

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 23. September 2015 abgewiesen (9C\_415/2015).

200 14 882 IV und  
200 14 955 IV (2)  
ACT/GET/KRK

## **Verwaltungsgericht des Kantons Bern**

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 5. Mai 2015**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Germann

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer



gegen

**IV-Stelle Bern**  
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern  
Beschwerdegegnerin

betreffend zwei Verfügungen vom 28. August und 7. Oktober 2014

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1960 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich 1999 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (vgl. Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 12 S. 1). Die IVB veranlasste unter anderem ein polydisziplinäres Gutachten der MEDAS (Expertise vom 9. Januar 2001 [act. II 19]), welches eine ausschliesslich aus psychischen Gründen (andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung [Folterungen in Gefangenschaft]) bestehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergab (act. II 19 S. 15 f.). Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 17. Juli 2001 (act. II 28) sprach die IVB mit Wirkung ab 1. April 1999 bei einem Invaliditätsgrad von 70% eine ganze Invalidenrente zu, welche mit Verfügungen vom 13. Juli 2005 (act. II 45) und 28. Mai 2009 (act. II 50) revisionsweise bestätigt wurde.

### **B.**

Im Februar 2013 leitete die IVB eine weitere Revision ein. Im entsprechenden Fragebogen gab der Versicherte an, sein Gesundheitszustand habe sich wegen zunehmender Rückenprobleme eher verschlechtert (act. II 53 S. 1). Die IVB zog Berichte der behandelnden Ärzte bei (act. II 55 f.; 65; 72) und führte ein Verlaufsgespräch durch (act. II 59). Zudem holte sie bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Regionaler Ärztlicher Dienst [RAD]), einen Untersuchungsbericht ein (act. II 76) und veranlasste eine Observation (Beweissicherung vor Ort [BvO; act. II 78]). Anschliessend legte sie deren Ergebnisse Dr. med. C.\_\_\_\_\_ (RAD) zur Beurteilung vor (act. II 80). Nachdem die IVB den Versicherten mit den Ergebnissen der BvO konfrontiert hatte (act. II 83), sistierte sie mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 20. September 2013 (act. II 82) die Rentenzahlungen per sofort. Ferner stellte sie mit Vorbescheid vom 23. September 2013 (act. II 84) die Aufhebung der Rente per 28. Februar 2013 sowie die Rückforderung der für die Zeit ab 1. März 2013 zu Unrecht

bezogenen Leistungen in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben (act. II 97) und eigene handschriftliche Bemerkungen (act. II 97 S. 4 ff.) sowie diverse medizinische Berichte (act. II 98 S. 2 ff.) einreichen. Vom 16. Dezember 2013 bis 12. Februar 2014 hielt er sich stationär in der Klinik L. \_\_\_\_\_ auf (act. II 102 S. 8 ff.), woraufhin die IVB die neu eingeholten (act. II 107; 110) bzw. vom Versicherten eingereichten (act. II 111) medizinischen Berichte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (RAD) zur Stellungnahme (act. II 114) vorlegte. Mit Verfügung vom 28. August 2014 (act. II 115) hob die IVB die Rente bei einem Invaliditätsgrad von 0% per 28. Februar 2013 auf. Mit weiterer Verfügung vom 7. Oktober 2014 (act. II 120) forderte sie für die Zeit vom 1. März bis 30. September 2013 zuviel erbrachte Rentenleistungen im Betrag von Fr. 6'552.-- zurück.

### C.

Gegen die Verfügung vom 28. August 2014 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 17. September 2014 Beschwerde erheben und die folgenden Rechtsbegehren stellen:

1. Die Verfügung vom 28. August 2014 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer rückwirkend ab 1. März 2013 weiterhin eine ganze Invalidenrente zzgl. gesetzlichem Verzugszins auszurichten.
2. Eventualiter:  
Die Verfügung vom 28. August 2014 sei aufzuheben und es sei ein medizinisches Gutachten zur Klärung des vorliegenden Sachverhaltes einzuholen, unter Wahrung der Mitwirkungsrechte der Parteien.
3. Dem Beschwerdeführer sei das Recht zur unentgeltlichen Prozessführung zu gewähren unter Beiordnung des Unterzeichneten als amtlicher Anwalt.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

In der Begründung lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, die Anordnung einer Observation sei unrechtmässig bzw. objektiv nicht geboten gewesen. Selbst wenn darauf abgestellt werden könnte, so sei einzuwenden, dass die Beobachtungen nicht kontrovers zu den Angaben des Beschwerdeführers und seinen gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien (pag. 010). Sodann habe im Anschluss der Observation keine fachärztliche psychiatrische Begutachtung stattgefunden (pag. 011). Ferner

werde eine medizinisch nachvollziehbare Begründung vermisst, warum es trotz gegenteiliger Berichte der behandelnden Ärzte und jahrelanger Behandlungsbedürftigkeit zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen sein soll (pag. 012). Vielmehr sei von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen, womit dem Beschwerdeführer weiterhin eine ganze Rente auszurichten sei (pag. 013).

Mit weiterer Eingabe vom 9. Oktober 2014 liess der Beschwerdeführer ebenfalls Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. Oktober 2014 erheben und die folgenden Rechtsbegehren stellen.

1. Die Verfügung vom 7. Oktober 2014 sei aufzuheben und das vorliegende Verfahren mit dem Verfahren 200 14 882 IV zu vereinigen.
2. Dem Beschwerdeführer sei das Recht zur unentgeltlichen Prozessführung zu gewähren, unter Beiordnung des Unterzeichneten als amtlicher Anwalt.
3. Eventualiter: Das vorliegende Beschwerdeverfahren sei bis zum Entscheid im Verfahren 200 14 882 IV zu sistieren.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

In der Begründung macht der Beschwerdeführer geltend, von einer Rückforderung sei abzusehen, da der Beschwerdeführer die Leistungen weder unrechtmässig erwirkt noch seine Meldepflicht verletzt habe (pag. 037).

