

GR_GERICHTE S 2019 53 vom 28. April 2020

GR Gerichte, 2020-04-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2019_53

FR: GR_GERICHTE S 2019 53 du 28 avril 2020

IT: GR_GERICHTE S 2019 53 del 28 aprile 2020

Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 3

Im Zeitraum vom 29. Januar bis am 6. Februar 2003 befand sich A._____ stationär in der Klinik K._____ zur Rehabilitation, worüber die Neurologen Dr. med. L._____ und Dr. med. M._____ am 18. Februar 2003 berichteten. Sie attestierten A._____ eine anhaltende vollständige Arbeitsunfähigkeit. Bei den nur partiell ausgeführten Aufgaben im Rahmen einer neuropsychologischen Untersuchung hätten eine Verminderung der gerichteten Aufmerksamkeit, eine starke Verlangsamung, eine geringe Fehlerkontrolle und eine leichte Ablenkbarkeit erkannt werden können. Eine Simulatorfahrprüfung habe nicht durchgeführt werden können. Trotz der von A._____

- 4 - geäußerten Bereitschaft, alles für seine Gesundheit zu tun, habe er keine Einsicht bezüglich Behandlungsindikation und kein Interesse an diagnostischen und therapeutischen Massnahmen gezeigt. In allen Therapien sei eine starke Unruhe und Gereiztheit aufgefallen. Die Dres. med. L._____ und M._____ empfahlen infolge der nach dem Unfall festgestellten kleinen Kontusionsblutung frontal links, ein Schädel-MRI durchzuführen. Denn differentialdiagnostisch sei auch an eine posttraumatische Belastungs- oder Anpassungsstörung zu denken. Vorderhand bestehe kein Potenzial für eine Rehabilitation. Nach Metallentfernung der Zuggurtungsosteosynthese liege weiterhin ein Streckdefizit von 35° des linken Ellbogens vor, wobei sich in einem neu angefertigten Röntgenbild des linken Ellbogens eine vollständige ossäre Konsolidation in guter Stellung zeige. Allerdings sei ein möglicherweise neu aufgetretenes rundliches Ossikel in Projektion auf den medialen Gelenkspalt aufgefallen. Differentialdiagnostisch lasse dies an eine Gelenkchondromatose resp. an Osteome denken. Weiter zeige sich eine extreme Schonhaltung und Entlastung des linken Fusses. Zudem werde von A._____ über diffuse Schmerzen berichtet, welche sich zunehmend auf das ganze linke Bein ausweiten würden. Die Schmerzcharakteristik lasse trotz fehlender Zeichen an der Haut oder den Nägeln an das Vorliegen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms denken. Zudem zeige sich im Fuss eine beginnende sekundäre Arthrose. Differentialdiagnostisch sei auch an eine somatoforme Schmerzstörung zu denken. Im Nachgang zur kreisärztlichen Besprechung vom 3. Oktober 2003 erfolgte auf Empfehlung von Dr. med. I._____ hin eine weitere neurologische Untersuchung in der Klinik K._____, worüber Dr. med. N._____ am 24. Februar 2004 berichtete. Er diagnostizierte eine typische posttraumatische somatoforme Schmerzstörung. A._____ habe praktisch immer Schmerzen in verschiedenen Körperbereichen, vor allem im Kopf, im Nacken aber auch in den Extremitäten und er könne das Trauma, welches seinen Lebensentwurf durcheinandergebracht habe, nicht

verarbeiten.

- 5 - Im neuropsychologischen Untersuchungsbericht vom 4. März 2004 hielten Dr. phil. J._____ und Dr. rer. nat. P._____ fest, dass das erzielte mittelstark bis stark beeinträchtigte kognitive Ergebnis aus neuropsychologischer Erfahrung fraglich auf eine entsprechende hirnrorganische Beeinträchtigung zurückzuführen sei. Im DMT-Test, in welchem kurzfristig die Merkfähigkeit abgefragt werde, habe A._____ beim Set A und B grössere Schwierigkeiten gehabt. Hirnrorganisch veränderte Patienten, die ein mittelstark beeinträchtigt neuropsychologisches Defizit aufwiesen, könnten die Aufgabe DMT ohne Probleme lösen. Es sei zu vermuten, dass andere Faktoren als eine hirnrorganische Beeinträchtigung zu dem sehr tiefen Leistungsprofil geführt hätten.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer bemerkt zwar zu Recht, dass es bis zum Inkrafttreten von Art. 43a und 43b ATSG am 1. Oktober 2019 in der Unfall- und der Invalidenversicherung rechtssprechungsgemäss an einer genügenden gesetzlichen Grundlage für Observationen (durch Privatdetekteien im Auftrag

- 17 - der Versicherungsträger) fehlte, welche die verdeckte Überwachung umfassend klar und detailliert regelte (siehe Urteil des Bundesgerichts 9C_806/2016 vom 14. Juli 2017 E.4, publiziert in BGE 143 I 377 E.4). Gemäss der ab November 2011 gültigen, früheren bundesgerichtlichen Rechtsprechung stellte hingegen insbesondere Art. 59 Abs. 5 IVG eine hinreichende gesetzliche Grundlage im Bereich der Invalidenversicherung für objektiv gebotene privatdetektivliche Observationen von alltäglichen Vorrichtungen im öffentlich einsehbaren Raum dar (siehe BGE 137 I 327 E.5.2 ff.). Gemäss Ermittlungs- und Observationsbericht der S._____ GmbH vom 17. Juli 2017 erfolgten die (halb-)tageweise Observation des Beschwerdeführers im Zeitraum vom 2. Mai 2017 bis zum 13. Juli 2017. Im Nachgang zum später amtlich publizierten Urteil des Bundesgerichts 9C_806/2016 vom 14. Juli 2017 erfolgten somit keine weiteren Observationen seitens der S._____ GmbH mehr. Nach der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung verletzte eine unter bisherigem Recht durchgeführte Observation Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) bzw. Art. 13 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) und war rechtswidrig. Ob die Ergebnisse von solchen Observationen trotz festgestellter Rechtswidrigkeit dennoch in einem konkreten Verfahren beweismässig verwertbar sind, beurteilt sich nach einer Abwägung zwischen den privaten Interessen des Betroffenen und dem öffentlichen Interesse an der Verhinderung von Versicherungsmissbrauch (siehe BGE 143 I 377 E.5.1.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_2/2018 vom 15. Februar 2018 E.4.2, 9C_328/2017 vom 9. November 2017 E.4.2). Im Sozialversicherungsrecht ist (wohl) von einem absoluten Verwertungsverbot für Beweismaterial auszugehen, welches im nicht frei einsehbaren öffentlichen Raum zusammengetragen wurde (siehe BGE 143 I 377 E.5.1.3; Urteile des Bundesgerichts 8C_830/2011 vom 9. März 2012 E.6.4 und 8C_829/2011 vom 9. März 2012 E.8.4; vgl. auch Art. 43a Abs. 4 ATSG). Wurde die versicherte Person dagegen im öffentlichen, frei einsehbaren Raum – ohne äussere Beeinflussung und ohne dass ihr eine Falle gestellt

- 18 - wurde – überwacht, ist grundsätzlich von der Verwertbarkeit des Observationsmaterials auszugehen. Dabei darf die versicherte Person weder einer systematischen noch dauernden Überwachung ausgesetzt gewesen sein. Ferner musste die Observation

objektiv geboten sein, weil namentlich aus- gewiesene Zweifel an der Leistungs(un)fähigkeit des Versicherten bzw. konkrete Anhaltspunkte für entsprechende Zweifel an den geäusserten ge- sundheitlichen Beschwerden bestanden (siehe BGE 143 I 377 E.5.1.2, 137 I 327 E.5.4.2.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_2/2018 vom 15. Februar 2018 E.4.3 und 9C_328/2017 vom 9. November 2017 E.5.2 f.). Solche Hinweise können beispielsweise gegeben sein bei widersprüchli- chem Verhalten der versicherten Person oder wenn Zweifel an der Red- lichkeit derselben bestehen (eventuell durch Angaben und Beobachtungen Dritter), bei Inkonsistenzen anlässlich der medizinischen Untersuchung, Aggravation, Simulation oder Selbstschädigung und Ähnlichem (siehe BGE 137 I 327 E. 5.4.2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_195/2011 vom 15. De- zember 2011 E. 3.2, nicht publ. in: BGE 138 V 63, aber in: SVR 2012 IV Nr. 31).

E. 3.2

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers, wonach es für die An- ordnung einer Observation bereits am erforderlichen Anfangsverdacht ge- fehlt habe, ergeben sich aus der medizinischen Sachlage sowohl in soma- tischer wie auch in neuropsychologischer Hinsicht verschiedene ausge- prägte Inkonsistenzen. So klagte der Beschwerdeführer nachweislich wie- derholt über Schmerzen am ganzen Körper, vor allem im Bereich des Kop- fes, des Nackens, des linken Arms bzw. Beins und des Abdomens. Deren Charakterisierung blieb aber vage, was auch von Dr. med. R._____ in sei- nem Verlaufsbericht vom 9. Dezember 2015 insoweit bestätigt wurde, als sich bei der Palpation des Abdomens keine Auffälligkeiten ergeben hätten (siehe IV-act. 143 S. 3, IV-act. 132 S. 2, IV-act. 100 S. 1, IV-act. 54 und IV- act. 51). Angesichts des geklagten Beschwerdebildes, insbesondere auch

- 19 - der von Dr. med. R._____ am Achsenskelett beschriebenen Myogelosen, erscheint es wenig nachvollziehbar, dass physiotherapeutische Behand- lungen vollkommen erfolglos geblieben sein sollen, weshalb der behan- delnde Hausarzt auf deren weitere Verschreibung verzichtet hat. Ebenso wenig ist aktenkundig, dass der Beschwerdeführer in den letzten Jahren eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen hätte, obwohl Dr. med. R._____ die psychopathologischen Veränderungen, namentlich eine Logorrhoe und allgemeine Unruhe, hin- sichtlich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit als im Vordergrund ste- hend beschrieb. Gemäss den Angaben von Dr. med. R._____ befand sich der Beschwerdeführer im Dezember 2015 in keiner speziellen Behandlung, was auch durch die im Mai 2016 seitens der Beschwerdegegnerin angefor- derten Leistungsabrechnung der damaligen Krankenversicherung bestätigt wurde (siehe IV-act. 132 S. 2 und IV-act. 139). Schliesslich äusserten Dr. phil. J._____ und Dr. rer. nat. P._____ bereits im neuropsychologi- schen Untersuchungsbericht vom 4. März 2004 Zweifel daran, ob das in den Testungen erzielte mittelstark bis stark beeinträchtigte kognitive Ergeb- nis tatsächlich auf eine entsprechende hirnorganische Beeinträchtigung zurückzuführen sei oder nicht vielmehr andere Faktoren zu dem sehr tiefen Leistungsprofil geführt hätten (siehe IV-act. 55). Zusätzlich wurden auch im Austrittsbericht vom 18. Februar 2003 zum stationären Aufenthalt in der Kli- nik K._____ vom 29. Januar bis zum 6. Februar 2003 bzw. im Austrittsbe- richt Physiotherapie vom 6. März 2003 eine fehlende Einsicht in die Be- handlungsindikation, ein fehlendes Interesse an diagnostischen und thera- peutischen Massnahmen sowie eine sehr geringe Belastungsbereitschaft und Inkonsistenz festgehalten (siehe IV-act. 37 S. 2 und 6 f.). Insofern ist nicht zu beanstanden, wenn RAD-Ärztin Dr. med. Q._____, Fachärztin für Neurologie, in ihrer Beurteilung vom 23.

August 2016 aufgrund der, bis ins Jahr 2001 zurückreichenden, dokumentierten medizinischen Sachlage und unter Würdigung der vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden bzw. Funktionseinschränkungen im Ergebnis festhielt, dass die geklagten und

- 20 - die von den (behandelnden) Ärzten geschilderten Beeinträchtigungen die erwartungsgemässen Einschränkungen deutlich überstiegen, weshalb (ge- wichtige) Hinweise auf Aggravation, wenn nicht sogar Simulation vorlägen. Dr. med. Q._____ gelangte zu diesem Schluss, auch wenn ihrer Ansicht nach aufgrund der bildgebend nachgewiesenen Hirnblutung sowie den do- kumentierten Frakturen mit der Notwendigkeit einer operativen Versorgung sowohl aus neuropsychologischer als auch körperlicher Sicht durchaus mit qualitativen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit zu rechnen sei. Dass es sich dabei um eine reine Aktenbeurteilung handelt, vermag an deren Tauglichkeit, die objektive Gebotenheit einer Observation zu begründen, nichts zu ändern. Auf Basis der medizinischen Aktenlage und den eigenen (früheren) Angaben des Beschwerdeführers formulierte Dr. med. Q._____ – wie gesehen – ein Leistungsprofil und folgerte daraus, dass im Rahmen des Revisionsverfahrens bzw. einer allfälligen Observation darauf zu ach- ten sei, ob der Beschwerdeführer ein extrem hinkendes Gangbild links auf- weise, den linken Arm einsetze, ein Auto lenke und ob er sich von Dritten helfen bzw. unterstützen lasse. Denn nach eigenen Angaben benötige er Hilfe beim An- und Auskleiden sowie bei der Fortbewegung, sei tagsüber auf dauernde Pflege und am Tag sowie in der Nacht auf eine persönliche Überwachung angewiesen (siehe IV-act. 143). Die vom Beschwerdeführer angeführten Berichte des behandelnden Haus- arztes vom 9. Dezember 2015 und 16. Januar 2015, seine Angaben im Re- visionsfragebogen vom 17. November 2015 oder der Umstand, dass be- reits Berichte aus den Jahren 2003 und 2004 auf angebliche Inkonsisten- zen hingewiesen hätten, vermögen am vorstehend Dargelegten nichts zu ändern. Denn der Beschwerdegegnerin stand nicht nur die Revisionsmög- lichkeit gemäss Art. 17 ATSG offen, sondern sie hätte, bei gegebenen Vor- aussetzungen, auch eine Wiedererwägung infolge (zweifelloser) ursprün- glicher Unrichtigkeit nach Massgabe von Art. 53 Abs. 2 ATSG in Betracht ziehen können. Ausserdem traf die Fachstelle BVM Vorermittlungen und

