



**Fall-Nr.:** IV 2017/25  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 07.05.2020  
**Entscheiddatum:** 27.05.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 27.05.2019**

**Art. 28 IVG. Art. 43 ATSG. Verwertbarkeit der Observationsergebnisse bejaht. Beweiskraft des Gutachtens bejaht. Retrospektiv besteht Beweislosigkeit. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Mai 2019, IV 2017/25).**

#### **Entscheid vom 27. Mai 2019**

Besetzung

Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

IV 2017/25

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Martin Frey, ADVOFREY,

Toggenburgerstrasse 24, Postfach 708, 9501 Wil SG 1,

gegen



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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich im August 2007 wegen dauernder Rückenschmerzen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV), insbesondere für eine Umschulung, an (IV-act. 1). Nach diversen medizinischen und beruflichen Abklärungen (vgl. insbesondere IV-act. 7, 15, 17 f.) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 5. Juni 2008 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und Rentenleistungen (IV-act. 26). Im Weiteren lehnte sie mit Verfügung vom 9. Juli 2009 das Gesuch um Kostengutsprache für orthopädische Massschuhe ab (IV-act. 51).

B.

B.a Im Februar 2012 meldete sich der Versicherte wegen Rückenschmerzen, Schmerzen an der rechten Hand, hohem Blutdruck, Schlafstörungen und Depressionen erneut zum Leistungsbezug bei der IV an (IV-act. 55).

B.b Dr. med. B.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, bescheinigte dem Versicherten mit ärztlichem Attest vom 26. Februar 2012 bei diagnostiziertem Panvertebralsyndrom, Facettengelenksarthrose lumbal, degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, depressivem Syndrom, Verdacht auf somatoforme Störung und Hypertonie eine 80 bis 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 61).

B.c Vom 19. Dezember 2011 bis 23. Februar 2012 war der Versicherte im Psychiatrischen Zentrum C.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen. Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte mit Austrittsbericht vom 5. März



## St.Galler Gerichte

2012 eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) bei somatoformer Schmerzstörung (ICD-10: F45.0), eine rezidivierende Lumbalgie (ICD-10: M54.5) sowie eine Hypertonie (ICD-10: I10.90) und attestierte dem Versicherten bei Austritt eine 20%-ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 64).

B.d Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in dessen ambulanter Behandlung der Versicherte seit dem 16. Juni 2011 stand, diagnostizierte mit Bericht vom 21. September 2012 an die IV-Stelle eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) sowie einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0). Auf dem ersten Arbeitsmarkt sei er maximal 30% arbeitsfähig (IV-act. 83-1 ff.).

B.e Zum Zwecke eines Aufbautrainings unterzeichneten der Versicherte, die IV-Stelle sowie eine Verantwortliche der F.\_\_\_\_ im Januar 2013 einen Eingliederungsplan bzw. eine Zielvereinbarung. Damit sollte die Tagesstruktur aufrechterhalten sowie nach sechs Monaten eine Arbeitsfähigkeit von 50% erreicht werden (IV-act. 97). Am 15. Februar 2013 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für ein Aufbautraining vom 28. Januar bis 26. Juli 2013 (IV-act. 102). Am 1. März 2013 teilte eine Verantwortliche der F.\_\_\_\_ mit, dass sich der Versicherte seit 27. Februar 2013 krankheitsbedingt abgemeldet habe (IV-act. 109). Per 8. März 2013 wurde das Aufbautraining gestoppt (IV-act. 112-3, 125).

B.f Am 12. März 2013 stellte Dr. E.\_\_\_\_ dem Versicherten ein Einweisungszeugnis zur stationären Behandlung in der Psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_ aus (IV-act. 116-5). In der Folge war der Versicherte vom 8. April bis 11. Juli 2013 in der Klinik hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 2. August 2013 diagnostizierten die involvierten Ärzte eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.2), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und paranoiden Anteilen (ICD-10: F61.0) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Bei Austritt sei der Versicherte nicht arbeitsfähig gewesen (IV-act. 139).

B.g Am 27. Januar 2014 ging bei der IV-Stelle ein anonymes Schreiben ein, wonach der Versicherte mutmasslich regen "Handel" mit Fahrzeugen und anderen Utensilien



## St.Galler Gerichte

betreibe. Er arbeite oft an Fahrzeugen und schleppe Säcke herum. Die von ihm benutzte Garage sei prall voll (IV-act. 143).