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. Oktober 2014 vereinigte der Instruktionsrichter die Verfahren 200.14.882 IV und 200.14.995 IV.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. November 2014 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. In der Begründung macht sie im Wesentlichen geltend, die – entgegen dem Beschwerdeführer objektiv gebotene (pag. 048) – BvO habe aufgezeigt, dass der Beschwerdeführer eine deutlich höhere Alltagsaktivität entfalten könne, als er dies sowohl in den persönlichen Gesprächen als auch gegenüber Dr. med. C. \_\_\_\_\_ angegeben habe (pag. 049). Gestützt auf deren Feststellungen sei eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes ausgewiesen (pag. 050). Schliesslich sei mit den Abklärungen nachgewiesen, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden spätestens seit März 2013 nicht mehr vorlägen, weshalb eine unrechtmässige Leistungserwirkung gegeben sei und die rückwirkende Rentenaufhebung und damit auch

die Rückforderungsverfügung vom 7. Oktober 2014 rechtens seien (pag. 051).

Mit Verfügung vom 3. Dezember 2014 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ zufolge Aussichtslosigkeit des Prozessbegehrens ab. Dagegen liess der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 22. Dezember 2014 beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erheben. Mit Entscheid vom 27. Januar 2015 (9C\_918/2014) wies das Bundesgericht das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege für das Verfahren vor dem Bundesgericht ab, worauf der Beschwerdeführer die Beschwerde vom 22. Dezember 2014 zurückzog und das Bundesgericht das Verfahren abschrieb (Entscheid vom 13. März 2015 [9C\_918/2014]).

Bereits am 2. März 2015 liess der Beschwerdeführer erneut ein Gesuch um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege im Beschwerdeverfahren unter Beiordnung des Unterzeichneten als amtlicher Anwalt einreichen, das der Instruktionsrichter mit Verfügung vom 23. März 2015 abwies.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Die angefochtenen Entscheide sind in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist in den vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtenen Entscheide berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur

Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten sind die Verfügungen vom 28. August 2014 (act. II 115 [Verfahren IV 200 2014 882; rückwirkende Renteneinstellung]) sowie 7. Oktober 2014 (act. II 120 [Verfahren IV 200 2014 995; Rückforderung]). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente sowie, ob der Beschwerdeführer bezogene Leistungen zurückerstatten muss.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

Zu prüfen ist zunächst die Rechtmässigkeit der mit Verfügung vom 28. August 2014 (act. II 115) per Ende Februar 2013 revisionsweise erfolgten Rentenaufhebung.

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 zudem

nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.2** 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.

### **2.3**

**2.3.1** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132).

**2.3.2** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369, SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweismwürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden –

ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

**2.3.3** Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten, der Hilflosenentschädigungen und der Assistenzbeiträge erfolgt rückwirkend vom Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung, wenn die unrichtige Ausrichtung einer Leistung darauf zurückzuführen ist, dass der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder der ihm gemäss Art. 77 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. b IVV in der bis 31. Dezember 2014 gültigen und vorliegend massgeblichen Fassung).

**2.4** 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. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 17. Juli 2001 (act. II 28) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab April 1999 eine ganze Rente zu, welche mit Revisionsverfügung vom 28. August 2014 (act. II 115) aufgehoben wurde. Die Verfügung vom 17. Juli 2001 beruht auf einer umfassenden Prüfung der anspruchserheblichen Tatsachen, was auf die Revisionsverfügungen vom 13. Juli 2005 (act. II 45) und 28. Mai 2009 (act. II 50) nicht zutrifft, weshalb sie nicht als Referenzzeitpunkt in Frage kommen (vgl. E. 2.3.2 vorne). Massgebende Vergleichszeitpunkte im vorliegenden Revisionsverfahren bilden demnach die Verfügung vom 17. Juli 2001 und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 28. August 2014.

**3.2** Bei Erlass der Verfügung vom 17. Juli 2001 präsentierte sich der Gesundheitszustand gemäss Gutachten der MEDAS vom 9. Januar 2001 (act. II 19) in diagnostischer Hinsicht wie folgt (S. 15):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Diffus generalisiertes weichteilrheumatisches Syndrom mit
  - lumbovertebralen Schmerzen im unteren LWS-Bereich und lumbosacral bei beginnender Chondrose L5 und wahrscheinlich auch L5/S1
- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach Aortenklappenersatz wegen schwerer verkalkter Aortenstenose
  - aktuell normale linksventrikuläre systolische Globalfunktion

In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, nebst den thorakalen Schmerzen, die sich nach der Herzklappenoperation im ... eingestellt hätten, beständen seit den Folterungen in den ...er-jahren Schmerzen cervical und lumbal Tag und Nacht. Eine Besserung habe weder durch Analgetika noch durch physiotherapeutische Massnahmen erreicht werden können. Bei der jetzigen rheumatologischen Untersuchung stehe ein diffuses generalisiertes weichteilrheumatisches Syndrom im Vordergrund. Die segmentale Prüfung im Bereiche des Achsenskelettes sei unauffällig. Auch fänden sich keine Hinweise für eine radikuläre, diskogene oder artikuläre Funktionsstörung. Radiologisch stelle sich die HWS und BWS ossär und artikulär unauffällig dar. Das Schultergelenk sei links klinisch und radiologisch unauffällig. Für die angestammte Tätigkeit als diplomierter ... bestehe aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 15).