- 21 - konnte dabei insbesondere am 9. Februar 2017 über eine Zeitspanne von ca. 1.5 Stunden wahrnehmen, wie der Beschwerdeführer Instandhaltungs- und Wartungsarbeiten an seinem Geländewagen in teilweise hockender, kniender, sitzender, seitlich liegender oder gebückter Haltung und unter Benützung beider Hände durchführte. Zusätzlich konnte festgestellt wer- den, dass der Beschwerdeführer in der Lage gewesen war, mit dem Geländewagen von seinem Wohnort nach O.1._____ und wieder zurückzufah- ren. Dabei wies er nach dem Aussteigen aus dem Fahrzeug ein zügiges Gangbild mit leichtem Schonhinken auf und konnte einen Kinderschlitten einhändig tragen (siehe Akten der Fachstelle BVM [BVM-act.] Register 1 S. 9 und Register 7). Die am 10. Februar 2017 fortgesetzten Vorermittlun- gen zeigten den Beschwerdeführer wiederum bei Instandhaltungs- und Wartungsarbeiten am Geländewagen sowie beim Lenken des Fahrzeugs. Das Gangbild wurde erneut als zügig mit leichtem Schonhinken links be- schrieben. Bereits am 23. August 2016 hatte die Fachstelle BVM, infolge der von Dr. med. Q._____ erwähnten, auf einer eigenen Aussage des Be- schwerdeführers aus dem Jahre 2004 basierenden Unfähigkeit zum Führen eines Motorfahrzeuges, Erkundigungen bei der zuständigen Ver- kehrszulassungsbehörde eingeholt. Daraus ergab sich, dass zwei Motor- fahrzeuge auf den Beschwerdeführer eingelöst waren, er über einen Füh- rerausweis verfügte und es im Jahr

2010 zu einer Verwahrung infolge einer Übertretung der Strassenverkehrsvorschriften gekommen war (siehe BVM- act. 13). Die Ergebnisse der Vorermittlungen wurden am 20. Februar 2017 RAD- Arzt W._____ zur Beurteilung vorgelegt. Dieser kam in seiner Stellung- nahme vom 24. Februar 2017 zum Schluss, dass der Beschwerdeführer bei all diesen Verrichtungen keinesfalls ziellos oder apathisch, sondern zielgerichtet und engagiert gewirkt habe. Den ausgeführten Tätigkeiten habe er von aussen betrachtet unbeeinträchtigt sowohl im Stehen als auch im Kauern/Hocken bzw. sogar auf der Seite liegend nachgehen können.

- 22 - Hinweise für höhergradige motorische Störungen lägen nicht vor. Aller- dings sei das Geh- und Stehverhalten möglicherweise auffällig, ohne je- doch stark beeinträchtigt zu sein. Hinweise für eine bis anhin immer wieder attestierte Unruhe seien nicht feststellbar. Der Beschwerdeführer fahre zu- dem selbstständig und ohne Begleitung einen Personenwagen. Gestützt darauf äusserte RAD-Arzt W._____ erhebliche Zweifel am Ausmass des Gesundheitsschadens, wie er vom behandelnden Hausarzt (weiterhin) at- testiert werde. Der Gesundheitszustand müsse sich erheblich gebessert haben, wobei sich die neuropsychologischen sowie körperlichen Defizite aktuell nicht mehr in wesentlichem Ausmass funktionell auswirkten. Es er- scheine nicht mit der Lebenserfahrung vereinbar, dass ein Mensch, der un- ter einem mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Defizit leide, noch selbstständig ein Auto reparieren oder Autofahren könne (siehe IV- act. 145 ff. und BVM-act. 7 f.). Zu einem vergleichbaren Schluss kam RAD- Arzt W._____ im Rahmen seiner Beurteilung der anlässlich des Evaluati- onsgesprächs vom 29. März 2017 (siehe dazu IV-act. 150 und BVM- act. 4) aufforderungsgemäss vom Beschwerdeführer vorgeführten und auf Video aufgezeichneten Bewegungsabläufe. RAD-Arzt W._____ zeigte sich in seinem Bericht vom 18. April 2017 im Ergebnis davon überzeugt, dass der beschwerdeführerische Leidensvortrag bzw. die Demonstration der Einschränkungen rein situativ für das Versicherungsgespräch "produziert" worden sei und nicht mit den tatsächlichen Einschränkungen im realen Le- ben übereinstimme. Infolgedessen ging er mit Blick auf die Gehfähigkeit von Aggravation bzw. bei den anderen Bewegungsabläufen sogar Simula- tion aus (siehe IV-act. 154 und BVM-act. 6). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers lagen somit im Zeitpunkt der Auftragsvergabe für eine Personenobservation an die S._____ GmbH am 18. April 2017 (siehe dazu IV-act. 153 und BVM-act. 3) hinreichende objek- tive Anhaltspunkte vor, welche eine Observation zu rechtfertigen vermoch- ten.

- 23 -

E. 3.3

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, der Beschwerdegegnerin wären im Vergleich zur Observation mildere Mittel, namentlich die Anordnung einer Begutachtung, zur Verfügung gestanden, vermag er nicht durchzudringen. Er übersieht, dass die unmittelbare Wahrnehmung im Vergleich zur (medi- zinischen) Begutachtung einen anderen Erkenntnisgewinn bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bringen kann, was dem Ziel einer wirksa- men Missbrauchsbekämpfung zuträglich sein kann. Im vorliegenden Fall gilt das Erfordernis eines direkten Erkenntnisgewinns der (unbeeinflussten) funktionellen Leistungsfähigkeit umso mehr, als Zweifel ob des Ausmasses der beklagten Beschwerden bestanden und – in neuropsychologischer Hin- sicht – eine auffällige Symptomvalidierung bzw. weitere Inkonsistenzen bei einer inexistenten fachärztlichen Behandlung bereits aktenkundig ausge- wiesen waren. Bezüglich der Möglichkeit medizinischer Abklärungen

als Ersatz für die Observation ist überdies zu beachten, dass auch solche – soweit sie überhaupt geeignet wären, einen gleichwertigen Erkenntnisgewinn zu erbringen – ebenfalls einen Eingriff in die grundrechtlichen Positionen der versicherten Person von einer gewissen Schwere voraussetzen würden (siehe dazu BGE 135 I 169 E.5.6).

E. 3.4

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen der Observation durch die S._____ GmbH ist zu bemerken, dass sich deren Observation auf den Zeitraum vom 2. Mai 2017 bis zum 13. Juli 2017 beschränkte, wobei der Beschwerdeführer am 2. Mai und 13. Juli 2017 nicht gesichtet werden konnte. Die Observation vom 19. Juni 2017 betraf den Nachmittag bis in die Nacht hinein und diejenige vom 7. Juli 2017 vom späteren Vormittag bis am Abend. Vorgängig und überschneidend damit führte auch die Fachstelle BVM ab Februar 2017 an vereinzelt Tagen vor- bzw. Sachverhaltsermittlungen vor Ort durch. Insgesamt betrachtet, kann bei dieser relativ kurzen Zeitspanne mit sporadischen Überwachungseinsätzen nicht von einer systematischen oder ständigen Überwachung des Beschwerdeführers gesprochen werden.

- 24 - Zudem erfolgte die Beobachtung gemäss den vorliegenden Akten einzig im öffentlichen, frei einsehbaren Raum, namentlich auf der Strasse, vor dem Gebäude der Begutachtungsstelle, auf dem Balkon, im Freien anlässlich eines Spazierganges oder bei Gesprächen mit Dritten. Zur Sichtung von öffentlich zugänglichen Aktivitäten und Fotografien auf dem Social-Media-Profil des Beschwerdeführers durch die Fachstelle BVM ist zu bemerken, dass dies rechtsprechungsgemäss nicht als Verletzung der Privatsphäre oder Observation zu qualifizieren ist und die entsprechenden Erkenntnisse berücksichtigt werden dürfen (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C_292/2019 vom 27. August 2019 E.3.2.3 und 8C_909/2017 vom 26. Juni 2018 E.6.2). Ebenso wenig bestehen in einer Gesamtwürdigung des Observationsmaterials Anhaltspunkte dafür, dass die im Rahmen der Observationen festgehaltenen Aktivitäten durch eine unzulässige Beeinflussung des Beschwerdeführers erreicht oder ihm gar hierzu eine eigentliche Falle gestellt worden wäre.

E. 3.5

Im Ergebnis kann somit festgehalten werden, dass von einem eher leichten Eingriff in die grundrechtlich geschützte Privatsphäre des Beschwerdeführers auszugehen ist, welche keine Nichtverwertbarkeit der erlangten Beweismittel zu rechtfertigen vermag (vgl. dazu etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_561/2018 vom 8. Februar 2019 E.5.2.3, 8C_689/2018 vom 15. Januar 2019 E.4.2, 9C_218/2018 vom 22. Juni 2018 E.4.2.2 f.). Die privaten Interessen des Beschwerdeführers vermögen somit gegen das gewichtige öffentliche Interesse der Beschwerdegegnerin an der Abwendung eines unrechtmässigen Leistungsbezugs nicht aufzukommen, womit die Observationsergebnisse entgegen der beschwerdeführerischen Ansicht verwertet werden dürfen. Insofern sind sie auch zu Recht im Rahmen der ergänzenden Stellungnahme durch die Gutachter Dr. phil. T._____ und Prof. Dr. med. U._____ mitberücksichtigt worden (siehe dazu IV-act. 234 und 241).

- 25 - 4. Nachfolgend ist zu prüfen, ob aufgrund der vorliegenden Akten eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen im Vergleich zum massgebenden Referenzzeitpunkt eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Ändert sich nämlich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die

Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 1 IVG i.V.m. Art. 17 Abs. 1 ATSG, Art. 87, 88a und Art. 88bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Anlass zur (materiellen) Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung resp. Bestätigung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (siehe BGE 141 V 9 E.2.3, 134 V 131 E.3, 133 V 545 E.6.1, 130 V 343 E.3.5 sowie Urteile des Bundesgerichts 8C_220/2019 vom 26. Juni 2019 E.3.2, 8C_192/2017 vom 25. August 2017 E.7.1 und 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E.3.1.1). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (siehe Urteile des Bundesgerichts 9C_59/2019 vom 29. Mai 2019 E.4.3.2, 9C_561/2018 vom 8. Februar 2019 E.5.3.2.1, 8C_419/2018 vom 11. Dezember 2018 E.4.3 und 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E.4.1 ff.). Ein früher nicht gezeigtes Verhalten der versicherten Person kann unter Umständen eine im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG relevante Tatsachenän-

- 26 - derung darstellen, wenn es sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Rentenanspruchs auszuwirken vermag. Dies trifft etwa zu, wenn ein Ausschlussgrund vorliegt, d.h. die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht, die eindeutig über die blossе (unbewusste) Tendenz zur Beschwerdenausweitung und -verdeutlichung hinausgeht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2019 vom 11. Oktober 2019 E.4.1, 8C_825/2018 vom 6. März 2019 E.6.1 und 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E.3.1). Nach der Rechtsprechung liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns (vgl. dazu BGE 140 V 193 E.3.3) ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (siehe BGE 131 V 49 E.1.2). Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG; Urteile des Bundesgerichts 8C_155/2019 vom 11. Juli 2019 E.5.1.1, 9C_104/2019 vom 27. Juni 2019 E.3.2.1 und 4.1 sowie 8C_52/2019 vom 30. April 2019 E.2.2). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (siehe BGE 127 V 294 E.5a) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (siehe BGE 141 V 281 E. 2.2 ff. und Urteil des Bundesgerichts 9C_462/2019 vom 18. Dezember 2019 E.4.2.3).

E. 4

Mit Verfügung vom 5. August 2004 sprach die SUVA A._____ ab dem 1. September 2004 eine Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 100% zu. Ausserdem wurde A._____ eine Integritätsentschädigung infolge einer Integritätseinbusse von 80 % zugesprochen.

E. 4.1

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient der letzte rechtskräftige Ent- scheid, welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durch- führung eines Einkommensvergleichs beruht. Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln (siehe BGE 133 V 108 E.5.4; Urteile des Bundesgerichts 9C_346/2019 vom 6. September 2019 E.2.1.1, 9C_23/2019 vom 10. Mai 2019 E.4.2.2 und 9C_800/2016 vom 9. Mai 2017 E.4.2.2). Vorliegend ist für den Vergleichszeitpunkt die ursprüngliche Verfügung vom 17. Februar 2006 massgebend, mit welcher dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente zugesprochen worden war. Denn anlässlich der Mitteilung vom 17. November 2010 fand keine – den vorerwähnten Voraussetzungen entsprechende – materielle Überprü- fung des Rentenanspruchs statt (siehe IV-act. 96 ff.).

