

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/141 vom 29. Juni 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-06-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_141](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_141)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/141 du 29 juin 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/141 del 29 giugno 2020

## **Regeste**

Art. 17 ATSG: Einstellung einer Rente gestützt auf eine verwertbare Observation und ein beweiskräftiges Gutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Juni 2020, IV 2018/141).

## **Volltext**

Entscheid vom 29. Juni 2020 Besetzung Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2018/141 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Einstellung) Sachverhalt A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Versicherter) meldete sich am 11. Dezember 2000 wegen Folgen eines Verkehrsunfalls bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Beim erwähnten Unfall vom 16./17. November 1999 hatte der Versicherte am linken Bein eine laterale Schenkelhalsfraktur, eine offene Femurschaftfraktur, eine Tibiakopffraktur lateral sowie eine Weber A-Fraktur erlitten. Diese waren am 17., 22. und 24. November 1999 (nach Auftreten eines Logensyndroms am Unterschenkel) operativ und mit einem Unterschenkelgips versorgt worden (Bericht Regionalspital B.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 1999, IV-act. 10-77 f.; Unfallmeldung UVG vom 20. November 1999, IV-act. 10-79; Operationsberichte vom 3. Februar 2000, IV-act. 10-62 ff.). Auf Empfehlung des Kreisarztes der SUVA (Bericht vom 26. Juli 2000, IV-act. 10-54 f.) war der Versicherte vom 9. August bis 13. September 2000 in der Rehaklinik Bellikon therapiert worden. Dort war berichtet worden, er zeige ein deutlich depressives Zustandsbild und beklage starke belastungsabhängige Schmerzen an den Frakturstellen. Das angestrebte stockfreie Gehen sei zu keinem Zeitpunkt realistisch gewesen (Austrittsbericht vom 30. Oktober 2000, IV-act. 10-45 ff.). Vom 28. Februar bis 21. März 2001 war der Versicherte erneut stationär in der Rehaklinik Bellikon. Es wurde festgehalten, die depressive Verstimmung habe sich deutlich gebessert und entspreche nicht mehr dem Grad einer Major Depression. Es sei nicht gelungen, mit dem Versicherten einen physiotherapeutischen Zugang zu erarbeiten bzw. ihn zur Belastung des linken Beins zu bringen. Der Versicherte habe erstmals eine Art Flashbacks angegeben. Es bestünden ein maladaptiver Umgang mit den beklagten Schmerzen und eindrucksmässig eine Symptomausweitung (Austrittsbericht vom 25. April 2001, IV-act. 10-14 ff.). Im Auftrag der IV wurde der Versicherte durch die MEDAS Kantonsspital Basel interdisziplinär begutachtet (Gutachten vom 28. Januar 2002; Dr. med. C.\_\_\_\_, Innere Medizin, Dr. med. D.\_\_\_\_, Rheumatologie; Dr. med. E.\_\_\_\_, Psychiatrie; IV-act. 27). Die Gutachter diagnostizierten eine Periarthropia coxae links, eine Periarthropia genu links, ein thorakoverbrales bis intermittierend thorakospondylogenes

Syndrom bei chronischer Fehlhaltung und Dekonditionierung sowie eine depressive Störung, gegenwärtig leichten Grades mit somatischem Syndrom und erhoben den Verdacht auf eine Symptomausweitung (IV-act. 27-11). Sie attestierten interdisziplinär im angestammten Beruf als Heizungsmonteur keine Arbeitsfähigkeit und in einer angepassten Tätigkeit eine solche von 70 % (IV-act. 27-12 f.). Im Auftrag der SUVA wurde der Versicherte an der Klinik F.\_\_\_\_ orthopädisch (Gutachten Dr. med. G.\_\_\_\_, Dr. med. H.\_\_\_\_, vom 27. August 2002; IV-act. 36-2 ff.) und neurologisch (Teilgutachten Dr. med. I.\_\_\_\_ und Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2002, IV-act. 36-16 ff.) abgeklärt. Die orthopädischen Gutachter äusserten den Verdacht auf eine partielle Insuffizienz des ventralen Anteils des Glutaeus medius und auf eine reaktive Schmerzverarbeitungsstörung (IV-act. 36-12). Das klinische Bild korrelierte mit dem Röntgenbefund. Insgesamt stimmten aber die Schmerzmanifestationen und vor allem die Entlastung der gesamten unteren Extremität nicht mit der Schwere der Restbeschwerden überein. Für Tätigkeiten in sitzender Position sei der Versicherte zu 60 % bis 70 % arbeitsfähig (IV-act. 36-13, 24). Die neurologischen Gutachter fanden keine Anhaltspunkte für eine post-traumatische neurologische Läsion (IV-act. 36-22). Die Unfähigkeit, das linke Bein zu belasten, sei nicht nachvollziehbar (IV-act. 36-23). Es sei eine psychiatrische Begutachtung notwendig (IV-act. 36-24). Diese wurde im Auftrag der SUVA durch Dr. med. K.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Gutachten vom 19. März 2003, IV-act. 34), durchgeführt. Der Gutachter diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Dies sei die primäre Störung, welche das depressive Zustandsbild ausgelöst habe (IV-act. 34-11). Für einfache Montagearbeiten oder Ähnliches sei der Versicherte zunächst grundsätzlich zu 50 % einsetzbar. Vermutlich könne diese Arbeitsfähigkeit noch gesteigert werden (IV-act. 34-13). Dr. med. L.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 17. Juni 2003 zuhanden der SUVA, der Versicherte stehe seit 5. Mai 2001 in seiner Behandlung, nachdem in der Klinik Bellikon ein deutlich depressives Zustandsbild diagnostiziert worden sei. Er diagnostiziere eine depressive Störung mit Angstsymptomen nach einer Körperverletzung (Autounfall vom 16. November 1999) auf dem Boden einer ängstlich-depressiven Persönlichkeit. Der Zustand habe sich chronifiziert, einen invalidisierenden Verlauf genommen. Aktuell sei der Versicherte nicht im Stande, seine frühere oder eine andere Tätigkeit auszuüben (IV-act. 38). Die Berufsberatung hielt am 9. Oktober 2003 fest, berufliche Massnahmen erübrigten sich zur Zeit (IV-act. 47). In der Folge sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab 1. November 2000 eine ganze Rente zu (Mitteilung vom 11. Dezember 2003, IV-act. 52; Verfügung vom 27. April 2004, IV-act. 60). In einem am 12. Januar 2006 eingeleiteten Revisionsverfahren gab der Beschwerdeführer an, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, das Bein schmerze stärker (IV-act. 64). Gestützt auf Berichte von Dr. med. J.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, vom 1. März 2006 (IV-act. 68) und von Dr. L.\_\_\_\_ vom 6. Juni 2006 (IV-act. 73), welche einen stationären Gesundheitszustand bei fehlender erwerblich verwertbarer Arbeitsfähigkeit bescheinigten, schloss die IV-Stelle das Verfahren am 10. November 2006 mit der Mitteilung ab, es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (IV-act. 78). Anlässlich der nächsten Revision gab der Versicherte am 3. Mai 2013 an, er mache kürzere Spaziergänge, habe "normalen" Kontakt zu Freunden und Verwandten, sei in keinem Verein oder Club Mitglied, benutze den öffentlichen Verkehr und fahre Auto. Den Einkauf mache die Ehefrau. In den letzten drei Jahren habe er sich ca. sechsmal für eine bis zwei Wochen im Ausland aufgehalten. Er könnte sich vorstellen und wäre motiviert, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen, wisse aber nicht, welche (IV-act. 87).