Der Beschwerdeführer sei im ... aus politischen Gründen inhaftiert worden und habe dort während fünf Jahren schwere Folterungen erlitten. Während seiner Ausbildung und seiner Tätigkeit als ... habe er die Erinnerungen weitgehend ertragen können und sei psychisch einigermaßen kompensiert geblieben. ... habe er sich einer Herzoperation unterziehen müssen, was postoperativ negative Verfolgungserlebnisse und Ängste habe aufkommen lassen. In der Folge sei es zu einer schweren depressiven Entwicklung und paranoiden Verzerrung der Wahrnehmung sowie Angst und Panikstörungen gekommen, was zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Seit zwei

Jahren befinde er sich in regelmässiger psychiatrischer Behandlung. In der psychiatrischen Exploration imponiere ein bewusstseinsklarer, intellektuell wirkender ..., der in ausgezeichnetem Deutsch differenziert argumentieren könne. Die kognitiven mnestischen Funktionen seien intakt. Im emotionalen Bereich dagegen wirke er kaum fassbar, leer und ausgelöscht. Auch die Mimik sei bewegungslos erstarrt. Eindrücklich seien die Stigmata der deutlichen Victimisierung, d.h. anhaltende depressive Verstimmung, Resignation und ausgeprägtes Misstrauen der Umwelt gegenüber. Hinzu kämen Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, schnelle Erschöpfbarkeit und Apathie sowie sozialer Rückzug. Auch lägen latent Suizidgedanken vor. Aufgrund der Anamnese und des klinischen Zustandsbildes sei von einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung auszugehen. Der Beschwerdeführer zeige eine ausgeprägte Victimisierungsstörung, d.h. er habe eine Erwartungshaltung, dass sich das im ... erlebte Trauma jederzeit wiederholen könne, was allem Anschein nach durch die Herzoperation erfolgt sei.

Die somatischen Diagnosen wie Status nach Herzklappenoperation hätten keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Insgesamt betrage die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seinem Beruf als ... gegenwärtig 1/3. Die Minderung der Arbeitsfähigkeit bestehe ausschliesslich aus psychischen Gründen (S. 16).

**3.3** Für den Zeitraum zwischen Erlass der Verfügung vom 17. Juli 2001 und der hier angefochtenen Verfügung vom 28. August 2014 (vgl. E. 3.1 vorne) präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.3.1** Mit Bericht vom 27. Februar 2013 (act. II 56) hielt D.\_\_\_\_\_, Dr. der Chiropraktik, fest, der Gesundheitszustand sei stationär. Es bestehe ein Iliolumbalsyndrom sowie eine Zervikothorakalgie (S. 1).

**3.3.2** Im Bericht vom 16. Juli 2013 (act. II 72 S. 2 ff.) hielt der Hausarzt, Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, fest, seit Jahren bestehe eine chronische Depression mit Schlafstörungen und Angstzuständen mit Albträumen. Deswegen stehe der Beschwerdeführer seit Jahren in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. F.\_\_\_\_\_. Im

Vordergrund ständen zudem chronische Schmerzen im Bereich des ganzen Rückens sowie Kopfschmerzen und Tinnitus. Insgesamt sei das Bild seit Jahren konstant und eine Verbesserung nicht zu erwarten (S. 3).

**3.3.3** Im Untersuchungsbericht vom 22. August 2013 (act. II 76) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ unter Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) sowie eine Ilio- und Thorakolumbalgie fest (S. 12). Die Symptome, welche anlässlich der Begutachtung der MEDAS zur Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung geführt hätten, könnten in der aktuellen Untersuchung nicht mehr festgestellt werden. Der Gesundheitszustand habe sich bis heute offenbar verbessert. Der Beschwerdeführer wirke aktuell wohl teilweise etwas leidend, insgesamt aber adäquat, schwingungsfähig; er könne sich freuen und dies auch zeigen. Das Stimmenhören, wie es der Beschwerdeführer beschreibe, entspreche nicht einem psychotischen Zustand, sondern eher einer dissoziativen Symptomatik ohne wesentlichen Krankheitswert. Kognitiv seien keine Einschränkungen festzustellen. Zudem gebe der Beschwerdeführer an, regelmässig mit seinem Auto zu fahren, was eine gute Konzentrationsfähigkeit erfordere. Gelegentlich male er. Er habe bei Bedarf seine Schwiegereltern in ... unterstützt. Er beschreibe einen gewissen sozialen Rückzug, welcher allerdings minimal ausgeprägt sei. Er gehe regelmässig einkaufen, auch spazieren oder gelegentlich einen Kaffee trinken; er lebe mit seiner Ehefrau zusammen und kümmere sich auch um ihre Eltern (S. 14). Aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde gebe es keine Anhaltspunkte, dass die Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wesentlich eingeschränkt sei. Eine angepasste Tätigkeit sei nicht notwendig. Die Dekonditionierung sei reversibel und könne – bei ausreichender Motivation – innerhalb von drei Monaten mit einem Arbeitstraining überwunden werden (S. 15). Die angestammte Tätigkeit sei zu einem vollen Pensum zumutbar. Die bisherige Tätigkeit als ... erscheine ideal für den Beschwerdeführer, da er intellektuell gefordert, die Arbeit wechselbelastend sei – ohne allzu schwere körperliche Belastung – und dabei soziale Kontakte nach Mass gestaltet werden könnten (S. 16).

Mit ärztlichem Bericht vom 17. September 2013 (act. II 80) nahm Dr. med. C.\_\_\_\_\_ nach Vorlage der Ergebnisse der BvO (act. II 78) wie folgt

Stellung: Die Observationen zeigten, wie der Beschwerdeführer ein aktives Leben geführt und wie er sich auf dem Weg zur Untersuchung im RAD verhalten habe. Er sei bis ca. eine Stunde lang mit einem grossen Hund bei einer normalen Gehgeschwindigkeit spazieren gegangen und habe regelmässig Einkäufe besorgt – auch in Einkaufszentren bei grossem Andrang und bis zu zweieinhalb Stunden am Stück, ohne dabei leidend oder sonst irgendwie beeinträchtigt zu wirken. Ferner habe er über Mittag ein sehr gut frequentiertes, zentral gelegenes Lokal in der Stadt besucht und regelmässige soziale Kontakte gehabt, wobei er entspannt und bezüglich Kommunikation mit Andern versiert gewirkt habe. Er habe Zeitungen gelesen, Kinokarten gekauft und sich für Filmplakate interessiert. Er sei regelmässig und auch mehrmals täglich mit dem Auto in der Region gefahren. Er habe bezüglich Antrieb und hinsichtlich seines Bewegungsraums nicht eingeschränkt gewirkt. Es falle auf, dass er sich auf dem Weg zur Untersuchung beim RAD steif und langsam bewegt habe, so wie er auch während der Untersuchung gewirkt habe. In den Aufnahmen der BvO, als er sich unbeobachtet geglaubt habe, habe er sich locker und entspannt bewegt und rege soziale Kontakte gehabt. Insgesamt seien aufgrund der Befunde im Rahmen der BvO keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen feststellbar, welche die Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit einschränkten. Die Diagnose einer Dysthymie könne nicht aufrechterhalten werden und es bestehe keine (psychiatrische) Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2).