E. 4.2

Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, wie er sich bis zum Er- lass der ursprünglichen Verfügung vom 17. Februar 2006 präsentierte, geht aus den Akten im Wesentlichen Folgendes hervor: Der Beschwerde- führer erlitt anlässlich eines Verkehrsunfalles am 30. Oktober 2001 ein Hochgeschwindigkeitstrauma mit/bei unter anderem einem Schädelhirn- trauma mit Kontusionsblutung, einem Fremdkörper corneal zentral rechts (operativ Mitte November 2001 entfernt), einer offenen Olecranofraktur (os- teosynthetisch mittels Zuggurten versorgt), einer Halswirbelsäulendistor- sion und Verletzungen der Fusswurzelknochen (siehe IV-act. 2, 7 und 10). Infolge der traumatischen Hirnverletzungen mit einer contusio cerebri fron- tal wurde eine mittelmittelschwere bis schwere Störung der kognitiven Funktionen mit Schwerpunkt bei den Exekutiv- und Aufmerksamkeitsfunk- tionen diagnostiziert. Festgestellt wurde ein stark auffälliges Verhalten, eine erhöhte motorische Unruhe bzw. vegetative Übererregtheit, eine eu- phorische Stimmung wechselnd mit grosser Unsicherheit sowie ein erhöh-

- 28 - ter Redefluss (siehe IV-act. 3 und 7). Die behandelnde Psychologin Dr. phil. C._____ bzw. der behandelnde Neurologe Dr. med. D._____ der Klinik B._____ schlossen mit Bericht vom 26. November 2001 – im We- sentlichen bestätigt durch Oberärztin X._____ und Dr. med. Y._____ in ih- rem psychosomatische Konsilium vom 17. Dezember 2001 sowie von Dr. med. E._____ und Dr. med. F._____ in ihrem Austrittsbericht vom 5. März 2002 – auf eine erhebliche hirnorganische Grundlage der Störung, die sehr wahrscheinlich eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung verur- sacht habe, wobei daneben eine reaktive Problematik mit Merkmalen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) bzw. Anpassungs- störung (ICD-10 F43.2) bestanden habe (siehe IV-act. 3, 4 und 7). Im wei- teren Verlauf schloss Prof. Dr. med. N._____ mit Bericht vom 24. Februar 2004 auf eine (typische) posttraumatische somatoforme Schmerzstörung, da der Beschwerdeführer praktisch immer Schmerzen in verschiedenen Körperbereichen v.a. im Kopf, im

Nackenbereich und in den Extremitäten habe und das Trauma, das seinen ganzen Lebensentwurf durcheinander- gebracht habe, nicht verarbeiten könne (siehe IV-act. 54). In orthopädisch- chirurgischer Hinsicht wurden seitens der behandelnden Ärzte verschiedentlich, namentlich auch während der stationären Aufenthalte in der Klini- ken B. _____ (19. November 2001 bis am 20. Februar 2002) und K. _____ (29. Januar und 6. Februar 2003), deutliche Bewegungseinschränkung und Schmerzen am linken Ellbogen mit einem Streckdefizit und einem ausge- prägten immobilisierenden Schmerzsyndrom des gesamten linken Fusses bei extremer Schonhaltung und Entlastung desselben festgestellt (siehe IV-act. 7, 10, 37). Im Vordergrund standen aber gemäss kreisärztlicher Unter- suchung am 18. Juli 2002 durch Dr. med. I. _____, Facharzt für orthopädi- sche Chirurgie, die Befunde mit Störung der kognitiven Funktionen und ei- ner beträchtlichen hirnrorganischen Störung, welche den Persönlichkeits- und Verhaltensbereich betroffen hätten, und aufgrund welcher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen wurde (siehe IV-act. 31). In der kreisärztlichen Untersuchung vom 15. Oktober 2002 wurden zwar gewisse

- 29 - Fortschritte im kognitiven Bereich erwähnt. Bei teilweiser Reizbarkeit und möglicherweise erhöhter Affektlabilität bei ungenügender Verarbeitung der gesamten Unfallsituation und ambulant ungenügend beeinflussbarem Schmerzmanagement wurde eine erneute stationäre, gesamtheitliche Re- habilitation empfohlen (siehe IV-act. 34). Diesbezüglich kamen im Verlauf zwar namentlich aus neuropsychologischer Sicht Zweifel ob der Symptom- validierung auf und es wurde im Rahmen des stationären Aufenthalts in der Klinik K. _____ seitens der Fachpersonen die Vermutung geäussert, dass andere Faktoren als eine hirnrorganische Beeinträchtigung zu dem sehr tie- fen Leistungsprofil des Beschwerdeführers geführt hätten (vgl. dazu neuro- psychologischer Untersuchungsbericht vom 4. März 2004 von Dr. phil. J. _____ und Dr. rer. nat. P. _____ [IV-act. 55]). Dennoch war letztlich gemäss der RAD-Abschlussbeurteilung von Dr. med. Q. _____ vom 4. No- vember 2005 in erster Linie die hirnrorganische kognitive Leistungsminde- rung bei erlittener Frontalhirnläsion massgeblich dafür, dass dem Be- schwerdeführer ab dem 1. Oktober 2002 eine ganze Invalidenrente ausge- richtet wurde (vgl. IV-act. 63 S. 4 f.). Dies stellt der Beschwerdeführer nicht in Abrede, ging er doch mit Blick auf die seinerzeitigen Leistungszuspra- chen durch die SUVA selbst von einer massgeblichen mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Störung als Folge einer organischen Hirn- verletzung und einer posttraumatischen Schmerzstörung aus (siehe Rz. 42 der Beschwerde vom 13. Mai 2019).

E. 4.3

Abgesehen von dem vom Hausarzt Dr. med. R. _____ in seinem Verlaufs- bericht vom 9. Dezember 2015 attestierten stationären Gesundheitszu- stand bei unveränderten Diagnosen (siehe IV-act. 132), bot sich im Zeit- punkt des Erlasses der angefochtenen Einstellungs- und Rückforderungs- verfügungen vom 25. März 2019 insbesondere in neurokognitiver Hinsicht eine massgeblich veränderte (medizinische) Sachlage.

- 30 -

E. 4.3.1

RAD-Ärztin Dr. med. Q. _____ hielt in ihrem Leistungsprofil vom 23. August 2016 namentlich fest, dass sich ihr gemäss den Akten ein in allen Berei- chen klagsamer Versicherter präsentiere, der seine Beschwerden aber nur schlecht präzisieren könne. Neuropsychologische Defizite hätten (gemäss den Akten) in wechselndem Ausmass

bestanden, zuletzt seien sie im Jahr 2004 bei auffälliger Symptomvalidierung hinterfragt worden. Aufgrund der bildgebend nachgewiesenen Hirnblutungen sowie der dokumentierten Frakturen mit Notwendigkeit operativer Versorgung sei zwar mit qualitativen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit sowohl aus körperlicher wie auch aus neuropsychologischer Sicht zu rechnen. Indes überstiegen die geklagten und von den Ärzten geschilderten Einschränkungen die erwarteten Einschränkungen deutlich, weshalb Hinweise auf Aggravation, wenn nicht gar Simulation vorlägen (siehe IV-act.143 S. 3 f.).

E. 4.3.2

Der neuropsychologische Gutachter Dr. phil. T._____, Fachpsychologe FSP und Neuropsychologe SVNP, gelangte in seinem Gutachten vom 1. Juli 2017 (siehe IV-act. 163), welches von Dr. med. Z._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, mitunterzeichnet wurde, zum Ergebnis, dass sämtliche Testergebnisse der am 16. bzw. 30. Juli 2017 durchgeführten neuropsychologischen Testungen betreffend das B-Kriterium nach Slick, Sherman und Iverson (Hinweise auf Antwortverzerrungen aus der neuropsychologischen Testung) als auffällig zu beurteilen seien. Namentlich habe der Beschwerdeführer beim Vergleich eines äusserst einfachen zu einem schwierigeren Testverfahren entgegen der Erwartung gerade umgekehrte Testergebnisse erreicht, woraus sich entsprechende Hinweise auf eine Antwortverzerrung ergäben. Zudem sei auch das A-Kriterium (Identifizierung eines bedeutsamen externen Störungsgewinns) als erfüllt zu betrachten, weil der Beschwerdeführer sich für die Beibehaltung der bisherigen ganzen Invalidenrente ausspreche. Dr. phil. T._____ erachtete auch das C-Kriterium (Hinweise auf

- 31 - Exploranden und der Selbstbeurteilung stammen) als erfüllt. So fragte sich Dr. phil. T._____, wie der Beschwerdeführer trotz der von ihm geltend gemachten, deutlichen Einschränkung der Konzentrationsleistungs- und Gedächtnisfähigkeit seit dem Unfall im Jahr 2001 und dem geltend gemachten Angewiesensein auf Dritthilfe in jeglicher Hinsicht mit dem Umstand vereinbar sei, dass er sich im Jahre 2006 habe einbürgern lassen (siehe dazu IV-act. 79) und dafür ein Wissenstest über die Schweiz ablegen müssen, der ein gewisses Ausmass an Gedächtnisfähigkeit voraussetze. Zudem gebe der Beschwerdeführer selbst an, drei bis vier Mal pro Monat für kurze Strecken ein Motorfahrzeug zu lenken. Dabei habe er noch keinen Unfall erlitten. Dr. phil. T._____ erachtete dies als erstaunlich, da einer Person mit einem derartig eingeschränkten neurokognitiven Funktionsprofil (wie anlässlich der Testungen festgestellt) die Fahrtüchtigkeit entschieden abgesprochen werden müsste. Ausserdem falle eine Diskrepanz hinsichtlich der Fähigkeit zur Ausübung der Kulturtechniken Lesen und Schreiben auf. Während der Beschwerdeführer im Rahmen des ersten Termins am 16. Juni 2017 erklärt habe, nicht mehr lesen und schreiben zu können, habe er anlässlich des zweiten Termins am 30. Juni 2017 angegeben, dass er zwar lesen und schreiben könne, dazu aber keine Lust habe bzw. diese Kulturfähigkeit nur sehr selten brauche. Betreffend das D-Kriterium hielt Dr. phil. T._____ fest, dass er die vorerwähnten Indizien, welche für eine eingeschränkte Abklärungsmotivation sprächen, als klinisch tätiger Neuropsychologe in einer psychiatrischen Klinik und in Kenntnis der klinischen Diagnosen nicht nachvollziehen könne. Die weitere Beurteilung aus psychiatrischer, neurologischer und entwicklungsbedingter Sicht zur Rechtfertigung des festgestellten Verhaltens behielt er den entsprechenden Fachpersonen vor. Insgesamt gelangte Dr. phil. T._____ zum Schluss, dass aus neuropsychologischer Sicht von einer

Antwortverzerrung auszugehen sei, weshalb aufgrund der testologisch erzielten Daten nicht auf das tatsächliche Ausmass der neurokognitiven Funktionstüchtigkeit geschlossen werden könne. Vorliegend seien die Kriterien für eine wahrscheinliche Aggravation entsprechend den Slick-Kriterien erfüllt.

E. 4.3.3

Im neurologischen Gutachten vom 10. Juli 2017 von Prof. Dr. med. U._____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, hielt dieser fest, dass aus neurologisch-gutachterlicher Sicht erhebliche Auffälligkeiten in der Konsistenz bestünden. So hätten sich sowohl in der (eigenen) neurologischen Untersuchung, der neuropsychologischen Zusatzuntersuchung durch Dr. phil. T._____ wie auch anlässlich der orthopädischen Untersuchung durch Dr. med. V._____ deutliche Hinweise auf den Verdacht einer Aggravation in den Untersuchungssettings ergeben. Anlässlich der neurologischen Untersuchung vom 7. Juli 2017 sei der Beschwerdeführer durch massives Grimassieren, das Einnehmen grotesker Körperpositionen sowie eine unzureichende und stark verdeutlichende Mitarbeit anlässlich der neurologischen Exploration aufgefallen, während diese Verhaltensabnormitäten in scheinbar unbeobachteten Momenten sistiert worden seien. So habe namentlich das Hinken anlässlich der Explorationen vom rechten auf das linke Bein gewechselt, wobei dieses danach auf der Strasse, als der Berichterstatter dem Versicherten ein vergessenes Dokument überbracht habe, gar nicht mehr festgestellt werden können. Auch sei das Grimassieren sowie die grotesken Sitz- und Stehpositionen im Wartebereich nicht feststellbar gewesen. Diese Beobachtungen liessen eine Aggravation des Beschwerdeführers als sehr wahrscheinlich erscheinen. Das inkonsistente Bild werde dadurch abgerundet, dass sich bei der Bestimmung der Medikamentenspiegel anlässlich der Explorationen am 7. Juli 2017 die Werte für Amitriptylin (Antidepressivum, Migränemittel, Neuropathiepräparat) und Lorazepam (Benzodiazepin) weit vom therapeutischen Bereich entfernt gewesen seien (siehe IV-act. 166 S. 48 f., 56 f. und 112 f.). Bei der neurologisch-psychiatrischen Untersuchung mit externer neuropsychologischer Zusatzuntersuchung sei ein auffälliges Verhalten des Beschwerdeführers

- 33 - mit Verdacht auf Aggravation im Vordergrund gestanden. In der neurologischen Untersuchung hätten sich keine sicheren neurologischen Defizite eruieren lassen. Für keinen hohen Leidensdruck spreche, dass der Beschwerdeführer seit längerem keine neurologische oder neuropsychologische Behandlung mehr wahrnehme, wobei auch eine mangelhafte Medikamentencompliance vorliege. Insofern hätten keine neurologischen oder neuropsychologischen Funktionsstörungen objektiviert werden können. Die Einschränkungen der linken oberen Extremität seien orthopädischer und nicht neurologischer Natur. Das Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich der neurologischen, der orthopädischen und der neuropsychologischen Untersuchungen sei auffällig gewesen und lasse den Verdacht von Aggravation aufkommen. Daher sei keine detaillierte Diagnostik zu den neuropsychologischen Fähigkeitsstörungen möglich; das Vorliegen solcher könne aber auch nicht kategorisch ausgeschlossen werden. Das Verhalten in der Exploration sei nicht als krankheitsimmanent einzustufen, sondern als bewusstseinsnah zu interpretieren. Unstrittig seien die bildgebend ausgewiesenen frontallirnigen Verletzungen als strukturelle Schäden, womit damit zusammenhängende Veränderungen grundsätzlich möglich wären. Das gezeigte Verhalten des Beschwerdeführers sei aber mit Störungen nach

einer Frontalhirnverletzung nicht kompatibel, sondern eher als bewusstseinsnahe Verhaltensveränderung einzustufen. Es könne somit – aufgrund der vorgenannten Verhaltensauffälligkeiten – kein Gesundheitsschaden mit invalidisierenden Fähigkeitseinschränkungen als Folge einer neurologischen Erkrankung mit Einfluss auf die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit beschrieben werden (siehe IV-act. 166 S. 58 ff.).

