellen Angaben des Beschwerdeführers beziehe, eine neue gesundheitliche Problematik nicht vor. Seit 1994 seien aufgrund einer psychiatrischen Problematik vom Beschwerdeführer rezidivierend Anmeldungen bei der Beschwerdegegnerin erfolgt, welche mit Beschluss durch das Kantonsgericht im Jahre 2003, ab dem Jahre 2000 eine halbe Rente erwirkten und ab dem Jahre 2007 eine ganze Rente. Im Rahmen eines bidisziplinären (Psychiatrie, Dr. med. C. \_\_\_\_ und Rheumatologie, Dr. med. D. \_\_\_\_ ) Gutachtens von August 2011 sei eine Verbesserung der medizinischen Situation festgestellt und die Rente mit Datum vom 21. August 2012 aufgehoben worden. Seit dem 7. Februar 2013 habe sich der Beschwerdeführer mit einer Frequenz von einmal / Monat in der psychiatrischen Behandlung von Dr. med. J. \_\_\_\_ befunden, der vom Beschwerdeführer im Rahmen der IV-Anmeldung vom 26. April 2016 neu als Hausarzt angegeben worden sei. Den früheren Hausarzt, Dr. med. F. \_\_\_\_, habe der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin nicht mehr als behandelnden Arzt genannt, obwohl er weiter bei ihm in Behandlung sei (Telefonat mit Praxis Dr. med. F. \_\_\_\_ am 29. Juli 2016). Dr. med. J. \_\_\_\_ habe in dieser Funktion als «Hausarzt» die fachneurologische Untersuchung «einer seit Jahren geschilderten unklaren komplexen Bewegungsstörung» bei Dr. med. U. \_\_\_\_ / K. \_\_\_\_ in die Wege geleitet, welche dann zu einer stationären Abklärung vom 19. bis zum 26. Januar 2016 in der neurologischen Klinik im H. \_\_\_\_ geführt habe. Der Beschwerdeführer habe im Rahmen dieser stationären Abklärung bei der Anamneseerhebung (Austrittsbericht vom 1. Februar 2016, Dr. med. T. \_\_\_\_ ) angegeben, er leide schon seit 2008 unter der genannten Bewegungsstörung mit komplexen Bewegungen der oberen Extremitäten und des Kopfes mit repetitivem Schnalzen, Schmatzen, Kopfversionen nach rechts und intermittierender Kopfwangshaltungen sowie einer rechtsseitig betonten Symptomatik mit funktionellen Einschränkungen insbesondere der oberen Extremitäten. Auch bestehe eine ausgeprägte Störung des Redeflusses mit fluktuierendem Stottern, seit einer endoskopischen Untersuchung mit Rachenbiopsie (unauffällig) im Jahre 2008. Für die vom Beschwerdeführer demonstrierten Bewegungsstörungen habe sich im Rahmen der ausführlichen neurologischen Diagnostik (AB, Neurologische Universitätsklinik, H. \_\_\_\_, vom 1. Februar 2016) kein organisches Substrat gefunden: «es liege eine langjährige funktionelle Bewegungsstörung vor, mit auffallend, zum Teil dyston anmutender Fauststellung der Hände». Die sich laut dem Beschwerdeführer seit 2008 ausprägenden Symptome seien allerdings im Rahmen ärztlicher Beobachtungen im Verlauf der Jahre von Inkonsistenzen geprägt gewesen: Im Rahmen des rheumatologischen Gutachtens von Dr. med. D. \_\_\_\_ vom 17. August 2011 habe der Beschwerdeführer vermocht, «problemlos die Langfinger zu extendieren, wenn er eine Petflasche hielt, um aus ihr während der Untersuchung zu trinken». Im Verlaufe dieses rheumatologischen Gutachtens habe der Beschwerdeführer Hinweise auf Aggravation geboten. Hinweise auf eine, wie auch immer geartete, komplexe Bewegungsstörung hätten

sich im Rahmen des Revisionsgespräches vom 19. April 2011 in der Beschwerdegegnerin bis auf einen andauernden und allerdings leicht zu öffnenden Faustschluss beidseits nicht feststellen lassen. Übrigens habe sich der Beschwerdeführer während dieses Gespräches klar und ohne jedwedes Stottern auf Deutsch zu unterhalten vermocht. (Es sei daher nicht nachvollziehbar, warum der Beschwerdeführer jetzt nicht mehr der deutschen Sprache mächtig sein soll und für medizinische Untersuchungen / Gutachten einen Übersetzer benötige).

Somit erstaune, dass die untersuchenden Neurologen des H.\_\_\_\_ nicht als Differentialdiagnose eine Aggravation aufgelistet hätten. Dies umso mehr, als im Austrittsbericht der N.\_\_\_\_ vom 21. April 2015 beschrieben worden sei, dass der Beschwerdeführer, im Rahmen des stationären Aufenthalts vom 31. März 2015 bis zum 13. April 2015, seinem Hobby gefrönt habe und «stundenlang zeichnete», eine Tätigkeit, die ihm bei erheblichen rechtseitigen Bewegungsstörungen nicht möglich gewesen wäre. Diese Hospitalisation in der N.\_\_\_\_ habe der behandelnde Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_ aufgrund «zunehmender Anspannung des Beschwerdeführers und konsekutiver Belastung des direkten sozialen Umfeldes zur Krisenintervention» in die Wege geleitet. Laut Abschlussbericht der N.\_\_\_\_ vom 21. April 2015 (Dr. med. O.\_\_\_\_) habe sich der Beschwerdeführer durch die stationäre Aufnahme bereits entlastet gefühlt und sei nach anfänglichem Rückzug in gutem Kontakt zu den Mitpatienten gestanden. Statt Quetiapin sei eine Behandlung mit Olanzapin abends 5 mg eingeleitet worden, es habe sich ein Nachlassen der ängstlichen Unruhe gezeigt. Zur weiteren Reduzierung des Stress- und Angstniveaus sei die Tagesdosis von Lyrica auf 300 mg erhöht worden, was zu einer weiteren leichten Besserung geführt habe. Hinsichtlich nichtmedikamentöser Strategien zur Stressreduktion, Entspannung und Selbstberuhigung habe der Beschwerdeführer kaum Interesse gezeigt. In ausreichend stabilisiertem Zustand habe der Beschwerdeführer am Ende des Aufenthaltes in die bisherigen häuslichen Verhältnisse austreten können. Als primäre Austrittsdiagnose habe Dr. med. O.\_\_\_\_ formuliert: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode». Trotz der im Abschlussbericht der N.\_\_\_\_ (Dr. med. O.\_\_\_\_, 21. April 2015) geschilderten gebesserten Psyche des Beschwerdeführers, habe der behandelnde Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_ seit April 2015 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel bis schwere Episode diagnostiziert. Es erstaune allerdings, dass bei der von Dr. med. J.\_\_\_\_ geschilderten Verschlechterung, die Behandlungsfrequenz des Beschwerdeführers bei ihm seit April 2015 bis aktuell weiterhin nur einmal / Monat betrage (Bericht Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2016), eine Behandlungsfrequenz, die nicht einmal für die Behandlung einer leichten depressiven Episode als ausreichend anzusehen sei.

Empfehlung: Die erneute Anmeldung des Beschwerdeführers bei der Beschwerdegegnerin sei u.a. durch Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, dem Leitenden Arzt der Akutbettenstation der Universitätsklinik für Neurologie des H.\_\_\_\_, erfolgt. Diese Anmeldung lasse allerdings noch einige Fragen offen, welche von Dr. med. E.\_\_\_\_ an Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ brieflich gestellt würden. Erst nach Erhalt der Antwort des Leitenden Neurologen sollten die Fragen der Beschwerdegegnerin dem RAD noch einmal zur Beantwortung vorgestellt werden.