B.h Bereits am 6. Dezember 2013 hatte Dr. E.\_\_\_\_ dem Versicherten ein Einweisungszeugnis zur tagesklinischen Behandlung im Psychiatrie-Zentrum H.\_\_\_\_ ausgestellt (IV-act. 147-2). Ab dem 1. April 2014 wurde der Versicherte dort behandelt. Mit Arztbericht vom 23. April 2014 diagnostizierte Dr. med. I.\_\_\_\_, Leitender Arzt, eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3), einen Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und paranoiden Anteilen (ICD-10: F61.0), einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.0) sowie eine arterielle Hypertonie. Er attestierte dem Versicherten seit 7. Januar 2014 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 1.17).

B.i Am 3. April 2014 gab die IV-Stelle eine Observation in Auftrag (IV-act. 152). In der Folge wurde der Versicherte in einer ersten Phase an verschiedenen Tagen im April 2014 (vgl. Ermittlungs- und Observationsbericht vom 28. April 2014, IV-act. 157) sowie in einer zweiten Phase am 14. Juni 2014 (vgl. Ermittlungs- und Observationsbericht vom 26. Juni 2014, IV-act. 170) observiert.

B.j Am 1. Juli 2014 nahm Dr. med. J.\_\_\_\_ vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) zum Observationsergebnis Stellung. Es werde mit der zweiten Observationsphase bestätigt, dass keine offensichtlichen Gründe vorliegen würden, die eine rückenadaptierte Tätigkeit verunmöglichen würden. Auf der psychischen Ebene vermittele der Versicherte in der zweiten Observationsphase – im Kontrast zur ersten Phase – nicht den Eindruck eines schwer depressiven, ängstlichen, stark antriebsgeminderten und unkonzentrierten Patienten. Die beobachteten Tätigkeiten würden sehr zielstrebig und effizient, mit ausreichender Konzentration verrichtet. Bemerkenswert sei das legere und selbstverständliche Auftreten in inadäquater Bekleidung in der Öffentlichkeit. Das Erscheinen lasse beim Nicht-Fachpsychiater keinerlei Gedanken an eine schwere ängstlich gefärbte Depression oder eine Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und paranoiden Anteilen aufkommen. Insgesamt werde nicht mehr das Bild einer schweren Depression mit Antriebslosigkeit, Unkonzentriertheit, fehlendem Interesse an der Umwelt oder einer empfundenen Bedrohung durch die Umwelt vermittelt. Möglicherweise sei es unter der aktuellen psychiatrischen Therapie seit der ersten



Observationsphase tatsächlich zu einer signifikanten Verbesserung des Gesundheitszustands gekommen. Die nicht einmalige Benutzung des Autos bis zur Bahnstation (in jeweils rasantem Fahrstil) und Fortsetzung der Fahrt bis zum psychiatrischen Zentrum in H.\_\_\_\_ mit der Bahn lasse aber auch an eine bewusste Aggravation des tatsächlichen funktionellen Niveaus gegenüber den behandelnden Ärzten denken. Dr. J.\_\_\_\_ empfahl vor der Durchführung einer aus medizinischer Sicht indizierten bidisziplinären Begutachtung (rheumatologisch/psychiatrisch) eine Befragung des Versicherten betreffend seinen Zustand (IV-act. 172). Am 23. Juli 2014 fand ein Standortgespräch bei der IV-Stelle statt (IV-act. 176). Der Versicherte wurde dabei unter anderem mit dem Observationsmaterial konfrontiert.

B.k Vom 30. Juli bis 18. Oktober 2014 war der Versicherte in der Klinik K.\_\_\_\_ hospitalisiert. Mit Bericht vom 7. Oktober 2014 diagnostizierte lic. phil. L.\_\_\_\_ eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3; IV-act. 197).