E. 4.3.4

Ergänzend zum neurologischen Gutachten vom 10. Juli 2017 von Prof. Dr. med. U. _____ erfolgte am 2. August 2017 eine fachärztliche Beurteilung aus orthopädischer-chirurgischer Sicht durch Dr. med. V. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie zertifizierter medizinischer Gut-

- 34 - achter SIM, (siehe IV-act. 166 S. 63 ff.). Er gelangte dabei zum Ergebnis, dass er die von Dr. med. R. _____ attestierte, anhaltende Einschränkung der verbliebenen Restarbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit nicht nachvollziehen könne. Dessen Einschätzung sei auch nicht mit den einschlägigen versicherungsmedizinischen Empfehlungen kompatibel. Anlässlich der Exploration des Beschwerdeführers am 7. Juli 2017 seien mehrfach Inkonsistenzen aufgefallen. Namentlich beim Waddell'schen Stauchungstest seien vom Beschwerdeführer deutliche Schmerzen geschildert worden. Gemäss Dr. med. V. _____ habe sich aber keine vermehrte Bewegungsverminderung feststellen lassen und auch das Testresultat sei physiologisch nicht erklärbar. Ferner stellte Dr. med. V. _____ in seinem Gutachten ein positives Ergebnis des Waddell'schen Rumpfdrehungstest fest. Weitere Inkonsistenzen hätten sich bei der Schmerzangabe während der (wiederholten) Palpation der Wirbelsäule ergeben sowie hinsichtlich des nur in der Untersuchungssituation gezeigten Grimassierens. Schliesslich erblickte Dr. med. V. _____ auch darin eine Inkonsistenz, dass der Beschwerdeführer in unbeobachteten geglaubten Momenten ein zügiges, hinkfreies Gehbild aufwies sowie während der Untersuchung von einem linksbetonten in ein rechts hinkendes Gangbild wechselte. Aufgrund dieser Inkonsistenzen schloss Dr. med. V. _____, dass er sich des Eindrucks eines bewusstseinsnahen Malingerings nicht erwehren könne. Aufgrund der klinischen und bildgebend am 7. Juli 2017 ausgewiesenen Befunde sei der Beschwerdeführer hingegen in der biomechanischen Funktion seines linken Schulter- und Ellbogengelenkes sowie bezogen auf die unteren Extremitäten in der Funktion seines linken Fusses limitiert, woraus unweigerlich eine Einschränkung der Geh- und Stehfähigkeit resultiere. Bezüglich des Schultergelenkes könne eine eingeschränkte Mobilität infolge eines Outletimpingements objektiviert werden und beim linken Ellbogengelenk bestehe ein Streckdefizit von 20° bei einer regelrechten Stellung der ausgeheilten Olecranonfraktur aus dem Jahre 2001. Dr. med. V. _____ formulierte schliesslich ein detailliertes medizinisch-theoretisches (qualitatives) Zumutbarkeitsprofil, wobei

- 35 - er den Beschwerdeführer in einer solchen leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit mit intermittierender stehender, gehender, jedoch überwiegend sitzender Körperposition aus orthopädischer Sicht bezogen auf ein volles Pensum zu 100 % arbeitsfähig erachtete. Dies gelte sicher seit dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung (7. Juli 2017).

E. 4.3.5

In der bidisziplinären Zusammenfassung hielten der orthopädisch-chirurgische Gutachter Dr. med. V. _____ und der neurologisch-psychiatrische Gutachter Prof. Dr. med. U. _____ als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine endgradig eingeschränkte aktive Mobilität des linken Schultergelenks bei knöchernem Outletimpingement und Acromion Typ Bigliani II (ICD-10 M57.4), eine moderate posttraumatische Fusswurzelarthrose im Bereich der linksseitigen Lisfrancschen Gelenklinie nach konservativ versorgter Fraktur des Os cuboideum sowie des Os cuneiforme laterale aus dem Jahr 2001 (ICD-10 M19.17) sowie ein Streckdefizit im Bereich des linken Ellbogengelenkes von 20° bei knöchern in regelrechter Stellung ausgeheilter Olecranonfraktur aus dem Jahre 2001 (ICD-10 S52.01) fest. Anderen Diagnosen würden keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben; entsprechende Fähigkeitsstörungen seien nicht objektivierbar, namentlich aus neuropsychologischer Sicht. Aus orthopädischer Sicht bestünden beim Beschwerdeführer in der biomechanischen Funktion des linken Schulter- und Ellbogengelenks sowie bezogen auf die unteren Extremitäten in der Funktion des linken Fusses Limiten mit einer hieraus unweigerlich resultierenden Einschränkung der Geh- und Stehfähigkeit. Dementsprechend stimmte Prof. Dr. med. U. _____ dem von Dr. med. V. _____ formulierten Zumutbarkeitsprofil mit 100%iger Arbeitsfähigkeit bei einem vollen Pensum in einer optimal adaptierten Tätigkeit zu (siehe IV-act.166 S. 129 ff.).

E. 4.3.6

Wie bereits in der vorstehenden Erwägung 3.2 erwähnt, wurden sowohl die Ergebnisse der Vorermittlungen seitens der Fachstelle BVM bzw. die an-

- 36 - lässlich des Evaluationsgespräches vom 29. März 2017 auf Video aufgezeichneten Bewegungsabläufe des Beschwerdeführers als auch die Observationsergebnisse der S. _____ GmbH dem RAD zur Beurteilung vorgelegt. RAD-Arzt W. _____ äusserte sich dazu in seinen Berichten vom

E. 4.3.7

In der Beurteilung vom 11. September 2017 (siehe IV-act. 255 S. 15 f.) setzte sich RAD-Arzt W. _____ namentlich mit dem bidisziplinären IME-Gutachten vom 11. August 2017 auseinander und gab den aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers sowie den fehlenden objektivierbaren Fähigkeitsstörungen anlässlich der neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen entstandenen dringenden Verdacht bezüglich Aggravation wieder. Das Verhalten des Beschwerdeführers sei nicht als krankheitsimmanent einzustufen und mit Störungen nach einer Frontalhirnverletzung nicht kompatibel, sondern vielmehr als bewusstseinsnahe Verhaltensveränderung einzustufen. Zudem wies er auf weitere, gutachterlich festgestellte Inkonsistenzen hin und befand, dass auf das vorliegende (bi-) disziplinäre Gutachten vom 11. August 2017 vollumfänglich abgestellt werden könne. Gestützt auf das vom orthopädisch-chirurgischen Gutachter Dr. med. V. _____ formulierte Leistungsprofil und die darin als zumutbar erachtete uneingeschränkte (zeitliche) Arbeitsfähigkeit gelangte RAD-Arzt W. _____ ebenfalls zum Schluss, dass im angestammten Beruf seit Oktober 2001 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (7. Juli 2017) liege hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 100% in adaptierter Tätigkeit vor. Zur Thematik eines revisionsrechtlich bedeutsam veränderten Gesundheitszustandes hielt RAD-W. _____ fest, dass im Zeitpunkt des letzten materiellen Entscheides im Wesentlichen neuropsychologische Auffälligkeiten im Vordergrund gestanden und zur Berentung geführt hätten. Orthopädische bzw. traumatologische

Schäden hätten nicht wesentlich dazu beigetragen. Im Rahmen der aktuellen bidisziplinären Begutachtung seien keine neurologischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden. Dies weil infolge erheblicher Aggravation bzw. einer Vielzahl von Inkonsistenzen keine entsprechenden Diagnosen bzw.

Fähigkeitseinschränkungen objektiviert werden könnten. Der orthopädische Gutachter stelle hingegen nunmehr Diagnosen mit (qualitativen) Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Im Ergebnis stellte RAD-Arzt W._____ fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers

- 38 - seit dem letzten materiellen Rentenentscheid verändert habe, womit die versicherungsmedizinischen Voraussetzungen für eine Rentenrevision vorlägen.

E. 4.3.8

Am 26. Oktober 2017 beauftragte die Beschwerdegegnerin Dr. phil. T._____ mit einer Gutachtensergänzung, wobei um die Beantwortung von Zusatzfragen auf Basis der vorgelegten Ermittlungsakten der Fachstelle BVM gebeten wurde (siehe IV-act. 195). In der am 27. März 2018 erstatteten Gutachtensergänzung (siehe IV-act. 234) gab er die Testergebnisse gemäss neuropsychologischem Gutachten vom 1. Juli 2017 wieder, welche bei fast allen neuropsychologischen Funktionen schwergradige Einschränkungen auswiesen. Die Resultate zur Beurteilung der Antwortmotivation und des Testverhaltens ergaben hingegen durchgehend Hinweise auf Antwortverzerrungen. Zudem merkte Dr. phil. T._____ zum damaligen Testverhalten an, dass ein massives Klagen bzw. Jammern feststellbar gewesen sei und der Beschwerdeführer seinen Unmut gegenüber der Sozialversicherung laut und deutlich hörbar Ausdruck verschafft habe. Neben der bereits im Gutachten vom 1. Juli 2017 abgegebenen Bewertung der Slick-Kriterien beantwortete Dr. phil. T._____ die ihm unterbreiteten Fragen. Dabei wies er bei der Sichtung der Abklärungsergebnisse der Fachstelle BVM auf Inkonsistenzen zwischen den Testergebnissen der neuropsychologischen Abklärung und der Videodokumentation bzw. den Ermittlungsergebnissen hin. So bestehe insbesondere eine Diskrepanz zwischen den Testergebnissen mit durchgängig schwergradig eingeschränkten neurokognitiven Einzelfähigkeiten einerseits und der selbständigen Ausübung einer Fahrzeugreparatur, dem Lenken eines Motorfahrzeuges, der Fähigkeit zur sprachlichen Verständigung in deutscher Sprache sowie der selbständigen Selbstversorgung und -pflege andererseits. Diese Differenzen seien neuropsychologisch in keiner Weise erklärbar, womit als Ursache dafür von nichtmedizinischen Gründen auszugehen sei. Aufgrund dieser Umstände (hinreichender Verdacht auf Antwortverzerrung bzw. auf eine

- 39 - deutliche Selbstlimitierung) erweise sich, wie bereits im Gutachten vom 1. Juli 2017 aufgezeigt, eine quantitative und qualitative Bestimmung der Arbeitsfähigkeit infolge der neurokognitiven Funktionstüchtigkeit (auf Basis der Testergebnisse) nicht als möglich.

E. 4.3.9

Am 12. April 2018 forderte die Beschwerdegegnerin auch das IME zu einer Gutachtensergänzung auf, wobei wiederum um die Beantwortung von Zusatzfragen auf Basis der vorgelegten Ermittlungsakten der Fachstelle BVM gebeten wurde (siehe IV-act. 235). Die entsprechende Gutachtensergänzung wurde vom neurologisch-psychiatrischen Gutachter Prof. Dr. med. U._____ am 17. November 2018 erstattet (siehe IV-act. 241). Darin gelangte er insbesondere zum Ergebnis, dass aus den Aufnahmen kein Leidensdruck mit Blick auf die anlässlich der Anamnese in der neurologischen Begutachtung

verstärkt thematisierten Kopfschmerzen sowie die weiteren körperlichen Befindlichkeitsstörungen erkennbar sei und bis auf ein leichtes Humpeln mit schwankendem Gangbild auch keine signifikanten Einschränkungen der Beweglichkeit ersichtlich seien. Aufgrund der Bewegungsabläufe sei keine Handicapierung oder schmerzbedingte Behinderung ausgewiesen. Der Versicherte habe ganz offensichtlich bewusstseinsnahe Falschangaben zu seinem Beschwerdebild gemacht, wenn er behauptet habe, er sei (in grossem Ausmass) auf die Hilfe seiner Frau angewiesen. Die Abklärungsergebnisse der Fachstelle BVM deckten sich mit der neurologischen Feststellung, dass keine handicapierenden Fähigkeitsstörungen vorlägen. Der Versicherte habe ganz offensichtlich bewusstseinsnahe Bewegungseinschränkungen in der Untersuchung aggraviert, was sich eindrücklich in den Videoaufnahmen zeige, die keine wesentlichen handicapierenden Fähigkeitseinschränkungen erkennen liessen. Damit sei die gutachterliche Einschätzung mit Angabe eines aggravierenden Verhaltens und fehlender handicapender Einschränkung eindrücklich bestätigt. Die im Gutachten getroffene Einschätzung der (vollen) Arbeitsfähigkeit mit bewusstseinsnaher Aggravation werde durch die Observation belegt.

- 40 -

E. 4.4

Aus den vorstehend dargelegten (versicherungs-)medizinischen Abklärungsergebnissen erhellt, dass die anlässlich der ursprünglichen Verfügung im Vordergrund gestanden neurokognitiven Funktionseinschränkungen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügungen nicht mehr bzw. nicht mehr in demselben Ausmass bestanden haben können. Die neurologisch-psychiatrischen, neuropsychologischen und orthopädisch-chirurgische Begutachtungen samt Ergänzungen zeigen anhand einer Vielzahl von festgestellten Inkonsistenzen eindeutig auf, dass augenfällig erhebliche Diskrepanzen zwischen den vom Beschwerdeführer geltend gemachten funktionellen Beeinträchtigungen und der von ihm anlässlich der Begutachtungen bzw. während der Ermittlungen seitens der Fachstelle BVM und der Observation durch die S._____ GmbH gezeigten Verhalten bestehen, was für die Annahme eines Ausschlussgrundes im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sprechen würde (siehe dazu bereits vorstehende Erwägung 4). In nachvollziehbarer Weise sind für die medizinischen Gutachter diese Widersprüche nicht medizinisch erklärbar. Vielmehr seien die Diskrepanzen so ausgeprägt, dass keine Störungen auf neurologischem bzw. neuropsychologischem Gebiet objektivierbar seien. Auch wenn aufgrund der bildgebend nachgewiesenen hirnstrukturellen Veränderungen qualitative Einschränkungen der neurokognitiven Leistungsfähigkeit zu erwarten wären, lasse sich das Ausmass der funktionellen Beeinträchtigungen wegen des Verhaltens des Beschwerdeführers nicht (objektiviert) quantifizieren (vgl. etwa IV-act. 163 S. 23 ff., IV-act. 166 S. 56 ff., IV-act. 234 S. 5 ff., IV-act. 241 und IV-act. 255 S. 15 ff.). Die Kritik des Beschwerdeführers daran, vermag nicht zu überzeugen, erachtete doch der Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Prof. Dr. med. U._____, neurologische und/oder psychiatrische Krankheitsgründe als Ursache für (gewisse) Inkonsistenzen nicht als (objektiv) ausgewiesen (siehe IV-act. 166 S. 57 ff. und IV-act. 241 S. 9). Dies ist auch in Anbetracht der Abklärungsergebnisse der Fachstelle BVM nicht zu beanstanden. Dem entgegenstehende fachärztliche Einschätzungen, namentlich aus den Bereichen Neurologie und/oder Psychiatrie, liegen nicht vor. Dies erstaunt nicht, finden sich in den Akten doch in jüngerer Zeit keine Angaben über eine psychiatrische oder psychotherapeutische

Behandlung, obwohl Hausarzt Dr. med. R. _____ selbst bereits im Verlaufsbericht vom 9. Dezember 2015 von einem im Vordergrund stehenden psychopathologischen Beschwerdebild ausging (siehe IV-act. 132 S. 2). Zudem wird im neurologischen Gutachten vom 10. Juli 2017 namentlich auf eine mangelhafte Medikamentencompliance hinsichtlich Amitriptylin (Antidepressivum, Migränemittel, Neuropathiepräparat) hingewiesen (siehe IV-act. 166 S. 49 und 58). Der Beschwerdeführer berichtete gegenüber dem orthopädischen Gutachter von beinahe täglichen Albträumen, in denen er das Unfallereignis wieder erlebe und in der Nacht nassgeschwitzt aufwache (siehe IV-act. 166 S. 77). Diese Umstände wären im Rahmen des bei psychischen Erkrankungen durchzuführenden strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 unter dem Gesichtspunkt der Indikatoren "Behandlungs- und Eingliederungsfolge oder -resistenz" aus dem Komplex "Gesundheitsschädigung" der Kategorie "Funktioneller Schweregrad" sowie "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" aus der Kategorie "Konstanz" zumindest als sehr auffallend zu bewerten. Gegenüber dem orthopädischen Gutachter gab der Beschwerdeführer zudem an, dass er lediglich bei seinem Hausarzt Dr. med. R. _____ in Behandlung sei und die letzte Konsultation von Spezialisten schon viele Jahre zurückliege. Namentlich hat gemäss Dr. med. V. _____ die letzte fachärztliche orthopädisch-chirurgische Untersuchung letztmals vor 13.5 Jahren stattgefunden (siehe IV-act. 166 S. 83 und 124). Die fehlende fachärztliche Behandlung wird auch von Dr. med. R. _____ in seinem Verlaufsbericht 9. Dezember 2015 bestätigt, wonach zur Zeit keine spezielle therapeutische Behandlung erfolge (siehe IV-act. 132 S. 2).