Dr. J. \_\_\_ attestierte im Verlaufsbericht vom 18. Juni 2013 in einer Tätigkeit in einem warmen, trockenen, geschützten Raum und ohne Kraftanstrengung eine Arbeitsfähigkeit von ca. 20 % (IV-act. 92). Dr. L. \_\_\_ hielt im Verlaufsbericht vom 22. August 2013 als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.11), einen Zustand nach einem schweren Autounfall am 16. November 1999 mit intensiven körperlichen Beschwerden sowie eine ängstliche Persönlichkeitsstörung fest. Seit 28. Januar 2012 seien zehn Konsultationen erfolgt (Daten aufgezählt). Die rezidivierende, zum Teil chronifizierte depressive Störung werde von intensiven, therapieresistenten körperlichen Beschwerden begleitet. Daher sei der Versicherte nicht im Stande, seine bisherige oder eine andere Tätigkeit auszuüben (IV-act. 95). RAD-Arzt Dr. med. M. \_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, nahm am 10. September 2013 Stellung: Eine relevante Änderung im Vergleich zum massgeblichen Vorzustand sei nicht eingetreten. Ein medizinischer Revisionsgrund liege nicht vor (IV-act. 96-3). Der IV-Stelle ging am 18. September 2013 ein anonymes Hinweis zu. Der Hinweisgeber kenne den Versicherten schon seit Jahren und habe ihn noch nie an Krücken oder einem Stock gehen sehen. Eine Gehbehinderung sei nie aufgefallen. Der Versicherte halte sich oft im Deutschen Raum oder in N. \_\_\_ auf und lege die Reisen dorthin im PW zurück. Auch sei er oft in einer bestimmten Autogarage und einem N. \_\_\_-ischen Vereinslokal anzutreffen (IV-act. 97 f.). Nach Einholung einer Stellungnahme von IV-Ärztin Dr. med. O. \_\_\_, Fachärztin für Neurologie, vom 8. Januar 2014 (IV-act. 100) erteilte die IV-Stelle am 13. Januar 2014 den Auftrag zur Observation des Versicherten (IV-act. 103). Dieser und der auf ihn eingelöste PW konnten am 27. und 28. Januar 2014 nicht festgestellt werden. Am 29. Januar 2014 konnte er vormittags bei einer kurzen Autofahrt beobachtet und nachmittags gesehen werden, wie er sich leicht hinkend ohne Gehhilfe zur ca. 400 m von seiner Wohnung entfernt gelegenen Bäckerei begab. Am 4. Februar 2014 fuhr der Versicherte mit dem PW zum Bahnhof, wo er einen Kollegen abholte und sich mit diesem während ca. 20 Minuten in einer Bar aufhielt. Zurückgekehrt unterhielt er sich mit einem weiteren Bekannten und begab sich danach nach Hause. Am 14. Februar 2014 konnte der Versicherte observiert werden, wie er sich durch eine Drittperson ins P. \_\_\_ zum Geldabheben chauffieren liess. Am 19. Februar 2014 und am 21. März 2014 konnte der Versicherte nicht direkt wahrgenommen werden (Ermittlungsbericht vom 25. April 2014, IV-act. 104-4 ff.). Am 16. Juni 2014 wurde er zum Kaffeetrinken abgeholt und liess sich auf dem Heimweg bei einer Bäckerei absetzen. Am 17. Juni 2014 kehrte er um ca. 10:40 zu Fuss und sichtbar hinkend nach Hause zurück. Am Mittag fuhr er als Beifahrer seiner Ehefrau weg (wohl zum Termin bei der SVA, vgl. IV-act. 111; Ermittlungsbericht vom 15. August 2014, IV-act. 113-2 ff.). Der Versicherte beantwortete am 26. Mai 2014 Fragen der IV-Stelle zu seinem Gesundheitszustand (IV-act. 108). Im "Standortgespräch" vom 17. Juni 2014 schilderte er im Wesentlichen, er könne sich ausserhalb der Wohnung nur ganz langsam fortbewegen und in der Nähe seiner Wohnung einen Kaffee trinken oder ein Gipfeli kaufen gehen. Manchmal treffe er seinen Bruder, viele Kontakte habe er nicht. Dass er am 26. Mai 2014 angegeben habe, "normale" Kontakte zu haben, beruhe auf einem Missverständnis der Frage. Er könne sein linkes Bein nur sehr langsam biegen und strecken, es schmerze stark und sei geschwollen. Die Gehhilfe brauche er jeden Tag. Manchmal versuche er, einige Schritte ohne Krücken zu gehen (IV-act. 111-3 ff.). Nach Eröffnung der Observation führte er auf entsprechende Fragen aus, die Q. \_\_\_ kenne er, habe aber dort nie gearbeitet. Er fahre nicht alleine nach Deutschland oder R. \_\_\_. Im Lokal des N. \_\_\_-ischen Vereins sei er nicht

oft, lediglich wenn er "etwas brauche". Er leide effektiv an den beklagten Schmerzen. Diese seien aber nicht sichtbar und würden nicht ausschliessen, dass er bei Gelegenheit auch einmal B.\_\_\_\_ könne und versuche, etwas positiv zu denken (IV-act. 111-36 ff.). Dr. O.\_\_\_\_ nahm am 3. Oktober 2014 - anknüpfend an eine frühere Einschätzung vom 7. Mai 2014 (IV-act. 107) - Stellung, nach wie vor stünden die Erkenntnisse aus dem Observationsmaterial mit den früheren gutachterlichen Einschätzungen im Einklang und liessen sich gut mit einer leichtgradig ausgeprägten Depression vereinbaren. Aus medizinischer Sicht sei eine bidisziplinäre Begutachtung zur Beurteilung des aktuellen gesundheitlichen Zustandes indiziert (IV-act. 115). Dr. L.\_\_\_\_ berichtete am 27. Januar 2015, der Versicherte leide nach wie vor unter einer rezidivierenden depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10: F33.11/33.2), einer Panikstörung (ICD-10: F41.0) und einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6). Es handle sich um eine schwere psychische Störung. Durch die bisherige Therapie sei es zu keiner Besserung des Zustandes gekommen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 137-14 f.). Die Gutachter des S.\_\_\_\_ (Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH; Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Gutachten vom 18. August 2015, IV-act. 126; orthopädisches Teilgutachten vom 11. März 2015, IV-act. 127; Untersuchungen 3. und 19. Februar 2015) stellten aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 126-18). Der orthopädische Gutachter stellte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Zustand nach Schenkelhals- und Femurschaftfraktur und nach lateraler Tibiakopfscherfraktur mit proximaler Fibulafraktur links (IV-act. 127-16). Aufgrund der gut ausgebildeten Muskulatur und der guten Ausheilung der Frakturen bestehe bei einer leichten Präarthrose am linken Hüftgelenk in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (IV-act. 127-18 f.). Andere dem Funktionsdefizit angepasste Tätigkeiten ohne längeres Laufen und ohne schweres Heben könne der Versicherte mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % ausüben (IV-act. 127-23). Dr. O.\_\_\_\_ nahm am 16. Oktober 2015 Stellung: Auf das Gutachten könne vollumfänglich abgestellt werden (IV-act. 128). Mit Vorbescheid vom 9. November 2015 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur beabsichtigten Einstellung seiner Rente. Es sei davon auszugehen, dass seit der Rentenzusprache (Verfügung vom 27. April 2004) spätestens bis zum Beginn der Observation im Januar 2014 eine Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten sei (IV-act. 130). Der Versicherte erhob am 9. Dezember 2015 dagegen Einwand (IV-act. 137-1 ff.) und reichte einen Bericht von Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 2. Dezember 2015 ein. Darin wurde festgehalten, der Versicherte beklage seit dem Unfall bestehende ständige Schmerzen am ganzen linken Bein sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Diese seien mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Folge der erlittenen Commotio cerebri. Eine neuropsychologische Untersuchung sollte möglichst bald durchgeführt werden. Die Beschwerden im linken Bein seien Folge der erlittenen Frakturen, mit teilweiser Defektheilung. Nach seiner Ansicht sei dem Versicherten eine Erwerbstätigkeit in keiner Form zumutbar (IV-act. 137-11 f.). Sodann bestätigten W.\_\_\_\_ und X.\_\_\_\_, am 6. bzw. 7. Dezember 2015, dass der Versicherte unter den Folgen des Unfalles leide, äussere, sein Leben sei nicht mehr lebenswert, und dass sie ihn ab und zu zu einem Spaziergang oder um etwas zu trinken abholten (IV-act. 147 f.). Am 18. Dezember 2015 wurden verschiedene bildgebende Untersuchungen durchgeführt. Diese ergaben im Wesentlichen unauffällige Befunde hinsichtlich der Gelenke und knöchernen Strukturen bei Befunden an Sehnen und Bändern (Bericht MR Rückfuss links