B.l Am 18. September 2014 war eine bidisziplinäre (rheumatologische/psychiatrische) Begutachtung im Neurologicum Zürichsee in Auftrag gegeben worden (IV-act. 193). Die Untersuchungen (durch Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie, und Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt Rheumatologie FMH) fanden am 10. und 11. November 2014 statt (IV-act. 194). Im September 2015 erstatteten vorgenannte Gutachter ihre interdisziplinäre Beurteilung (IV-act. 205 f.). Diagnostiziert wurden ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Segmente L2/3 und L5/S1, eine Osteochondrose C6/7 (aktuell oligosymptomatisch), ein Verdacht auf eine Meralgia paraesthetica rechts (IV-act. 206-11), eine depressive Episode (gegenwärtig remittiert; ICD-10: F32.4) sowie ein Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1; IV-act. 205-18). Aus rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit weiterhin lediglich durch die degenerativ bedingten cervikalen und lumbalen Wirbelsäulenleiden eingeschränkt. Aktuell sei der Versicherte in seiner Arbeitsfähigkeit bei körperlich schweren Arbeiten eingeschränkt. Diese seien ihm dauerhaft nicht mehr zumutbar. Für eine wechselbelastende, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit häufig möglichem Wechsel der Körperpositionen bzw. ohne länger stehend oder sitzend durchzuführende Tätigkeiten, ohne repetitives Heben von Lasten über 7.5 Kilogramm und Einzellasten über 20 Kilogramm sei der Versicherte in



## St.Galler Gerichte

einem 100%-igen Pensum ohne zusätzliche Leistungseinschränkung arbeitsfähig (IV-act. 206-14). In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, dass sich eine Gesundheitsschädigung in der aktuellen Untersuchung aufgrund des weitgehenden Fehlens von diagnoserelevanten Befunden nicht habe nachweisen lassen. Das Gleiche gelte für die psychiatrische Komorbidität. Die persönlichen Ressourcen würden durch die am ehesten vorliegende Persönlichkeitsakzentuierung nicht wesentlich tangiert, allerdings in der Annahme einer vorhandenen motivationalen Grundlage für das jeweilige Verhalten. In diesem Kontext sei der behandlungsanamnestisch und eingliederungsanamnestisch dokumentierte, vom Versicherten deklarierte Leidensdruck in einem anderen Kontext, nämlich als Ausdruck seiner trotzig-regressiven Reaktion zu sehen und nicht als Folge einer authentischen psychischen Störung von Krankheitswert. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte voll arbeitsfähig (IV-act. 205-22 f.).

B.m Mit Vorbescheid vom 16. August 2016 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 209). Dagegen erhob der Versicherte am 9. September 2016 Einwand (IV-act. 210). Nach weiteren Abklärungen (IV-act. 214 f.) führte die IV-Stelle eine zweite Anhörung durch (IV-act. 216). In diesem Rahmen nahm der vom Versicherten neu mandatierte Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Martin Frey, St. Gallen, am 15. November 2016 Stellung (IV-act. 217). Am 29. November 2016 verfügte die IV-Stelle gemäss Vorbescheid (IV-act. 219).

C.

C.a Gegen die Verfügung vom 29. November 2016 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 16. Januar 2017. Der Rechtsvertreter des Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer) stellte dabei folgenden Anträge: 1. Die angefochtene Verfügung vom 29. November 2016 sei aufzuheben; 2. Es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben; 3. Dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; 4. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen; 5. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung durch den unterzeichnenden Rechtsanwalt zu gewähren; 6. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Im



## St.Galler Gerichte

Wesentlichen liess der Beschwerdeführer ausführen, dass sowohl die Observation als auch das sich unter anderem auf das Observationsmaterial abstützende medizinische Gutachten als widerrechtlich zu qualifizieren seien und die Verfügung allein schon aus diesem Grund aufzuheben sei (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 10. März 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5).

C.c Mit Verfügung vom 21. März 2017 wurde dem Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege, umfassend die Befreiung von den Gerichtskosten und die unentgeltliche Rechtsverteidigung, entsprochen (act. G 6).

C.d In der Replik vom 29. August 2017 liess der Beschwerdeführer an seinen Anträgen und deren Begründungen im Wesentlichen festhalten (act. G 139).

C.e Die Beschwerdegegnerin hielt mit Duplik vom 23. Oktober 2017 ihrerseits unverändert an ihrem Antrag auf Beschwerdeabweisung fest (act. G 17).

## Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

2.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine



Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

2.4 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige



Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 f. E. 4a). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen, 138 V 221 f. E. 6). Die Verwaltung resp. das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b mit Hinweisen).

3.

Zunächst ist zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenüglich abgeklärt ist. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer (medizinischen) Beurteilung insbesondere auf das rheumatologisch-psychiatrische Administrativgutachten von Dr. N.\_\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_\_ (IV-act. 205 f.). Der Beschwerdeführer hält die Observation für unzulässig,



weshalb auch das Gutachten, welches in Kenntnis der Observationsunterlagen ergangen sei, nicht beweiskräftig sei.

