



**Fall-Nr.:** IV 2013/587  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.10.2019  
**Entscheiddatum:** 08.08.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 08.08.2016**

**Art. 53 Abs. 2 ATSG. Interpretation einer Rentenaufhebungsverfügung: Revision oder Wiedererwägung? Prüfung der Glaubwürdigkeit von Angaben zu Beschwerden unter Berücksichtigung von Ergebnissen einer verdeckten Ermittlung (Observation) und von fachärztlichen Berichten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. August 2016, IV 2013/587).**

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2013/587

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Amanda Guyot, GN Rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich im Oktober 2001 zum Bezug einer Rente der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Er gab an, er habe keine berufliche Ausbildung absolviert, sondern direkt nach dem Abschluss der obligatorischen Schulzeit eine Arbeitsstelle bei der B.\_\_\_\_ AG angetreten, wo er in der Folge 27 Jahre lang gearbeitet habe (IV-act. 3). Diese berichtete der IV-Stelle im November 2001 (IV-act. 4), dass sie dem mittlerweile zum Abteilungsleiter aufgestiegenen Versicherten infolge einer Standortverlagerung gekündigt habe. Ohne eine Gesundheitsbeeinträchtigung würde der Versicherte einen Lohn von 13 × 5'800 Franken erhalten. Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ gab im Dezember 2001 an (IV-act. 5), der Versicherte leide an einer schweren therapieresistenten psychischen Erkrankung mit einer depressiven Verstimmung, einer Psychasthenie und zahlreichen psychosomatischen Beschwerden sowie an einer cervicalen Discushernie C6/7 links mit einer Wurzelkompression. Seit Dezember 2000 sei er nicht mehr in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Der Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ berichtete im Februar 2002 (IV-act. 6), der Versicherte leide an einer Neurasthenie und an einer depressiv-ängstlich vermeidenden Persönlichkeit. Die Gespräche mit ihm seien völlig frustrierend. Es gelinge nie, einen Bezug zwischen den geklagten Beschwerden und dem inneren oder äusseren Erleben zu finden. Der Versicherte fühle sich seinen Beschwerden völlig ausgeliefert, glaube aber nicht, dass ihm jemand oder etwas helfen könne. Medikamente bewirkten schon in kleinsten Dosen massive Nebenwirkungen. Er befinde sich in einem dauernden Zustand der Erschöpfung, der es ihm nicht erlaube, irgendeiner Tätigkeit nachzugehen. Mit einer Verfügung vom 4. Juli 2002 sprach die IV-Stelle dem Versicherten rückwirkend ab 1. Dezember 2001 eine ganze Rente zu (IV-act. 12).



A.b Im Mai 2006 forderte die IV-Stelle den Versicherten auf, einen Fragebogen zur Überprüfung des Rentenanspruchs auszufüllen. Der Versicherte gab an, sein Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache verschlechtert; die Schmerzen hätten zugenommen (IV-act. 13). Im Juni 2006 berichtete Dr. D.\_\_\_\_ über einen im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustand (IV-act. 16). Auch Dr. C.\_\_\_\_ berichtete im Juni 2006 über einen stationären Zustand (IV-act. 17). Die IV-Stelle teilte dem Versicherten deshalb am 20. Juni 2006 mit, dass er nach wie vor einen unveränderten Anspruch auf eine ganze Rente habe (IV-act. 20). Im Juni 2010 gab der Versicherte in einem weiteren Fragebogen zur Überprüfung des Rentenanspruchs an, sein Gesundheitszustand sei gleich geblieben (IV-act. 24). Die Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ bestätigten diese Angabe (IV-act. 27 und 29). Am 13. Juli 2010 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass er weiterhin einen unveränderten Anspruch auf eine ganze Rente habe (IV-act. 31).

A.c Am 14. September 2011 wandte sich Dr. D.\_\_\_\_ an die IV-Stelle (IV-act. 34). Er führte aus, kürzlich habe eine Observation eines seiner Patienten ergeben, dass dieser sich im Alltag völlig anders als in der Behandlung verhalten und ihn dadurch über seinen psychischen Gesundheitszustand getäuscht habe. Das Verhalten und die Lebensgeschichte dieses Patienten hätten zahlreiche Parallelen zum Verhalten und der Lebensgeschichte des Versicherten aufgewiesen, weshalb sich Dr. D.\_\_\_\_ nun nicht mehr sicher sei, ob er den Angaben des Versicherten jeweils zu Recht uneingeschränkt Glauben geschenkt habe. Der Versicherte habe sich letztthin darüber beklagt, dass seine sexuelle Lustlosigkeit seine Ehefrau belasten würde. Angesichts des vom Versicherten jeweils geschilderten niedrigen Aktivitätsniveaus und seiner entsprechenden Unfähigkeit, etwas zum Familienleben beizutragen, könne sich Dr. D.\_\_\_\_ nicht vorstellen, dass die Ehefrau eine sexuelle Aktivität erwarte. Vor diesem Hintergrund stelle sich die Frage, ob sich der Versicherte im Alltag tatsächlich so verhalte, wie er es jeweils in den Behandlungen schildere. Dr. D.\_\_\_\_ empfahl eine Observation zur Beantwortung dieser Frage. Am 26. September 2011 hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) fest (IV-act. 35), rein phänomenologisch habe Dr. D.\_\_\_\_ die Symptomatik wohl zutreffend als Neurasthenie beschrieben. Bei der Durchsicht der Akten falle auf, dass Dr. D.\_\_\_\_ die Behandlung des Versicherten schon von Beginn weg als frustrierend bezeichnet habe. Offenbar habe der Versicherte nach der Kündigung durch seinen langjährigen Arbeitgeber einfach