- 42 - Auch wenn eine leistungsausschliessende Aggravation nicht leicht leichthin bzw. bei blossen Verdeutlichungstendenzen erst bei zweifellosem Überschreiten einer nicht immer leicht zu bestimmenden Grenze anzunehmen ist (siehe dazu BGE 141 V 281 E.2.2.1 f.; Urteile des Bundesgerichts 8C_378/2018 vom 30. November 2018 E.6.1 f.8C_380/2019 vom 11. Oktober 2019 E.4.3.2.3 f. und 9C_218/2018 vom 22. Juni 2018 E.1.3.3 und 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E.4.4), finden sich in der medizinischen Aktenlage – wie in den vorstehenden Erwägungen 4.3.1 ff. bereits ausführlich dargelegt – eine Vielzahl von konkreten und nicht anderweitig erklärbaren Hinweisen auf ausgeprägte Inkonsistenzen bzw. Aggravation beim Beschwerdeführer. Dabei ist insbesondere hervorzuheben, dass sich aus der gesamten Aktenlage erhebliche Diskrepanzen zwischen den subjektiv beklagten neurokognitiven Einschränkungen, den Ergebnissen der neuropsychologischen Testungen, der Anamnese und dem tatsächlichen Verhalten im ausserberuflichen Bereich ergeben. So wies Dr. phil. T. _____ in seiner Gutachtensergänzung vom 27. März 2018 etwa auf die Diskrepanz zwischen den neuropsychologischen Testergebnissen mit durchgängig schwergradig eingeschränkten neurokognitiven Fähigkeiten und der selbstständigen Vornahme einer Fahrzeugreparatur, dem Lenken eines Motorfahrzeuges, der Fähigkeit zur sprachlichen Verständigung in deutscher Sprache sowie der selbstständigen Selbstversorgung und -pflege hin. Diese Differenzen seien neuropsychologisch in keiner Weise erklärbar, womit als Ursache dafür von nichtmedizinischen Gründen auszugehen sei. Wenn der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang eine erfolglose Reparatur geltend macht, welche mehr Schaden als Nutzen verursacht habe, vermag dies die fachliche Beurteilung von Dr. phil. T. _____ nicht in Frage zu stellen. Denn bereits für die blosser Planung und Ausführung der Reparatur bedarf es neurokognitiver Fähigkeiten, welche gemäss den Testergebnissen fast vollständig schwergradig eingeschränkt gewesen sein sollen (so etwa Planungsfähigkeit, Gedächtnisfähigkeiten, das Finden von Lösungsstrategien, räumliche Vorstellungsfähigkeit; siehe dazu IV-

- 43 - act. 234 S. 2 f. und 7 ff.). Insofern bestand für die Beschwerdegegnerin auch kein Anlass, weitere Abklärungen zum Reparaturerefolg vorzunehmen. Des Weiteren wurden sowohl im Rahmen der gutachterlichen Abklärungen als auch im Rahmen der Abklärungen seitens der Fachstelle BVM gravierende Diskrepanzen zwischen den gezeigten somatischen Beschwerden in beobachtet oder unbeobachtet geglaubten Momenten beim Beschwerdeführer festgestellt (siehe etwa IV-act. 166 S. 46 ff., 57, 84, 90 ff., 112 ff. und IV-act. 241 S. 4 ff.). Ausserdem traten nicht nachvollziehbar erklärbare Inkonsistenzen bei den somatischen Beschwerden auf, wie etwa der Wechsel des Hinkens anlässlich der orthopädischen bzw. neurologisch-psychiatrischen Untersuchung, die auffälligen Waddel-Tests, die Diskrepanzen bei der wiederholten Palpation und den Bewegungsabläufen sowie die Angabe einer unglaublich hohen Schmerzintensität auf einer visuellen Analogskala (siehe etwa IV-act. 166 S. 57, 75 f., 87, 113 ff. sowie IV-act. 241 S. 9). Diese schlüssigen gutachterlichen Beurteilungen werden durch die gegenteiligen Ausführungen des Beschwerdeführers und seiner Ehefrau im Rahmen des ihnen am 18. Oktober 2017 gewährten rechtlichen Gehörs (siehe IV-act. 184 und BVM-act. 14) in keiner Weise erschüttert.

E. 4.5

Im Übrigen verfängt auch die an den verschiedenen Gutachten geäußerte Kritik des Beschwerdeführers nicht. Denn die Gutachter haben sich jeweils in Kenntnis der medizinischen Vorakten mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen gestützt auf die eigenen Untersuchungen, Befunde, radiologischen Bildgebungsverfahren und Laborauswertungen getroffen. Auch berücksichtigten und würdigten sie die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (siehe IV-act. 163 S. 2 ff., IV-act. 166 S. 4 ff., 49 ff. und 71 ff.). Die Ausführungen zur Beurteilung der medizinischen Situation sind nach Ansicht des streitberufenen Gerichts einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet (siehe BGE

- 44 - 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a; Urteile des Bundesgerichts 9C_548/2019 vom 16. Januar 2020 E.3.2 und 8C_610/2018 vom 22. März 2019 E.2.2.1).

E. 4.5.1

Soweit der Beschwerdeführer den (Teil-)Gutachten ihre Beweiskraft abspricht, weil sie nicht aufzeigten, inwiefern sich der Gesundheitszustand seit der letzten materiellen Beurteilung verbessert haben sollte, übersieht er, dass die Gutachter dazu ausdrücklich Stellung genommen haben (siehe IV-act. 166 S. 61 und 124). Dabei hielt der orthopädische Gutachter Dr. med. V. _____ fest, dass aufgrund der orthopädisch-chirurgischen Aktenlage (wobei der letzte entsprechende Bericht aus dem Jahr 2003 datiert) eine retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit – auch angesichts der damaligen Berentung bei einem Invaliditätsgrad von 100% infolge der hirnorganischen kognitiven Leistungsminderungen bei Frontalhirnsyndrom mit Gereiztheit und Affektlabilität – nicht möglich sei. Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht sei der Beschwerdeführer hingegen spätestens ab dem Zeitpunkt der Untersuchung am 7. Juli 2017 in der umschriebenen, adaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig. Prof. Dr. med. U. _____ hielt zu dieser Thematik fest, dass bereits in der neuropsychologischen Untersuchung im Jahr 2004 auf eine auffällige Symptomvalidierung hingewiesen worden sei, die Beschwerdegegnerin aber seinerzeit

nicht darauf reagiert habe. Werde das Verhalten des Beschwerdeführers im Jahr 2004 mit dem aktuellen verglichen, sei es unverändert. Weiter hielt der neurologisch-psychiatrische Gutachter fest, dass aufgrund des auffälligen Verhaltens und der unzureichenden Mitarbeit des Versicherten im Untersuchungsaktuell im neurologischen Fachgebiet keine handicapierenden Fähigkeitsstörungen objektiviert werden könnten. Bildgebend seien zwar frontallirnige Verletzungen als struktureller Schaden unstrittig. Das gezeigte Verhalten sei jedoch mit Störungen nach Frontalhirnverletzungen nicht kompatibel, sondern sei eher als bewusstseinsnahe Verhaltensveränderung einzustufen. Soweit Prof. Dr. med. U._____ bereits die im neuropsychologischen Unter-

- 45 - suchungsbericht vom 4. März 2004 von Dr. phil. J._____ und Dr. rer. nat. P._____ erwähnte auffällige Symptomvalidierung gemäss DMT-Test anspricht, ist zu bedenken, dass diese zwar gewisse Zweifel an einem neurologischen Korrelat für die mittelstark bis stark beeinträchtigten kognitiven Ergebnissen hätte wecken können, solche (fach-)ärztlicherseits aber schliesslich nicht gewürdigt wurden und auch nicht in die Verfügung vom 17. Februar 2016 eingeflossen sind (siehe dazu IV-act. 5 f., IV-act. 63 S. 5 sowie IV-act. 64 und 72). In jedem Fall erreichten die damaligen neuropsychologischen Inkonsistenzen nicht dasjenige (bewusstseinsnahe) Ausmass, wie es von Dr. phil. T._____, Prof. Dr. med. U._____ und Dr. med. V._____ nun festgestellt wurde und eine objektivierte Beurteilung der neurokognitiven Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers verunmöglichte (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_380/2019 vom 11. Oktober 2019 E.4.3.1 und E.4.4).

E. 4.5.2

Ebenso wenig vermag der Einwand zu überzeugen, dass im neurologischen Gutachten nur der Verdacht auf Aggravation geäussert werde, hält Prof. Dr. med. U._____ in seiner Gutachtensergänzung vom 17. November 2018 doch eindeutig fest, dass die im Gutachten getroffene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit bewusstseinsnaher Aggravation durch die Observation ausdrücklich belegt worden sei. Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Anamnese und Untersuchung am 7. Juli 2017 bewusstseinsnahe Falschangaben gemacht sowie bewusstseinsnahe Bewegungseinschränkungen aggraviert und es seien bei ihm keine wesentlichen, handicapierenden (neurologischen) Fähigkeitseinschränkungen feststellbar gewesen (siehe IV-act. 241). Auch Dr. phil. T._____ sah in seiner Gutachtensergänzung vom 27. März 2018 aufgrund der ihm vorgelegten Ermittlungsergebnisse der Fachstelle BVM den hinreichenden Verdacht auf Aggravation bzw. deutliche Selbstlimitierung seitens des Beschwerdeführers im Rahmen der neuropsychologischen Testungen bestätigt (siehe IV-act. 234).

- 46 -

E. 4.5.3

Soweit im Weiteren moniert wird, der neurologische Gutachter nehme lediglich immer wieder Bezug auf Inkonsistenzen, ohne diese vor dem Hintergrund der bleibenden hirnganischen Schädigung zu diskutieren, übersieht der Beschwerdeführer, dass Prof. Dr. med. U._____ grundsätzlich anerkennt, dass neurologische Fähigkeitsstörungen trotz auffälliger Symptomvalidierung nicht vollständig ausgeschlossen werden könnten, es aber aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers nicht möglich sei, diese einer detaillierten, objektivierten Diagnostik zuzuführen. Überdies erscheint es nachvollziehbar, wenn die gezeigten, situativ angepassten und inkonsistenten Einschränkungen des

Beschwerdeführers, welche Prof. Dr. med. U._____ auch in seinem Gutachten aufführt, in neurologisch-psychiatrischer Hinsicht als nicht mit dem bei hirnorganischen Störungen zu erwartenden Verhalten übereinstimmend eingestuft werden. Inwiefern die beobachteten Inkonsistenzen auch aus orthopädischer Sicht einer ausführlichen Diskussion bedürft hätten, erschliesst sich dem streitberufenen Gericht nicht. Hinsichtlich des Vorwurfs, es sei nicht abgeklärt worden, ob eine selbstständige, krankheitswerte psychische Störung die Antwortverzerrung erklären könnte, ist zwar anzumerken, dass sich in den älteren medizinischen Akten durchaus psychische (Verdachts-)Diagnosen finden, wie etwa eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung, eine posttraumatische Belastungsstörung bzw. eine Anpassungsstörung (siehe IV-act. 3 S. 3, IV-act. 4 S. 3, IV-act. IV-act.7 S. 1, IV-act. 54, IV-act. 63 S. 4, IV-act. 143 S. 2). Diesen wurde aber – soweit aktenkundig – aus psychiatrischer Sicht damals nicht weiter nachgegangen, wurden doch die hirnstrukturellen Veränderungen nachvollziehbar als im Vordergrund stehend betrachtet. Demnach liegen auch keine zeitnahen fachärztlichen Berichte zu den genannten psychischen Krankheitsbildern vor. Zudem hat der Beschwerdeführer über die vergangenen letzten Jahre nachweislich weder eine neuropsychologische noch eine psychiatrische oder psychotherapeutische Therapie bzw. Behandlung in Anspruch genommen, was im Rahmen einer Standardindikatorenprüfung betreffend die funktionellen Auswirkungen nicht zu

- 47 - vernachlässigende Auswirkungen hätte. Ausserdem handelt es sich beim neurologisch-psychiatrischen Gutachter Prof. Dr. med. U._____, welcher den Beschwerdeführer persönlich untersucht hat, nicht nur um einen Facharzt für Neurologie, sondern auch für Psychiatrie und Psychotherapie. Schliesslich vermag auch die Kritik, wonach den Observationsmaterialien, namentlich infolge der erfolglosen Fahrzeugreparatur, keine Hinweise auf eine kognitive Leistungsfähigkeit entnommen werden könnten, nicht zu überzeugen. Wie bereits dargelegt, ist bereits der anlässlich der Vor- bzw. Sachverhaltsermittlungen durch die Fachstelle BVM festgestellte Umstand, dass der Beschwerdeführer sicher ein Fahrzeug lenken bzw. gezielte Arbeiten daran verrichten kann, nicht mit den von ihm geltend gemachten neurokognitiven Funktionseinschränkungen vereinbar (siehe dazu bereits vorstehende Erwägung 4.4).