7.9 Im Bericht vom 13. Oktober 2016 (IV-Nr. 154.2) betreffend die Observation des Beschwerdeführers vom

## E. 5

Lichen simplex chronicus Das prämorbid kognitive Niveau sei schwierig abzuschätzen, die Angaben sprächen insgesamt für eine durchschnittliche intellektuelle Begabung. Die neuropsychologische Untersuchung habe mit Hilfe eines Dolmetschers durchgeführt werden müssen. Die geschilderten Gegebenheiten limitierten die Validität der neuropsychologischen Testbefunde von vornherein, da diese für Patienten mit Deutsch als Muttersprache normiert worden seien, die ein mitteleuropäisches Bildungssystem durchlaufen hätten. Es ergebe sich das folgende Bild der kognitiven Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers: Im Gedächtnisbereich stelle sich die verbale Lern- und Merkfähigkeit als minimal vermindert dar, dabei seien der verzögerte Abruf sowie die relative Behaltensleistung leicht eingeschränkt, alle übrigen geprüften Parameter seien altersentsprechend normal. In der visuellen Modalität seien der unmittelbare sowie der verzögerte Abruf leicht bis mässig beeinträchtigt. Im Bereich der Exekutivfunktionen seien die figurale Flüssigkeit sowie die semantische Flüssigkeit vermindert. Die phonematische Flüssigkeit, das verbale Arbeitsgedächtnis sowie die Konzeptbildung seien normgerecht. Im Bereich der Sprache sei das Benennen leicht eingeschränkt. Die räumlichen Funktionen seien beim Abzeichnen einer komplexen geometrischen Figur eingeschränkt. Im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktion sei die tonische Aktivierung grenzwertig, die Aktivierbarkeit leicht reduziert. Bei der Aufgabe zur Flexibilität zeigten sich eine grenzwertig erhöhte Anzahl von Auslassungen und Fehlern bei ansonsten normgerechten Leistungen. Bei der selektiven Aufmerksamkeit sei die Anzahl Auslassungen erhöht bei erwartungsgerechten übrigen Leistungen. Die Aufgabe zur geteilten Aufmerksamkeit ergebe normgerechte Leistungen in allen Parametern. Bei der Prüfung der visuell-gnostischen Funktionen zeigten sich keine Einschränkungen. Die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit sei normgerecht (S. 12).

7.5 Im Austrittsbericht vom 1. Februar 2016 (IV-Nr. 133) betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 19. bis 26. Januar 2016 hielten Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, Chefarzt, Dr. med. S.\_\_\_\_, Oberärztin, und Dr. med. T.\_\_\_\_, Assistenzärztin, H.\_\_\_\_, Neurozentrum, Universitätsklinik für Neurologie, folgende Diagnosen fest: 1. Unklare rechtsbetonte komplexe Bewegungsstörung mit Störung des Redeflusses mit / bei: – Komplexen motorischen Bewegungen (DD motorische Tics) mit Schmatzen, repetitive Kopfversionen nach rechts, intermittierender Kopfwangshaltung, rechtsbetonter Funktionsstörung beider Hände mit spontaner Fausthaltung – DD im Rahmen einer dissoziativen Bewegungsstörung 2. Chronisch psychiatrisches Zustandsbild – Status nach rezidivierender depressiver Störung mit Hospitalisationen 2014 und 2015 – Akzentuierte Persönlichkeitszüge vom histrionischen und narzisstischen Subtyp – Angststörung 3. Verdacht auf myofasiales Schmerzsyndrom 4. Minimale bis leichte neuropsychologische Störung (Abklärung K.\_\_\_\_ 29. Mai 2016 und 16. Juni 2015) Der Beschwerdeführer sei elektiv von Dr. med. U.\_\_\_\_ über die Sprechstunde von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ zugewiesen worden, mit der Bitte um Abklärung einer komplexen rechtsbetonten Bewegungsstörung. Klinisch präsentiere der Beschwerdeführer beim Eintritt eine komplexe Bewegungsstörung mit Auffälligkeiten. Auffallend sei insbesondere auch die spontane, teilweise dyston anmutende Fauststellung beider Hände, welche passiv aber gut durchbrechbar gewesen sei. Es hätten sich zudem eine rechtsseitig betonte Sensibilitätsstörung und Schmerzempfindlichkeit mit funktionellen Einbussen der Handmotorik gezeigt. Differenzialdiagnostisch sei aufgrund des Verlaufs, der fluktuierenden und in der Art variablen Symptomatik mit Ablenkbarkeit eine dissoziative Bewegungsstörung klar im Vordergrund gestanden, akzentuiert durch die psychiatrische und psychosoziale Vorbelastung. Konsiliarisch seien zur Beurteilung auch die

Bewegungsspezialisten beigezogen worden, welche diese Einschätzung teilten. Wie bereits im Vorfeld diskutiert, spreche das späte Auftreten der Beschwerden eher gegen eine hereditäre oder metabolisch bedingte Bewegungsstörung. Zum Ausschluss einer metabolischen oder neurodegenerativen Genese seien aber die Abklärungen mittels MRI und laborchemischen Untersuchungen (u.a. Kupferstoffwechsel) komplettiert worden. Als einzige nicht sicher pathologische Auffälligkeit zeigten sich MR-tomographisch in den Stammganglien beidseits sowie in den Ncl. dentati beidseits mögliche Eisenablagerungen (Hypointensitäten in den T2-/SWI-Sequenzen), welche bspw. i.R. einer NBIA (Neurodegeneration with Brain iron accumulation) auftreten könnten. Da das späte Auftreten der Beschwerden, der normale Ferritinspiegel im Serum sowie das variable Beschwerdebild gegen diese Diagnose sprächen und es keine unmittelbarer therapeutische Konsequenz hätte, hätten sie sich gegen die Durchführung einer genetischen Abklärung diesbezüglich entschieden. Auch wenn ein organischer Kern im Sinne einer NBIA nicht sicher ausgeschlossen werden könne, liege beim Beschwerdeführer primär eine funktionelle Bewegungsstörung vor, welche in ihrer Ausprägung und langjährigen Dauer mit einer erheblichen psychischen und psychosozialen Belastung einhergehe und einen enormen Leidensdruck für den Beschwerdeführer und die Familie darstelle. Die Arbeitsfähigkeit sei nicht gegeben, es bestehe Anspruch auf eine IV-Rente. 7.6 Dr. med. J.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Bericht vom 15. März 2016 (IV-Nr. 141 S. 1 ff.) folgende Beurteilung fest (S. 4): Der psychische Zustand des Beschwerdeführers habe sich circa Ende April 2015 akut verschlechtert mit Äusserungen von Suizidgedanken gegenüber der Familie. Durch eine medikamentöse Dosisanpassung und nach einem gemeinsamen Gespräch mit seiner Familie habe die Krise aufgefangen werden können. Nach wiederholten, ähnlichen Krisensituationen geprägt von innerer Unruhe, Schlafstörungen mit Tagesmüdigkeit und verminderter Stresstoleranz bei Thematisierung seiner belastenden Erkrankung und dadurch hervorgerufenen Familienkonflikten habe der Beschwerdeführer anfangs Juli 2015 über permanent vorhandene Suizidphantasien geklagt, weshalb eine Hospitalisation auf der Kriseninterventionsstation [...] unumgänglich geworden sei. Während des stationären Aufenthalts habe sich lediglich eine diskrete Stabilisierung des psychischen Zustandes gezeigt, hingegen eine Persistenz der körperlichen Defizite durch die motorischen Bewegungsstörungen, dadurch fühle sich der Beschwerdeführer in der Bewältigung des Alltags schwer beeinträchtigt. Aufgrund der herabgesetzten Stressresistenz, den Wertlosigkeits- und Insuffizienzgefühlen sowie dem Erleben des Unverständnisses der Familie komme es wiederholt zu Konflikten in der Familie und Umgebung. In der Gesamtschau zeige sich ein hoher Schweregrad mit Beschwerdechronifizierung bei bisher therapieresistenten Behandlungsversuchen sowie eine Depression, weshalb von einer eher ungünstigen Prognose im weiteren Krankheitsverlauf ausgegangen werden müsse. Es bestünden keine Hinweise für Aggravations- oder Simulationstendenzen. Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der beschriebenen Störungsbilder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Betriebsangestellter postuliert werden. Die aktuell klinisch-objektiv vorliegende Psychopathologie mit den Beschwerden zahlreicher Komorbiditäten begründe aufgrund ausgeprägter Einschränkungen der Alltagsfunktionsfähigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei zurzeit störungsbedingt nicht arbeitsfähig, auch für Verweistätigkeiten bestehe zurzeit aus medizinischer Sicht aufgrund der störungsbedingten Funktionseinschränkungen keine Zumutbarkeit. Zwecks objektiver Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des