„schlapp gemacht“. Es bestehe der Verdacht, dass er die behandelnden Ärzte von Beginn weg habe in die Irre führen wollen, um sich nach dem Stellenverlust nicht mehr um einen Erwerb kümmern zu müssen. Wenn es gelingen würde, ein vom Klagebild klar abweichendes Aktivitätsniveau festzustellen, wären die geltend gemachten massiven Einschränkungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit widerlegt. Am 25. Oktober 2011 beauftragte die IV-Stelle die F.\_\_\_\_ GmbH mit einer verdeckten Überwachung des Versicherten (IV-act. 40). Am 16. Dezember 2011 erstattete die F.\_\_\_\_ GmbH einen Observationsbericht (IV-act. 45). Sie führte aus, bei der Überwachung des Versicherten seien keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgefallen. Am 24. Januar 2012 nahm Dr. D.\_\_\_\_ Stellung zum Observationsbericht (IV-act. 49). Er hielt fest, dieser würde seinen Verdacht einer Aggravation bestätigen. Der Versicherte habe ihm beispielsweise angegeben, er könne kaum Einkäufe tätigen und höchstens 30–45 Minuten in einer ruhigen Umgebung spazieren gehen. Gemäss dem Observationsbericht könne er aber problemlos Einkäufe in einem Supermarkt tätigen und mehrere Stunden in einer belebten Stadt umhergehen, ohne immer wieder eine Sitzgelegenheit beanspruchen zu müssen. Er habe nie geltend gemacht, dass er auch bessere Tage habe, an denen er hierzu in der Lage sei, weshalb seine Angaben im Widerspruch zum beobachteten Verhalten im Alltag stünden. Am 16. November 2011 habe er ganz aufgelöst angerufen und um einen Termin gebeten, weil etwas Schlimmes passiert sei. Zwei Tage später sei er in der Konsultation immer noch ganz aufgelöst gewesen, weil er am Morgen des 16. November 2011 zwei Stunden lang von der Basler Versicherung befragt worden sei. Das Video zum Observationsbericht zeige nun aber, dass er am Nachmittag des 16. November 2011 seelenruhig durch die Stadt flaniert sei, was für Dr. D.\_\_\_\_ völlig überraschend sei. Die Videodokumentation relativiere gesamthaft das Ausmass und die Schwere der Beschwerden, sei aber zu wenig aussagekräftig, um die früher gestellten Diagnosen grundsätzlich in Frage zu stellen. Er empfehle eine weitere Observation. Sollte der Versicherten beim Autofahren beobachtet werden oder sollte festgestellt werden, dass er auf Sirenen unauffällig reagiere, dürfte seine Glaubwürdigkeit so sehr angeschlagen sein, dass eine allfällige Arbeitsunfähigkeit nur noch aufgrund der objektiven Befunde zu bestimmen wäre. Am 28. März 2012 erstattete die F.\_\_\_\_ GmbH einen zweiten Observationsbericht (IV-act. 52). Sie hielt fest, der Versicherte habe wiederum keine Anzeichen einer Gesundheitsbeeinträchtigung gezeigt. Allerdings sei er auch nicht beim Lenken eines



Motorfahrzeugs beobachtet worden. Seine Reaktion auf Sirenen habe nicht beobachtet werden können. Am 16. April 2012 führte Dr. D.\_\_\_\_ bezugnehmend auf diesen zweiten Observationsbericht aus (IV-act. 54), sein Verdacht auf eine Aggravation habe sich weiter erhärtet, denn nun sei der Versicherte auch dabei beobachtet worden, wie er sich ohne Begleitung unauffällig in der Stadt bewegt habe. Das Videomaterial zeige eine angeregte Unterhaltung kurz vor einer Konsultation bei Dr. D.\_\_\_\_; in dieser Konsultation habe sich der Versicherte dann aber wieder mit der üblichen starren, steifen und leidenden Haltung präsentiert. Dennoch könnten die Observationen die Diagnosen Neurasthenie und Somatisierungsstörung nicht widerlegen. Mit Sicherheit leide der Versicherte aber nicht an einer Depression, die eine Arbeitsunfähigkeit bewirke. Abschliessend empfahl Dr. D.\_\_\_\_ eine polydisziplinäre Begutachtung. Am 12. September 2012 beauftragte die IV-Stelle die medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Interlaken GmbH mit einer polydisziplinären Begutachtung des Versicherten (IV-act. 78).

A.d Am 29. November 2012 berichtete der Psychiater Dr. med. G.\_\_\_\_ über zwei Untersuchungen des Versicherten am 2. und 9. November 2012 (IV-act. 87). Er führte aus, beim Versicherten liege das Bild einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung nach einer lebensbedrohlichen Krebserkrankung des jüngeren Sohnes vor. Dadurch sei ein zweites traumatisches Ereignis reaktualisiert worden, nämlich eine schwere Gewalterfahrung im Alter von vier Jahren. Als weitere psychische Belastungsfaktoren seien eine Kinderlähmung im zweiten Lebensjahr, ein Suizidversuch im sechsten Lebensjahr und der als sehr belastend erlebte Tod der Mutter und des Vaters zu nennen. Im Zusammenhang mit dieser schweren posttraumatischen Belastungsstörung bestehe eine schwere depressive Störung mit einem somatischen Syndrom. Die vom Versicherten angegebenen Schmerzen seien teilweise funktioneller Natur, teilweise aber auch auf organische Ursachen zurückzuführen. Das Leiden sei insgesamt schwergradig ausgeprägt und führe zu relevanten Einschränkungen in zahlreichen Lebensbereichen. Es sei zu befürchten, dass die Störung in eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach einer Extrembelastung übergehen werde. Der Versicherte sei nicht arbeitsfähig. Gemäss dem am 12. September 2012 von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen und am 8. Mai 2013 erstellten Gutachten der MEDAS Interlaken GmbH (IV-act. 97) litt der Beschwerdeführer an einer depressiven Störung mit einer aktuell mittelschweren



Episode, an körperlichen Beschwerden aufgrund psychischer Faktoren, an einem generalisierten Weichteilschmerzsyndrom sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einem chronischen cervicospondylogenen Syndrom, an einer arteriellen Hypertonie, an einem Diabetes Typ II bei einer Adipositas und an einer Hypercholesterinämie. Die Sachverständigen führten aus, aus internistischer und aus neurologischer Sicht lägen keine Gesundheitsbeeinträchtigungen vor, die die Arbeitsfähigkeit einschränkten. Aus rheumatologischer Sicht liege eine leichte Reduktion der zumutbaren Belastbarkeit des Achsenskelettes vor. Zudem sei aufgrund einer allgemeinen Dekonditionierung von einer Leistungsminderung von 20 Prozent auszugehen. Bei der psychiatrischen Untersuchung, die auf zwei Termine habe verteilt werden müssen, habe sich ein ganz auffälliges und bizarres Bild gezeigt. Der Befund habe sich mit dem vom Hausarzt und vom behandelnden Psychiater beschriebenen Befund gedeckt. Es handle sich um eine depressive Störung mit einer mittelschweren Episode und einem mittelschweren somatischen Syndrom mit leichten bis grenzwertig mittelschweren kognitiven Funktionseinbussen. Differenzialdiagnostisch sei das Vorliegen einer reaktivierten posttraumatischen Belastungsstörung bei einer physischen Gewaltanwendung in der frühen Kindheit zu diskutieren. Es bestehe allerdings eine erhebliche Befundunsicherheit, da die Erlebnisse allein auf den Aussagen des Versicherten beruhten. Zur Observation lasse sich anmerken, dass eine schwere depressive Störung ausgeschlossen werden könne. Die Einschätzung des Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_, dass aufgrund der Observation des Versicherten keine depressive Erkrankung mehr angenommen werden könne, könne allerdings nicht geteilt werden. So sei zum Beispiel auch nach einer akuten Krise im Juli 2012 im Kriseninterventionszentrum H.\_\_\_\_ eine mittelgradige depressive Episode mit einem somatischen Syndrom festgestellt worden. Die den diagnostisch beschriebenen psychiatrischen Erkrankungen entsprechenden Symptome schränkten die Arbeitsfähigkeit des Versicherten erheblich ein. Er könne lediglich noch ein Pensum von 50 Prozent verrichten, wobei seine Leistung allerdings um 40 Prozent vermindert sei. Gesamthaft betrage die Leistungsminderung also 70 Prozent. Nach den Vorakten und den Angaben des Versicherten sei der Befund seit mindestens dem Jahr 2001 unverändert. Am 18. Juni 2013 notierte der RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ (IV-act. 99), das Gutachten der MEDAS Interlaken GmbH beruhe auf einer Betrachtungsweise, die nicht rechtsprechungskonform sei. Die Leistungsfähigkeit sei schon falsch berechnet