vom 18. Dezember 2015, IV-act. 167-4 f.; Bericht Skelettszintigraphie / CT Knie und Fuss links vom 22. Dezember 2015, IV-act. 146). Dr. med. Y.\_\_\_\_, Innere Medizin/Rheumatologie FMH, hielt in seinem Bericht vom 29. Dezember 2015 fest, beim Versicherten bestünden weiterhin starke Beschwerden und Einschränkungen der linken Unterextremität. Trotz heimischen Trainings sei er weiterhin nicht in der Lage, eine Strecke von mehr als 100 m ohne Stock zu gehen. Die Beschwerden liessen sich radiologisch durch posttraumatische Läsionen im Bereich des Fusses (MRI vom 18. Dezember 2015) und des Knies (CT vom 18. Dezember 2015) erklären. Unklar bleibe die Einschränkung der Hüftgelenk-Beweglichkeit (Blockierung) mit Begleitschmerzen. Angesichts dieser Beschwerden bestehe eine deutliche Verminderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-act. 139). Dr. med. Z.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für orthopädische Chirurgie, führte am 11. Januar 2016 aus, die im SPECT vom 18. Dezember 2015 noch sichtbaren Knochenveränderungen erklärten teilweise die angegebenen Beschwerden, aber nicht hinreichend, warum an einem Stock entlastet werden müsse. Eine angepasste, wahlweise sitzend oder stehend zu verrichtende Arbeit sei aus orthopädischer Sicht mindestens halbtags zuzumuten (IV-act. 141). Dr. O.\_\_\_\_ nahm am 15. und 26. Januar 2016 ausführlich Stellung. Sie legte insbesondere dar, dass die Beurteilungen der behandelnden Ärzte ohne Kenntnis der vollständigen Akten (bzw. des Observationsmaterials) erfolgt seien und wesentlich auf subjektiven Aussagen des Versicherten beruhten. Dadurch seien die Abweichungen von den gutachterlichen Einschätzungen bedingt (IV-act. 142). Gestützt auf diese Aktenlage verfügte die IV-Stelle am 27. Januar 2016 die Einstellung der IV-Rente des Versicherten (IV-act. 143). Mit Beschwerde vom 26. Februar 2016 (IV-act. 151-2 ff.) reichte der Versicherte unter anderem einen Überweisungsbericht von Dr. L.\_\_\_\_ an die psychiatrische Klinik Ba.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2016 (IV-act. 154-3 f.) sowie einen weiteren Bericht von Dr. med. Y.\_\_\_\_, Innere Medizin/Rheumatologie FMH, vom 7. Februar 2016 (IV-act. 154-8 ff.) ein, wonach gemäss Arthro-MRI vom 22. Januar 2016 am linken Hüftgelenk unter anderem eine Offsetstörung und ein Einriss in der Basis des anterioren Labrums zu sehen seien. Seine Beschwerden seien damit nicht nur klinisch, sondern auch bildgebend objektivierbar. Dr. O.\_\_\_\_ nahm am 24. Mai 2016 erneut ausführlich Stellung und empfahl, die Resultate der durchgeführten Zusatzuntersuchungen dem orthopädischen Gutachter zur Stellungnahme vorzulegen (IV-act. 156). Daraufhin widerrief die IV-Stelle am 25. Mai 2016 die Verfügung vom 27. Januar 2016 (IV-act. 158) und das Versicherungsgericht schrieb das hängige Verfahren (IV 2016/68) am 2. Juni 2016 ab (IV-act. 159). Die Rente wurde dem Versicherten wieder ausgerichtet (IV-act. 161 f.). Die IV-Stelle liess der Gutachterstelle am 17. Januar 2017 die aktuellen Akten samt ergänzenden Fragen zukommen (IV-act. 172). Der orthopädische Gutachter Dr. T.\_\_\_\_ nahm am 18. April 2017 zusammenfassend Stellung, aus den neuen Untersuchungen ergebe sich kein Hinweis auf eine Verschlimmerung hinsichtlich des linken Beins. In Bezug auf Diagnose und Arbeitsfähigkeitsschätzung seien gegenüber dem Gutachten keine Änderungen anzubringen (IV-act. 175-2 ff.). Daraufhin kündigte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 8. Februar 2018 erneut die Einstellung seiner Rente an (IV-act. 181), wogegen dieser am 9. März 2018 wiederum Einwand erhob. Er legte insbesondere dar, dass Dr. T.\_\_\_\_ als befangen anzusehen sei und dass bzw. weshalb auf seine Stellungnahme nicht abzustellen sei (IV-act. 189-1 ff.). Mit Verfügung vom 22. März 2018 stellte die IV-Stelle die Rente des Versicherten auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats ein und entzog einer Beschwerde die aufschiebende Wirkung. Sowohl Dr. O.\_\_\_\_ als auch der Gutachter Dr. T.\_\_\_\_ hätten sich zu den eingereichten Berichten

geäussert und sähen keinen Anlass, von der bisherigen Beurteilung abzuweichen. Der Einwand setze sich mit diesen Stellungnahmen nicht substantiiert auseinander. Es bestehe kein Anhalt für eine wesentliche Änderung (des Gesundheitszustandes) seit der Begutachtung. Im Einwand würden keine neuen Fakten geltend gemacht, welche an der bisherigen Begutachtung etwas zu ändern vermöchten. Eine erneute Begutachtung sei nicht notwendig (IV-act. 191). Mit Beschwerde vom 23. April 2018 beantragt der Versicherte (im Folgenden: Beschwerdeführer), die Verfügung vom 22. März 2018 sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass er weiterhin Anspruch auf eine ganze IV-Rente habe. Die Sache sei zu weiterer Abklärung an die IV-Stelle (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Der Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen. Die im Jahr 2013 erfolgte anonyme Anzeige sei offenbar ein Racheakt einer Person, welcher er kein Geld habe leihen wollen. Die Observation sei gemäss Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte nicht zulässig. Sie habe in keiner Weise bewiesen, dass er arbeitsfähig sei. Das Gutachten von Dr. U. \_\_\_ und Dr. T. \_\_\_ sei versicherungsfreundlich. Der behandelnde Psychiater und die behandelnden Ärzte der psychiatrischen Klinik Ba. \_\_\_ hätten vollumfänglich widerlegt, dass seine psychischen Beschwerden gänzlich remittiert seien. Die Beschwerdegegnerin habe ihre Verfügung vom 27. Januar 2016 widerrufen, woraus sich ergebe, dass auf das Gutachten nicht abgestellt werden könne. Seit der Begutachtung vor zwei Jahren habe sich sein Gesundheitszustand insbesondere in psychischer Hinsicht erheblich verschlechtert. Gemäss Berichten seiner behandelnden Ärztin leide er an stark einschränkenden Folgen des Unfalls und sei nicht arbeitsfähig. Aufgrund der Verschlechterung seines psychischen Zustandes habe er während zwei Monaten stationär behandelt werden müssen. Dabei sei festgestellt worden, dass er an einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer mittelgradigen depressiven Episode leide. Dies beweise, dass die Beurteilung durch Dr. U. \_\_\_ unzutreffend sei. Statt auf die kurze Stellungnahme des orthopädischen Gutachters vom 18. April 2017 abzustellen, hätte die Beschwerdegegnerin seinen Gesundheitszustand auch neurologisch und rheumatologisch abklären müssen. Die Beschwerdegegnerin habe die Verschlechterung seines Gesundheitszustandes seit 2014 und seine neurologischen und rheumatologischen Beschwerden ignoriert, vorbefangene Gutachter engagiert und einen Entscheid erlassen, der offensichtlich unrichtig sei und seine Existenz bedrohe (act. G 1). Am 16. August 2018 reicht der Beschwerdeführer den Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik Ba. \_\_\_ vom 9. Juli 2018 über eine weitere stationäre Therapie vom 15. Mai bis 11. Juni 2018 ein (act. G 6; act. G 6.1). Mit Beschwerdeantwort vom 16. August 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Für die Observation habe ein hinreichender Anfangsverdacht bestanden. Der Eingriff in die privaten Verhältnisse sei relativ bescheiden gewesen. Daher seien die Observationsergebnisse verwertbar. Dass die Gutachter keine weitere Untersuchung durchgeführt hätten, schade nicht, zumal es sich nicht um eine Verlaufsbeurteilung handle. Die meisten der eingereichten Berichte seien bei Erlass der angefochtenen Verfügung bekannt gewesen und sorgfältig geprüft worden. Dr. Z. \_\_\_ hätten bei seiner Stellungnahme vom 16. März 2018 weder das Gutachten noch die IV-Akten vorgelegen. Dr. U. \_\_\_ habe einlässlich begründet, warum nicht auf die Beurteilungen von Dr. L. \_\_\_ abgestellt werden könne. Aus formeller Sicht sei bei Dr. L. \_\_\_ überdies in einem hohen Masse von einer Befangenheit auszugehen. Die Darstellung einer (psychischen) Verschlechterung sei in erster Linie als Reaktion auf die Verfügungen vom 27. Januar 2016 bzw. vom 22. März 2018 zu sehen. Die vermehrte Inanspruchnahme von Therapien sei auch Ausdruck des Bemühens, das behauptete Leiden zu belegen (act. G 7).