Beschwerdeführers wäre eine Zweitbegutachtung mit Berücksichtigung fremdanamnestischer Angaben zu empfehlen. 7.7 Der den Beschwerdeführer seit dem 7. Februar 2013 bis auf weiteres behandelnde Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_ führte in seinem Arztbericht vom 19. Mai 2016 (IV-Nr. 143) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: – Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittel bis schwere Episode (ICD-10 F33.1), seit circa 1998 – Nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0) – Anhaltende und chronische somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) – Dissoziative Bewegungsstörungen (u.a. Zittern, eigenartiges Schlucken ICD-10 F44.4, Stottern ICD-10 F98.5) – Vorwiegend Zwangshandlungen (Waschzwang) (ICD-10 F42.1) – Akzentuierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und narzisstischen Anteilen (ICD-10 Z73.1) Es gebe keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsangestellter seit dem 7. Februar 2013 zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd. Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 7. Februar 2013 in der ambulanten psychiatrisch psychotherapeutischen Behandlung, die Gespräche fänden alle drei bis vier Wochen statt. Der Beschwerdeführer erscheine stets pünktlich zu den vereinbarten Terminen, habe bis jetzt keinen Termin versäumt. Aufgrund wiederholter akuter Verschlechterung des psychischen Zustandes von Ende April 2015 bis anfangs Juli 2015 mit Äusserungen von Suizidgedanken gegenüber der Familie, sei eine notfallmässige Hospitalisation auf der Kriseninterventionsstation [...] erfolgt (S. 4). Die angewendeten psychotherapeutischen Verfahren, die hauptsächlich Psychoedukation und Umsetzungen der Konfrontationstechniken nach verhaltenstherapeutisch orientiertem Ansatz beinhalteten, gestützt durch eine Neuroleptika-Behandlung mit Agomelatin (Valdoxan®), aktuell 25 mg abends, hätten den aktuell komplizierten Zustand nicht wesentlich gebessert. In der Gesamtschau zeige sich weiterhin ein hoher Schweregrad mit Beschwerdechronifizierung mit vermindertem Selbstwert bei bisher therapieresistenten Behandlungsversuchen sowie eine Depression, weshalb von einer eher ungünstigen Prognose im weiteren Krankheitsverlauf ausgegangen werden müsse. Es bestünden keine Hinweise für Aggravations- oder Simulationstendenzen. Die aktuell klinisch-objektiv vorliegende Psychopathologie mit den Beschwerden einer mittelgradigen bis schweren depressiven Erkrankung und den zahlreichen Komorbiditäten begründe aufgrund ausgeprägter Einschränkungen der Alltagsfunktionsfähigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Aktuell sei nach fortgesetzten psychotherapeutischen Massnahmen die erhoffte Stabilisierung des Gesundheitszustandes noch nicht eingetreten. Berufliche Eingliederungsmassnahmen erschienen aktuell nicht angezeigt. Es werde aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der freien Marktwirtschaft postuliert. Der Beschwerdeführer sei zurzeit störungsbedingt nicht arbeitsfähig, auch für Verweistätigkeiten bestehe zurzeit aus medizinischer Sicht aufgrund der störungsbedingten Funktionseinschränkungen keine Zumutbarkeit. Die Hauptziele der Behandlung blieben die Linderung der Symptomatik, vermehrte Aktivierung im Alltag, Nutzung seiner Ressourcen und Erlangung von mehr Selbständigkeit. Die Dauer der weiteren ambulanten Behandlung könne derzeit noch nicht festgelegt werden. Die bisherige Tätigkeit sei maximal zu drei bis vier Stunden täglich möglich. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne nicht verbessert werden. Es seien dem Beschwerdeführer keine anderen Tätigkeiten zumutbar. Aufgrund der chronifizierten schweren Erkrankung mit Komorbiditäten mit im Vordergrund stehenden Beeinträchtigung der kognitiven Grundfunktionen, Beeinträchtigung des Redeflusses und Antriebsstörung, führten hohe Anforderungen zu Überforderungsreaktionen. Es sei daher keine Tätigkeit in der freien

Marktwirtschaft zumutbar. Eine ambulante Behandlung sei weiterhin dringend indiziert (S. 6). 7.8 Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Medizin, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 9. August 2016 (IV-Nr. 148 S. 2 ff.) folgende Beurteilung der medizinischen Situation fest: Der Beschwerdeführer habe sich am 26. April 2016 erneut bei der Beschwerdegegnerin zur Abklärung einer Rente / beruflicher Massnahmen angemeldet, bei einer – laut seinen Angaben – seit 1996 bestehenden chronischen psychiatrischen Problematik mit einem chronischen Bewegungs- und Schmerzsyndrom. Somit liege, wenn man sich auf die aktuellen Angaben des Beschwerdeführers beziehe, eine neue gesundheitliche Problematik nicht vor. Seit 1994 seien aufgrund einer psychiatrischen Problematik vom Beschwerdeführer rezidivierend Anmeldungen bei der Beschwerdegegnerin erfolgt, welche mit Beschluss durch das Kantonsgericht im Jahre 2003, ab dem Jahre 2000 eine halbe Rente erwirkten und ab dem Jahre 2007 eine ganze Rente. Im Rahmen eines bidisziplinären (Psychiatrie, Dr. med. C.\_\_\_\_ und Rheumatologie, Dr. med. D.\_\_\_\_) Gutachtens von August 2011 sei eine Verbesserung der medizinischen Situation festgestellt und die Rente mit Datum vom 21. August 2012 aufgehoben worden. Seit dem 7. Februar 2013 habe sich der Beschwerdeführer mit einer Frequenz von einmal / Monat in der psychiatrischen Behandlung von Dr. med. J.\_\_\_\_ befunden, der vom Beschwerdeführer im Rahmen der IV-Anmeldung vom 26. April 2016 neu als Hausarzt angegeben worden sei. Den früheren Hausarzt, Dr. med. F.\_\_\_\_, habe der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin nicht mehr als behandelnden Arzt genannt, obwohl er weiter bei ihm in Behandlung sei (Telefonat mit Praxis Dr. med. F.\_\_\_\_ am 29. Juli 2016). Dr. med. J.\_\_\_\_ habe in dieser Funktion als «Hausarzt» die fachneurologische Untersuchung «einer seit Jahren geschilderten unklaren komplexen Bewegungsstörung» bei Dr. med. U.\_\_\_\_ / K.\_\_\_\_ in die Wege geleitet, welche dann zu einer stationären Abklärung vom 19. bis zum 26. Januar 2016 in der neurologischen Klinik im H.\_\_\_\_ geführt habe. Der Beschwerdeführer habe im Rahmen dieser stationären Abklärung bei der Anamneseerhebung (Austrittsbericht vom 1. Februar 2016, Dr. med. T.\_\_\_\_) angegeben, er leide schon seit 2008 unter der genannten Bewegungsstörung mit komplexen Bewegungen der oberen Extremitäten und des Kopfes mit repetitivem Schnalzen, Schmatzen, Kopfversionen nach rechts und intermittierender Kopfwangshaltungen sowie einer rechtsseitig betonten Symptomatik mit funktionellen Einschränkungen insbesondere der oberen Extremitäten. Auch bestehe eine ausgeprägte Störung des Redeflusses mit fluktuierendem Stottern, seit einer endoskopischen Untersuchung mit Rachenbiopsie (unauffällig) im Jahre 2008. Für die vom Beschwerdeführer demonstrierten Bewegungsstörungen habe sich im Rahmen der ausführlichen neurologischen Diagnostik (AB, Neurologische Universitätsklinik, H.\_\_\_\_, vom 1. Februar 2016) kein organisches Substrat gefunden: «es liege eine langjährige funktionelle Bewegungsstörung vor, mit auffallend, zum Teil dyston anmutender Fauststellung der Hände». Die sich laut dem Beschwerdeführer seit 2008 ausprägenden Symptome seien allerdings im Rahmen ärztlicher Beobachtungen im Verlauf der Jahre von Inkonsistenzen geprägt gewesen: Im Rahmen des rheumatologischen Gutachtens von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 17. August 2011 habe der Beschwerdeführer vermocht, «problemlos die Langfinger zu extendieren, wenn er eine Petflasche hielt, um aus ihr während der Untersuchung zu trinken». Im Verlaufe dieses rheumatologischen Gutachtens habe der Beschwerdeführer Hinweise auf Aggravation geboten. Hinweise auf eine, wie auch immer geartete, komplexe Bewegungsstörung hätten sich im Rahmen des Revisionsgespräches vom 19. April 2011 in der Beschwerdegegnerin bis auf einen andauernden und allerdings leicht zu öffnenden Faustschluss beidseits nicht