E. 4.6

Insgesamt hat die Beschwerdegegnerin somit zu Recht das Vorliegen eines Revisionsgrundes bejaht. Aufgrund der beweismässigen Gutachten von Dr. phil. T._____, Prof. Dr. med. U._____ und Dr. med. V._____ kann auf die beantragte (Rückweisung zur) Einholung eines neuen Gutachtens verzichtet werden, zumal das streitberufene Gericht aufgrund der bereits abgenommenen Beweise seine Überzeugung gebildet hat und annehmen kann, dass diese Überzeugung durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert würde (vgl. BGE 136 I 229 E.5.3, 134 I 140 E.5.3). 5. Der Beschwerdeführer stellt des Weiteren die Verwertbarkeit der gutachterlich attestierten (Rest-)Arbeitsfähigkeit in einer optimal adaptierten Tätigkeit in Abrede. Er sei infolge des gutachterlichen Belastungsprofils in jeglicher körperlichen Tätigkeit erheblich eingeschränkt. Die Beschwerdegegnerin könne nicht aufzeigen, welche (konkreten) Tätigkeiten überhaupt noch zumutbar seien. Zudem blieben die kognitiven Einschränkungen beim Belastungsprofil zu Unrecht vollkommen unberücksichtigt.

- 48 - Der Beschwerdeführer erhob diese Rüge bereits im Einwand vom 4. März 2019 (siehe IV-act. 252 S. 16 f.), woraufhin die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 25. März 2019 betreffend die Einstellung der Invalidenrente entgegnete,

dass dem Beschwerdeführer auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt trotz der Beschränkung auf eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit mit intermittierender stehender, gehender, jedoch überwiegend sitzender Tätigkeit genügend zumutbare Tätigkeiten offen stünden und somit das Invalideneinkommen ohne weitere Abklärungen auf Basis der Tabellenlöhne gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) ermittelt werden könne (siehe Akten des Beschwerdeführers [Bf-act.] 2a S. 7).

E. 5

In der Abschlussbeurteilung vom 4. November 2005 gelangte Dr. med. Q._____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst Ostschweiz (RAD) zum Schluss, dass die anhaltenden Folgen einer Verletzung vorderer Hirnschnitte im Rahmen eines Polytraumas jegliche Erwerbstätigkeit verunmöglichten. Es sei analog zur SUVA zu entscheiden. Daraufhin sprach die IV-Stelle A._____ mit Verfügung vom 17. Februar 2006 bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine ganze Invalidenrente ab dem 1. Oktober 2002 samt Kinderrenten zu. Dabei stützte sie sich auf den Umstand ab, dass ihm weder die angestammte Tätigkeit als Bohrmaschinist noch eine andere Tätigkeit zumutbar sei.

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stellt sich zu Recht auf den Standpunkt, dass der Referenzpunkt für die Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit der hypothetische, ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 und Art. 16 ATSG) ist. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts handelt es sich dabei um einen theoretischen, abstrakten Begriff, der dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von demjenigen der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen. Andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten (siehe BGE 134 V 64 E.4.2.1, 110 V 273 E.4b; Urteile des Bundesgerichts 8C_710/2018 vom 30. Januar 2019 E.7.1 und 8C_458/2018 vom 23. Oktober 2018 E.4.2; ZAK 1991 S. 320 f.). Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeits-

- 49 - marktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (vgl. AHI-Praxis 6/1998 S. 291). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Arbeitsangebote, bei welchen invalide Personen mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt, oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein ausgeschlossen erscheint (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C_143/2019 vom 21. August 2019 E.5.2, 9C_183/2017 vom 30. Oktober 2017 E.4.2 und 9C_253/2017 vom 6. Juli 2017 E.2.2.1 m.H.). Art und Mass dessen, was einem Versicherten an Erwerbstätigkeit noch

zugemutet werden kann, richtet sich nach seinen besonderen persönlichen Verhältnissen einerseits und nach den all- gemein herrschenden Auffassungen andererseits. Für die Beurteilung der Zumutbarkeit ist letztlich insofern eine objektive Betrachtungsweise massgebend, als es nicht auf eine bloss subjektiv ablehnende Bewertung der infrage stehenden Erwerbstätigkeit durch den Versicherten ankommt (MEYER/REICHMUTH, in: STAUFFER/CARDINAUX [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die In- validenversicherung [IVG], 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2014, Art. 28a Rz. 28).

E. 5.2

Im vorliegenden Fall hat einzig der orthopädisch-chirurgische Teilgutachter Diagnosen mit (objektivierbaren) Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen können und ein entsprechendes negatives Belastungsprofil definiert. Danach werden als ungeeignet erachtet: Schwerst- und Schwerarbeiten; ständige mittelschwere Arbeiten; beidhändiges Heben

- 50 - und Tragen von Lasten körperfern über 10 kg ohne technische Hilfsmittel; beidhändiges Heben und Tragen von Lasten körpernah über 15 kg ohne technische Hilfsmittel; repetitive stereotype Bewegungsabläufe; Tätigkeiten mit repetitivem Bücken, Kauern und Hocken; mehr als gelegentliches Arbeiten in Zwangshaltungen; Gehen auf unebenem Gelände; Besteigen von Leitern, Gerüsten und schrägen Ebenen; mehr als gelegentliches Treppensteigen; Tätigkeiten mit länger währender Einnahme nur einer Körperposition; jedwede Akkordarbeit unter Einschluss des linken Ellbogen- und Schultergelenkes; jedwede repetitive kräftigen Haltetätigkeiten der linken Hand; links keine länger währende Tätigkeit über Schulterniveau; Tätigkeit mit mehr als gelegentlichem, kraftvollem Stossen, Zug- und Drehbewegungen, axialem Abstützen, Vibrationen, Schlägen sowie repetitivem, kräftigem Zupacken im Bereich des linken Armes/Schultergelenkes; Tätigkeiten im Freien ohne Schutz vor Kälte, Zugluft, Nässe sowie Tätigkeiten auf regen- und eisglattem Untergrund. Dafür bestehe eine (quantitativ unlimitierte) Arbeitsfähigkeit von 100% bezogen auf ein volles Pensum. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde im bidisziplinären Konsens durch Prof. Dr. med. U. _____ bestätigt (siehe IV-act. 166 S. 119 ff. und 132 f.). Auch wenn die Liste der Schonkriterien lange anmutet, geht daraus im Wesentlichen hervor, dass dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten mit intermittierender stehender, gehender und überwiegend sitzender Körperposition, insbesondere unter Rücksichtnahme auf die linke Schulter und des linken Armes, ganztags zumutbar sind. Insofern ist der Beschwerdegegnerin darin beizupflichten, dass dem Beschwerdeführer auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend Einsatzmöglichkeiten in einer leidensadaptierten Tätigkeit offenstehen. Dem Umstand, dass im kognitiven Bereich Einschränkungen der Leistungsfähigkeit (unbekannten Ausmasses) bestehen könnten, wird im Übrigen bereits dadurch Rechnung getragen, dass zur Ermittlung des

- 51 - Invalideneinkommens auf das Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) abgestellt und unter gesamthafter Würdigung der Umstände ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn von 10 % berücksichtigt wurde (siehe Bf-act. 2a S. 3 und IV-act. 255 S. 21). 6. Der Beschwerdeführer wendet sich schliesslich gegen die ebenfalls am

E. 6

Am 1. Oktober 2010 leitete die IV-Stelle ein Revisionsverfahren ein. Im Revisionsfragebogen vom 25. Oktober 2010 machte A._____ einen stationären Gesundheitszustand geltend. Er benötige Hilfe und Unterstützung

- 6 - beim An-/Auskleiden, der Fortbewegung, im Haushalt sowie im Hinblick auf seine Vergesslichkeit und persönlichen Bedürfnisse. Ausserdem sei er auf eine persönliche Überwachung am Tag und in der Nacht angewiesen. Im Verlaufsbericht vom 10. November 2010 hielt der behandelnde Hausarzt Dr. med. R._____ ebenfalls einen stationären Gesundheitszustand fest. Bei A._____ bestehe eine ausgeprägte motorische Unruhe und Logorrhoe, Stimmungsschwankungen und (wohl in Folge des Frontalhirnsyndroms) eine rasche Erregbarkeit. Diese Symptome seien seit 2006 konstant. Die Aufmerksamkeit sei eingeschränkt. A._____ klagt immer wieder über Schmerzen im Bereich des Nackens, der Wirbelsäule, der linken Ferse und des linken Ellbogens. Ausserdem komme es regelmässig zu Abdominalschmerzepisoden. Im Vordergrund stünden die psychischen Auffälligkeiten und es bestehe ein posttraumatisches chronisches Schmerzsyndrom. Es sei keine Integration in den Arbeitsprozess möglich. Am 17. November 2010 teilte die IV-Stelle A._____ mit, dass bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades keine rentenrelevante Änderung festgestellt worden sei, womit weiterhin ein Anspruch auf die bisherige, ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100% bestehe.

E. 6.1

Unrechtmässig bezogene Leistungen sind grundsätzlich zurückzuerstatten (Art. 25 Abs. 1 Satz 1 ATSG). Wer Leistungen in gutem Glauben empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn eine grosse Härte vorliegt (Art. 25 Abs. 1 Satz 2 ATSG). Der gute Glaube als Erlassvoraussetzung ist nicht schon mit der Unkenntnis des Rechtsmangels gegeben. Der Leistungsempfänger darf sich aber nicht nur keiner böswilligen Absicht, sondern auch keiner groben Nachlässigkeit schuldig gemacht haben. Der gute Glaube entfällt somit von vornherein, wenn die zu Unrecht erfolgte Leistungsausrichtung auf eine arglistige oder grobfahrlässige Melde- oder Auskunftspflichtverletzung zurückzuführen ist. Andererseits schliesst eine nur leichte Fahrlässigkeit der rückerstattungspflichtigen Person die Berufung auf den guten Glauben nicht zwingend aus. Wie in anderen Bereichen beurteilt sich das Mass der erforderlichen Sorgfalt nach einem objektiven Massstab, wobei aber das den Betroffenen in ihrer Subjektivität Mögliche und Zumutbare (Urteilsfähigkeit, Gesundheitszustand, Bildungsgrad usw.) nicht ausgeblendet werden darf (siehe BGE 138 V 218 E.4, 112 V 97 E.2c, 110 V 176 E.3c; Urteile des Bundesgerichts 8C_458/2019 vom 24. September 2019 E.4.1 und 8C_213/2019 vom 13. Juni 2019 E.2.1).

- 52 - Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten erfolgt gemäss Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an. Sie erfolgt rückwirkend ab Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung, wenn der Bezüger die Leistung zu Unrecht erwirkt hat oder der ihm nach Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist, unabhängig davon, ob die Verletzung der Meldepflicht oder die unrechtmässige Erwirkung ein Grund für die Weiterausrichtung der Leistung war (Art. 88bis Abs. 2 lit. b IVV). Gemäss Art. 77 IVV haben der Berechtigte oder sein gesetzlicher Vertreter sowie Behörden oder Dritte, denen die Leistung zukommt, jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung, namentlich eine solche des Gesundheitszustandes, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit, des Zustands der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs, des für den Ansatz der Hilflosenentschädigung und des Assistenzbeitrages massgebenden

Aufenthaltsortes sowie der persönlichen und gegebenenfalls der wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten unverzüglich der IV-Stelle anzuzeigen (vgl. auch Art. 31 Abs. 1 ATSG). Für den Tatbestand der Meldepflichtverletzung ist ein schuldhaftes Fehlverhalten erforderlich, wobei nach ständiger Rechtsprechung bereits eine leichte Fahrlässigkeit genügt (vgl. zum Ganzen BGE 118 V 214 E. 2a; Urteile des Bundesgerichts 9C_221/2018 vom 16. Oktober 2018 E.6.1, 9C_658/2015 vom 9. Mai 2016 E.4.1, 9C_338/2015 vom 12. November 2015 E.2).

E. 6.2

Aus den angefochtenen Verfügungen geht hervor, dass die Beschwerdegegnerin Art. 88bis Abs. 2 lit. b IVV angewendet hat. Dies ist nicht zu beanstanden. Wie im Rahmen der ab August 2016 durchgeführten Ermittlungsmassnahmen seitens der Fachstelle BVM festgestellt werden konnte, war der Beschwerdeführer in der Lage, zahlreiche Aktivitäten ohne wesentliche sichtbare Einschränkungen vorzunehmen. Gegenüber der Fachstelle BVM (am 29. März 2017 und 18. Oktober 2017 [siehe BVM-

- 53 - act. 4 und 14]), den medizinischen Gutachtern (am 16. bzw. 30 Juni sowie 7. Juli 2017 [siehe IV-act. 163 und 166) und im Revisionsfragebogen vom 17. November 2015 (siehe IV-act. 125) gab er hingegen zahlreiche und massive Beschwerden und Einschränkungen an. Obschon der Beschwerdeführer gestützt auf Art. 28 und 43 ATSG zu wahrheitsgetreuen Angaben gegenüber dem Sozialversicherer verpflichtet war (siehe dazu Urteile des Bundesgerichts 9C_338/2015 vom 12. November 2015 E.4.2, 9C_680/2014 vom 15. Mai 2015 E.7.2, je mit Hinweis auf 9C_258/2014 vom 3. September 2014 E.4.4), hat er wiederholt (objektiv) unzutreffende Angaben zu seinem Gesundheitszustand gemacht und sich als schwer eingeschränkt in nahezu allen Lebensbereichen präsentiert. Dieses Verhalten lässt auch in Anbetracht der gutachterlichen Würdigung der Diskrepanzen als bewusstseinsnah einzig den Schluss zu, dass der Beschwerdeführer sehr wohl um die Erheblichkeit der eingetretenen Gesundheitsverbesserung wusste (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 9C_338/2015 vom 12. November 2015 E.4.2 und 8C_349/2015 vom 2. November 2015 E.5). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer namentlich in der Verfügung vom 17. Februar 2006 (siehe IV-act. 72) und der Mitteilung vom 17. November 2010 (siehe IV-act. 101) auf die Meldepflicht hinsichtlich Veränderungen des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit hingewiesen wurde. Zudem war ihm der Bestand von Meldepflichten und das System der Rückforderung von zu Unrecht bezogenen Leistungen bereits aus einem SUVA-Verfahren bekannt (siehe IV-act. 130 f.). Mithin ist eine schuldhafte Meldepflichtverletzung zu bejahen, womit die Invalidenrente zu Recht rückwirkend per 28. Februar 2017 aufgehoben wurde. Ebenso wenig zu beanstanden ist infolgedessen die angeordnete Rückerstattung, welche in masslicher Hinsicht unbestritten geblieben ist. 7. Die angefochtenen Verfügungen vom 25. März 2019 erweisen sich somit als rechters, womit die Beschwerde abzuweisen ist. Gemäss Art. 69

- 54 - Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren – in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG – bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Aufgrund des Ausgangs des vorliegenden Verfahrens sind die Gerichtskosten von Fr. 700.-- grundsätzlich durch den unterliegenden Beschwerdeführer zu tragen. Er hat allerdings um unentgeltlich Prozessführung und

Verbeiständung ersucht.