4.

4.1 Bezüglich der Frage ihrer Rechtmässigkeit steht mit Rücksicht auf die Rechtsprechung (BGE 143 I 377) fest, dass die in den Monaten April und Juni 2014 erfolgten Observationen (vgl. IV-act. 157, 170) mangels genügender gesetzlicher Grundlage unzulässig waren, weshalb eine Verletzung von Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) und Art. 13 der Bundesverfassung (BV; SR 101) festzustellen ist. Es bleibt zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Verwertung der Ergebnisse trotzdem erfüllt sind.

4.2 Praxisgemäss muss eine Observation objektiv geboten sein, das heisst, es müssen konkrete Anhaltspunkte vorliegen, die Zweifel an den geäusserten gesundheitlichen Beschwerden oder der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit aufkommen lassen (Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2018, 8C\_634/2018, E. 5.2). Bei vorgenanntem Anfangsverdacht ist die Verwertung der Observationsergebnisse nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig, sofern eine Abwägung der privaten und öffentlichen Interessen ergibt, dass letztere überwiegen. Voraussetzung für die Verwertbarkeit einer gegen Art. 8 EMRK verstossenden Videoaufnahme ist nach Auffassung des höchsten Gerichts weiter, dass nur Handlungen des Versicherten aufgezeichnet werden, die er aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung machte, wobei ihm keine Falle gestellt werden darf. Von einem absoluten Verwertungsverbot wäre nur dann auszugehen, wenn es um Beweismaterial ginge, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurde (BGE 143 I 385 f. E. 5.1.1 und 5.1.3).

4.3 Bereits anlässlich der Abklärungen aufgrund der ersten IV-Anmeldung zufolge geltend gemachter Rückenbeschwerden im Jahr 2007 beschrieb Dr. med. O.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH, eine Tendenz des Beschwerdeführers zu körperlicher Selbstlimitierung (IV-act. 33-8). Dr. med. P.\_\_\_\_, sprach im Jahr 2008 im Weiteren sinngemäss gar von gewissen Rentenbegehrlichkeiten (IV-at. 17-3). Während der Abklärungen aufgrund der aktuellen IV-Anmeldung ging der Beschwerdegegnerin im



Januar 2014 ein anonymes Schreiben ein, wonach sich der Beschwerdeführer körperlich rege betätigte (IV-act. 143). Damit lagen zumindest in Bezug auf das auch bei der zweiten IV-Anmeldung geltend gemachte Rückenleiden und die Schmerzen an der rechten Hand (IV-act. 55-7) konkrete Anhaltspunkte vor, die Zweifel an den geäusserten gesundheitlichen Beschwerden aufkommen liessen. Ein genügender Anfangsverdacht war gegeben.

4.4 Die Observationsdokumentation zeigt (unbeeinflusste) Handlungen des Beschwerdeführers, die im öffentlichen Raum aufgenommen wurden (IV-act. 157, 170 und CDs). Die tatsächlichen Observations fanden an fünf Tagen im April 2014 sowie an zwei Tagen im Juni 2014 statt. Der Beschwerdeführer wurde dabei lediglich an vier Tagen beobachtet (IV-act. 157, 170 und CDs). Er wurde nur über einen kurzen Zeitraum beobachtet und war weder einer systematischen noch ständigen Überwachung ausgesetzt. In dieser Hinsicht erlitt er einen relativ geringen Eingriff in seine grundrechtliche Position. Stellt man diesen Aspekten das erhebliche und gewichtige öffentliche Interesse an der Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2009, 8C\_239/2008, E. 6.4.2) entgegen, ergibt sich, dass die vorliegenden Observationsberichte und die Videoaufnahmen in die Beweiswürdigung miteinbezogen werden können bzw. das Administrativgutachten der Dres. N.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_, aufgrund der Observation und weil teilweise auf deren Ergebnisse verwiesen wird, nicht die Beweiskraft verliert.

5.