feststellen lassen. Übrigens habe sich der Beschwerdeführer während dieses Gesprächs klar und ohne jedwedes Stottern auf Deutsch zu unterhalten vermocht. (Es sei daher nicht nachvollziehbar, warum der Beschwerdeführer jetzt nicht mehr der deutschen Sprache mächtig sein soll und für medizinische Untersuchungen / Gutachten einen Übersetzer benötige). Somit erstaune, dass die untersuchenden Neurologen des H.\_\_\_\_ nicht als Differentialdiagnose eine Aggravation aufgelistet hätten. Dies umso mehr, als im Austrittsbericht der N.\_\_\_\_ vom 21. April 2015 beschrieben worden sei, dass der Beschwerdeführer, im Rahmen des stationären Aufenthalts vom 31. März 2015 bis zum 13. April 2015, seinem Hobby gefrönt habe und «stundenlang zeichnete», eine Tätigkeit, die ihm bei erheblichen rechtseitigen Bewegungsstörungen nicht möglich gewesen wäre. Diese Hospitalisation in der N.\_\_\_\_ habe der behandelnde Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_ aufgrund «zunehmender Anspannung des Beschwerdeführers und konsekutiver Belastung des direkten sozialen Umfeldes zur Krisenintervention» in die Wege geleitet. Laut Abschlussbericht der N.\_\_\_\_ vom 21. April 2015 (Dr. med. O.\_\_\_\_) habe sich der Beschwerdeführer durch die stationäre Aufnahme bereits entlastet gefühlt und sei nach anfänglichem Rückzug in gutem Kontakt zu den Mitpatienten gestanden. Statt Quetiapin sei eine Behandlung mit Olanzapin abends 5 mg eingeleitet worden, es habe sich ein Nachlassen der ängstlichen Unruhe gezeigt. Zur weiteren Reduzierung des Stress- und Angstniveaus sei die Tagesdosis von Lyrica auf 300 mg erhöht worden, was zu einer weiteren leichten Besserung geführt habe. Hinsichtlich nichtmedikamentöser Strategien zur Stressreduktion, Entspannung und Selbstberuhigung habe der Beschwerdeführer kaum Interesse gezeigt. In ausreichend stabilisiertem Zustand habe der Beschwerdeführer am Ende des Aufenthaltes in die bisherigen häuslichen Verhältnisse austreten können. Als primäre Austrittsdiagnose habe Dr. med. O.\_\_\_\_ formuliert: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode». Trotz der im Abschlussbericht der N.\_\_\_\_ (Dr. med. O.\_\_\_\_, 21. April 2015) geschilderten gebesserten Psyche des Beschwerdeführers, habe der behandelnde Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_ seit April 2015 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel bis schwere Episode diagnostiziert. Es erstaune allerdings, dass bei der von Dr. med. J.\_\_\_\_ geschilderten Verschlechterung, die Behandlungsfrequenz des Beschwerdeführers bei ihm seit April 2015 bis aktuell weiterhin nur einmal / Monat betrage (Bericht Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2016), eine Behandlungsfrequenz, die nicht einmal für die Behandlung einer leichten depressiven Episode als ausreichend anzusehen sei. Empfehlung: Die erneute Anmeldung des Beschwerdeführers bei der Beschwerdegegnerin sei u.a. durch Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, dem Leitenden Arzt der Akutbettenstation der Universitätsklinik für Neurologie des H.\_\_\_\_, erfolgt. Diese Anmeldung lasse allerdings noch einige Fragen offen, welche von Dr. med. E.\_\_\_\_ an Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ brieflich gestellt würden. Erst nach Erhalt der Antwort des Leitenden Neurologen sollten die Fragen der Beschwerdegegnerin dem RAD noch einmal zur Beantwortung vorgestellt werden. 7.9 Im Bericht vom 13. Oktober 2016 (IV-Nr. 154.2) betreffend die Observation des Beschwerdeführers vom

## **E. 6**

bis 27. September 2016 und vom 11. Oktober 2016 wurde folgendes Abklärungsziel gemäss Auftrag festgehalten: Es solle festgestellt werden, ob die angegebene Arbeitsunfähigkeit und / oder die angegebenen Beschwerden / Einschränkungen bestünden. Es sollten sowohl entlastende als auch belastende Beobachtungen festgestellt werden. Der Ermittlungsbericht enthält (neben allgemeinen Angaben zum Wohnort des Beschwerdeführers und dessen Fahrzeug) mehrere vom Ermittler verfasste, detaillierte

Tagesberichte, welche z.T. mittels Fotos ergänzt werden. Zudem befinden sich die Videoaufnahmen auf zwei DVDs in den Akten. Zu den durch die Beschwerdegegnerin formulierten Fragenstellungen hielt der Ermittler Folgendes fest: Beim Beschwerdeführer seien keine Bewegungsstörungen der Hände und / oder des Kopfes ersichtlich gewesen. Zum Begrüssen von Leuten habe er niemandem die Hand gereicht. Beim Kaffeetrinken habe er die Tasse ohne sichtbare Einschränkungen an den Händen zum Mund führen können. Beim Laufen habe er die Arme am Körper herunterhängen lassen, manchmal habe er eine Hand dazu in die Hosentasche gehabt, aber geballte Fäuste hätten nicht explizit beobachtet werden können. Sowohl seine linke als auch seine rechte Hand habe er zur Erledigung von diversen Tätigkeiten gleichmässig und ohne sichtbare Einschränkungen eingesetzt. Beim Gehen habe beim Beschwerdeführer ein leicht hinkender Gang beobachtet werden können. Vormittags habe sich der Beschwerdeführer in der Regel in seinem Domizil aufgehalten. Dieses habe er im Verlauf des Nachmittags verlassen, um in [...] oder in [...] alleine oder in Begleitung seiner Ehefrau Einkäufe zu tätigen und sich mit Leuten zu treffen. Der Beschwerdeführer habe soziale Kontakte mit Familienangehörigen, mit dem Verkaufspersonal und Kunden beim Tätigen von Einkäufen und habe sich mit Personen zum Kaffeetrinken in [...] getroffen, mit welchen er sich unterhalten habe. Im Umgang mit diesen sei er anständig, höflich und korrekt gewesen. Der Beschwerdeführer habe einen Personenwagen gelenkt, wobei er ein sicherer Fahrzeuglenker gewesen sei und sich an die Verkehrsvorschriften gehalten habe.