Mit Replik vom 6. September 2018 bringt der Beschwerdeführer vor, die Beschwerdegegnerin habe die Verfügung vom 27. Januar 2016 widerrufen, weil sie das Gutachten für ungenügend und weitere Abklärungen für notwendig erachtet habe. Diese habe sie nicht vorgenommen, sondern lediglich eine Stellungnahme von Dr. T. \_\_\_ eingeholt. Dessen Behauptung, dass er an keinen somatischen Unfallfolgen leide, sei unbegründet. Sodann habe er sich nicht zum Bericht von Dr. V. \_\_\_ vom 2. Dezember 2015 geäußert, wonach er in Folge des Unfalls zu 100 % arbeitsunfähig sei. Die Behauptung der Beschwerdegegnerin, dass er an keinen psychischen Beschwerden leide und die geltend gemachte Verschlechterung der Rentenaufhebung zuzuschreiben sei, sei zynisch und unbegründet. Seit dem Unfall stehe er in psychiatrischer Behandlung bei Dr. L. \_\_\_. Diese habe ihm geholfen, psychisch nicht total zu verfallen oder einen Suizid zu begehen. Die Berichte der psychiatrischen Klinik Ba. \_\_\_ bestätigten, dass er permanent an einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode mit psychotischem Syndrom und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren leide und nicht arbeitsfähig sei. Eine erhebliche Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes, wie sie für eine Rentenaufhebung ausreichend bewiesen sein müsse, liege nicht vor (act. G 9). Mit Duplik vom 10. Oktober 2018 macht die Beschwerdegegnerin geltend, Dr. O. \_\_\_ habe sich am 24. Mai 2016 einlässlich zu den vom Beschwerdeführer als von Dr. T. \_\_\_ nicht berücksichtigt gerügten Berichten geäußert. Darauf habe Dr. T. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 18. April 2017 einleitend Bezug genommen und ausdrücklich verwiesen. Dass er auf Wiederholungen verzichtet habe, sei nicht zu bemängeln. In der Klinik Ba. \_\_\_ seien wenige objektive Befunde erhoben worden, wobei Widersprüche erkennbar seien. Es sei wenig plausibel, dass bei einem affektarmen Patienten der affektive Rapport gut herstellbar sei. Perspektiven- und Hoffnungslosigkeit sowie Klagsamkeit seien primär subjektive Befunde, die überdies als Teil einer zwar nachvollziehbaren, IV-rechtlich aber irrelevanten Reaktion auf die Renteneinstellung zu sehen seien. Schliesslich seien die wenig dramatischen Befunde mit der Diagnose einer schweren Depression nicht vereinbar, zumal typische Symptome wie beispielsweise eine Antriebsstörung nicht beschrieben würden. Der Beschwerdeführer könne deshalb aus diesem Bericht nichts zu seinen Gunsten ableiten (act. G 11). Mit Entscheid vom 22. Oktober 2018 weist das Versicherungsgericht das beschwerdeführerische Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab (act. G 12). Der Beschwerdeführer reicht am 16. November 2018 einen Bericht von Dr. L. \_\_\_ vom 6. November 2018 (act. G 14; act. G 14.1), am 26. September 2019 einen Bericht von Dr. V. \_\_\_ vom 18. September 2019 (act. G 16; act. G 16.1) und am 9. Oktober 2019 einen Bericht von Dr. Z. \_\_\_ vom 7. Oktober 2019 (act. G 18; act. G 18.1) zu den Akten. Erwägungen Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] und Art. 2 ATSG). Anlass zur Anpassung der Rente gibt jede tatsächliche Änderung, die sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Anspruchs (ein Viertel, ein Zweitel, drei Viertel, ganze Rente; Art. 28 Abs. 2 IVG) auswirkt (BGE 134 V 132 E. 3). Ein Revisionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 548 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand (vgl. Urteil 9C\_896/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.1, in: SVR 2012 IV Nr. 36 S. 140; Urteil 9C\_410/2015 vom 13. November 2015 E. 2). Dabei ist nicht die

Diagnose massgebend, sondern es kommt auf die Auswirkungen der Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit an, wobei in diesem Zusammenhang in erster Linie dem Befund und dem Schweregrad der Symptomatik besondere Bedeutung zukommt (vgl. Urteil 9C\_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1 mit Hinweisen; BGE 136 V 281 E. 3.2.1). Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Bei gegebenem Revisionsgrund ist der Rentenanspruch gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung umfassend neu zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 und E. 6.1; Urteil vom 5. Dezember 2012, 9C\_427/2012, E. 3.4). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bildet das Gutachten des S.\_\_\_\_ vom 2. Oktober 2015 (IV-act. 126 f.) samt Ergänzung des orthopädischen Gutachters vom 18. April 2017 (IV-act. 175-2 ff.). Der psychiatrische Gutachter hob die Inkonsistenz zwischen den präsentierten und den observierten Defiziten ausdrücklich hervor (IV-act. 126-17, 21), so dass vorab die Verwertbarkeit der Observationsergebnisse zu prüfen ist. Zur Verwertbarkeit von ohne genügend bestimmte gesetzliche Grundlage erhobenem Observationsmaterial hielt das Bundesgericht in einem Leitentscheid vom 14. Juli 2017 mit Blick auf das Urteil 61838/10 des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) vom 18. Oktober 2016 (endgültig am 18. Januar 2017) fest, diese sei in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren grundsätzlich