worden, denn 40 Prozent von 50 Prozent seien 20 Prozent und nicht 30 Prozent. Ohnehin sei aber unverständlich, weshalb die Arbeitsfähigkeit in zwei Schritten berechnet worden sei. Der psychiatrische Sachverständige habe ein theatralisches Verhalten beschrieben. Der rheumatologische Sachverständige habe eine somatisch nicht erklärbare aktive Gegenwehr festgestellt. Der psychiatrische Sachverständige habe festgehalten, das theatralische und widerspenstige Verhalten sei unbewusst, dissoziativ, weshalb keine Aggravation und keine Simulation vorliege. Dabei habe er aber völlig ausser Acht gelassen, dass sich der Versicherte in „beobachteten“ Momenten ganz anders als in „unbeobachteten“ Momenten verhalte und sogar erwiesenermassen in der Lage sei, sein Verhalten jeweils sofort „umzustellen“, wenn er die Praxis von Dr. D. \_\_\_ verlasse. Der psychiatrische Sachverständige habe also ein bewusstseinsnahes Verhalten einfach ignoriert. Zudem habe er sich nicht mit der bundesgerichtlichen Vermutung der „Überwindbarkeit“ von dissoziativen Störungen auseinandergesetzt. Gesamthaft betrage der Arbeitsfähigkeitsgrad etwa 50 Prozent. Der Gesundheitszustand sei unverändert geblieben.

A.e Am 21. August 2013 notierte ein Mitarbeiter des Rechtsdienstes der IV-Stelle (IV-act. 100), die Berechnung der Arbeitsunfähigkeit durch die Sachverständigen der MEDAS Interlaken GmbH sei entgegen der Ansicht des RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ korrekt. Man müsse nämlich die einzelnen Potentiale multiplizieren, also 50 Prozent von 60 Prozent, was 30 Prozent ergebe und einer Arbeitsunfähigkeit von 70 Prozent entspreche. Allerdings sei Dr. E. \_\_\_ insofern zuzustimmen, als die Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS Interlaken GmbH nicht überzeugend sei und die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu wenig berücksichtige. Bei diesem Fall passe sehr Vieles nicht zusammen. Die vielen beschriebenen Auffälligkeiten, die langjährige frustrane Therapie, die mangelhafte Compliance bei der Medikamenteneinnahme und nicht zuletzt die vom behandelnden Arzt formulierten Zweifel würden es gebieten, bei der Anerkennung von invalidisierenden Leiden Vorsicht und Zurückhaltung walten zu lassen. Die Dekonditionierung beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit entgegen der Angabe des rheumatologischen Sachverständigen nicht, denn sie würde bald wegfallen, wenn der Versicherte eine Erwerbstätigkeit aufnehmen würde. Zudem wäre der Versicherte aufgrund seiner Schadenminderungspflicht gehalten gewesen, sich fit zu halten, weshalb er sich nun nicht auf die Dekonditionierung berufen könne. Die psychischen



Gesundheitsbeeinträchtigungen seien rechtsprechungsgemäss vermutungsweise überwindbar. Es bestehe der Verdacht einer bewussten oder bewusstseinsnahen Manipulation. Der psychiatrische Sachverständige habe sich nicht genügend mit den beiden Stellungnahmen von Dr. D.\_\_\_\_ zu den Observationsvideos auseinandergesetzt. Gesamthaft sei die Hypothese einer Täuschung mindestens ebenso wahrscheinlich wie jene einer erheblichen Erkrankung. Der psychiatrische Sachverständige habe verkannt, dass der Versicherte das Vorliegen einer invalidisierenden Krankheit zu beweisen habe und nicht umgekehrt. Gesamthaft bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine IV-rechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit mehr. Dem über 55 Jahre alten Versicherten seien Eingliederungsmassnahmen anzubieten. Gleichzeitig sei ein neuer Einkommensvergleich durchzuführen und die Rente herabzusetzen oder aufzuheben. Mit einem Vorbescheid vom 17. September 2013 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 104), dass sie die Rente „einstellen“ werde. Sie wies darauf hin, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei. Selbst wenn aber davon ausgegangen würde, dass es sich dabei nur um eine anderslautende Beurteilung eines unverändert gebliebenen Sachverhaltes handle, sei die Rente einzustellen, da auch die Voraussetzungen für eine Einstellung der Rente gestützt auf die Schlussbestimmungen zum ersten Massnahmenpaket der 6. IVG-Revision erfüllt seien. Dagegen wandte der Versicherte am 21. Oktober 2013 ein (IV-act. 117), es liege ihm fern, jemanden zu täuschen. Er sehe nicht ein, weshalb er sich nicht in der Stadt aufhalten dürfe. Er sei von Dr. G.\_\_\_\_ und von den Sachverständigen der MEDAS Interlaken GmbH untersucht und psychologisch getestet worden und könne sich nicht vorstellen, wie er diese Ärzte hätte täuschen sollen. Den Sachverständigen hätten die Observationsberichte vorgelegen; trotzdem hätten sie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der vorgesehene Entscheid der IV-Stelle sei ihm deshalb unverständlich. Dr. D.\_\_\_\_ habe sich bei ihm entschuldigt und ihm mitgeteilt, dass eine Krankheit ausgewiesen sei. Mit einer Verfügung vom 7. November 2013 stellte die IV-Stelle die Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats ein (IV-act. 120).

B.

B.a Am 22. November 2013 erhob der Versicherte (nachfolgend: der Beschwerdeführer) Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. November 2013 (act. G 1). Er beantragte die Weiterausrichtung der Rente. Zur Begründung führte er aus, das