7.10 In der Aktennotiz vom 10. Oktober 2016 (IV-Nr. 154.1) hielt Dr. med. E.\_\_\_\_, RAD, fest, aus dem Bericht und den Videoaufnahmen anlässlich der Observierung des Beschwerdeführers an drei Tagen im Zeitraum vom 6. bis zum 27. September 2016 lasse sich keinerlei Hinweis auf eine dissoziative Bewegungsstörung erkennen. Bis auf ein leicht hinkendes Gangbild habe der Beschwerdeführer insgesamt ein unauffälliges Bewegungsmuster gezeigt, insbesondere der oberen Extremitäten, die beim Beladen seines Autos ohne jedes Schonverhalten eingesetzt worden seien. Der aufrechte schnelle Gang und die spontane freundliche Kontaktaufnahme mit einer Bekannten auf dem Parkplatz oder mit der Kassiererin sprächen nicht für eine Depression. Ein an einer mittelschweren bis schweren Depression erkrankter Beschwerdeführer wäre auch nicht zu so einem konzentrierten, gleichmässigen Fahrstil fähig, wie ihn der Beschwerdeführer gezeigt habe. Aufgrund des leicht hinkenden Gangbildes werde ein rheumatologisches Kontrollgutachten empfohlen. Auch aus psychiatrischer Sicht sollte ein abschliessendes Verlaufsgutachten erfolgen.

7.11 Dr. med. E.\_\_\_\_, RAD, hielt in ihrer Aktennotiz vom 26. Oktober 2016 (IV-Nr. 154.1 S. 2) bezüglich der Beurteilung der Observierung des Beschwerdeführers vom 11. Oktober 2016 aus medizinischer Sicht Folgendes fest: Unauffälliges, beidhändiges Einräumen der Einkäufe in den Kofferraum des Wagens. Ein im September 2016 auffallendes Hinkbild sei bei der Observierung am 11. Oktober 2016 nicht mehr zu erkennen gewesen. Beim Zahlen an der Kasse habe die rechte Hand eine unauffällige Greiffunktion geboten. Mit seinen Tischnachbarn habe sich der Beschwerdeführer über einen längeren Zeitraum lachend unterhalten und dabei unauffällig mit der rechten Hand gestikuliert. Aus den Mundbewegungen habe sich bei der Unterhaltung kein Hinweis auf ein Stottern erkennen lassen. Während dieser Unterhaltung habe der Beschwerdeführer dynamisch und präsent gewirkt. Auch als er später allein am Tisch gesessen habe, habe sein häufiges Umherschauen sein Interesse an der Umwelt bewiesen. Der Beschwerdeführer habe also

kein depressives Rückzugsverhalten gezeigt. Insgesamt sei das Verhalten des Beschwerdeführers während der Gespräche im Rahmen der Observierung vom 11. Oktober 2016 ohne jeden Hinweis auf eine depressive Symptomatik gewesen. Für eine dissoziative Bewegungsstörung habe der Beschwerdeführer während der gesamten Observierung keinen Anhalt geboten.

7.12 Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt im Schreiben vom 3. Januar 2017 (IV-Nr. 167) bezüglich die Anfrage von Dr. med. E.\_\_\_\_, RAD, vom 10. Oktober 2016 (vgl. IV-Nr. 151) fest, die vom Beschwerdeführer während der Hospitalisation auf der Station gebotene Symptomatik sei bezüglich Art und Ausprägung während den wenigen Tagen der Hospitalisation konstant gewesen. Dies schliesse eine Fluktuation im grösseren zeitlichen Rahmen und eine je nach Situation auch funktionelle / psychogene Aggravation nicht aus. Eine Simulation im eigentlichen Sinn scheine eher unwahrscheinlich oder kaum in Frage zu kommen, denn diese Symptomatik sei derart behindernd und lebensqualitätseinschränkend, dass sich Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ einen sekundären Krankheitsgewinn oder gar irgendeinen Profit für den Beschwerdeführer kaum vorstellen könne.

7.13 Aufgrund der Privatsprechstunde vom 14. März 2017 hielt Dr. med. U.\_\_\_\_, Leitende Ärztin Neurologie, K.\_\_\_\_, im Bericht vom 24. März 2017 (IV-Nr. 175 S. 1 ff.) folgende Hauptdiagnosen fest:

Unverändert zeige sich eine komplexe Bewegungsstörung im rechten Hemikörper mit DD [Differentialdiagnose] fixierter Dystonie des rechten Arms und einer Störung des Redeflusses. Neue Symptome seien nicht dazugekommen. Derzeit würden weitere diagnostische Abklärungen als nicht indiziert erachtet und diesbezüglich auch auf die Stellungnahme von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, Neurologie H.\_\_\_\_, verwiesen. Auch bei nicht gesicherter Ätiologie der Bewegungsstörung sei aufgrund des hohen Autonomieverlustes und der in mehrerer Hinsicht immobilisierenden Symptome sowie der langjährigen Dauer eine Arbeitsfähigkeit nicht gegeben. Gemäss dem Beschwerdeführer sei ein Gutachten durch einen Facharzt der Rheumatologie und der Allgemeinen Inneren Medizin vorgesehen, was Dr. med. U.\_\_\_\_ sehr erstaune, da es sich im vorliegenden Fall mit grösster Wahrscheinlichkeit um eine psychisch bedingte, bewusstseinsferne Bewegungsstörung handle, eine Erkrankung, welche in den neurologisch / psychiatrischen Formenkreis zuzuordnen sei. Basierend auf dem IV-Rundschreiben 334 vom 3. Juni 2015 (neues Beweisverfahren zur Abklärung psychosomatischer Leiden) sei nach ihrem Dafürhalten eine Reevaluation des IV-Rentenanspruchs im Rahmen eines neurologischen Gutachtens resp. eines psychiatrischen Gutachtens indiziert.

Aus neurologischer Sicht sei weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auszusprechen.

7.14 Im neurologischen Nachtragsbericht vom 28. März 2017 hielt Dr. med. U.\_\_\_\_ in Bezug auf die zwischenzeitlich erfolgte CT-Untersuchung inkl. CT-Angiographie des Halses vom 23. März 2017 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 175 S. 4 f.):

Die CT-Angiographie der Halsgefässe vom 23. März 2017 zeige einen normalen Befund ohne sichere Anhaltspunkte auf Gefässstenosen. Es sei somit mit keiner weiteren therapeutischen Konsequenz zu rechnen. Es werde hinsichtlich des weiteren Vorgehens auf den Sprechstundenbericht vom 9. März 2017 verwiesen. Arbeitsfähigkeit: aus psychiatrischer Sicht affirmativ zu definieren.

7.15 Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt im rheumatologischen Gutachten vom 29. März 2017 (IV-Nr. 174.1) fest, wegen des Abbruchs der Begutachtung auf Wunsch des Beschwerdeführers könne er keine Angaben zu den aktuellen Diagnosen machen. Er verweise diesbezüglich auf diejenigen Diagnosen, die er in seinem Gutachten vom 17. August 2011 erwähnt habe. Die Begutachtung habe in Gegenwart des Dolmetschers V.\_\_\_\_, [...], stattgefunden. Nach der Beschwerdeschilderung habe der Beschwerdeführer die Begutachtung abgebrochen. Er habe die klinische Untersuchung verweigert und die Arztpraxis verlassen (S. 10).

Dr. med. D.\_\_\_\_ sei dem Beschwerdeführer, nachdem dieser seine Praxis verlassen habe, bis in den Bahnhof [...], der sich circa 200 m vom Praxisstandort befinde, nachgelaufen und habe realisiert, dass der Beschwerdeführer dasjenige Bewegungsmuster demonstriere, das auf den Überwachungssequenzen dokumentiert sei, die im Zeitraum vom 6. September 2016 bis und mit dem 11. Oktober 2016 durchgeführt worden seien. Diese Überwachungssequenzen dokumentierten ein weitgehend normales Bewegungsmuster beim Einkaufen, beim Sitzen im Café, beim Gehen oder beim Ein- und Ausladen von Waren aus dem Auto, das der Beschwerdeführer steuere. Es sei möglich, dass phasenweise, aber nicht immer ein leichtgradiges Hinken demonstriert werde.