zulässig, es sei denn, bei einer Abwägung der tangierten öffentlichen und privaten Interessen überwogen letztere. Videoaufnahmen, die im Rahmen einer unrechtmässigen Observation erhoben worden seien, seien verwertbar, solange Handlungen der versicherten Person aufgezeichnet würden, die sie aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung gemacht habe, und ihr keine Falle gestellt worden sei. Ein Verwertungsverbot gelte betreffend Handlungen im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum (BGE 143 I 385 ff. E. 5; Urteile des Bundesgerichts vom 15. Mai 2019, 8C\_837/2018, E. 5.1, vom 22. Oktober 2018, 9C\_908/2017/ 9C\_3/2018, E. 5.2, und vom 20. Oktober 2017, 8C\_305/2017, E. 4.2). Das hiesige Versicherungsgericht hat mit Entscheid vom 17. Februar 2020, IV 2017/312, E. 2.3 festgehalten, dass das Bundesgericht im Urteil vom 16. Dezember 2019, 9C\_308/2019, E. 2.2 zwar unabhängig von der objektiven Gebotenheit der Observation von einer Verwertbarkeit von deren Ergebnissen ausgegangen sei. Das Bundesgericht beziehe sich auf das Urteil 8C\_244/2019 vom 4. Juli 2019, E. 4, welches wiederum auf das Urteil vom 8. Februar 2019, vereinigte Verfahren 9C\_561/2018 und 9C\_631/2018, verweise. In letzterem sei jedoch die Frage des Anfangsverdachts nicht entscheidend gewesen, da die IV-Stelle dort Unterlagen der Vorsorgeeinrichtung beigezogen hätte, welche die Überwachung ihrerseits mit der "unklaren medizinischen und sozialen Situation" begründet hätte. Sei ein genügender Anfangsverdacht nicht durch einen anderen Versicherungszweig ausgewiesen, sei das Vorliegen eines Anfangsverdachts betreffend die Frage der Verwertbarkeit der unbestritten rechtswidrig erlangten Observationsergebnisse zu prüfen. Eine Observation ist objektiv geboten, wenn konkrete Anhaltspunkte vorliegen, die Zweifel an den geäusserten gesundheitlichen Beschwerden oder der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit aufkommen lassen. Solche Anhaltspunkte können beispielsweise gegeben sein bei widersprüchlichem Verhalten der versicherten Person oder wenn Zweifel an der Redlichkeit derselben bestehen (eventuell durch Angaben und Beobachtungen Dritter), bei Inkonsistenzen anlässlich der medizinischen Untersuchung, Aggravation, Simulation oder Selbstschädigung und Ähnlichem (Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2018, 8C\_634/2018, E. 5.2, mit weiteren Verweisen). Bezüglich Anfangsverdachts fällt auf, dass der Beschwerdeführer am 3. Mai 2013 Angaben machte, welche die von Dr. L. \_\_\_ attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit in Frage stellten, so etwa bezüglich Autofahren, Benutzung des öffentlichen Verkehrs, der Pflege üblicher Kontakte und des Scheiterns der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit lediglich weil er nicht wisse, welche (IV-act. 87). Ob bzw. dass er die Frage nach den Kontakten falsch verstanden haben soll (vgl. IV-act. 111-7), ist, da er dies erst nach Durchführung der Observation vorbrachte, für deren objektive Gebotenheit nicht massgebend. Zudem erscheint eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der von Dr. L. \_\_\_ im Verlaufsbericht vom 22. August 2013 festgehaltenen Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung nicht ohne weiteres nachvollziehbar (vgl. IV-act. 95). Hinzu kommt der am 18. September 2013 entgegengenommene anonyme Hinweis (IV-act. 97 f.). Auch wenn eine vorgängige Überprüfung vor allem hinsichtlich allfälliger sachfremder Motive des Hinweisgebers nicht möglich war und der Inhalt des Hinweises fraglich erscheinen lässt, ob sämtliche Aussagen des Hinweisgebers unmittelbar auf eigenen Wahrnehmungen beruhten, kommt ihm ein gewisses Gewicht zu. Dass Reisen ins Ausland oder eine Arbeitstätigkeit in besagter Garage während der Observation nicht beobachtet wurden und das vom Beschwerdeführer geltend gemachte Rachemotiv des Hinweisgebers (act. G 1-3) vermögen daran nichts zu ändern, da es sich auch hierbei erst um nachträglich hinzugekommene Aspekte handelt. Damit war die Observation objektiv

geboten. Sie fand ausschliesslich an öffentlich zugänglichen bzw. von dort einsehbaren Orten statt und war auch in zeitlicher Hinsicht verhältnismässig (vgl. als Richtlinie den seit 1. Oktober 2019 geltenden Art. 43a Abs. 5 Satz 1 ATSG, wonach die Observation an höchstens 30 Tagen innerhalb von sechs Monaten ab dem ersten Observationstag erfolgen darf). Mithin ist das Observationsmaterial vorliegend verwertbar. Zu prüfen ist somit, ob das Gutachten beweistauglich ist bzw. ob auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Gutachter abgestellt werden kann. Der Beschwerdeführer beklagte aktuell und seit dem Unfall massive Schmerzen im linken Bein und Fuss, auch am ganzen Körper. Auf der visuellen Analogskala (VAS) betrage die Schmerzintensität 8 bis 10/10 (IV-act. 127-9 f.). Zu Fuss könne er nicht einmal die Strecke von 100 m zurücklegen, das Bein "blockiere" (IV-act. 126-10). Des weiteren leide er unter massiven Konzentrations- und Gedächtnisstörungen (IV-act. 127-12). Er sei durch den Unfall traumatisiert, reagiere schreckhaft, wenn er eine Blaulichtsirene höre. Er kenne Zustände, als ob er im Wachzustand mit jemandem rede, dabei gingen ihm bestimmte Gedanken durch den Kopf. Der Antrieb sei vermindert, er habe wenig Energie, könne gar nichts mehr geniessen. Er spüre eine innere Leere und Schwere, sei bisweilen auch unruhig (IV-act. 126-10). Er sei einsam, es fehlten soziale Kontakte. Zu Freizeitbeschäftigungen oder Hobbys könne er keine Angaben machen. Nach dem Frühstück gehe er alleine spazieren und treffe manchmal Bekannte zum Kaffee (IV-act. 126-10 f.; IV-act. 127-11). Das MR des Rückfusses links vom 18. Dezember 2015 ergab einen unauffälligen Gelenksbefund von OSG und USG ohne Hinweis auf eine posttraumatische, osteochondrale Läsion, leichte narbige Veränderungen des fibulokalkanearen und posterioren fibulotalaren Ligamentes sowie eine intramurale Partiailläsion der Peroneus brevis Sehne (IV-act. 167-4 f.). Die Skelettszintigraphie bzw. das CT vom gleichen Tag zeigte einen unauffälligen Befund bei Status nach Femurfraktur links ohne Hinweise auf Pseudoarthrose, eine fokale Mehraktivität im Gleitlager der Patella, leichte Überlastungszeichen im medialen, femorotibialen Kompartiment links ohne fassbare Pathologie, eine leichtgradig aktivierte Degeneration im medialen Abschnitt des OSG links, eine nicht aktive, stiftförmige Verknöcherung im Bereich des lateralen Kapselbandapparates im Rückfuss (Korrelat zum Röntgenbild) sowie eine leicht aktivierte Degeneration der Lisfranc Gelenke 4 und 5 links (Bericht vom 22. Dezember 2015, IV-act. 146). Sodann verwies der Rheumatologe Dr. Y.\_\_\_\_ im Bericht vom 7. Februar 2016 auf ein Arthro-MRI des linken Hüftgelenkes vom 22. Januar 2016, wonach nebst einer beginnenden Coxarthrose eine Offsetstörung und ein Einriss in der Basis des anterioren Labrums vorliegen würden (IV-act. 154-10). Er führte dazu aus, dieser Befund stimme sehr gut mit den beklagten linksseitigen Hüftbeschwerden sowie den klinischen Beschwerden überein. Die Beschwerden seien nicht nur klinisch objektivierbar, sie korrelierten (auch) mit (früheren) radiologischen Befunden (IV-act. 154-10). Der Orthopäde Dr. Z.\_\_\_\_ äusserte sich am 11. Januar 2016 zu den Befunden vom 18. Dezember 2015, es bestünden bei gut geheilten Frakturen von Tibia und Femur immer noch etwas Knochenumbau sowie ein Überdruck im Patellagleitlager (Trochlea) und im medialen Kompartiment. Diese Befunde erklärten die angegebenen Beschwerden teilweise, nicht aber die Notwendigkeit der Benutzung eines Stockes. Eine angepasste, wahlweise stehend oder sitzend auszuführende Arbeit sei mindestens halbtags zuzumuten (IV-act. 141). Im Bericht vom 7. Oktober 2019 führte er aus, im Röntgenbefund vom 21. September 2019 finde sich hinsichtlich des linken Fusses kein relevanter pathologischer Befund und im linken Knie keine Zeichen einer schweren Degeneration. Aufgrund aller Befunde könne in leichter Arbeit ohne häufiges Gehen und Stehen noch eine Leistung von 50 % zugemutet werden (act. G 18.1). Der