medizinische Gutachten müsse höher als die Observationsberichte gewichtet werden. Seiner Beschwerde legte er eine Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ vom 20. November 2013 zur Verfügung bei (act. G 1.2). Dieser hatte ausgeführt, der Entscheid der IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) sei unverständlich. Diese habe nämlich seinen ausführlichen Untersuchungsbericht und das Gutachten, das sie selbst in Auftrag gegeben habe, ignoriert und auf einen Observationsbericht eines medizinischen Laien abgestellt. Wenn medizinische Laien nun tatsächlich in der Lage sein sollten, posttraumatische und depressive Störungen zu beurteilen, stelle sich die Frage, weshalb in Zukunft nicht gleich vollständig auf fachärztliche Gutachten verzichtet werden solle. Es liege in der Natur der Sache, dass die Erlebnisse, die eine posttraumatische Belastungsstörung auslösten, häufig nicht belegt werden könnten, weil nur in seltenen Fällen Polizeiberichte oder ähnliche Dokumente erstellt würden, die das Ereignis dokumentierten. Dennoch seien erfahrene Fachärzte in der Lage, die Plausibilität der Schilderungen von Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung zu überprüfen. Dr. G.\_\_\_\_ habe sich auf die Behandlung von Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung spezialisiert und verfüge – anders als Dr. D.\_\_\_\_ – über eine reichhaltige Erfahrung. Die allermeisten seiner Patienten, auch solche mit schwersten posttraumatischen Belastungsstörungen, verhielten sich auf der Strasse unauffällig. Auch mittelgradig depressive Patienten verhielten sich weitgehend unauffällig. Nur schwergradig depressive Patienten seien nicht in der Lage, ihre Wohnung zu verlassen. Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS Interlaken GmbH habe sich mit der Möglichkeit einer Manipulation auseinandergesetzt. Er habe ja explizit darauf hingewiesen.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 17. Februar 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie an, das Engagement von Dr. G.\_\_\_\_ habe eine Intensität, die eine sachliche Distanz vermissen lasse und den Anschein der Befangenheit nähere. Laut der bundesgerichtlichen Rechtsprechung könne eine invalidisierende posttraumatische Belastungsstörung nur vorliegen, wenn die versicherte Person glaubwürdig sei und wenn die Störung auf ein Ereignis von geeigneter katastrophaler Schwere zurückzuführen sei. Die Glaubwürdigkeit des Beschwerdeführers sei erschüttert. Zu fast jeder durch die Observation überprüfaren Tatsache habe er falsche oder stark übertriebene Aussagen gemacht. Diese Diskrepanz könne nicht durch unbewusste Verdeutlichungen erklärt werden. Bei der



Krebserkrankung des Sohnes könne es sich kaum um ein katastrophales Ereignis handeln. Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS Interlaken GmbH habe sich nicht ausreichend mit dem widersprüchlichen Verhalten des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Ihm sei es nicht gelungen, das Vorliegen einer mittelschweren depressiven Störung mit einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schlüssig zu begründen.

B.c Am 5. Mai 2014 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (act. G 9). Eventualiter beantragte er die Rückweisung der Sache zur Durchführung von weiteren Abklärungen. Weiter beantragte er die Entfernung der DVD „A.\_\_\_\_ vor SVA“, des Gesprächsprotokolls vom 15. Juni 2012, der Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ vom 14. September 2011, vom 24. Januar 2012 und vom 16. April 2012 aus den Akten. Er führte aus, diese Akten müssten bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens unter Verschluss gehalten und anschliessend vernichtet werden. Die MEDAS Interlaken GmbH habe eine nachvollziehbare und überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben und dabei den Observationsergebnissen ausreichend Rechnung getragen. Selbst der RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_, der kein Psychiater sei, habe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent als ausgewiesen erachtet. Die Ausführungen des Rechtsdienstmitarbeiters der Beschwerdegegnerin, gemäss denen keine relevante Gesundheitsbeeinträchtigung vorliegen solle, seien vor diesem Hintergrund haltlos. Dr. D.\_\_\_\_ habe mit seiner Denunziation des Beschwerdeführers das Arztgeheimnis und wohl auch das ärztliche Standesrecht verletzt. Obwohl er das Vorliegen einer relevanten psychischen Erkrankung bezweifelt habe, habe er sich gegenüber dem Beschwerdeführer nie kritisch geäußert und die Behandlung noch bis in den Sommer 2012 hinein weiter fortgeführt. Es sei anzunehmen, dass sich Dr. D.\_\_\_\_ diese „unnötige Behandlung“ wohl auch habe bezahlen lassen, was an einen Patientenbetrug grenze. Die entsprechenden Berichte müssten deshalb aus den Akten entfernt und später vernichtet werden. Beim Studium der IV-Akten sei aufgefallen, dass diese eine DVD mit einem Video enthielten, das nicht von der beauftragten F.\_\_\_\_ GmbH stamme. Es sei anzunehmen, dass es sich dabei um Aufnahmen mit einem Smartphone handle, die ein Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin erstellt habe, als er dem Beschwerdeführer zufällig begegnet sei. Diese Aufzeichnungen seien widerrechtlich erstellt worden, denn ein Sachbearbeiter sei nicht berechtigt, Privatpersonen ohne deren Einverständnis zu filmen und diese Aufzeichnungen Drittpersonen zugänglich zu machen. Die fragliche



## St.Galler Gerichte

DVD müsse folglich ebenfalls aus den Akten entfernt und später vernichtet werden. Da kein Revisionsgrund vorliege, sei die revisionsweise Rentenaufhebung nicht zulässig. Auch die Schlussbestimmung zur IV-Revision 6a könne nicht zur Anwendung kommen, weil kein davon erfasstes syndromales Leiden vorliege. Am 9. Mai 2014 wies der Beschwerdeführer darauf hin, dass Dr. D.\_\_\_\_ die Behandlung sogar noch bis September 2013 weiter geführt hatte (act. G 10).

B.d Die Verfahrensleitung bewilligte am 21. Mai 2014 die unentgeltliche Rechtspflege für das Beschwerdeverfahren (act. G 12). Dementsprechend wurde der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken am 21. Juli 2014 zurückbezahlt.

B.e Die Beschwerdegegnerin hielt am 18. Juni 2014 ebenfalls an ihren Anträgen fest (act. G 14). Sie führte aus, Dr. D.\_\_\_\_ sei ihr gegenüber vom Arztgeheimnis befreit gewesen. Zudem sei er zur Auskunft verpflichtet gewesen. Wenn die Beschwerdegegnerin legitimiert sei, Dritte mit einer verdeckten Observation zu beauftragen, müsse sie auch legitimiert sein, selbst eine solche Observation durchzuführen. Folglich bestehe kein Anlass, die vom Beschwerdeführer erwähnten Dokumente aus den Akten zu entfernen. Ein Revisionsgrund sei bereits darin zu erblicken, dass die bei der Rentenzusprache berücksichtigte Discushernie C6/7 nicht mehr habe nachgewiesen werden können.

B.f Am 21. Juli 2015 beantragte der Beschwerdeführer unter Hinweis auf das Urteil 9C\_492/2011 des Bundesgerichtes vom 3. Juni 2015 die sofortige Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines neuen, der neuen Rechtsprechung Rechnung tragenden Gutachtens (act. G 20). Die Beschwerdegegnerin wandte am 24. September 2015 ein (act. G 24), die geänderte Rechtsprechung des Bundesgerichtes habe nicht zur Folge, dass „altrechtliche“ Gutachten generell wertlos würden. Vorliegend ergebe sich unter Berücksichtigung der geänderten Rechtsprechung kein Anlass für eine anderslautende Beurteilung. Allenfalls sei ein Gerichtsgutachten einzuholen, von dem aber keine neuen Erkenntnisse zu erwarten seien.