**3.3.4** Mit Bericht vom 23. Oktober 2013 (act. II 102 S. 12 f.) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, fest, im Moment liege ein guter Befund der Aortenklappenprothese vor. Echokardigraphisch sei die Prothese einwandfrei. Der Beschwerdeführer habe maximal belastet werden können (S. 13).

Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt im Bericht vom 18. November 2013 (act. II 98 S. 3 f.) fest, aktuell sei das bekannte Asthma bronchiale gut kontrolliert; die Therapie sei wie bisher weiterzuführen.

**3.3.5** Vom 16. Dezember 2013 bis 12. Februar 2014 hielt sich der Beschwerdeführer stationär in der Klinik L.\_\_\_\_\_ auf. Im entsprechenden

Austrittsbericht vom 4. März 2014 (act. II 102 S. 8 ff.) wurden eine rezidivierende depressive Störung mit paranoider Symptomatik, gegenwärtig mittelgradige Episode („ICD-10 F32.2“), ein Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) sowie ein Zustand nach Aortenklappenersatz ... diagnostiziert. Der Beschwerdeführer habe innerlich und äusserlich sehr angespannt, wütend, im Verlauf des Eintrittsgesprächs verbal aggressiv und weitschweifig gewirkt. Er habe sich von der IV verfolgt und nirgends mehr sicher gefühlt (S. 8). Er habe die Klinik in gebessertem psychischem Zustand verlassen und sich dabei auf deutlich tieferem Stressniveau befunden als beim Eintritt (S. 11).

**3.3.6** Im Bericht des Spitals M. \_\_\_\_\_ vom 28. März 2014 (act. II 106 S. 2 f.) wurde festgehalten, im klinischen Status fielen eine Druckdolenz hochcervikal rechts, mehrere paravertebrale Triggerpunkte und eine leichte Hypästhesie am gesamten rechten Arm auf. Über die rechte Schulter ziehe sich eine Narbe, anamnestisch nach einer Verbrennung. Der restliche funktionelle Status von Rücken und Extremitäten sei unauffällig. Eine konventionelle Röntgenabklärung von HWS, BWS und LWS vom November 2013 zeige lediglich altersentsprechende degenerative Veränderungen. In den Schmerzfragebögen bestehe „der Hinweis auf eine schwere Depression“ (S. 3).

**3.3.7** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, übernahm im Bericht vom 3. April 2014 (act. II 102 S. 2 ff.) die in der Klinik L. \_\_\_\_\_ festgehaltenen Diagnosen (S. 2). Weiter hielt er fest, der Beschwerdeführer präsentiere sich wach und bewusstseinsklar, mit gepflegtem Äusserem und er sei zu Ort, Zeit und Situation orientiert; ferner seien Konzentration und Auffassung unauffällig (S. 3). Es beständen körperliche Einschränkungen („Fragen an den Somatiker“); aus psychiatrischer Sicht beständen ein psychischer Gesundheitsschaden mit den attestierten Diagnosen mit somatischem Syndrom sowie eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) mit verzögertem Beginn. Die Leistungsfähigkeit sei erheblich eingeschränkt (S. 5).

**3.3.8** Dr. med. J. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 27. Mai 2014 (act. II 110) eine chronisch paranoide Schizophrenie, einen Verdacht auf Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, ein lumbospondylogenes

und zervikozepales Syndrom, einen Aortenklappenersatz ... sowie einen intermittierenden Tinnitus bei lageabhängigem Schwindel. Die seit Jahren bestehenden Symptome akustische Halluzinationen, Verfolgungswahn, Beziehungswahn, Zönästhesien sowie passagere negative Symptome mit Apathie und Gewichtsverlust sprächen doch recht eindeutig für eine paranoide Schizophrenie. Er erachte eine neue psychiatrische Begutachtung durch die IV als zwingend erforderlich.

**3.3.9** Vom 10. November bis 10. Dezember 2014 hielt sich der Beschwerdeführer zur stationären Abklärung und Behandlung im Spital M.\_\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht vom 19. Dezember 2014 (Akten des Beschwerdeführers, [act. I], 5) hielt Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH fest, der Beschwerdeführer habe über die anhaltende Verfolgung durch Nachrichtendienste oder die IV berichtet. Des Weiteren beschreibe er imperative oder dialogisierende Stimmen. Wertigkeit und subjektive Interpretation sprächen für eine systematisierte produktive Symptomatik. Die Differentialdiagnostik erscheine angesichts der real erlebten Verfolgung, der sicherlich relevanten PTBS und der ausgesprochenen Depressivität äusserst schwierig. Offenbar erlebe der Beschwerdeführer im Alltag Verkennungssituationen, die letztlich zu Angst und Fluchtreaktionen führten. Vergleichbares sei im stationären Setting nicht aufgetreten. Irritierend sei zudem, dass die Neurolepttherapie hinsichtlich der produktiven Symptomatik bisher keine Wirkung gezeigt habe.

**3.3.10** Mit Bericht vom 19. Februar 2015 (act. I 6) hielt Dr. med. J.\_\_\_\_\_ zuhanden des RAD fest, entgegen dessen Beurteilung könne sich nach einem „Herzinfarkt“ eine PTBS einstellen. Weiter stellten die dissoziativen Symptome typische Symptome einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung dar; ferner müsse die Diagnose einer Dysthymie „bei diesem schwerst depressiven Patienten wie Hohn und Spott klingen“. Zudem seien „in den Beurteilungen der IV [...] weitere, völlig haltlose Vorwürfe zu finden.“ Er ersuche die IV dringendst um die Durchführung einer unabhängigen psychiatrischen Begutachtung.

### **3.4**

**3.4.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**3.4.2** 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 (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. Auf das Ergebnis von RAD-Berichten kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. Oktober 2014, 8C\_197/2014, E. 4.2).

Schliesslich hängt der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (Entscheid des BGer vom 28. Oktober 2014, 9C\_459/2014, E. 2).