E. 7

Wie angekündigt, leitete die IV-Stelle per 1. November 2015 eine weitere amtliche Revision ein. Im Revisionsfragebogen vom 17. November 2015 machte A._____ wiederum einen stationären Gesundheitszustand geltend. Er benötige Hilfe im Haushalt und bei den alltäglichen persönlichen Bedürfnissen. Im ärztlichen Zeugnis vom 16. Januar 2015 zu Händen der SUVA hielt Dr. med. R._____ fest, dass sich A._____ ca. zwei bis dreimal pro Jahr im Zusammenhang mit dem Unfallereignis bei ihm melde und primär über Muskelverspannungen, vorwiegend im Bereich des linken Armes sowie des linken Thorax, klagt. Es fänden sich jeweils Triggerpunkte im Bereich der Halswirbelsäule sowie sternocostal und paravertbral im Bereich der Brustwirbelsäule. Neurologische Ausfälle bestünden keine. Zudem wies

- 7 - Dr. med. R._____ mit Verlaufsbericht vom 9. Dezember 2015 einen stationären Gesundheitszustand aus. Auffallend sei weiterhin die ausgeprägte motorische Unruhe und Logorrhoe. Daneben beschrieb Dr. med. R._____ die bekannten somatischen Beschwerden, insbesondere im Bereich des Achsenskeletts, sowie abdominale Schmerzen. Weil die physiotherapeutische Behandlung offenbar keinen grossen Effekt gehabt habe, sei auf die weitere Verschreibung verzichtet worden. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. R._____ ein Hochgeschwindigkeits-trauma nach Lastwagenunfall am 30. Oktober 2001 mit/bei traumatischer Hirnverletzung (frontal links), stumpfem Bauchtrauma, offener Olecranonfraktur links, offener Reposition und Zuggurtenosteosynthese, Halswirbelsäulendistorsion und einer komplexen Fraktur am linken Fuss fest. Eine berufliche Eingliederung erachtete Dr. med. R._____ weiterhin als nicht möglich. Eine Hilfsbedürftigkeit bei alltäglichen Lebensverrichtungen verneinte er hingegen.

E. 7.1

Nach Art. 29 Abs. 3 BV hat jede Person, die nicht über die erforderlichen Mittel verfügt, Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege, wenn ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (vgl. auch Art. 76 Abs. 1 VRG). Soweit es zur Wahrung ihrer Rechte notwendig ist, hat sie ausserdem Anspruch auf einen unentgeltlichen Rechtsbeistand. Art. 61 lit. f ATSG wiederholt das Recht auf unentgeltliche Rechtsverbeiständung explizit (siehe BGE 135 I 1 E.7.1; vgl. auch Art. 76 Abs. 3 VRG).

E. 7.2

Aufgrund der vom Beschwerdeführer gemachten Angaben über seine finanzielle Situation, ist seine Bedürftigkeit als ausgewiesen zu betrachten. Namentlich resultiert aus der Gegenüberstellung der monatlichen Ausgaben gemäss erweitertem betriebsrechtlichen Existenzminimum sowie dem angegebenen Erwerbseinkommen eindeutig ein monatliches Manko zwischen Einnahmen und Aufwendungen. Zudem liegt eine Bestätigung der Wohnsitzgemeinde vom 13. Juni 2019 über den Bezug von wirtschaftlicher Sozialhilfe seit Dezember 2018 vor. Ferner gewährte bereits die Vorinstanz dem Beschwerdeführer in der angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung vom 25. März 2019, gestützt auf einen Leistungsentscheid der Wohnsitzgemeinde zur Gewährung von wirtschaftlicher Sozialhilfe, die unentgeltliche Rechtsvertretung und ging damals ebenfalls von einer Bedürftigkeit aus (siehe Bf-act. 2a S. 8). Massgebende Veränderungen in der finan-

- 55 - ziellen Situation des Beschwerdeführers, welche eine Prozessarmut ausschliessen würden, sind keine ersichtlich. Schliesslich ist vorliegend auch die Notwendigkeit einer fachkundigen Rechtsvertretung zu bejahen und die Sache erschien, in Übereinstimmung mit der Beurteilung der Beschwerdegegnerin für das vorinstanzliche Verfahren, gerade noch nicht aussichtslos. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers machte in ihrer Leistungsaufstellung vom 26. Juni 2019 ein Vertretungsaufwand von 14 Stunden und eine Auslagenpauschale von Fr. 126.-- geltend. Die Bemessung der Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsvertreterin richtet sich nach kantonalem Recht (siehe BGE 131 V 153 E.6.1; Urteile des Bundesgerichts 9C_433/2019 vom 25. März 2020 E.4.1, 9C_378/2016 vom 28. Juni 2016 E.3.1 und 8C_48/2016, 8C_49/2016 vom 15. März 2016 E.4.1.1; KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 61 Rz. 194). Gemäss Art. 76 Abs. 3 VRG bemisst sich die Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsvertretung nach der Anwaltsgesetzgebung. Gemäss Art. 5 Abs. 1 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (HV, BR 310.250) beträgt der Honoraransatz für den berechtigten Aufwand im Rahmen der bewilligten unentgeltlichen Vertretung Fr. 200.-- pro Stunde. Die in der Leistungsaufstellung vom 26. Juni 2019 geltend gemachten 14 Stunden umfassen namentlich 11.3 Stunden für das Aktenstudium und die Erstellung der Beschwerdeschrift sowie weitere 1.5 Stunden für den zukünftigen Aufwand für das Urteilsstudium und die Besprechung des Urteils mit dem Klienten. Für solche zukünftigen Aufwendungen wird praxisgemäss lediglich eine Stunde gewährt (siehe u.a. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden [VGU] S 18 81 vom 18. Februar 2020 E.7.1). Angesichts des bereits sehr ausführlichen Einwandes vom 4. März 2019 (siehe IV-act. 252), in welchem im Wesentlichen dieselben Rügen wie in der der Beschwerde vom 13. Mai 2019 erhoben wurden, erweist sich der geltend gemachte zeitliche Aufwand zzgl. Spesenpauschale im Betrag von Fr. 126.-- als nicht

- 56 - mehr angemessen und ist zu kürzen. Dementsprechend ist die Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsvertreterin pauschal auf Fr. 2'200.-- (inkl. Spesen und MWST) festzusetzen.

E. 7.3

Damit gehen die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 700.-- sowie die Entschädigung im Betrag von Fr. 2'200.-- für Rechtsanwältin MLaw Stephanie C. Elms, in Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung, (vorläufig) zu Lasten der Gerichtskasse.

E. 7.4

Hinzuweisen bleibt auf den Vorbehalt in Art. 77 VRG, wonach die erlassenen Gerichtskosten und die Kosten für die unentgeltliche Rechtsvertretung zu erstatten sind, wenn sich die Einkommens- oder Vermögensverhältnisse des Beschwerdeführers dereinst verbessern sollten. Demnach erkennt das Gericht:

E. 8

In ihrem Bericht vom 23. August 2016 erstellte RAD-Ärztin Dr. med. Q._____ ein Leistungsprofil über Hinweise für körperliche Ressourcen bzw. Einschränkungen von A._____ als Vorbereitung im Hinblick auf eine in Frage kommende Observation. Dabei führte sie aufgrund der Akten aus, dass beim linken Arm ein Streckdefizit von 35° bestehe. A._____ klagt über Schmerzen am gesamten Körper mit Betonung des Kopfes, des Na-

ckens sowie des linken Armes und Beines. Gemäss den aktuellsten Beschreibungen (aus dem Jahre 2003) bestehe ein auffälliges Hinken, weil kein Gewicht auf das linke Bein verlagert werde. Der linke Arm werde nicht gebraucht, sondern in Schonhaltung an den Körper angelegt. Unter Berücksichtigung der Verletzungen sei ein verlangsamtes (und gegebenenfalls hinkendes) Gangbild zu erwarten. Ebenso sei bei der Interaktion mit Dritten ein abnormer Rededrang zu erwarten. Zusammenfassend gelangte Dr. med. Q._____ zum Schluss, dass sich A._____ in allen Bereichen als klagsam präsentiere, seine Beschwerde nur schlecht präzisieren

- 8 - könne und den Unfall als ungerecht empfinde. Es würden neuropsychologische Defizite in wechselndem Ausmass beschrieben, welche zuletzt im Jahr 2004 bei auffälliger Symptomvalidierung hinterfragt worden seien. Die beklagte Vergesslichkeit kontrastiere damit, dass er bei geändertem Ablauf der (neuropsychologischen) Untersuchung (im Februar 2004) die (damalige) Untersucherin darauf hingewiesen habe, dass dies so nicht abgemacht gewesen sei. Dr. med. Q._____ resümierte, dass aufgrund der bildgebend nachgewiesenen Hirnblutungen sowie der dokumentierten Frakturen mit Notwendigkeit operativer Versorgung mit qualitativen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit sowohl aus körperlicher wie auch aus neuropsychologischer Sicht zu rechnen sei. Die geklagten und von den Ärzten geschilderten Einschränkungen überstiegen die erwarteten Einschränkungen aber deutlich. Daher bestünden Hinweise auf deutliche Aggravation, wenn nicht gar Simulation.

E. 9

Gestützt auf die RAD-Beurteilung vom 23. August 2016 tätigte die Fachstelle Bekämpfung Versicherungsmissbrauch (BVM) der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden (SVA) Vorermittlungen vor Ort und hielt die Ergebnisse auf Video bzw. mittels einer Fotodokumentation vom 20. Februar 2017 fest. Demnach konnte A._____ am 9. und 10. Februar 2017 beobachtet werden, wie er an einem auf seinen Namen eingelösten Fahrzeug in teilweise hockender, kniender, sitzender, liegender oder gebückter Haltung und unter Benützung beider Hände Wartungsarbeiten vornahm. Ausserdem konnte bei A._____ nach dem Aussteigen aus dem Fahrzeug ein zügiges Gangbild mit leichtem Schonhinken festgestellt werden. RAD-Arzt W._____ führte gestützt auf die ihm vorgelegten Videoaufnahmen in seiner Beurteilung vom 24. Februar 2017 aus, er habe erhebliche Zweifel daran, dass der vom behandelnden Hausarzt attestierte Gesundheitsschaden in beschriebenem Ausmass vorliege. Es sei davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand im Vergleich zu jenem anlässlich des letzten materiellen (Renten-)Entscheidungserheblich gebessert ha-

- 9 - ben müsse. Im heutigen Zeitpunkt dürften sich weder neuropsychologische Defizite noch körperliche Defizite wesentlich auf die funktionelle Leistungsfähigkeit auswirken. Während im Jahre 2004 anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung noch mittelschwere bis schwere Defizite festgestellt worden seien, erscheine die von A._____ gezeigte Leistungsfähigkeit betreffend Lenkung eines Motorfahrzeuges und Wartung desselben nach der Lebenserfahrung nicht mit solchen Defiziten vereinbar. RAD-Arzt W._____ empfahl eine umfassende Begutachtung in den Fachbereichen Neurologie und Neuropsychologie, Rheumatologie und Orthopädie. Von Seiten der IV-Stelle wurde aufgrund der erheblichen Diskrepanzen zwischen den medizinischen Akten und den aktuellen Erkenntnissen neben einem Versichertengespräch zudem die Erstellung von weiterem Videomaterial zur Dokumentation der tatsächlichen Leistungsfähigkeit als ziel-

führend erachtet. Am 23. März 2017 erfolgte ein Evaluationsgespräch mit A._____. Anlässlich dieser Befragung berichtete er insbesondere über seine Beschwerden sowie funktionellen Einschränkungen und legte seine Einschätzung zu seiner beruflichen Eingliederung dar. Daneben wurden im Rahmen der Abklärung Bewegungsabläufe von A._____ auf Video aufgezeichnet, welche im Bericht vom 18. April 2017 von RAD-Arzt W._____ beurteilt wurden. Am 18. April 2017 beauftragte die Fachstelle BVM die S._____ GmbH mit der Observation von A._____. Sie erstattete ihren Ermittlungs- und Observationsbericht zu der im Zeitraum vom 2. Mai 2017 bis zum 13. Juli 2017 (halb-)tageweise durchgeführten Observation am 17. Juli 2017. Vorgängig bzw. parallel dazu erfolgten seitens der Fachstelle BVM weitere Sachverhaltsermittlungen vor Ort am 29. März, 19. Juni und 7. Juli 2017.

E. 10

Am 18. Mai 2017 beauftragte die IV-Stelle Dr. phil. T._____ mit der neuropsychologischen Abklärung von A._____. Die Untersuchungen wurden am - 10 - 16. und 30. Juni 2017 durchgeführt und das neuropsychologische Gutachten am 1. Juli 2017 erstattet. Ebenfalls am 18. Mai 2017 wurde das IME – Interdisziplinäre Medizinische Expertisen (nachfolgend IME) mit einer bidisziplinären Begutachtung in den Fachbereichen Neurologie und Orthopädie beauftragt. Das neurologische Gutachten vom 10. Juli 2017 wurde von Prof. Dr. med. U._____ verfasst, das orthopädische Gutachten vom 2. August 2017 von Dr. med. V._____. Die bidisziplinäre (konsensuale) Zusammenfassung des orthopädischen und neurologischen Gutachters datiert auf den 11. August 2017 und weist für eine adaptierte Tätigkeit eine (vollzeitliche bzw. quantitative) Arbeitsfähigkeit von 100 % spätestens ab dem 7. Juli 2017 aus. Als adaptierte Tätigkeit wiesen die Gutachter eine leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit mit intermittierender stehender, gehender jedoch überwiegend sitzender Körperposition unter Berücksichtigung verschiedener qualitativer Schonkriterien aus. Das bidisziplinäre IME-Gutachten ging bei der IV-Stelle am 14. August 2017 ein. Am 11. September 2017 nahm RAD-Arzt W._____ zur Frage Stellung, ob insbesondere gestützt auf das bidisziplinäre IME-Gutachten vom 11. August 2017 von einem veränderten Gesundheitszustand auszugehen sei. Dabei gelangte er zum Schluss, dass auf das IME-Gutachten abzustellen sei und in der angestammten Tätigkeit seit Oktober 2001 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe hingegen ab dem Begutachtungsdatum (Juli 2017) eine 100% Arbeitsfähigkeit. Zudem gab er den aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers sowie den fehlenden objektivierbaren Fähigkeitsstörungen anlässlich der neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen entstandenen dringenden Verdacht auf Aggravation wieder. Gleichentags beurteilte RAD-Arzt W._____ die von der S._____ GmbH erhobenen Observationsergebnisse. Dazu hielt er fest, dass die im Umfeld der Begutachtung am 7. Juli 2017 präsentierte Unterstützungsbedürftigkeit bei der Fortbewegung sich an anderen Tagen nicht nachweisen lasse.