## St.Galler Gerichte

B.g Am 8. Februar 2016 ersuchte das Versicherungsgericht die MEDAS Interlaken GmbH um eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen von Dr. D.\_\_\_\_ vom 24. Januar 2012 und vom 16. April 2012 (act. G 28). Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS Interlaken GmbH, Dr. med. I.\_\_\_\_, antwortete am 9. März 2016 (act. G 29.1), er habe bei seiner klinischen psychopathologischen Befunderhebung ein sehr bizarres und dramatisch überzeichnetes Darstellen sowohl der körperlichen als auch der psychischen Beschwerden festgestellt, das er als ein ausgeprägtes bewusstseinsfernes Überzeichnen auf dem Hintergrund einer schweren neurotischen Störung eingestuft habe. Der MMPI-Persönlichkeitstest habe die neurotischen Auffälligkeiten bestätigt. In den Videoaufnahmen fänden sich seines Erachtens keine Verhaltensauffälligkeiten, die im Widerspruch zu einem einfachen oder mittelgradig ausgeprägten depressiven Zustandsbild stehen würden. Ein neurotisches Überzeichnen setze bestimmte situative Bedingungen voraus, zum Beispiel somatische oder psychiatrische Untersuchungen, therapeutische Gespräche oder vergleichbare Umstände, in denen die betroffene Person ihre Beschwerden darstelle oder darstellen müsse. In den festgehaltenen Verhaltenssequenzen fänden sich keine derartigen Bedingungen. Beim behandelnden Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ habe der Beschwerdeführer aber ein vergleichbares bizarres Verhalten gezeigt. In seiner ersten Stellungnahme vom 24. Januar 2012 habe Dr. D.\_\_\_\_ gefolgert, der Beschwerdeführer aggraviere und täusche seine Beschwerden eventuell vor. Dennoch habe Dr. D.\_\_\_\_ seine Diagnosen nicht in Zweifel gezogen. Erst in der zweiten Stellungnahme vom 16. April 2012 habe Dr. D.\_\_\_\_ das Vorliegen einer depressiven Störung eindeutig ausgeschlossen. Dieser Schlussfolgerung könne sich Dr. I.\_\_\_\_ aber nicht anschliessen. Dr. D.\_\_\_\_ habe es versäumt, das bizarre und stark überzeichnete Verdeutlichen als Ausdruck einer schweren neurotischen Störung in Erwägung zu ziehen. Nachvollziehbarerweise habe er deshalb zum Schluss gelangen müssen, dieses Verhalten sei als Aggravation oder gar als Simulation zu interpretieren. Auch so sei seine Schlussfolgerung, es liege keine Depression vor, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, aber nicht haltbar. Aus therapeutischer Sicht sei schwerlich nachvollziehbar, dass Dr. D.\_\_\_\_ sich entschuldigt und die Therapie fortgeführt habe, ohne sich offiziell von seinen Schlussfolgerungen in den Stellungnahmen vom 24. Januar 2012 und vom 16. April 2012 zu distanzieren.

B.h Der Beschwerdeführer verzichtete auf eine Stellungnahme zum Schreiben von Dr. I.\_\_\_\_ (act. G 32). Die Beschwerdegegnerin nahm am 12. Mai 2016 Stellung (act. G 33).



Sie führte aus, Dr. I.\_\_\_\_ habe in seinem Teilgutachten keine neurotische Störung diagnostiziert. Seine nachträgliche Stellungnahme stehe in einem Widerspruch zu dieser Tatsache. Der Versuch von Dr. I.\_\_\_\_, „die groben Auffälligkeiten zu Gunsten des Patienten beziehungsweise des Beschwerdeführers zu deuten“, vermöge in keiner Weise zu überzeugen. Selbst wenn seiner Interpretation gefolgt würde, müsste einem Leiden, das sich nur in Untersuchungssituationen manifestiere, ein relevanter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit abgesprochen werden. Der rechtsgenügende Nachweis einer rechtlich relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fehle damit nach wie vor. Der Beschwerdeführer hielt am 8. Juni 2016 fest, dass kein Widerspruch zwischen dem psychiatrischen Teilgutachten und der nachträglichen Stellungnahme vorliege, da Dr. I.\_\_\_\_ explizit Bezug auf den im Teilgutachten geschilderten Befund genommen habe (act. G 35).

### Erwägungen

1.

Die Auswertung von Daten, die mittels einer strafbaren Handlung beschafft worden sind, stellt einen Straftatbestand dar (vgl. Art. 179quater StGB betreffend unautorisierte Aufzeichnungen). Das bedeutet, dass das Gericht die Akten bei der Beweiswürdigung nicht berücksichtigen kann, die die Beschwerdegegnerin widerrechtlich beschafft hat. Vielmehr muss es diese anweisen, diese Akten aus dem Recht zu entfernen und anschliessend zu vernichten. Nach der Ansicht des Beschwerdeführers handelt es sich bei der Denunziation von Dr. D.\_\_\_\_ vom 14. September 2011 und bei dessen Stellungnahmen zu den Observationsberichten der F.\_\_\_\_ GmbH vom 24. Januar 2012 und vom 16. April 2012 um Dokumente, die in Verletzung des Berufsgeheimnisses (vgl. Art. 321 StGB) erstellt worden sind. Dabei hat der Beschwerdeführer aber übersehen, dass er selbst Dr. D.\_\_\_\_ gegenüber der Beschwerdegegnerin vom Berufsgeheimnis entbunden hatte (vgl. IV-act. 1–7). Folglich kann gar keine Verletzung des Berufsgeheimnisses vorliegen, weshalb kein Anlass besteht, die erwähnten Stellungnahmen von Dr. D.\_\_\_\_ aus den Akten zu entfernen oder gar zu vernichten. Die Frage, ob sich Dr. D.\_\_\_\_ standesrechtlich korrekt verhalten hat, indem er den Beschwerdeführer trotz erheblichen Zweifeln am Vorliegen einer relevanten Erkrankung noch rund zwei Jahre lang weiter behandelt hat, ist für dieses Verfahren irrelevant.



Auch die von einem Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin erstellte DVD ist nicht aus den Akten zu entfernen oder zu vernichten, denn der Umstand, dass die Aufzeichnung nicht von einem Auftragnehmer der Beschwerdegegnerin, sondern von einem ihrer Angestellten erstellt worden ist, kann für die Verwertbarkeit der Aufzeichnung keine Bedeutung haben. Ohnehin erweist sich die Aufzeichnung aber als für dieses Verfahren irrelevant. Schliesslich besteht auch kein Grund, das Gesprächsprotokoll vom 15. Juni 2012 aus den Akten zu entfernen, da nicht ersichtlich ist, inwiefern dessen Erstellung auf eine strafbare Handlung zurückzuführen sein könnte.

2.