### 3.5

**3.5.1** Der Sozialversicherungsträger kann gestützt auf Art. 43 i.V.m. Art. 28 Abs. 2 ATSG eine Überwachung versicherter Personen anordnen (BGE 135 I 169 E. 5.4 S. 173 und E. 5.7 S. 175). Anhaltspunkte für die objektive Gebotenheit der Observation können beispielsweise gegeben sein bei widersprüchlichem Verhalten der versicherten Person, oder wenn Zweifel an der Redlichkeit derselben bestehen (eventuell durch Angaben und Betrachtungen Dritter), bei Inkonsistenzen anlässlich der medizinischen Untersuchung, Aggravation, Simulation oder Selbstschädigung u.Ä. Diese Elemente können einzeln oder in Kombination zureichende Hinweise liefern, die zur objektiven Gebotenheit der Observation führen (BGE 137 I 327 E. 5.4.2.1 S. 332; SVR 2012 IV Nr. 31 S. 125 E. 3.2).

Ein Observationsbericht bildet für sich allein keine sichere Basis für Sachverhaltsfeststellungen betreffend den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person. Er kann diesbezüglich höchstens Anhaltspunkte liefern oder Anlass zu Vermutungen geben. Sichere Kenntnis des Sachverhalts kann in dieser Hinsicht erst die ärztliche Beurteilung des Observationsmaterials liefern (SVR 2013 UV Nr. 32 S. 112 E. 3.1).

**3.5.2** Was die im Zeitraum vom 18. März bis 12. Juli 2013 durchgeführte BvO betrifft (act. II 78 S. 3), so bestreitet der Beschwerdeführer deren objektive Gebotenheit bzw. bezeichnet die Observation als rechtswidrig (pag. 009). Dem kann nicht gefolgt werden: Dem anonymen Hinweis, wonach der Beschwerdeführer „diverse Sachen [...] nach ... exportiere“ (act. II 81), musste die Beschwerdegegnerin nachgehen, nachdem der Beschwerdeführer im Revisionsfragebogen angegeben hatte, weder entgeltlich noch unentgeltlich erwerbstätig zu sein (act. II 53 S. 2). Zudem erwies sich die (wiederholte) Angabe des Beschwerdeführers, bei der Psychiaterin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in Behandlung zu stehen (act. II 53 S. 1; 59 S. 2) – wovon auch der Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ausging (vgl. act. II 72 S. 3) – als unzutreffend, hat der Beschwerdeführer die Behandlung bei ihr nach der letzten Konsultation im März 2011 doch „abgebrochen“ (vgl. act. II 55). Diese Tatsache war der Beschwerdegegnerin denn auch – entgegen dem Beschwerdeführer (pag. 008) – bereits am 27. Februar 2013 (act. II 55) und damit vor Beginn der Observation am 18. März 2013 (act. II 78 S. 3) be-

kannt. Aufgrund dieser Umstände ergaben sich somit begründete Zweifel an der Ausgewiesenheit der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Einschränkungen, so dass die Anordnung einer BvO objektiv geboten war (vgl. E. 3.5.1 vorne). Im Übrigen war sie auch in zeitlicher und inhaltlicher Hinsicht verhältnismässig, d.h. dem Abklärungsbedarf angepasst (act. II 78 S. 3) sowie auf den öffentlichen Bereich beschränkt. Gegenteiliges macht denn auch der Beschwerdeführer nicht geltend. Die Ermittlungsergebnisse wurden mithin rechtmässig erlangt und können im vorliegenden Verfahren verwendet werden.

**3.6** Der Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 22. August 2013 (act. II 76) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an den Beweiswert medizinischer Berichte und erbringt vollen Beweis. Er ist durchwegs nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Insbesondere bezieht sich der Untersuchungsbericht auf das vorliegend massgebende Beweisthema einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustandes (vgl. E. 3.4.2 vorne).

Im nämlichen Bericht (act. II 76) hielt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ in befundmässiger Hinsicht fest, der Beschwerdeführer sei voll orientiert, die Aufmerksamkeit, die Konzentrationsfähigkeit und das Gedächtnis seien voll und bis zum Schluss der Untersuchung erhalten gewesen. Im Gespräch seien keine Ängste direkt beobachtbar (S. 10). Der Beschwerdeführer habe angegeben, beim Alleinsein (vor dem Einschlafen) manchmal Stimmen zu hören, von denen er Angst habe; während der Untersuchung habe es indes keine Anhaltspunkte für Wahrnehmungsstörungen gegeben. Mit Bezug auf die Affektivität habe der Beschwerdeführer teilweise etwas leidend, teilweise aber normal schwingungsfähig, lächelnd, sich freuen könnend gewirkt. Der affektive Kontakt habe gut hergestellt werden können. Er habe manchmal Gedanken gehabt, nicht mehr leben zu wollen, sich etwas anzutun; jedoch halte ihn seine Familie davon ab. Die Psychomotorik sei unauffällig; der Antrieb sei vermindert, er habe sehr selten Lust etwas zu machen; ca. einmal pro Woche gehe er spazieren, er male gelegentlich (S. 11). Demgegenüber hielten die Gutachter der MEDAS mit Bezug auf die die Arbeitsfähigkeit einzig einschränkende Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) fest, der Be-

schwerdeführer wirke im emotionalen Bereich „kaum fassbar, leer und ausgelöscht.“ Weiter stellten sie eine depressive Verstimmung, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit und schnelle Erschöpfbarkeit und Apathie sowie einen sozialen Rückzug fest (act. II 19 S. 16). Wenn Dr. med. C. \_\_\_\_\_ deshalb im Wesentlichen mit der Begründung, der Beschwerdeführer wirke adäquat, schwingungsfähig, sich freuen könnend und weise weder kognitive Einschränkungen auf noch ziehe er sich in ausgeprägter Weise sozial zurück, zum Schluss gelangte, der Gesundheitszustand habe sich „bis heute offenbar verbessert“ und die Symptome, welche anlässlich der Begutachtung der MEDAS zur Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung geführt hätten, hätten nicht mehr festgestellt werden können (act. II 76 S. 14), ist dies ohne weiteres nachvollziehbar und überzeugend, umso mehr, als die im Rahmen der BvO gemachten Beobachtungen bzw. das in den Filmaufnahmen dokumentierte Verhalten des Beschwerdeführers die von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ festgestellte Befundverbesserung stützen.