5.1 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens formgerecht eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; vgl. ferner THOMAS FLÜCKIGER, Medizinische, insbesondere hausärztliche Berichte und ihre Beweiskraft – mit einem Seitenblick auf die medizinischen Gutachten, in: KIESER/LENDFERS [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2013, St. Gallen 2014, S. 138 ff.). Widersprechen Berichte behandelnder Ärzte dem von der Verwaltung bei externen



Spezialärzten eingeholten Gutachten, ist die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärzte einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits zu beachten (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 18. April 2006, I 783/05, E. 2.2). Es ist deshalb nicht zulässig, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte später zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Vorbehalten bleiben aber Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C\_24/2008, E. 2.3.2). Beim Gutachten des Neurologicums Zürichsee (IV-act. 205 f.) handelt es sich um ein formgerecht eingeholtes externes Administrativgutachten (IV-act. 180, 187), welchem nur bei konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit nicht volle Beweiskraft zukommt.

5.2 In rheumatologischer Hinsicht bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beurteilung im Gutachten nicht gefolgt werden könnte. Solche macht der Beschwerdeführer auch nicht geltend. Dem Gutachten liegt eine persönliche klinische Untersuchung des Beschwerdeführers zugrunde (IV-act. 206-9 f.). Die somatische (Kranken-)Geschichte und deren dazugehörenden Dokumente (inkl. bildgebende Unterlagen) wurden von Dr. N.\_\_\_\_ im Gutachten aufgeführt (IV-act. 206-2 ff.), einbezogen und diskutiert (IV-act. 206-11 ff.). Auch konnte sich der Beschwerdeführer zu seinen Beschwerden und deren Entwicklung genügend äussern (IV-act. 206-7 f.). Gestützt darauf wurden die somatischen Diagnosen überzeugend gestellt (IV-act. 206-11), ein begründetes Belastungsprofil erstellt und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nachvollziehbar geschätzt (IV-act. 206-14 ff.). Es kann vollumfänglich auf das rheumatologische Gutachten abgestellt werden. Damit ist der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in einer wechselbelastenden, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit häufig möglichem Wechsel der Körperposition bzw. ohne länger stehend oder sitzend durchzuführende Tätigkeiten, ohne repetitives Heben von Lasten über 7.5 Kilogramm und Einzellasten über 20 Kilogramm zu 100% ohne zusätzliche Leistungseinschränkungen arbeitsfähig.



### 5.3

5.3.1 Auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. M.\_\_\_\_ entspricht den Anforderungen der Rechtsprechung. Die Beurteilung erging unter Einbezug und Diskussion der Vorgeschichte bzw. der vorhandenen (medizinischen) Aktenlage (IV-act. 205-2 ff., 205-18 ff.). Anlässlich der Exploration konnte sich der Beschwerdeführer ausführlich zu seinen Beschwerden und deren Entwicklung äussern (IV-act. 205-13 ff.). Die psychiatrische Befunderhebung erfolgte in Anlehnung an das anerkannte AMDP-System (IV-act. 205-18.). Diesbezüglich konnte kein eindeutiges affektives Syndrom, insbesondere keine dafür typische Deprimiertheit oder psychomotorische Beeinträchtigung festgestellt werden (IV-act. 205-19). Auf der Basis der erhobenen Befunde bzw. aufgrund des Fehlens von diagnoserelevanten Befunden stellte der Gutachter nachvollziehbar die Diagnosen depressive Episode, derzeit remittiert (ICD-10: F32.4) und Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1). Dr. M.\_\_\_\_ begründet in Würdigung der ergangenen divergierenden medizinischen Aktenlage und in Beachtung der eigenen Untersuchung (inklusive Symptomvalidierungstest [Rey Memory Test; IV-act. 205-18]), warum seiner Meinung nach früher gestellte Diagnosen (schwere depressive Episode, psychotische Symptome, Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und paranoiden Anteilen, anhaltende somatoforme Schmerzstörung) nicht oder nicht mehr zu stellen seien (IV-act. 205-18 ff.). In seine Beurteilung fliessen auch Ungereimtheiten (vgl. dazu die Ausführungen zu den visuellen Sinnestäuschungen; IV-act. 205-21), das Aussage- sowie Antwortverhalten des Beschwerdeführers (vgl. die kritische Würdigung zur Beschwerdeschilderung; IV-act. 205-17, 19) und die anlässlich der Observation gemachten Beobachtungen (festgestellte Diskrepanzen und Inkonsistenzen in den Bereichen Psychomotorik, soziale Kontakte sowie Affektpräsentation; IV-act. 205-26) ein. Das psychiatrische Teilgutachten erscheint gestützt auf das Gesagte umfassend, medizinisch nachvollziehbar und schlüssig begründet.