2.1 Da dieses Beschwerdeverfahren der Überprüfung der Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2013 dient, muss der Streitgegenstand des Beschwerdeverfahrens dem Gegenstand des durch die angefochtene Verfügung abgeschlossenen Verwaltungsverfahrens entsprechen. Die Frage, was der Gegenstand des Verwaltungsverfahrens gewesen ist, ist mittels einer Interpretation der angefochtenen Verfügung zu beantworten. Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung eine formell rechtskräftig zugesprochene, laufende Rente der Invalidenversicherung korrigiert hat. Diese Korrektur hat in verfahrensrechtlicher Hinsicht nur eine Revision (Art. 17 Abs. 1 ATSG), eine so genannt prozessuale Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG), eine Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) oder eine Rentenaufhebung gestützt auf Abs. 1 der Schlussbestimmungen zur IVG-Revision 6a sein können, denn weder das ATSG noch das IVG sehen eine andere Möglichkeit zur Korrektur einer formell rechtskräftigen Verfügung betreffend eine Rente der Invalidenversicherung vor. Welches Korrekturinstrument die Beschwerdegegnerin vorliegend angewendet hat, lässt sich der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2013 nicht entnehmen, denn die Beschwerdegegnerin hat weder auf Art. 17 Abs. 1 ATSG noch auf Art. 53 ATSG verweisen und nur im Sinne einer Eventualbegründung Bezug auf Abs. 1 der Schlussbestimmungen zur IVG-Revision 6a genommen. Daraus kann lediglich abgeleitet werden, dass es sich „primär“ nicht um eine Rentenaufhebung gestützt auf Abs. 1 der Schlussbestimmungen zur IVG-Revision 6a gehandelt haben kann. Auch unter Berücksichtigung des Wirkungszeitpunktes lässt sich die Frage nach dem angewendeten Korrekturinstrument nicht eindeutig beantworten, denn obwohl die Aufhebung einer Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden



Monats (vgl. Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV) revisionstypisch ist, erlaubt die bundesgerichtliche Rechtsprechung (vgl. statt vieler etwa das Urteil 9C\_350/2010 vom 11. Juni 2010, E. 1, und den BGE 125 V 368, E. 3, mit Hinweisen) auch eine wiedererwägungsweise Aufhebung einer Rente der Invalidenversicherung auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats. Gerichtsnotorisch wendet die Beschwerdegegnerin diese – juristisch unhaltbare (vgl. RALPH JÖHL, Zur Praxis der substituierten Begründung der Wiedererwägung bei zu Unrecht ergangenen Anpassungsverfügungen, in: AJP 2004, S. 1001 ff.) – Rechtsprechung regelmässig an, weshalb von dem in der angefochtenen Verfügung gewählten Wirkungszeitpunkt der Rentenaufhebung nicht abgeleitet werden kann, ob es sich um eine Revisions- oder um eine Wiedererwägungsverfügung handelt. Immerhin spricht der Wirkungszeitpunkt gegen eine so genannt prozessuale Revision. Da die angefochtene Verfügung auch im Übrigen keinen Hinweis auf eine prozessuale Revision enthält, ist davon auszugehen, dass es sich entweder um eine Revisionsverfügung im Sinne des Art. 17 Abs. 1 ATSG oder um eine Wiedererwägungsverfügung im Sinne des Art. 53 Abs. 2 ATSG handelt.

2.2 Für das Vorliegen einer Revisionsverfügung spricht, dass sich die Beschwerdegegnerin in der Verfügungsbegründung mit der Frage auseinandergesetzt hat, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache verbessert habe, denn die Revision im Sinne des Art. 17 Abs. 1 ATSG bezweckt gerade die Anpassung von Renten an nachträgliche Sachverhaltsveränderungen. Die massgebenden Akten werden in der angefochtenen Verfügung entsprechend als „Revisionsakten“ bezeichnet. Zudem scheint die Beschwerdegegnerin auf den ersten Blick davon ausgegangen zu sein, dass die für eine revisionsweise Rentenaufhebung erforderliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nachgewiesen sei. Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass es sich bei den „revisionstypischen“ Ausführungen der Beschwerdegegnerin nur um eine juristische „Verkleidung“ handelt. Für eine Rentenrevision hätte die Beschwerdegegnerin nämlich den Sachverhalt, wie er sich im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache präsentiert hatte, mit dem aktuellen Sachverhalt verglichen und anhand dieses Vergleichs die Frage beantworten müssen, ob es nach der Rentenzusprache zu einer relevanten Veränderung gekommen sei. Dieser Frage ist die Beschwerdegegnerin aber gar nicht nachgegangen. Das mit der angefochtenen Verfügung abgeschlossene Verfahren hat nämlich von Beginn weg der Beantwortung der Frage gedient, ob der



Beschwerdeführer tatsächlich an einer relevanten psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung leide oder ob er die Fachärzte getäuscht habe. Zur Eröffnung des Verfahrens hat ein Schreiben des behandelnden Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_ geführt, in dem dieser Zweifel am Vorhandensein der bis zu diesem Zeitpunkt auch von ihm selbst bestätigten Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers geäußert hatte. Die in der Folge durchgeführte Observation, aber auch die Begutachtung durch die MEDAS Interlaken GmbH haben primär der Beantwortung der Frage gedient, ob der Beschwerdeführer seine Beschwerden vortäusche. In der angefochtenen Verfügung hat sich die Beschwerdegegnerin fast ausschliesslich mit der Glaubwürdigkeit des Beschwerdeführers respektive seiner Angaben auseinandergesetzt. Aus dem Ergebnis dieser Prüfung hat die Beschwerdegegnerin direkt die Aufhebung der Rente abgeleitet, ohne sich verbindlich dazu zu äussern, ob es sich bei dieser Rechtsfolge um eine Anwendung des Art. 17 Abs. 1 ATSG oder des Art. 53 Abs. 2 ATSG auf den vorliegenden Sachverhalt handle. Die Frage, ob der Beschwerdeführer zuerst an einer relevanten Gesundheitsbeeinträchtigung gelitten und die Fachärzte später „nur“ über deren Wegfall getäuscht habe (was ein Revisionsgrund wäre) oder ob er die Fachärzte von Beginn weg getäuscht habe (was ein Wiedererwägungsgrund wäre), hat sie explizit offen gelassen: „Wenn eine initiale Krise, die zur Berentung geführt hat, anerkannt werden kann, ...“ (IV-act. 120) Die Beschwerdegegnerin scheint eher von einer Täuschung schon im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache ausgegangen zu sein, denn sie hat die Angaben des Beschwerdeführers als insgesamt nicht überzeugend qualifiziert. Darüber, weshalb sie dies nicht deutlich zum Ausdruck gebracht und die Rente wiedererwägungsweise aufgehoben hat, kann nur gemutmasst werden. Möglicherweise hat sie aufgrund von möglichen Beweisproblemen bezüglich des Zeitpunktes der ursprünglichen Rentenzusprache von einer Wiedererwägung abgesehen. Jedenfalls hat sie in ihrem Fazit bezeichnenderweise nicht festgehalten, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sei mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt. Vielmehr hat sie ausgeführt, in „solchen Situationen“ lasse „die bundesgerichtliche Rechtsprechung“ auf eine Verbesserung „schliessen“. Bei der angeblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers handelt es sich also gemäss den Ausführungen der Beschwerdegegnerin nur um einen juristischen Kunstgriff. Gesamthaft spricht die Begründung der angefochtenen Verfügung (auch unter Berücksichtigung der gesamten



Verfahrensgeschichte) trotz der „Verkleidung“ als Revisionsverfügung dafür, dass es sich um eine Wiedererwägungsverfügung handelt. Entgegen ihrem – allerdings nicht eindeutigen – Wortlaut ist die angefochtene Verfügung vom 7. November 2013 deshalb als Wiedererwägungsverfügung zu qualifizieren.