**3.7** An dieser Einschätzung ändern die übrigen medizinischen Berichte nichts:

**3.7.1** Vom 16. Dezember 2013 bis am 12. Februar 2014 hielt sich der Beschwerdeführer in der Klinik L. \_\_\_\_\_ auf. Gemäss Austrittsbericht (act. II 102 S. 8 ff.) präsentierte sich der Psychostatus bei Eintritt inhaltlich auf die aktuelle Problematik eingengt; er habe sich von der IV verfolgt, abgehört und gefilmt gefühlt. Objektive psychopathologische Befunde konnten indes kaum erhoben werden, insbesondere wurde der Affekt lediglich als „fraglich depressiv“ bezeichnet. Zwar schilderte der Beschwerdeführer panikartige Ängste und Erinnerungen an die als traumatisierend erlebte Vergangenheit sowie Verfolgungswahn, welcher als systematisierter Wahn interpretiert wurde; gleichzeitig hielten die Ärzte aber auch fest, bei Eintritt seien keine Phobien oder Zwänge eruierbar gewesen; auch fanden sie keine Hinweise für akustische, optische oder olfaktorische Halluzinationen (vgl. act. II 102 S. 8 f.). Wenn Dr. med. C. \_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 18. August 2014 (act. II 114) den im Austrittsbericht dokumentierten Psychostatus deshalb im Wesentlichen als Reaktion auf die erfolgte Observation und die Renteneinstellung und höchstens im Sinne einer leichten

depressiven Symptomatik beurteilte (S. 10 f.), erweist sich dies als nachvollziehbar und überzeugend, wohingegen die im Austrittsbericht festgehaltene „rezidivierende depressive Störung mit paranoider Symptomatik, gegenwärtig mittelgradige Episode“ nicht schlüssig ist, umso weniger, als die entsprechende Codierung (ICD-10 F32.2 [schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome]) nicht auf die nämliche Diagnose zutrifft. Mit Bezug auf die andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung wies Dr. med. C. \_\_\_\_\_ sodann zu Recht darauf hin, dass lediglich eine Verdachtsdiagnose gestellt wurde (S. 11), womit es insoweit an der für sozial- bzw. invalidenversicherungsrechtliche Belange vorausgesetzten überwiegenden Wahrscheinlichkeit fehlt.

**3.7.2** Dr. med. I. \_\_\_\_\_ übernahm zwar im Bericht vom 3. April 2014 (act. II 102 S. 2 ff.) die in der Klinik L. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen (mitsamt der falschen Codierung), konnte jedoch keinerlei objektiven Befunde erheben (S. 3), weshalb die weiter getroffene Feststellung, es bestehe „ein psychischer Gesundheitsschaden“ (S. 5), nicht überzeugt. Die von ihm erstmals erwähnte (indes nicht näher diskutierte) Diagnose einer PTBS hat – unabhängig von der ohnehin nicht hinreichend begründeten medizinischen Ausgewiesenheit – mit Blick auf den erst lange nach dem potentiellen traumatischen Ereignis beginnenden Krankheitsverlauf rechtsprechungsgemäss ausser Acht zu bleiben (Entscheid des BGer vom 26. Juni 2013, 9C\_228/2013, E. 4.1.2 f.).

Ebenso wenig vermag der Beschwerdeführer etwas aus dem Bericht des Spitals M. \_\_\_\_\_ vom 28. März 2014 (act. II 106 S. 2 f.) zu seinen Gunsten abzuleiten: Soweit darin gestützt auf „Schmerzfragebögen“ ein „Hinweis auf eine schwere Depression“ festgehalten wurde, erweist sich diese Einschätzung einerseits als vage. Andererseits – und dies ist entscheidend – ist bei der psychiatrischen Begutachtung primär die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung massgebend, wohingegen Testverfahren mittels Fragebögen lediglich ergänzende Funktion zukommt (vgl. Entscheid des BGer vom 29. April 2014, 9C\_255/2014, E. 3.2). Hiervon abzurücken besteht kein Anlass, zumal sich aus dem fraglichen Bericht mangels (dokumentierter) klinisch-psychiatrischer Untersuchung keine Hinweise ergeben, dass Dr. med.

C.\_\_\_\_\_ massgebliche medizinische Gesichtspunkte allenfalls unberücksichtigt gelassen hätte.

Ferner hat Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 18. August 2014 (act. II 114 S. 12) schlüssig dargelegt, warum auf den Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 27. Mai 2014 (act. II 110) und der darin erstmals gestellten Diagnose einer paranoiden Schizophrenie nicht abgestellt werden kann. Insbesondere widerspricht die Schilderung seit Jahren bestehender akustischer Halluzinationen den diesbezüglichen Angaben des Beschwerdeführers in der Klinik L.\_\_\_\_\_ diametral (vgl. act. II 102 S. 10).

Im Weiteren bezieht sich der den stationären Aufenthalt vom 10. November bis 10. Dezember 2014 beschlagende Bericht vom 19. Dezember 2014 (act. I 5) von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ nicht auf den für die richterliche Beurteilung massgebenden Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. August 2014 und hat deshalb grundsätzlich unbeachtet zu bleiben (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Immerhin ist mit Blick auf die invalidenversicherungsrechtlich vorausgesetzte Objektivierung geltend gemachter Beschwerden darauf hinzuweisen, dass die gemäss Angaben des Beschwerdeführers offenbar erlebten und letztlich zu Angst und Fluchtreaktionen führenden „Verkennungssituationen“ im stationären Setting nicht haben festgestellt werden können. Auch wurde als „irritierend“ beurteilt, dass die Neurolepttherapie bisher keine Wirkung hinsichtlich der produktiven Symptomatik gezeigt habe (S. 2).