Neurologe Dr. V.\_\_\_\_ erklärte in seinem Bericht vom 2. Dezember 2015, die Beschwerden im linken Bein seien Folge der erlittenen Frakturen, mit teilweiser Defektheilung. Gemäss früheren Berichten bestehe eine Deformierung des Schenkelhalses links. Eine Defektheilung dürfe aufgrund der eingeschränkten Fuss- und Zehenheberfunktion links auch am linken Fussgelenk bestehen. Durch die veränderte Gehstatik sei es zu einer Überlastung des rechten Beines gekommen, mit der Folge von Knieschmerzen rechts. Unter weiterer Berücksichtigung eines cervico-cephalen Schmerzsyndroms mit schmerzbedingter Bewegungseinschränkung der HWS mit palpatorisch verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur und von berichteten Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten als wahrscheinliche Folge einer beim Unfall erlittenen Commotio cerebri erachtete er dem Versicherten keine Erwerbstätigkeit zumutbar (IV-act. 137-11 ff.). Am 18. September 2019 hielt er fest, Beweglichkeit und Palpationsbefund der Halswirbelsäule hätten sich verschlechtert. Die Hypästhesien im linken Bein und die mässig ausgeprägte Fuss- und Zehenheberschwäche links seien direkte Folgen des Logensyndroms. Eine Arbeitsfähigkeit sei aufgrund des Beschwerdebildes nicht gegeben und dürfe auch in einer angepassten Tätigkeit 30 % nicht überschreiten (act. G 16.1). Der orthopädische Gutachter hielt fest, gemäss Röntgenbefunden vom 3. Februar 2015 (vgl. IV-act. 127-15 f.) liege bezüglich der Schenkelhals- und Oberschenkelfraktur ein hervorragendes operatives Ergebnis vor. Bis auf eine leicht vermehrte Sklerosierung am Pfannenrand sei die Fraktur vollkommen folgenlos ausgeheilt (IV-act. 127-15). Die Schenkelhals- und Tibiakopfabscherfraktur seien knöchern hervorragend ausgeheilt. Sowohl an der Hüfte als auch am Kniegelenk sei derzeit keine Arthrose nachweisbar. Es bestünden im Vergleich zur Gegenseite keine massiv vermehrten degenerativen Veränderungen (IV-act. 127-17). Bei der Innenrotation der linken Hüfte gebe der Versicherte einen Endphasenschmerz an. Weiter bestünden Schmerzen und Druckschmerzen am Adduktorenansatz links. Es zeigten sich leichte Instabilitäten am linken Kniegelenk (IV-act. 127-14). Gemäss der körperlichen und radiologischen Untersuchung bestehe eine sehr geringe Funktionseinschränkung (IV-act. 127-17). In Kenntnis der neuen bildgebenden Befunde vom 18. Dezember 2015 und des Berichts von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2016 mit Wiedergabe des Arthro-MRI-Befundes vom 22. Januar 2016 (dem Gutachter wurde das aktuelle IV-Dossier zugestellt, vgl. IV-act. 172) nahm der Gutachter am 18. April 2017 Stellung. Er bezog sich zunächst zustimmend auf die Beurteilung von Dr. O.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2016. Die IV-Ärztin hatte sich zum Bericht von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2016 wie folgt geäussert: Die Diagnose eines femoroacetabulären Impingements sei nun durch das Arthro-MRI bestätigt. Sie liefere eine schlüssige und radiologisch belegte Erklärung für die bereits im Januar 2015 vom Rheumatologen festgehaltenen und im Gutachten diskutierten Einschränkungen im Bereich der linken Hüfte. Diese sei schlüssig und nachvollziehbar. Das Ausmass der funktionellen Einschränkungen durch diese Diagnose beruhe (indes) einzig auf den subjektiven Angaben des Versicherten. Im Gegensatz dazu stütze der orthopädische Gutachter seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit weniger auf das subjektiv vorgetragene Ausmass der Beschwerden, welches nicht im Einklang mit gewissen objektiven Befunden stehe, ab. Die Diskrepanz der Einschätzungen sei durch den unterschiedlichen Informationsstand und die unterschiedliche Funktion der beiden Ärzte begründet (IV-act. 156-4 f., 7). Der Gutachter fuhr fort, rein radiologisch seien alle Frakturen vollständig ausgeheilt. Die vorhandenen Verletzungen seien rein klinisch nicht mehr festzustellen gewesen. Die im CT dargestellten Mehranreicherungen deuteten auf eine beginnende Arthrose am linken Femur, am

Kniegelenk und auf Höhe des Fibulaköpfchens. Rein radiologisch hätten sie jedoch nur am linken Hüftgelenk dargestellt werden können. Im SPECT-CT und in der Skelettszintigraphie ergebe sich kein Hinweis, das es sich um eine aktivierte Arthrose oder um massiv degenerative Veränderungen handle. Es seien auch keine Pseudoarthrosen-Hinweiszeichen gefunden worden. Wie aus dem Gutachten hervorgehe, habe er bis auf endphasige Bewegungseinschränkungen am Hüftgelenk keinerlei funktionelle Einschränkungen gefunden. Die Beweglichkeit der Hüfte habe sich im Zeitpunkt der Untersuchung von Dr. Z.\_\_\_\_ eher verbessert gezeigt (IV-act. 175-2 f.). Der orthopädische Gutachter hob sodann verschiedene Inkonsistenzen hervor: Der Beschwerdeführer habe zur Art und zum Verlauf der Schmerzen keine Angaben machen können (IV-act. 127-9). Beim An- und Auskleiden hätten das linke Hüft- und Kniegelenk keine Bewegungseinschränkungen gezeigt (IV-act. 127-12). Die vom Versicherten berichteten, nicht direkt beobachteten Beschwerden und präsentierten Symptome seien in sich nicht konsistent. Aufgrund der klinischen und radiologischen Untersuchungen bestünden massive Widersprüche zwischen den Beschwerden, die der Beschwerdeführer angebe, und den erhobenen subjektiven und objektiven Befunden (IV-act. 127-16 f.). Auffallend sei eine sehr gut ausgebildete Muskulatur am gesamten linken Bein und an der gesamten Wirbelsäule. Aufgrund derer sei nicht nachzuvollziehen, inwieweit der Versicherte das linke Bein in letzter Zeit geschont habe. Es sei eher anzunehmen, dass hier eine volle Belastung stattgefunden habe (IV-act. 127-18). In Anbetracht dieser Unstimmigkeiten leuchtet ein, dass Dr. O.\_\_\_\_ die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden bzw. den Beschwerdeführer konsiliarisch untersuchenden Ärzte einerseits und durch den orthopädischen Gutachter andererseits darauf zurückführt, dass erstere nicht über die gesamte Aktenkenntnis verfügten und eine andere Aufgabe und damit Optik einnehmen als der Gutachter (Stellungnahmen Dr. O.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2016, IV-act. 142-6, und vom 24. Mai 2016, IV-act. 156-7 f.). Auf das orthopädische Teilgutachten kann daher abgestellt werden. Der Beschwerdeführer macht sodann geltend, er hätte auch neurologisch und rheumatologisch begutachtet werden müssen. Dr. V.\_\_\_\_ geht anamnestisch von einer beim Unfall 1999 erlittenen Commotio cerebri mit einer mindestens halbstündigen Bewusstlosigkeit aus (IV-act. 137-11) und erklärt damit zumindest die beklagten Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten des Beschwerdeführers (IV-act. 137-13). Demgegenüber ist im echtzeitlichen Bericht des Regionalspitals B.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 1999 vermerkt, dass der Beschwerdeführer allzeit ansprechbar gewesen sei und adäquat reagiert habe (IV-act. 10-77). Auch die Austrittsberichte der Rehaklinik Bellikon vom 30. Oktober 2000 (IV-act. 10-45 ff.) und vom 25. April 2001 (IV-act. 10-14 ff.) erwähnten keine kognitive, sondern eine affektive Problematik. Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. E.\_\_\_\_ beklagte der Beschwerdeführer eine leichte Abnahme der Konzentration "in letzter Zeit", ohne dass ein entsprechender Befund erhoben wurde (psychiatrisches Teilgutachten vom 11. Dezember 2001, IV-act. 27-21, 23). Gemäss neurologischem Teilgutachten zuhanden der SUVA vom 23. Dezember 2002 wurden ebenfalls keine kognitiven Beschwerden angegeben oder erhoben und es fanden sich keine Anhaltspunkte für eine post-traumatische neurologische Läsion (IV-act. 36-19 f., 22 f.). Auch im psychiatrischen Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ vom 19. März 2003 waren kognitive Beeinträchtigungen nicht Thema (IV-act. 34-8 ff.). Dr. L.\_\_\_\_ berichtete am 4. Mai 2005 und am 22. August 2013 über Beeinträchtigungen der Auffassung und Konzentration (IV-act. 75-9 ff.; IV-act. 95). Im Aufnahmegespräch in der psychiatrischen Klinik Ba.\_\_\_\_ waren Aufmerksamkeit, Konzentration und