- 11 - Ebenso wenig wie das Gehvermögen dürfte das Stehvermögen eingeschränkt sein. Die im Rahmen der orthopädischen Abklärung präsentierten Einschränkungen der Beweglichkeit, namentlich das Hochheben der Arme, lasse sich in unbeobachtet geglaubten Momenten nicht nachweisen. Gemäss den gutachterlichen Feststellungen liege keine neurologische Problematik vor, womit das Bewegungsbild von knöchernen Problemen des Bewegungsapparates bestimmt werde. Zur psychischen Problematik könne festgehalten werden, dass gutachterlicherseits keine (objektiv vorhandene) Symptomatik bemerkt

worden sei. Der Habitus bzw. die verdeutlichende, teils ausladende Gestik von A._____ könne, müsse aber nicht, ein Hinweis auf eine organische Komponente sein, was der Beurteilung durch den neurologischen Gutachter obliege. Im Ergebnis erscheine A._____ als aktiv und selbstbestimmt. Hinweise auf höhergradige Probleme lägen nicht vor, womit auf das IME-Gutachten abgestellt werden könne.

E. 11

Am 18. Oktober 2017 erfolgte eine Befragung von A._____ durch die IV- Stelle bzw. die Fachstelle BVM, worin ihm das rechtliche Gehör zu den bisherigen Abklärungsergebnissen gewährt wurde. Zudem wurde er namentlich mit den im bidisziplinäre IME-Gutachten vom 11. August 2017 festgehaltenen Inkonsistenzen sowie den Observationsergebnissen konfrontiert.

E. 12

Mit Zwischenverfügung vom 25. Oktober 2017 stellte die IV-Stelle die Invalidenrente per sofort vorsorglich ein. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass die bisherigen Abklärungen der Fachstelle BVM ergeben hätten, dass der Anspruch auf die ausgerichteten Rentenleistungen ernsthaft in Frage stehe.

E. 13

Am 26. Oktober 2017 beauftragte die IV-Stelle Dr. phil. T._____ mit einer Gutachtensergänzung unter Würdigung der Abklärungsergebnisse der

- 12 - Fachstelle BVM. Dr. phil. T._____ erstattete seine Gutachtenergänzung am 27. März 2018. Darin gelangte er in der Hauptsache zum Schluss, dass die Observationsergebnisse eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen der anlässlich der neuropsychologischen Testung(en) vom Juni 2017 gezeigten bzw. geklagten neuropsychologischen Funktionstüchtigkeit und den auf den Observationsaufnahmen gezeigten neurokognitiven Fähigkeiten belegten. Diese Differenz sei aus neuropsychologischer Sicht in keiner Weise erklärbar und es sei von nichtmedizinischen Gründen als Erklärung dafür auszugehen. Die Plausibilisierung der Testresultate vom Juni 2017 anhand der Slick-Kriterien führe zum Ergebnis, dass von einer Antwortverzerrung auszugehen sei. Mangels objektivierbarer Probleme sei von einer Nichturteilbarkeit auszugehen. Die IV-Stelle forderte am 12. April 2018 ausserdem auch das IME zu einer Gutachtensergänzung unter Würdigung der Observationsergebnisse der Fachstelle BVM auf. In seinem Ergänzungsgutachten vom 17. November 2018 gelangte Prof. Dr. med. U._____ zum Schluss, dass die im Gutachten getroffene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit bewusstseinsnaher Aggravation durch die Observationsergebnisse ausdrücklich belegt sei.

E. 14

Mit Verfügung vom 26. November 2018 reduzierte die SUVA die ihrerseits zugesprochene Invalidenrente ab dem 18. August 2017 auf 11%.

E. 15

In seiner Abschlussbeurteilung vom 15. Januar 2019 befand RAD-Arzt W._____, dass gemäss dem neurologischen Gutachter keine Erkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe; vielmehr liege eine Aggravation in nennenswertem Umfang vor. Ein neurologischer Gesundheitsschaden bestehe nicht (mehr). Mit Blick auf den orthopädischen Gesundheitsschaden sei auf die vom orthopädischen Gutachter (für eine

adaptierte Tätigkeit) festgehaltenen Limiten abzustellen. Von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes sei mindestens seit Juli 2017 auszugehen. Auf-

- 13 - grund der Observationsergebnisse könne aber auch von einer Verbesserung ab Februar 2017 ausgegangen werden.

E. 16

Mit Vorbescheid vom 29. Januar 2019 stellte die IV-Stelle A._____ die rückwirkende Aufhebung der Invalidenrente per 28. Februar 2017 in Aussicht. Am 4. März 2019 erhob A._____ dagegen Einwand und beantragte in der Hauptsache die Weiterausrichtung der bisherigen Rentenleistungen. Dabei beanstandete er im Wesentlichen die Zulässigkeit der Observation bzw. die Verwertbarkeit der Observationsergebnisse und verneinte das überwiegend wahrscheinliche Vorliegen eines Revisionsgrundes. Zudem stellte er die Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit infolge des eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils in Abrede.

E. 17

Mit Verfügung vom 25. März 2019 hob die IV-Stelle die (ganze) Invalidenrente per 28. Februar 2017 auf. Für den Zeitraum vom 1. März 2017 bis zum 31. Oktober 2017 stellte sie eine Verletzung der Meldepflicht fest, weshalb die für diesen Zeitraum zu Unrecht bezogenen Leistungen zurückzuerstatten seien, worüber separat verfügt werde. Einer allfälligen Beschwerde entzog sie die aufschiebende Wirkung und gewährte für den Zeitraum ab dem 29. Januar 2019 bis zum Erhalt der Verfügung die unentgeltliche Verbeiständung. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, die Observation sei zu Recht vorgenommen worden; die Ergebnisse seien verwertbar. Ein Revisionsgrund sei infolge klarer Aggravation bzw. Simulation gegeben. Zudem sei eine revisionsrechtlich relevante erhebliche Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes ausgewiesen, wobei auch von einer zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenzusprache ausgegangen werden könnte. Ausserdem stellte sich die IV-Stelle auch auf den Standpunkt, aus der Beschreibung des zumutbaren Tätigkeitsprofils gemäss IME-Gutachten gehe klar hervor, dass A._____ auf dem abstrakten, ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend zumutbare Tätigkeiten offen stünden.

- 14 - Mit Verfügung vom gleichen Tag verfügte die IV-Stelle die Rückforderung über den Betrag von Fr. 20'360.--.

E. 18

Mit Beschwerde vom 13. Mai 2019 beantragte A._____ (nachfolgend Beschwerdeführer) die Aufhebung der Verfügungen betreffend Einstellung der Invalidenrente bzw. Rückforderung. Ihm sei rückwirkend ab dem 31. Oktober 2017 weiterhin eine Invalidenrente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Auf die Rückforderung in der Höhe von Fr. 20'360.-- sei zu verzichten. Die IV-Stelle sei zu verpflichten, sämtliches Observationsmaterial aus den Akten zu entfernen. Eventualiter ein Gerichtsgutachten einzuholen bzw. subeventualiter sie die Sache Zwecks Neubegutachtung und neuem Entscheid an die IV-Stelle zurückzuweisen. Zur Begründung brachte er insbesondere vor, dass die Observation zu Unrecht erfolgt sei und das Vorliegen eines Revisionsgrundes unter Ausschluss des entsprechenden Beweismaterials geprüft werden müsse. Es fehle nicht nur an einer genügenden gesetzlichen Grundlage für die Observation, sondern auch an einem hinreichenden Anfangsverdacht für die Anordnung einer solchen; sie erweise sich zudem

als unverhältnismässiger Eingriff in seine Grundrechte. Die eingeholten Gutachten von Dr. phil. T._____, Prof. Dr. med. U._____ und Dr. med. V._____ erfüllten die Anforderungen an ein beweiskräftiges Revisionsgutachten nicht. Ebenso wenig sei eine revisionsrechtlich bedeutsame Veränderung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Dementsprechend bestehe weiterhin ein Anspruch auf die zu Unrecht vorsorglich eingestellte Invalidenrente. Der Beschwerdeführer stellte sich ausserdem auf den Standpunkt, dass infolge des massiv eingeschränkten Belastungsprofils ohnehin die (bestrittene) Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit nicht gegeben sei. Mangels Vorliegens eines unrechtmässigen Leistungsbezuges im Sinne von Art. 25 ATSG entfalle auch die Berechtigung der IV-Stelle zur Rückforderung von ausbezahlten Rentenleistungen.

- 15 -

E. 19

Am 29. Mai 2019 liess sich die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) vernehmen und beantragte die kostenpflichtige Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf die angefochtenen Verfügungen vom 25. März 2019 und verzichtete auf weitere Ausführungen.

E. 20

Am 21. Juni 2019 reichte der Beschwerdeführer auf Aufforderung des Gerichts hin Unterlagen zur beantragten unentgeltlichen Rechtspflege und Verbeiständung ein. Am 26. Juni 2019 legte die Rechtsvertreterin eine Leistungsaufstellung über ihren bisherigen Aufwand im vorliegenden Verfahren ins Recht. Auf die weiteren Vorbringen der Parteien in den Rechtsschriften, die angefochtenen Verfügungen vom 25. März 2019 sowie die weiteren Akten wird, sofern erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen die Verfügungen der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 25. März 2019. Solche Anordnungen, die laut Bundesrecht der Beschwerde an das Versicherungsgericht am Ort der verfügenden IV-Stelle unterliegen, können beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden als das örtlich und sachlich zuständige Versicherungsgericht angefochten werden (vgl. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; BR 370.100] i.V.m. Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] sowie Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Als formeller und materieller Verfügungsadressat ist der Beschwerdeführer von den angefochtenen Verfügungen unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an de-

- 16 - ren Aufhebung oder Änderung. Er ist somit zur Beschwerdeerhebung legitimiert (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 39 Abs. 1 ATSG sowie Art. 61 lit. b ATSG). Darauf ist somit einzutreten. 2. Vorliegend ist streitig, ob die Beschwerdegegnerin die dem Beschwerdeführer seit dem 1. Oktober 2002 ausgerichtete ganze Invalidenrente zu Recht infolge Aggravation/Simulation bzw. eines wesentlich verbesserten Gesundheitszustandes rückwirkend per 28. Februar 2017 revisionsweise aufgehoben hat. Ausserdem ist zu prüfen, ob sie berechtigterweise für den Zeitraum vom 1. März 2017 bis zum 31. Oktober 2017 eine Verletzung der Meldepflicht annahm, welche sie zur Rückforderung von Fr. 20'360.-- berechtigte. Dabei ist namentlich umstritten, ob das von der Beschwerdegegnerin erhobene Observationsmaterial im

Revisionsverfahren verwertet werden darf (siehe nachfolgende Erwägung 3 ff.), ein Revisionsgrund mit hinreichender Sicherheit nachgewiesen ist (siehe nachfolgende Erwägungen 4 ff.) und die (bestrittene) Restarbeitsfähigkeit verwertbar ist (siehe nachfolgende Erwägungen 5 ff.). Schliesslich bestreitet der Beschwerdeführer die Rechtmässigkeit der verfügten Rückforderung im Betrag von Fr. 20'360.-- (siehe Erwägungen 6 ff.). 3. In beweisrechtlicher Hinsicht ist vorgängig zu prüfen, ob die im Rahmen der Observationsmassnahmen seitens der Beschwerdegegnerin erlangten Beweismittel, wie namentlich die Videoaufzeichnungen, im vorliegenden Verfahren verwendet werden dürfen.

E. 24

Februar 2017, 18. April 2017 und 11. September 2017. In letzterem gelangte er zum Schluss, dass beim Gehvermögen des Beschwerdeführers bis zu einer Gehstrecke von ca. einer Stunde keine Einschränkungen bestünden. Trotz leichtem Hinken könne der Weg fortgesetzt werden und es sei keine Hilfestellung durch eine zweite Person erforderlich. Die im Umfeld der Begutachtung am 7. Juli 2017 präsentierte Unterstützungsbedürftigkeit bei der Fortbewegung (Abstützung mit der Hand auf der Schulter der Ehefrau) liesse sich an anderen Tagen nicht nachweisen. Das Stehvermögen dürfte genauso wenig eingeschränkt sein wie das Gehvermögen. Auch die im Rahmen der orthopädischen Abklärung präsentierte Einschränkung der Beweglichkeit, namentlich das Hochheben der Arme, lasse sich in un beobachtet geglaubten Momenten nicht nachweisen. Da gemäss dem neurologischen Gutachter keine entsprechende Problematik vorliege, werde das Bewegungsbild von den knöchernen Problemen des Bewegungsapparates bestimmt. Bezüglich der psychischen Problematik bleibe darauf hinzuweisen, dass gemäss dem (Fach-)Gutachter keine (objektiv vorhandene) psychische Symptomatik zu bemerken sei. Der Habitus bzw. die vom Beschwerdeführer gezeigte verdeutlichende, teils ausladende Gestik könne – müsse aber nicht – ein Hinweis auf eine organische Komponente sein. Dazu bemerkte Prof. Dr. med. U._____, dass die entsprechenden, auch von ihm festgestellten Inkonsistenzen nicht als krankheitsimmanent einzustufen seien, sondern als bewusstseinsnah zu interpretieren seien (siehe IV-act. 166 S. 58 ff.). RAD-Arzt W.____ gelangte letztlich zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aktiv und selbstbestimmt erscheine und keine Hinweise auf höhergradige Probleme vorlägen. Auf das eingeholte (bidizinäre) Gutachten könne abgestellt werden (siehe BVM-act. 10).

- 37 -

E. 25

März 2019 verfügte Rückforderung von ausbezahlten Rentenleistungen im Betrag von Fr. 20'360.-- (siehe Bf-act. 2b). Dazu führt er aus, dass kein Tatbestand von Art. 25 ATSG vorliege und er, wie in der Beschwerde aufgezeigt, keine Leistungen zu Unrecht bezogen habe. Vielmehr habe die Beschwerdegegnerin die ihm zustehenden Rentenleistungen mit der vorsorglichen Renteneinstellung per 31. Oktober 2017 vorenthalten.

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