Was sodann den Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 19. Februar 2015 (act. I 6) betrifft, ist zunächst festzustellen, dass dieser Arzt mit Blick auf die (nicht durchwegs sachlich abgefasste) massive Kritik an die Adresse des RAD offensichtlich für den Beschwerdeführer Partei ergreift, weshalb rechtsprechungsgemäss der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Davon abgesehen, stellt Dr. med. J.\_\_\_\_\_ ausschliesslich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ab, ohne diese kritisch zu würdigen; namentlich fehlt es an einer objektiven Befunderhebung und Plausibilisierung der vom Beschwerdeführer

vorgebrachten Beschwerden und Einschränkungen. Dass dieser – wie Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vorbringt – „schwerst“ depressiv sein soll, ist im Lichte der in den medizinischen Akten dokumentierten Befunde nicht nachvollziehbar, umso weniger, als die Grundstimmung des Beschwerdeführers noch im Rahmen des stationären Aufenthalts im Spital M. \_\_\_\_\_ vom 10. November bis 10. Dezember 2014 lediglich als „subdepressiv“ bezeichnet wurde (act. I 5 S. 4). Soweit Dr. med. J. \_\_\_\_\_ schliesslich vorbringt, die Aussage im RAD-Untersuchungsbericht, wonach sich nach einem „Herzinfarkt“ keine PTBS entwickeln könne, sei „gänzlich falsch“, übersieht er, dass Dr. med. C. \_\_\_\_\_ eine derartige Aussage gar nicht machte, sondern festhielt, die „Herzoperation“ im Jahre ... könne nicht als Extrembelastung bezeichnet werden (act. II 76 S. 13), was sie denn auch begründet. Davon abgesehen ist nicht entscheidend, was ... war, sondern wie sich der Sachverhalt respektive der Gesundheitszustand im Revisionszeitraum zwischen 2001 und 2014 (vgl. E. 3.1 vorne) entwickelte.

**3.7.3** Insgesamt zeigen die Berichte der behandelnden Ärzte keine Aspekte auf, welche durch die RAD-Ärztin unberücksichtigt geblieben wären, weshalb sie auch keine – auch nur geringen – Zweifel am Beweiswert des RAD-Untersuchungsberichts zu begründen vermögen (vgl. E. 3.4.2 vorne). Der rechtserhebliche Sachverhalt erweist sich demnach als hinreichend abgeklärt, womit es der in der Beschwerde eventualiter beantragten Einholung eines medizinischen Gutachtens (pag. 003) nicht bedarf.

**3.8** Aus dem Dargelegten folgt, dass mit den Ergebnissen im Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 22. August 2013 (act. II 76) eine Änderung in den tatsächlichen bzw. medizinischen Verhältnissen im Sinne einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes (mit der Diagnose einer Dysthymie) und somit ein Revisionsgrund ausgewiesen ist.

Im Rahmen des diesfalls allseitig zu prüfenden Rentenanspruchs (vgl. E. 2.3.2 vorne) ist weiter erstellt, dass sich in somatischer Hinsicht seit der Begutachtung der MEDAS keine wesentliche Änderung ergeben hat und insofern auch weiterhin keine Arbeitsunfähigkeit gegeben ist (vgl. Berichte von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 27. Februar 2013 [act. II 56], Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2013 [act. II 102 S. 12 f.], Dr. med.

H.\_\_\_\_\_ vom 18. November 2013 [act. II 98 S. 3 f.] sowie Bericht des Spitals M.\_\_\_\_\_ vom 28. März 2014 [act. II 106 S. 2 f.]). Nichts anderes folgt aus den Berichten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 16. Juli 2013 (act. II 72 S. 3) und 20. November 2013 (act. II 98 S. 5) sowie dem Austrittsbericht der Klinik L.\_\_\_\_\_ vom 4. März 2014 (act. II 102 S. 8 ff.), aus welchen sich ein „seit Jahren konstantes Bild“ (act. II 72 S. 3) respektive keine Hinweise auf körperliche Einschränkungen ergeben. Gegenteiliges wird auch nicht geltend gemacht. Ferner besteht auch in psychischer Hinsicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr, und dies auch ohne Berücksichtigung der aus der Observation gewonnenen Tatsachen – mithin gestützt auf den Untersuchungsbericht vom 22. August 2013 –, worin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ keine Einschränkung für die bisherige Tätigkeit feststellen konnte bzw. die letzte Tätigkeit als ... als „ideal“ qualifizierte (act. II 76 S. 15 f.). Diese Einschätzung deckt sich denn auch mit der Rechtsprechung, wonach einer Dysthymie, welche nicht zusammen mit anderen Befunden wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung auftritt, nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleichkommt, weshalb sie allein regelmässig nicht invalidisierend ist (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2). Hiervon abzurücken besteht kein Anlass, nachdem Dr. med. C.\_\_\_\_\_ die Symptome, welche anlässlich der Begutachtung der MEDAS zur Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung geführt hatten, dem Dargelegten zufolge (vgl. E. 3.6 vorne) in der Untersuchung vom 9. Juli 2013 nicht mehr feststellen konnte.

Demnach ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden zu verneinen und die Einstellung der Rente erfolgte grundsätzlich zu Recht.

### **3.9** Im Weiteren ist der Zeitpunkt der Renteneinstellung zu prüfen:

Die Beschwerdegegnerin legte die (rechtmässig erlangten [vgl. E. 3.5.2 vorne]) Ergebnisse der BvO Dr. med. C.\_\_\_\_\_ zur Beurteilung vor, welche mit ärztlichem Bericht vom 17. September 2013 (act. II 80) dazu Stellung nahm und zum Schluss gelangte, aufgrund der Befunde im Rahmen der Beobachtungen vor Ort seien keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen feststellbar, welche die Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit beeinträchtigen würden (S. 2).

Auch dieser Bericht erfüllt die Voraussetzungen an den Beweiswert medizinischer Berichte (vgl. E. 3.4.2 vorne). Entgegen dem Beschwerdeführer (pag. 011) ist nicht zu beanstanden, dass im Anschluss an die Observation keine weitere Begutachtung stattgefunden hat, ist doch eine ärztliche Aktenbeurteilung grundsätzlich geeignet, eine genügende Basis für die Sachverhaltsfeststellungen betreffend den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit zu bilden (Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2013, 8C\_644/2013, E. 6.3). Dies gilt vorliegend umso mehr, als Dr. med. C. \_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer bereits vor der Observation persönlich untersucht hatte und schon damals in Übereinstimmung mit dem späteren Observationsergebnis keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Funktionseinschränkungen mehr feststellen konnte.