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2013 und in ihren Eingaben zuhanden des Versicherungsgerichtes sinngemäss auf den Standpunkt gestellt, der Beschwerdeführer trage den Nachteil einer allfälligen Beweislosigkeit hinsichtlich des Vorhandenseins einer relevanten psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung. Wenn also nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt werden könne, dass der Beschwerdeführer an einer relevanten psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung leide, könne er keinen Rentenanspruch mehr haben. Dabei dürfte sie an die allgemeine Beweislastverteilungsregel (vgl. Art. 8 ZGB) gedacht haben, wonach die Partei, die aus einer Behauptung einen Vorteil für sich ableiten will, den Nachteil zu tragen hat, wenn sich diese Behauptung nicht beweisen lässt. Wenn beispielsweise eine versicherte Person eine Rente der Invalidenversicherung beantragt, sich aber nicht beweisen lässt, dass sie an einer relevanten Gesundheitsbeeinträchtigung leidet, ist sie bei der Rechtsanwendung so zu stellen, wie wenn sie nicht an einer Gesundheitsbeeinträchtigung leiden würde. In einem Korrekturverfahren betreffend eine formell rechtskräftige Rentenverfügung zu Ungunsten des Rentenbezügers liegt jedoch eine andere Interessenlage vor, weil bereits ein verbindlicher Leistungsanspruch besteht und sich das Verfahren entsprechend um die Frage dreht, ob ein Grund vorliege, diesen verbindlichen Leistungsanspruch nachträglich zu modifizieren. In einem solchen Verfahren will also der Versicherungsträger (respektive die Versichertengemeinschaft) einen Vorteil für sich ableiten, weshalb er den Nachteil einer Beweislosigkeit tragen muss. Kann das Vorliegen eines solchen Grundes nicht bewiesen werden, bedeutet dies folglich, dass weiterhin ein unveränderter Leistungsanspruch besteht.

3.2 Dasselbe gilt mit Blick auf den Rechtsanwendungsvorgang: Die Rechtsanwendung setzt eine Subsumtion eines mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden



Wahrscheinlichkeit belegten Sachverhaltes unter den gesetzlichen Tatbestand voraus. Liegt hinsichtlich eines Sachverhaltselementes eine Beweislosigkeit vor, ist keine vollständige Subsumtion möglich, was nur bedeuten kann, dass die gesetzlich für den Fall, dass sämtliche Tatbestandselemente gegeben sind, vorgesehene Rechtsfolge nicht eintreten kann. In einem Verfahren betreffend die erstmalige Rentenzusprache heisst dies, dass das Rentenbegehren abgewiesen werden muss. In einem Verfahren betreffend eine nachträgliche Korrektur einer formell rechtskräftig zugesprochenen Rente muss es bei der verbindlich zugesprochenen Leistung bleiben, weil keine Korrektur möglich ist, solange nicht sämtliche Voraussetzungen bewiesenermassen erfüllt sind. Aus der Sicht des Rechtssyllogismus kann es dabei keine Rolle spielen, ob es sich um eine Korrektur zu Gunsten oder zu Ungunsten des Rentenbezügers handelt. Solange keine vollständige Subsumtion möglich ist, bleibt es bei der verfügbaren Rente. Auch die Art der Korrektur – Revision, Wiedererwägung, prozessuale Revision – kann dabei keine Rolle spielen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin würde sich deshalb vorliegend eine Beweislosigkeit hinsichtlich der Frage, ob der Beschwerdeführer tatsächlich (noch) an einer Gesundheitsbeeinträchtigung leidet oder ob er eine solche nur vortäuscht, aufgrund der formell rechtskräftigen Rentenzusprache zu Gunsten des Beschwerdeführers auswirken.

4.

4.1 Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer am Morgen des 16. November 2011 von einem Schadeninspektor der Versicherung Z.\_\_\_\_ befragt worden ist. Der behandelnde Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ hat berichtet, dass der Beschwerdeführer ihn anschliessend angerufen und um einen Termin gebeten habe. Er sei völlig ausser sich gewesen. Bei der Konsultation zwei Tage später sei er immer noch ausserordentlich erregt gewesen. Ein Video des von der Beschwerdegegnerin beauftragten verdeckten Ermittlers zeigt allerdings, wie der Beschwerdeführer am Nachmittag des 16. November 2011 äusserlich betrachtet völlig ruhig zusammen mit seiner Ehefrau durch die Stadt geschlendert ist. Ein zweites Video zeigt, dass sich der Beschwerdeführer alleine durch die Stadt bewegt hat. In einer Sequenz unterhält er sich äusserlich betrachtet normal mit einem Passanten. Dr. D.\_\_\_\_ hat in seiner Stellungnahme zum entsprechenden Observationsbericht angegeben, dieses Gespräch müsse unmittelbar vor einer Konsultation bei ihm stattgefunden haben. Bei dieser Konsultation habe sich



der Beschwerdeführer völlig anders, nämlich gewohnt starr und leidend präsentiert. Diese Ausführungen von Dr. D. \_\_\_ zu den beiden Observationsvideos respektive zu den Berichten der beiden verdeckten Observationen sind geeignet, bei einem medizinischen Laien Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Angaben des Beschwerdeführers zu wecken, denn aus der Sicht eines medizinischen Laien ist nicht vorstellbar, dass der rasche Wechsel zwischen einem „normalen“ und einem auffallend anormalen Zustand auf eine Gesundheitsbeeinträchtigung zurückzuführen sein könnte. Die einzige Erklärung für diese raschen Zustandswechsel scheint eine Simulation, das heisst ein Vortäuschen von nicht vorhandenen Beschwerden zu sein. Der behandelnde Psychiater Dr. D. \_\_\_ hat aus fachärztlicher Sicht dieselbe Auffassung vertreten. Zunächst hatte er zwar nur geltend gemacht, dass sich das Verhalten des Beschwerdeführers (am Nachmittag des 16. November 2011) nicht mit einer schwergradigen Depression vereinbaren lasse, dass das Vorliegen einer leicht- bis mittelgradigen Depression aber nicht ausgeschlossen sei. Nach der zweiten Observation hat Dr. D. \_\_\_ dann aber die Auffassung vertreten, der Beschwerdeführer könne an gar keiner psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung leiden, die sich auf seine Arbeitsfähigkeit auswirke. Diese weiter gehende Schlussfolgerung hat er allerdings nicht überzeugend begründen können, denn diese hat nur auf der Tatsache beruht, dass der Beschwerdeführer sich auch alleine in der Stadt fortbewegt hatte. Aus der Sicht eines medizinischen Laien ist nicht nachvollziehbar, weshalb das äusserlich betrachtet selbe „normale“ Verhalten abhängig davon, ob der Beschwerdeführer von seiner Ehefrau begleitet worden ist, einmal nur das Vorliegen einer schwergradigen Depression und einmal das Vorliegen selbst einer leichtgradigen Depression widerlegen sollte.