5.3.2 Es kann gestützt auf die Observationsergebnisse nicht in Abrede gestellt werden, dass der Beschwerdeführer den Krankheitsverlauf und die Beschwerdeintensität in somatischer und psychischer Hinsicht sowie sein noch mögliches Aktivitätsniveau zumindest anlässlich des Standortgesprächs vom 23. Juli 2014 bei der Beschwerdegegnerin teils übertrieben, teils falsch dargestellt hat (beispielhaft die



Aussagen im Widerspruch zur Observation: "es ist jeden Tag gleich schlimm", "ich habe gemerkt, dass ich den Kopf schlecht drehen kann", "ich müsste ganz langsam in die Knie gehen und ihn [den Leuchtstift] aufheben" [IV-act. 176-4 f.], "beim Gehen bekomme ich in der rechten Schulter Schmerzen; ich muss dann den rechten Arm so [angewinkelt] halten oder in eine Tasche stecken" [IV-act. 176-7], "[ich gehe] vielleicht eine Viertelstunde oder eine halbe Stunde [nach draussen]", IV-act. 176-7). Ob beim Beschwerdeführer gestützt darauf von Aggravation oder gar Simulation auszugehen ist, kann letztlich offenbleiben (gemäss Gutachten waren konsistente Anhaltspunkte für Malingering vorhanden; IV-act. 205-18, 20). Zumindest Verdeutlichungstendenzen des Beschwerdeführers sind aufgrund des Gesagten nicht von der Hand zu weisen. Auch in Beachtung des Umstands, dass eine Verdeutlichung bei der Befragung durch die Beschwerdegegnerin (IV-act. 176) oder bei den gutachterlichen Untersuchungen (IV-act. 205 f.) von der Natur der Sache her bis zu einem gewissen Grad verständlich ist, besteht Anlass zur Annahme, dass der Leidensdruck des Beschwerdeführers bei objektiver Betrachtung – sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht – nicht derart ist, wie er ihn beschreibt bzw. bei den behandelnden Ärzten jeweils beschrieb. Auch gestützt auf diese Ausführungen ist nachvollziehbar, dass Dr. M.\_\_\_\_ zum Schluss gelangte, es seien keine relevanten psychischen Defizite (mehr) vorhanden.

5.3.3 Es fällt zwar auf, dass sämtliche involvierten behandelnden Psychiaterinnen und Psychiater das psychische Leiden des Beschwerdeführers weit gravierender einschätzten als Dr. M.\_\_\_\_ (vgl. dazu die Ausführungen im Sachverhalt). Diesbezüglich ist von Belang, dass Dr. M.\_\_\_\_ – wie erwähnt – die gestellten Diagnosen und psychischen Einschränkungen in seinem Gutachten in umfassender Würdigung nachvollziehbar widerlegte bzw. begründet nicht mehr bestätigte. Wichtige, seitens der behandelnden Ärzte benannte Aspekte blieben weder unerkannt noch ungewürdigt. Die Berichte der behandelnden Fachärzte beruhten – im Gegensatz zum Administrativgutachten – weder auf einer umfassenden Sachverhaltskenntnis noch auf umfassender Abklärung. So lagen diesen beispielsweise weder die Observationsergebnisse noch die vollständigen IV-Akten vor. In dem Sinne fand keine kritische Prüfung der geltend gemachten Beschwerden und Einschränkungen statt. Dies führt letztlich dazu, dass die divergierenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung von Dr. M.\_\_\_\_



darstellen und damit keine ernsthaften Zweifel an dieser Beurteilung zu begründen vermögen. Auch dem Teilgutachten von Dr. M.\_\_\_\_ kommt damit Beweiswert zu. Dies hat zur Folge, dass im Verfügungszeitpunkt mangels rechtsgenügenden Nachweises relevanter psychischer Defizite Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht nicht hinreichend bewiesen sind (IV-act. 205-22 f.).

5.4 Zusammengefasst ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt per Verfügungszeitpunkt rechtsgenügend abgeklärt wurde. Dem Administrativgutachten kommt Beweiswert zu und es besteht kein Anlass, bezüglich der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von dessen Einschätzungen abzuweichen. Aus psychiatrischer Sicht gilt der Beschwerdeführer damit als zu 100% leistungsfähig (IV-act. 205-22 f.). Aus somatischer Sicht ist der Beschwerdeführer in einer wechselbelastenden, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit häufig möglichem Wechsel der Körperposition bzw. ohne länger stehend oder sitzend durchzuführende Tätigkeiten, ohne repetitives Heben von Lasten über 7.5 Kilogramm und Einzellasten über 20 Kilogramm zu 100% ohne zusätzliche Leistungseinschränkungen arbeitsfähig. Auch insgesamt ist damit von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (IV-act. 205-29 f.). Folglich besteht offenkundig kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40%, sodass die konkrete Bemessung des Invaliditätsgrads unterbleiben kann.