Die Ergebnisse der BvO (act. II 78 S. 2) und die gestützt darauf erfolgte ärztliche Beurteilung (act. II 80) belegen, dass der verbesserte Gesundheitszustand bzw. der Revisionsgrund spätestens im März 2013, mithin im Zeitpunkt der ersten Überwachung, vorlag. Dies stellte eine entscheidende, der Meldepflicht unterliegende Änderung in den rechtserheblichen Tatsachen dar, wobei der Beschwerdeführer gehalten gewesen wäre, von sich aus die Beschwerdegegnerin zu informieren (Art. 77 IVV). Die entsprechende Unterlassung ist denn auch kausal für die in der Folge unrichtige Leistungsausrichtung. Schliesslich ist auch das für den Tatbestand der Meldepflichtverletzung erforderliche schuldhafte Fehlverhalten ohne weiteres zu bejahen (Entscheid des BGer vom 29. Oktober 2012, 9C\_245/2012, E. 4.1).

Die rückwirkende Renteneinstellung per Ende Februar 2013 (act. II 115 S. 4) gestützt auf Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. b IVV ist somit nicht zu beanstanden (vgl. E. 2.3.3 vorne) und die Beschwerde insoweit abzuweisen.

#### **4.**

Zu prüfen ist schliesslich die Rechtmässigkeit der Rückforderung über Fr. 6'552.-- für die im Zeitraum vom 1. März bis 30. September 2013 erbrachten Rentenleistungen (act. II 120).

**4.1** Unrechtmässig bezogene Leistungen sind zurückzuerstatten (Art. 25 Abs. 1 Satz 1 ATSG). Die Voraussetzung für eine Rückforderung ist bei einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gegeben, falls sie gemäss Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. b IVV rückwirkend erfolgt (BGer 9C\_245/2012, E. 5.1.1). Ein Rückkommenstitel im Sinne einer Wiedererwägung oder einer prozessualen Revision gemäss Art. 53 ATSG ist diesfalls nicht erforderlich (vgl. Entscheid des BGer vom 22. April 2013, 8C\_127/2013, E. 5).

## **4.2**

**4.2.1** Der Rückforderungsanspruch erlischt mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung (Art. 25 Abs. 2 Satz 1 ATSG).

**4.2.2** Für den Beginn der relativen einjährigen Verwirkungsfrist ist nicht das erstmalige unrichtige Handeln und die daran anknüpfende unrechtmässige Leistungsausrichtung massgebend. Abzustellen ist auf jenen Tag, an dem das Durchführungsorgan später bei der ihm gebotenen und zumutbaren Aufmerksamkeit – etwa aufgrund eines zusätzlichen Indizes – den Fehler hätte erkennen müssen (BGE 139 V 6 E. 4.1 S. 8; SVR 2011 EL Nr. 7 S. 22 E. 3.2.1). Dies ist der Fall, wenn alle im konkreten Einzelfall erheblichen Umstände zugänglich sind, aus deren Kenntnis sich der Rückforderungsanspruch dem Grundsatz nach und in seinem Ausmass gegenüber einer bestimmten rückerstattungspflichtigen Person ergibt (BGE 112 V 180 E. 4a S. 181).

**4.3** Wie in E. 3.9 hiervoor ausgeführt, stellte die Beschwerdegegnerin die Rentenleistungen zu Recht gestützt auf Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. b IVV rückwirkend per Ende Februar 2013 ein, weshalb mit Bezug auf die im Zeitraum zwischen März und September 2013 weiterhin ausgerichteten Rentenleistungen grundsätzlich ein Rückforderungsanspruch gegeben ist (vgl. E. 4.1 vorne).

Mit der ärztlichen Beurteilung des Observationsmaterials am 17. September 2013 (act. II 80) war die Beschwerdegegnerin bezüglich des rückforderungsrelevanten Sachverhalts dem Grundsatz nach ins Bild gesetzt (vgl. E. 3.5.1 vorne). Hernach sistierte sie mit unangefochten

gebliebener Verfügung vom 20. September 2013 (act. II 82) die Rentenleistungen „per sofort“. Bei der Rückforderung unrechtmässig bezogener Leistungen der Invalidenversicherung gilt rechtsprechungsgemäss der Erlass des Vorbescheids als fristwährend (BGE 133 V 579 E. 4.3.1 S. 584; SVR 2011 IV Nr. 52 S. 156 E. 2), wobei die Bezifferung der Rückforderung nicht notwendig ist; vielmehr ist es ausreichend, wenn die Rückforderung als solche ausreichend präzise umschrieben wird (SVR 2011 IV Nr. 52 S. 156 E. 5.1).

Mit Vorbescheid vom 23. September 2013 – und damit nach der am 20. September 2013 erfolgten Rentensistierung (act. II 82) – stellte die Beschwerdegegnerin die Rückforderung der für die Zeit ab 1. März 2013 zu Unrecht erbrachten Rentenleistungen in Aussicht (act. II 84 S. 4). Zu diesem Zeitpunkt war der Umfang des rückerstattungspflichtigen Substrats rechtsgenügend umschrieben. Die Rückforderung erfolgte somit innerhalb der einjährigen Verwirkungsfrist.

Im Übrigen wird die Rückforderung in masslicher Hinsicht zu Recht nicht bestritten und es besteht insofern kein Anlass für Weiterungen (BGE 110 V 48 E. 4a S. 53). Nachdem sodann auch die absolute Verwirkungsfrist von fünf Jahren gewahrt ist, ist die mit der ab 1. März 2013 rückwirkenden Aufhebung der Rentenleistungen verbundene Rückforderung nicht zu beanstanden.

**4.4** Zusammenfassend besteht die Rückforderungsverfügung zu Recht und die dagegen gerichtete Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öf-

fentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.