4.2 Psychiater Dr. G. \_\_\_ hat darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der Observation das Vorliegen einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Störung (und einer posttraumatischen Belastungsstörung) nicht ausschliessen. Diese Auffassung hat er nachvollziehbar und grundsätzlich überzeugend begründet. Von einer fehlenden sachlichen Distanz seiner Ausführungen kann nicht die Rede sein. Allerdings hat er nicht erklärt, worauf die raschen Zustandswechsel des Beschwerdeführers zurückzuführen seien. Seine Ausführungen sind deshalb nicht geeignet, die Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Angaben des Beschwerdeführers auszuräumen.



4.3 Der Sachverständige Dr. I.\_\_\_\_ hat in seinem Teilgutachten nicht explizit Stellung zu den von Dr. D.\_\_\_\_ erwähnten auffälligen Diskrepanzen bezüglich des Verhaltens des Beschwerdeführers während und ausserhalb der Konsultationen genommen. Die Beschwerdegegnerin hatte es allerdings auch versäumt, ihn um eine solche spezifische Stellungnahme zu ersuchen. Jedoch hat er darauf hingewiesen, dass das Verhalten des Beschwerdeführers während der Untersuchung auffällig, theatralisch und bizarr gewesen sei. Das Verhalten des Beschwerdeführers hat auf ihn also nicht überzeugend gewirkt. Die Diskrepanz zwischen dem Verhalten und den objektiven Befunden hat Dr. I.\_\_\_\_ allerdings nicht auf eine Aggravation oder auf eine Simulation, sondern auf eine konversionsneurotische Störung zurückgeführt (vgl. IV-act. 97–56). In seiner Stellungnahme zuhanden des Versicherungsgerichtes hat Dr. I.\_\_\_\_ sich ausführlicher mit den von Dr. D.\_\_\_\_ beschriebenen Diskrepanzen auseinander gesetzt. Er hat dargelegt, dass diese Diskrepanzen nicht zwingend auf eine Aggravation oder auf eine Simulation zurückzuführen seien, sondern auch einer neurotischen Störung entsprechen könnten. Dr. D.\_\_\_\_ habe sich mit dieser möglichen alternativen Erklärung nicht auseinander gesetzt und deshalb vorschnell auf eine Simulation geschlossen. Aufgrund der von ihm während der Untersuchung des Beschwerdeführers gewonnenen Erkenntnisse gehe er (Dr. I.\_\_\_\_) davon aus, dass der zweite Erklärungsansatz (neurotische Störung) zutreffender sei, der Beschwerdeführer also nicht aggraviere oder simuliere. Bei diesen Ausführungen handelt es sich entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht um eine „Umdeutung“ zugunsten des „Patienten“ von Dr. I.\_\_\_\_, denn erstens ist der Beschwerdeführer nie der Patient von Dr. I.\_\_\_\_ gewesen, sondern vielmehr von diesem – im Auftrag der Beschwerdegegnerin – begutachtet worden, und zweitens decken sich die Ausführungen in der Stellungnahme zuhanden des Versicherungsgerichtes mit den Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten. Zwar scheint es trotz der nachvollziehbaren und überzeugenden Ausführungen von Dr. I.\_\_\_\_ aus der Sicht eines medizinischen Laien schwer vorstellbar, dass die Verhaltensänderungen des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit Untersuchungssituationen eine bewusstseinsferne Ursache haben sollen. Bei der Frage nach den Ursachen der Verhaltensänderungen handelt es sich aber um eine medizinische Frage, die entsprechend von einem Facharzt zu beantworten ist. Es verbietet sich deshalb, auf die allgemeine Lebenserfahrung eines medizinischen Laien abzustellen. Vielmehr muss eine fachärztliche Stellungnahme massgebend sein. Von



den im Recht liegenden psychiatrischen Stellungnahmen vermag jene von Dr. I.\_\_\_\_ aus den oben angeführten Gründen als einzige vollständig zu überzeugen. Deshalb ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine Gesundheitsbeeinträchtigung nicht vortäuscht und dass er bereits bei der ursprünglichen Rentenzusprache tatsächlich praktisch vollständig arbeitsunfähig gewesen und nach wie vor unverändert arbeitsunfähig ist.

4.4 Da eine wiedererwägungsweise Aufhebung einer formell rechtskräftigen Rentenverfügung gemäss dem Art. 53 Abs. 2 ATSG eine zweifellose Unrichtigkeit dieser Verfügung voraussetzt und da sich die ursprüngliche Rentenverfügung vorliegend nicht als zweifellos unrichtig, sondern vielmehr als überwiegend wahrscheinlich richtig erweist, kommt eine Wiedererwägung nicht in Frage. Angesichts des Umstandes, dass sowohl die Sachverständigen der MEDAS Interlaken GmbH als auch die behandelnden Ärzte übereinstimmend eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache verneint haben, müsste auch eine revisionsweise Modifikation der Rentenverfügung (Art. 17 Abs. 1 ATSG) als rechtswidrig qualifiziert werden. Im Ergebnis hat der Beschwerdeführer also nach wie vor einen Anspruch auf die am 4. Juli 2002 zugesprochene ganze Rente.

5.

Die angefochtene Verfügung ist deshalb in Gutheissung der Beschwerde ersatzlos aufzuheben. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten zu bezahlen, die aufgrund des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festgesetzt werden. Zudem hat die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Rückfrage bei Dr. I.\_\_\_\_ von 728.10 Franken zu tragen (vgl. act. G 31). Der anwaltlich vertretene, obsiegende Beschwerdeführer hat einen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Vertretungsaufwand ist trotz des durch die Rückfrage bei Dr. I.\_\_\_\_ erweiterten Schriftenwechsels als durchschnittlich zu bezeichnen, weil die Aktenlage übersichtlich respektive als für eine invalidenversicherungsrechtliche Streitigkeit unterdurchschnittlich umfangreich zu qualifizieren ist. Die Parteientschädigung ist deshalb auf 3'500 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.



### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 7. November 2013 ersatzlos aufgehoben; der Beschwerdeführer hat weiterhin einen Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- und die Kosten für die Rückfrage bei Dr. I.\_\_\_\_ von Fr. 728.10 zu bezahlen.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 3'500.-- zu entschädigen.