Die Analyse der Blutwerte dokumentiere keinen Hinweis auf eine entzündliche Aktivität und einen leichtgradig erhöhten Glucose-Wert im Serum (7,8 mmol / l), der bei einem normalen Fructosamin-Wert, der die Glucose-Werte der letzten 2 - 3 Wochen widerspiegeln nicht auf eine diabetische Stoffwechselstörung zurückzuführen sei. Der anlässlich dieser Begutachtung leichtgradig erhöhte TSH basal-Wert weise in Verbindung mit den als normal bestimmten freien Schilddrüsenwerten auf eine subklinische Hypothyreose hin. Es werde empfohlen, die Schilddrüsenwerte zu kontrollieren und gegebenenfalls eine Eltroxin-Substitution einzuleiten. Es falle schwer, die geschilderten Beschwerden auf diese subklinische Hypothyreose abzustützen, sofern diese bestätigt werden könnten. Es werde zur Kenntnis genommen, dass die vom Beschwerdeführer erwähnten Wirkstoffe der analgetisch-antiphlogistisch wirkenden Medikamente, die er angebe regelmässig einzunehmen, im Blut nicht nachweisbar seien.

Die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden wiesen mit der Schmerzfluktuation und dem therapierefraktären Verhalten auf die seit der Erstbegutachtung vom 17. August 2011 durchgeführten somatisch ansetzenden Therapiemassnahmen weiterhin auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin (S. 11).

7.16 In der Stellungnahme vom 10. Mai 2017 (IV-Nr. 177) hielt Dr. med. E.\_\_\_\_, RAD, fest, anhand der Video-Sequenzen im Rahmen der Observierung des Beschwerdeführers vom September / Oktober 2016 und auch anhand der Beobachtung des rheumatologischen Gutachters Dr. med. D.\_\_\_\_, der dem Beschwerdeführer nach Abbruch des Gutachtens durch den Beschwerdeführer am 29. März 2016 noch ausserhalb seiner Praxis 200 m bis zum Hauptbahnhof [...] gefolgt sei, lasse sich belegen, dass der Beschwerdeführer in sich unbeobachtet glaubenden Situationen ein weitgehend normales Bewegungsmuster an den Tag lege. Somit sei eine dissoziative Bewegungsstörung ausgeschlossen. Eine Simulation des Beschwerdeführers müsse differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden. Eine Depression werde noch im Rahmen des Psychiatrischen Gutachtens diskutiert. Im Rahmen der Überwachungssequenzen und während des rheumatologischen Gutachtens (Dr. med. D.\_\_\_\_) habe der Beschwerdeführer jedoch keinerlei Hinweise auf eine depressive Stimmungslage gezeigt. Von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden sei daher beim

Beschwerdeführer nicht auszugehen.

7.17 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 12. Mai 2017 (IV-Nr. 178.1) fest, es gebe keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen seien folgende Diagnosen:

Weitere Diagnosen, deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht beurteilt würden, seien: Bewegungsstörung rechter Hemikörper mit Störung des Redeflusses, ätiologisch nicht geklärt, Schädel-MRI-Untersuchung 20. August 2015 ohne fassbare Pathologie; Aktenanamnestisch myofasiales Schmerzsyndrom mit Odynophagie; Aktenanamnestisch generalisiertes Schmerzsyndrom rechtsbetont (S. 42).

Zusammenfassend sei im Fall des Beschwerdeführers mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit von einem Malingering (Simulieren) auszugehen. Dieses Malingering seitens des Beschwerdeführers müsse bei der Beurteilung der Ausprägung einer allfälligen psychiatrischen Symptomatik und auch bei der Beurteilung der allfällig daraus resultierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zwingend mitberücksichtigt werden. Dr. med. I.\_\_\_\_ könne konsekutiv beim Beschwerdeführer weder eine Somatisierungsstörung noch eine dissoziative Störung oder eine autonome Funktionsstörung mit der genügenden diagnostischen Sicherheit feststellen (S. 46 f.).

Angesichts des festgestellten Malingering sei festzustellen, dass auf die subjektiven und zum Teil widersprüchlichen Angaben des Beschwerdeführers aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht abgestellt werden könne. Der Beschwerdeführer berichte von einer ängstlichen und depressiven Symptomatik. Er wirke klinisch innerlich unruhig. Anhaltspunkte für eine Paniksymptomatik würden nicht gefunden. Das vom Beschwerdeführer gezeigte auffällige Verhalten mit Atmen in eine Plastiktüte stehe in keinem Zusammenhang mit einer Hyperventilation oder gar einer Panikstörung. Der Beschwerdeführer zeige während dieser Situation keine vegetative Symptomatik. Er atme nach einer Minute genauso ruhig weiter, wie er es zuvor eine Minute lang mit der Plastiktüte gemacht habe. Dieses Verhalten des Beschwerdeführers wirke äusserst demonstrativ. Beim Beschwerdeführer bestünden klinisch keine Konzentrationsdefizite und keineswegs eine Reduktion des Antriebs. Unter adäquater Berücksichtigung des oben erwähnten Malingering könne klinisch-objektiv keine depressive oder ängstliche Symptomatik von einer Ausprägung bestätigt werden, welche mit einer genügend hohen diagnostischen Sicherheit eine eindeutige psychiatrische Diagnose rechtfertigen würde. Die Serumblutspiegel von Sertralin (Antidepressivum Zoloft®) und von Olanzapin (Neuroleptikum Zyprexa®) wiesen auf eine Einnahme dieser Medikamente hin (S. 48).

Die psychiatrisch objektivierbaren Befunde und auch das Alltagsverhalten des Beschwerdeführers relativierten die vom Beschwerdeführer erwähnte Schilderung der Beschwerden und die von ihm daraus abgeleiteten Einschränkungen der Fähigkeiten, z.B. im Alltag. Bei Gesamtwürdigung seiner Diagnosen, der Defizite des Beschwerdeführers und auch dessen Ressourcen komme Dr. med. I.\_\_\_\_ medizinisch-theoretisch zur Überzeugung, dass der Beschwerdeführer eine berufliche Tätigkeit ausüben könne. Aus rein psychiatrischer Sicht ergebe sich keine klare Indikation für eine fachärztliche psychiatrische Behandlung. Es werde aus psychiatrischer Sicht die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit empfohlen. Der Beschwerdeführer erhalte dadurch eine Tagesstruktur und mache die Erfahrung einer sinnstiftenden Tätigkeit. Menschen, die keiner Arbeit nachgingen, bekämen kaum Anerkennung und Wertschätzung, was schliesslich ein Gefühl

des Nichtmehrgebrauchtwerdens verstärke. Dies sollte beim Beschwerdeführer vermieden werden. Es sei aber darauf hinzuweisen, dass der Erfolg einer solchen medizinisch-theoretisch sinnvollen Mass-nahme nicht zuletzt von der Motivationslage des Beschwerdeführers abhängt, die als äusserst gering erachtet werde. Die Prognose sei unter Berücksichtigung aller Gesamtumstände aus rein psychiatrischer Sicht gut. Aus rein psychiatrischer Sicht könne er beim Beschwerdeführer keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen (S. 52).