6.

6.1 Zur Prüfung verbleibt ein allfälliger befristeter Rentenanspruch seit frühestmöglichem Rentenbeginn (August 2012 bei Anmeldung im Februar 2012; vgl. dazu Art. 29 Abs. 1 IVG). Diesbezüglich beantragte der Beschwerdeführer in seinem Einwand vom 9. September 2016 zum Vorbescheid der Beschwerdegegnerin, dass die Rentenleistungen bei über einem Jahr andauernder relevanter Arbeitsunfähigkeit rückwirkend zu bezahlen seien (IV-act. 210-1 f.). Zu prüfen ist im Folgenden, ob gestützt auf die medizinische Aktenlage der überwiegend wahrscheinliche Beweis gelingt, dass der Beschwerdeführer retrospektiv die Voraussetzungen nach Art. 28 IVG (vgl. E. 2.1) für einen befristeten Rentenanspruch erfüllt hat.



6.2 Wie bereits unter vorstehender E. 5.4.3 angetönt, beruhen die Berichte und Stellungnahmen bzw. die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der behandelnden Psychiaterinnen und Psychiater auf nicht umfassender Sachverhaltskenntnis und Abklärung. Auch wurden die vom Beschwerdeführer geltend gemachten psychischen Leiden und Einschränkungen keiner kritischen Prüfung unterzogen, weshalb retrospektiv auf deren Einschätzung nicht abgestellt werden kann. Dr. M.\_\_\_\_ äussert sich bezüglich des Beginns und zeitlichen Verlaufs dahingehend, dass das vom Beschwerdeführer dargebotene Bild verschiedene Qualifikationen und Beurteilungen zulasse, wobei er es auch retrospektiv favorisiere, von keinen relevanten psychischen Einschränkungen auszugehen (IV-act. 205-23).

6.3 In Beachtung der gesamten Aktenlage erscheint durchaus möglich, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit während längerer Phasen relevante psychische Defizite bzw. entsprechende Arbeitsunfähigkeiten aufwies. Dafür sprechen insbesondere die stationären und teilstationären Behandlungen in den Jahren 2011 bis 2014 (vgl. dazu den Sachverhalt lit. B.c, B.f, B.h, B.k). Genauso möglich erscheint indes, dass das von Dr. M.\_\_\_\_ aufgezeigte und diesem Beschwerdebild zugängliche (IV-act. 205-25) willkürlich modulierbare, intendierte Verhalten des Beschwerdeführers (IV-act. 205-21) bereits in der Vergangenheit vorgelegen hat. Wie erwähnt, genügt die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts den Beweisanforderungen nicht. Relevante psychische Defizite und einen Anspruch begründende Arbeitsunfähigkeiten bzw. Erwerbsunfähigkeiten sind damit auch in der Vergangenheit nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen. Sie haben als unbewiesen zu gelten. Die Folgen daraus hat der Beschwerdeführer zu tragen (vgl. vorstehende E. 2.4). Weitere Abklärungen zum retrospektiven Verlauf wären auch aufgrund des erwähnten Aussageverhaltens des Beschwerdeführers (E. 5.4.2), welchem insbesondere bei den vorliegend geltend gemachten psychischen Beeinträchtigungen hohes Gewicht zukommt, nicht zielführend. Entsprechend besteht mangels des Nachweises einer relevanten Arbeitsunfähigkeit ab August 2012 auch kein Anspruch auf eine befristete Rente.

7.

7.1 Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 29. November 2016 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.



7.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. vorstehende lit. C.c) ist er von der Bezahlung zu befreien.

7.3 Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Praxisgemäss wird die Parteientschädigung bei einem durchschnittlich aufwändigen IV-Rentenfall auf rund Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt. Da es sich beim vorliegenden Fall um einen solchen handelt, ist von diesem Ansatz auszugehen, die pauschale Entschädigung aber um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 Anwaltsgesetz [AnwG; sGS 963.70]). Somit entschädigt der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal (vgl. BGE 125 V 201) mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

7.4 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.



2.

Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit.

3.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).