Kurzzeitgedächtnis leichtgradig beeinträchtigt (Austrittsbericht vom 26. Juli 2016, act. G 1.9-2 f.). Schliesslich ist im Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ vom 6. November 2018 ebenfalls nicht mehr von erheblichen kognitiven Einschränkungen die Rede (act. G 14.1). Die von Dr. V.\_\_\_\_ als dringend bezeichnete neuropsychologische Untersuchung (Bericht vom 2. Dezember 2015, IV-act. 137-11 ff.) wurde offenbar nicht durchgeführt. Der psychiatrische Gutachter hielt hierzu fest, kognitiv-mnestisch erscheine der Beschwerdeführer subjektiv (zwar) stark defizitär, (jedoch) sei die Mitwirkung als vermindert zu betrachten. Er habe angegeben, die Fragen nicht zu verstehen oder beantworten zu können (IV-act. 126-13 f.). Somit hatte auch der psychiatrische Gutachter keinen Anlass für weitere neuropsychologische Abklärungen. Dr. V.\_\_\_\_ führt die Schmerzen am linken Bein auf keine dem neurologischen Fachgebiet zuzuordnende Ursache zurück. Als Grund für die Beinschmerzen nennt er Defektheilungen, welche wohl dem orthopädischen Fachgebiet zuzuordnen wären und aus dessen Sicht aber gerade verneint werden (vgl. IV-act. 137). Der Rheumatologe Dr. Y.\_\_\_\_ beschäftigt sich mit den bildgebenden Befunden. Eine entzündliche bzw. rheumatische Ursache der Beschwerden erwähnt er nicht. Somit kann aufgrund der vorliegenden Akten davon ausgegangen werden, dass eine rheumatologische, neurologische oder neuropsychologische Beurteilung für die Arbeitsfähigkeitsschätzung keine weiteren Erkenntnisse gebracht hätte. Die Berichte von Dr. Y.\_\_\_\_ und Dr. V.\_\_\_\_ vermögen das orthopädische Gutachten nicht in Frage zu stellen. Dr. L.\_\_\_\_ stufte in seinem Bericht vom 27. Januar 2015 die vordiagnostizierte depressive Episode als mittelgradig bis schwer ein (ICD-10: F33.11/33.2), erwähnte zusätzlich die Diagnose einer Panikstörung (ICD-10: F41.0) und bestätigte die früheren Diagnosen einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6) und eines Zustands nach einem schweren Autounfall mit intensiven körperlichen Beschwerden am 16. November 1999. Er führte an, der Beschwerdeführer leide unter Minderwertigkeits-, Versagens- und Schuldgefühlen gegenüber seiner Familie und habe sich deswegen zunehmend zurückgezogen. Trotz der schon lange andauernden Behandlung habe sich das Krankheitsbild nicht verändert. Nach wie vor sei der Versicherte sehr niedergeschlagen, innerlich angespannt, ängstlich und selbstunsicher, im Antrieb vermindert und habe in letzter Zeit häufig Panikattacken. Er bestätigte eine volle Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 137-14 f.). Zu den Diagnosen von Dr. L.\_\_\_\_ äusserte sich der psychiatrische Gutachter wie folgt: Der Beschwerdeführer habe sich in der Untersuchung (am 19. Februar 2015) nicht deprimiert, sondern punktuell allenfalls leichtgradig gereizt, dysphorisch und psychomotorisch intakt präsentiert. Im Gespräch sei er sogar aktiver geworden, wobei bei einer relevanten depressiven Symptomatik eine umgekehrte Dynamik zu erwarten gewesen wäre. Die vom behandelnden Psychiater erwähnte sehr labile Stimmung sei in der Untersuchung nicht zum Vorschein gekommen. Der Beschwerdeführer habe angegeben, im Selbstwertgefühl nicht beeinträchtigt zu sein, während der behandelnde Psychiater Minderwertigkeits-, Versagens- und Schuldgefühle gegenüber der Familie beschrieben habe (IV-act. 126-14). Weder in der Untersuchung noch in den Videoabschnitten habe er niedergeschlagen, ängstlich oder selbstunsicher gewirkt. Eine Verminderung des Antriebs habe sich nicht feststellen lassen. Zu Schlafproblemen habe er in der Untersuchung nichts Konkretes angegeben. Eine intensive depressive Verstimmung, wie im Bericht des behandelnden Psychiaters geschildert, sei in der aktuellen Untersuchung nicht zum Vorschein gekommen, was bei Vorliegen einer persistierenden mittelgradigen bis schweren depressiven Episode unweigerlich der Fall gewesen wäre. Der Gutachter diagnostizierte folglich gestützt auf seinen Untersuchungsbefund und die Observationsakten die depressive

Episode als remittiert (ICD-10: F32.4; IV-act. 126-14 f.). Weiter hielt er fest, Symptome einer Panikstörung seien weder spontan noch auf Befragung hin geschildert worden (IV-act. 126-15). Die Diagnose einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung könne nicht bestätigt werden, da die Eingangskriterien einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 nicht gegeben seien. Dr. L.\_\_\_\_ begründe diese Diagnose nicht (IV-act. 126-15 f.). Der Gutachter konnte somit die vom Beschwerdeführer geklagten Symptome nicht den von Dr. L.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen zuordnen. Sodann wurden auch im psychiatrischen Gutachten verschiedene Unstimmigkeiten aufgezeigt: Eine Schmerz mimik habe der Beschwerdeführer ausschliesslich bei bewusst konfrontativ gestalteten Abschnitten des Gesprächs gezeigt (IV-act. 126-14). Die Angaben über die soziale Isoliertheit deckten sich nicht mit Ergebnissen der Observation. Dass sich das Krankheitsbild trotz langer Behandlung nicht verändert habe, lasse sich nicht nachvollziehen. Auffällig sei, dass die Angaben in der aktuellen Untersuchung um einiges weniger differenziert gewesen seien als diejenigen im Bericht des behandelnden Psychiaters. Der Beschwerdeführer habe (jedoch) nach Observation und Intervention der IV nur noch die Möglichkeit gehabt, Symptome, die nach seiner eigenen Vorstellung eine schwer psychisch kranke Person zu beklagen habe, anzugeben. Diese Hypothese erkläre das vorliegende Bild mühelos (IV-act. 126-15). Das observierte Verhalten stehe in erheblichem Widerspruch zu den durch den behandelnden Psychiater während Jahren uniform attestierten Defiziten. Die von Dr. L.\_\_\_\_ erwähnten zehn Termine innerhalb von eineinhalb Jahren (vgl. IV-act. 95) entsprächen nicht einer intensiven Behandlung eines therapieresistenten depressiven Syndroms. Das Kriterium der Diskrepanz zwischen der Schwere der beklagten Symptomatik und der Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe sei eindeutig erfüllt (IV-act. 126-16). Der Gutachter kam zum Schluss, dass direkte Anhaltspunkte für Malingering zwar fehlten (IV-act. 126-15), der Beschwerdeführer jedoch die meisten Kriterien für Malingering nach Foerster und Weig erfülle (IV-act. 126-17, 21). Hinsichtlich der Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen lägen starke Widersprüche zwischen dem aufgezeichneten Verhalten des Beschwerdeführers und seinen eigenen Angaben vor (IV-act. 16-18). Der Beschwerdeführer selber habe sich in den Beschwerden sowie in seinem Verhalten während der ärztlichen Untersuchungen, aber auch während des Standortgesprächs in der IV-Stelle mit wesentlich mehr Defiziten präsentiert als in den Observationen, wo er sich unbeobachtet geglaubt habe. Insbesondere habe er aktuell (auch) nicht das ihm vom behandelnden Psychiater attestierte Bild präsentiert. Nehme man an, dass sich der Beschwerdeführer während jeweiligen ärztlichen Konsultationen entsprechend seinem subjektiven Krankheitskonzept verhalten habe, so könne das unter Berücksichtigung sämtlicher Quellen entstandene Bild mühelos erklärt werden. Habe bei der versicherungspsychiatrischen Begutachtung im Jahre 2003 noch ein psychopathologischer Befund erhoben werden können ohne relevanten Diskrepanzen zwischen den objektivierbaren Teilen der subjektiven Beschwerden, sei dies aktuell nicht mehr der Fall. Insofern sei eine relevante, in der Zwischenzeit stattgefundene Verbesserung anzunehmen. Funktionelle Einschränkungen liessen sich nicht mehr feststellen und es könne auf psychiatrischem Gebiet keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr gestellt werden (IV-act. 126-17 f.). Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer spätestens ab Beginn der Observation im Februar 2014 zu 100 % arbeitsfähig (IV-act. 126-19 f.). Ergänzend hierzu fällt auf, dass der Beschwerdeführer am 3. Mai 2013 angab, sein Gesundheitszustand sei gleich geblieben. Den Haushalt und die Einkäufe besorge die Ehefrau. Er habe normalen Kontakt zu Freunden und Verwandten, sei in keinem Verein