7.18 Dr. med. J. \_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 6. Juni 2017 (IV-Nr. 183) betreffend das Gutachten von Dr. med. I. \_\_\_ vom 17. Mai 2017 Folgendes fest: Zur letzten Stellungnahme vom 15. März 2016 (vgl. E. II. 7.6 hiervor) als Ausgangslage. Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 7. Februar 2013 in seiner ambulanten psychiatrisch psychotherapeutischen Behandlung unter folgenden Diagnosen: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwer ausgeprägte Episode (ICD-10 F33.1), anhaltende und chronische somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), dissoziative Bewegungsstörungen (repetitives Schnalzen, Schmatzen, fluktuierendes Stottern, Kopfwangshaltungen, ICD-10 F44.4, F98.5) und der Verdacht auf Zwangshandlungen (Waschzwang, ICD-10 F42.1) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) mit am ehesten emotional instabilen und narzisstischen Anteilen, bezüglich Details werde auf den vorliegenden Bericht verwiesen. Wie damals dargelegt, stütze sich Dr. med. J. \_\_\_ in seinen Beurteilungen auf die jeweiligen psychopathologischen Befunde (an den jeweiligen Therapiesitzungen), anamnestische Angaben, Fremdanamnese, geschilderte (subjektive) Beschwerden und Verlaufsbeurteilung (d.h. Beurteilung anhand der Querschnittsbefunde und der Längsbeurteilung). Er berücksichtige auch die ihm vorliegenden Berichte (R. \_\_\_, 30. Juni 2015; Bericht der Kriseninterventionsstation der N. \_\_\_, Psychotherapie und Psychosomatik [...], 21. April 2015, Bericht Neurozentrum H. \_\_\_, 1. Februar 2016 und Bericht Dr. med. U. \_\_\_, [...], 24. März 2016). Diese bestätigten die gestellten Diagnosen. Die Diagnose einer rezidivierenden mittelschweren Depression stütze sich gemäss oben erwähnter Vorgehensweise auf die vorwiegenden Beschwerden wie: Schlafstörungen, Antriebsverlust, verminderte Stressresistenz, Konzentrationsstörungen mit nachlassenden Gedächtnisleistungen sowie erhebliche Sorge wegen der Beeinträchtigung des Redeflusses durch Stottern in Form abgehakter Sätze, Aerophagie mit Schmatzen, ballistisch anmutenden, komplexen Bewegungsstörungen mit ungerichteten Bewegungsabläufen des Kopfes sowie rechtsbetonter Bewegungsstörung der Hände mit Verkrampfungen der Hand in Fauststellung. Dadurch sei die Belastungsresistenz erheblich gemindert. Die Depression werde durch die somatischen Beschwerden negativ beeinflusst, d.h. es bestehe eine ungünstige Wechselwirkung zwischen den beiden Erkrankungen. Die Antriebsarmut zeige sich klinisch in Form eines Energieverlusts mit Durchhalteschwäche und geprägt von Erschöpfungszuständen, infolge der Antriebsproblematik und Lustlosigkeit bestünden Überwindungsanstrengungen im Sinne eines Initiativmangels zur Bewältigung alltäglicher Verpflichtungen. Zudem würden übersteigerte Befürchtungen vor den subjektiv als unüberwindbar eingestuften Beschwerden und vor einer Krankheitsprogredienz mit Chronifizierung mit folglich Verlust an Selbständigkeit und Autonomie beklagt.

Durch die beschriebenen Symptome der mittelschweren Depression, der neurologisch-somatischen Beschwerden (Bewegungsstörungen) und den daraus resultierenden krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen bestünden in sämtlichen Alltagsbereichen erhebliche Defizite. Zudem bestehe eine ungünstige Wechselwirkung

zwischen Depression, Schlafstörungen (als Teilsymptom der Depression) und Bewegungsstörungen. Die Überlegungen von Dr. med. J.\_\_\_\_ stützten sich auch auf die beschriebenen Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag, im Sozialleben und in der Freizeit und resultierten aus den Untersuchungsbefunden, der Anamnese und fremdanamnestic Angaben.

Aus genannten Gründen halte Dr. med. J.\_\_\_\_ nach wie vor an seiner Beurteilung (s. Stellungnahme vom 15. März 2016) bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers fest, d.h. es bestehe nach wie vor mindestens eine 100 % reduzierte Leistungsfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit als Betriebsangestellter, diese schliesse auch Verweistätigkeiten ein. Der Beschwerdeführer sei zudem durch die störungsbedingten Beschwerden auch im Alltag eingeschränkt. Trotz zahlreicher Therapiestrategien und medikamentöser Massnahmen mit zahlreichen stationären Abklärungen und Behandlungsversuchen habe keine nachhaltige Beschwerderegressivität bzw. keine richtungsändernde Besserung der Symptomatik (hier in erster Linie auf die Depression bezogen) erreicht werden können. Damit werde auch die ungünstige Prognose begründet. Über den Inhalt und die Korrektheit der Observationsberichte werde hier keine Stellung genommen. Zwecks objektivierbarer Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wäre eine Neutralbegutachtung mit Berücksichtigung fremdanamnestic Angaben zu empfehlen.

7.19 Die RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ führte in ihrer Stellungnahme vom 8. Juni 2017 (IV-Nr. 182) aus, sie sei mit der Beurteilung der Gutachter einverstanden. Die medizinischen Beurteilungen beider Gutachter (Psychiatrie, Dr. med. I.\_\_\_\_, und Rheumatologie, Dr. med. D.\_\_\_\_) könnten übernommen werden. Es bestehe gemäss dem RAD eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in jedweder vom Beschwerdeführer bisher ausgeübten Tätigkeit. Anmerkung: Wie Dr. med. I.\_\_\_\_ im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens festgestellt habe, sei beim Beschwerdeführer ein ausgeprägtes «malingering» vorhanden. Auf diesem Hintergrund seien die vom behandelnden Psychiater, Dr. med. J.\_\_\_\_, aufgelisteten Symptome des Beschwerdeführers zu sehen, die damit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bedingten.

8. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrer angefochtenen Verfügung vom 26. September 2017 u.a. auf die Ergebnisse der von ihr veranlassten Observation im Zeitraum vom 6. bis 27. September 2016 und vom 11. Oktober 2016 (vgl. E. II. 7.9 hiervor). Es ist daher nachfolgend zunächst zu prüfen, ob auf diese abgestellt werden kann.

8.1 Das Bundesgericht hat unter Berücksichtigung des Urteils des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR, dritte Kammer) vom 18. Oktober 2016 in Sachen Vukota-Bojic gegen die Schweiz (61838/10) entschieden, dass es trotz Art. 59 Abs. 5 IVG auch im Bereich der Invalidenversicherung an einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage fehlt, die die Observation umfassend klar und detailliert regelt. Folglich verletzen solche Handlungen Art. 8 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK, SR 0.101) bzw. den einen im Wesentlichen gleichen Gehalt aufweisenden Art. 13 Bundesverfassung (BV, SR 101). Insofern kann insbesondere auch an BGE 137 I 327 nicht weiter festgehalten werden (vgl. zum Ganzen: BGE 143 I 377).

Demnach kann festgestellt werden, dass die im vorliegenden Fall durchgeführte Observation rechtswidrig, d.h. in Verletzung der Rechte gemäss Art. 8 EMRK und Art. 13 BV erfolgt ist.

8.2 Was die Verwendung des im Rahmen der (widerrechtlichen) Observation gewonnenen Materials anbelangt, richtet sich diese allein nach schweizerischem Recht. Der EGMR prüft dabei nur, ob ein Verfahren insgesamt fair im Sinne von Art. 6 Abs. 1 EMRK gewesen ist (vgl. E. 5.2 hiervor). In diesem Zusammenhang hat das Bundesgericht im soeben vermerkten BGE 143 I 377 im Wesentlichen erkannt, dass die Verwertung der widerrechtlich erlangten Observationsergebnisse (und damit auch der gestützt darauf ergangenen weiteren Beweise) nur dann zulässig ist, wenn bei einer Abwägung der tangierten Interessen der Öffentlichkeit und der privaten Interessen der observierten Person die erstgenannten überwiegen (vgl. E. 5.1.1 des BGE 143 I 377). Mit Blick auf die gebotene Verfahrensfairness hat es sodann in derselben Erwägung eine weitere Präzisierung angebracht: Unter Hinweis auf das Urteil 8C\_239/2008 vom 17. Dezember 2009 E. 6.4.2 Abs. 2 und die darin enthaltene Anlehnung an die strafprozessuale Rechtsprechung (vgl. BGE 131 I 272 E. 4.2 S. 279) hat es daran erinnert, dass eine gegen Art. 8 EMRK verstossende Videoaufnahme verwertbar ist, solange Handlungen des «Beschuldigten» aufgezeichnet werden, die er aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung machte, und ihm keine Falle gestellt worden war. Ferner hat es erwogen, dass von einem absoluten Verwertungsverbot wohl immerhin insoweit auszugehen ist, als es um Beweismaterial geht, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurde, was im konkreten Fall jedoch nicht zu beurteilen war (vgl. E. 5.1.3 des BGE 143 I 377 mit Hinweis auf Urteil 8C\_830/2011 vom 9. März 2012 E. 6.4).

8.3 In diesem Lichte ist zur Verwertbarkeit für den vorliegenden Fall Folgendes zu erwägen:

8.3.1 Anlass zur durchgeführten Observation gaben gemäss Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 27. Oktober 2016 (IV-Nr. 153) die seit Jahren geschilderten unklaren komplexen Bewegungsstörungen des Beschwerdeführers. Man habe diese verifizieren wollen. Im Observationsbericht vom 13. Oktober 2016 (IV-Nr. 154.2 S. 1) wurde festgehalten, es sei in den früheren Akten von einem dramatisierenden, inszenierten und demonstrativen Verhalten gesprochen und es seien zahlreiche Widersprüche festgestellt worden. Nun werde eine Verschlechterung geltend gemacht. Es gelte nun festzustellen, ob die geltend gemachten Beschwerden ersichtlich seien. Daher habe die Auftraggeberin, die Beschwerdegegnerin, das Interesse einer Überwachungsmassnahme glaubhaft nachgewiesen. Dem ist zu folgen. So liegen beim Beschwerdeführer konkrete Anhaltspunkte vor, die Zweifel an den geäusserten gesundheitlichen Beschwerden oder der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit aufkommen lassen (vgl. BGE 137 I 327 E. 5.4.2.1 S. 332). Es wurde bereits anlässlich der psychiatrischen und rheumatologischen Begutachtungen vom 10. und 17. August 2011 (vgl. E. II. 6.1 f. hiervor) von «inkonsistenten» und «äusserst widersprüchlichen» Angaben in Bezug auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Einschränkungen sowie von in einer solchen Situation zu diskutierenden «invaliditätsfremden Gründen, einem Aggravationsverhalten oder einer psychosomatisch-psychiatrischen Affektion» gesprochen. Damit bestand grundsätzlich ein ausreichender Grund für eine Überwachung des Beschwerdeführers.

8.3.2 Über die Ergebnisse der Observation existieren ein Bericht des beauftragten «Ermittlers 09» vom 13. Oktober 2016 (IV-Nr. 154.2), eine umfassende Fotodokumentation und Videoaufzeichnungen (2 DVDs). Der schriftlich verfasste Bericht enthält Angaben zur Identifikation der überwachten Person, zu deren Wohnsituation, den Witterungsverhältnissen an den Abklärungstagen und zu dem von der überwachten Person

benutzten Fahrzeug. Zudem finden sich darin die Ergebnisse der an den vier einzelnen Tagen, verteilt über einen Zeitraum von circa einem Monat, durchgeführten Observationen. Die Beobachtungen bezogen sich im Wesentlichen auf folgende alltägliche Verrichtungen: Betreten und Verlassen des Hauses; Fahren des Autos; Aufenthalt in Tankstellen Shop, Café, Restaurant und Einkaufshäusern; Erledigen von Einkäufen; Gespräche mit verschiedenen Leuten. Die Einsätze des Ermittlenden vom 6., 22., 27. September 2016 und vom 11. Oktober 2016 dauerten jeweils zwischen ungefähr sechs bis neun Stunden. Der Beschwerdeführer war dabei in folgendem zeitlichem Umfang zu beobachten: Am 6. September 2016 circa acht Stunden, am 22. September 2016 circa sechs Stunden, am 27. September 2016 circa sechs Stunden, am 11. Oktober 2016 circa neun Stunden. Es kann somit nicht von einer systematischen oder ständigen Überwachung des Beschwerdeführers gesprochen werden.

8.3.3 Es wurde vorliegend nicht geltend gemacht, dass es sich beim Überwachten nicht um die versicherte Person handeln könnte. Ebenso wenig wurde behauptet oder ist ersichtlich, dass die Überwachung in nicht öffentlich zugänglichen Räumen stattgefunden hätte. Der zeitliche Umfang des Eingriffs in die Privatsphäre des Beschwerdeführers war verhältnismässig gering. Die Überwachung erfolgte zwar gezielt und nicht bloss zufällig, dafür aber weder andauernd noch systematisch über einen längeren Zeitraum hinweg. Damit und vor allem mit Blick auf die aufgezeichneten alltäglichen Verrichtungen und Handlungen kann insgesamt bei bloss geringfügiger Tangierung der Privatsphäre jedenfalls nicht von einer schweren Verletzung der Persönlichkeit ausgegangen werden (vgl. BGE 137 I 327 E. 5.6 S. 334). Dem gegenüberzustellen gilt es das Interesse des Versicherungsträgers und der Versichertengemeinschaft, unrechtmässige Leistungsbezüge (vorliegend: Rente) abzuwenden. Dieses ist unter den hier gegebenen Umständen höher zu gewichten als das Interesse des Beschwerdeführers an einer unbehelligten Privatsphäre (vgl. BGE 137 I 327 E. 5.6 S. 335). Damit können im vorliegenden Fall die Observationsergebnisse in Form des entsprechenden Berichts sowie der Foto- und Videoaufnahmen verwertet werden, zumal der Kerngehalt von Art. 13 BV bei der hier gegebenen Überwachung und der damit verbundenen geringen Eingriffsschwere ebenfalls unangetastet blieb (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_735/2016 vom 27. Juli 2017 E. 5.3.6.3; BGE 137 I 327 E. 5.6 S. 335).

9. Die Beschwerdegegnerin hat den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers im Wesentlichen gestützt auf die Ergebnisse der Observation des Beschwerdeführers, auf die sich darauf beziehenden Aktennotizen der RAD-Ärztin Dr. med. E. \_\_\_ vom 10. und 26. Oktober 2016 sowie auf die Gutachten von Dres. med. D. \_\_\_ und I. \_\_\_ vom 29. März 2017 bzw. 12. Mai 2017 beurteilt, weshalb zu prüfen ist, ob diese eine genügende Basis bilden, um den Sachverhalt zu beurteilen.

Des Weiteren decken sich die im Observationsbericht vom 13. Oktober 2016 erwähnten Beobachtungen auch mit den Beobachtungen, welche das Gericht bei der eigenen Sichtung des Observationsmaterials auf den beiden DVDs gemacht hat. In diesen ist zu keinem Zeitpunkt ersichtlich, dass der Beschwerdeführer an derartig eindrücklichen psychischen Beeinträchtigungen leidet, wie dies aus den dokumentierten Berichten von Dr. med. J. \_\_\_ und der N. \_\_\_ hervorgeht. Ebenso wenig ist eine wesentliche körperliche Einschränkung ersichtlich. So konnte der Beschwerdeführer auf den Aufnahmen vom 6. bis 29. September 2017 dabei beobachtet werden, wie er selbst das Auto lenkt, locker und mit dynamischen Bewegungen aus dem Fahrzeug aussteigt, beim Einkaufen den Einkaufswagen vor sich

herschleibt und die Einkäufe (samt grossen Mineralwasser-Packungen) einzeln und mühelos in den Kofferraum des Autos hebt. Das ganze Bewegungsbild erscheint auffallend flüssig und zügig, es fällt einzig ein leicht hinkender Gang auf. Beim Rolltreppenfahren wurde beobachtet, dass der Beschwerdeführer seine Hände auf die Handläufe legte und seine auf der Stirn befindliche Sonnenbrille mit unauffälligen Bewegungen der rechten und linken Hand richtete. Sodann konnte der Beschwerdeführer am 11. Oktober 2016 dabei beobachtet werden, wie beim Bezahlen an der Kasse mit unauffälligen Bewegungen das Geld aus dem Portemonnaie nahm und wie er mit seiner Ehefrau in einem Café sass, ein Getränk einnahm und sich hierbei angeregt mit einem Herrn am Nebentisch unterhielt. Der Beschwerdeführer scheint kommunikativ und durchaus gut gelaunt, er lacht und gestikuliert mit beiden Händen. Dabei ist weder ein Stottern ersichtlich noch davon auszugehen, dass die Gesprächspartner Mühe haben, ihn zu verstehen. Ferner ist keine motorische Störung ersichtlich. So hält der Beschwerdeführer die Tasse einmal mit der rechten und einmal mit der linken Hand und auch beim Bedienen des Handys fallen keine funktionellen Einschränkungen auf.

Demnach widerkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin                      Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst                              Jäggi

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