oder Club Mitglied und benutze den öffentlichen Verkehr und fahre Auto. Er könnte sich vorstellen und wäre motiviert, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen, wisse aber nicht, was (IV-act. 87). Dennoch berichtete Dr. L.\_\_\_\_ am 22. August 2013, der Beschwerdeführer sei nicht imstande, eine Erwerbstätigkeit auszuüben (IV-act. 95). Zwar korrigierte der Beschwerdeführer seine Aussage betreffend Kontakte später, wobei er gleichzeitig festhielt, seine Tochter habe den Fragebogen ausgefüllt (IV-act. 111-7). Dennoch fällt auf, dass die Einschätzung von Dr. L.\_\_\_\_ pessimistischer ist als jene des Beschwerdeführers selbst, und dass sich der Beschwerdeführer trotz der beklagten Angst-, Panik- bzw. Flashbackattacken in gewissem Ausmass im Strassenverkehr bewegen kann und sogar weiterhin Auto fährt. Dr. L.\_\_\_\_ überwies den Beschwerdeführer am 3. Februar 2016 erstmals in die psychiatrische Klinik Ba.\_\_\_\_ und nannte im Überweisungsbericht die bisherigen Diagnosen (mittel- bis schwergradige depressive Episode, Panikstörung, ängstliche Persönlichkeitsstörung; IV-act. 154-3 ff.). Die behandelnden Ärzte der Klinik diagnostizierten eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und bescheinigten eine Arbeitsunfähigkeit für die Dauer des Klinikaufenthaltes. Es wurde unter anderem festgehalten, der Beschwerdeführer berichte, vor ca. 30 Jahren gesehen zu haben, wie eine Familie in einem brennenden Auto eingeschlossen gewesen sei. Dies würde ihn stärker beschäftigen als sein eigener Unfall (act. G 1.9). Bereits im Bericht über das psychosomatische Konsilium in der Rehaklinik Bellikon vom 8. März 2001 war zu dieser Thematik Folgendes vermerkt worden: Der Beschwerdeführer habe während rund 10 Minuten das Gespräch mit dem Referierenden stehend ohne Stock führen können, ohne dabei vegetativ geängstigt zu wirken. Aufgrund der gesamten Befundlage bezüglich Flashbacks bei der Beschäftigung mit dem verletzten Körperteil sei wenig wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung die Belastung des linken Beins meide. Die Diagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung seien nicht in genügendem Ausmass erfüllt (IV-act. 10-20 ff.). Weder die Gutachter Dr. E.\_\_\_\_ noch Dr. K.\_\_\_\_ noch der behandelnde Dr. L.\_\_\_\_ diagnostizierten im weiteren Verlauf eine posttraumatische Belastungsstörung oder zogen diese überhaupt in Betracht. Es ist daher nicht davon auszugehen, dass die geschilderten Albträume und Flashbacks - auch bezüglich eines früheren miterlebten Unfallereignisses - die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers massgeblich beeinträchtigen. Zudem erwähnte Dr. L.\_\_\_\_ im Überweisungsbericht vom 3. Februar 2016 an die Klinik, Angst und depressive Stimmung hätten sich nicht zuletzt wegen der Schwierigkeiten mit der IV verstärkt (IV-act. 154-3 ff.). Es ist deshalb auch von einer vorübergehenden und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Verschlechterung auszugehen. Die Ausführungen der Klinik Ba.\_\_\_\_ vom 26. Juli 2016 vermögen daher das Gutachten nicht zu entkräften. Dies gilt auch hinsichtlich des Berichts vom 16. August 2018 über den erneuten Klinikaufenthalt vom 15. Mai bis 11. Juni 2018, zumal die angefochtene Verfügung am 22. März 2018 erlassen wurde und verständlicherweise erneut zu einer Verschlechterung des psychischen Zustands geführt haben wird. Gegen das Vorliegen eines insgesamt schwerwiegenden Befundes spricht auch, dass die stationäre Behandlung nach dem Tod der Mutter des Beschwerdeführers offenbar abgebrochen und nicht mehr fortgesetzt wurde (vgl. act. G 6.1). Zwar ist dem Beschwerdeführer zuzustimmen, dass das Observationsmaterial nicht auf ein in einer vollen Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit entsprechendes Aktivitätsniveau schliessen lässt. In zusätzlicher Berücksichtigung der beschriebenen Diskrepanzen zwischen den beklagten Beschwerden einerseits und den klinischen und

bildgebenden Befunden andererseits erscheint aus somatischer Sicht jedoch nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer eine angepasste leichte Tätigkeit, insbesondere ohne häufiges Gehen, vollzeitlich ausüben könnte. In Anbetracht der Intensität der psychiatrischen Behandlung und des Fehlens ausgeprägter psychopathologischer Befunde anlässlich der psychiatrischen Begutachtung ist auch die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters nachvollziehbar. Folglich ist sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Erwerbsfähigkeit spätestens im Zeitpunkt der Observation auszugehen. Da der Beschwerdeführer in adaptierter Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist, hat die Beschwerdegegnerin seine Rente zu Recht eingestellt. Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf berufliche Massnahmen hat. Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Bei Versicherten, die bei Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente das 55. Altersjahr vollendet haben oder die eine Rentenbezugsdauer von mindestens 15 Jahren aufweisen, ist - von Ausnahmen abgesehen - eine Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar. Ausnahmen im Sinne dieser Rechtsprechung liegen namentlich vor, wenn die langjährige Abstinenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt (SVR 2015 IV Nr. 41 S. 139, Urteil 9C\_183/2015 vom 19. August 2015 E. 5 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer machte sowohl im Einwand vom 9. März 2018 (IV-act. 189-1 ff.) als auch in der Replik vom 6. September 2018 (act. G 9) explizit geltend, (gar) nicht arbeitsfähig zu sein. Angesichts dieser subjektiven Krankheitsüberzeugung hat die Beschwerdegegnerin zu Recht von der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen abgesehen (Urteil des Bundesgerichts vom 5. Juli 2019, 8C\_114/2019, E. 3.4.2). Da der Beschwerdeführer indes grundsätzlich Anspruch auf berufliche Massnahmen hat, steht es ihm offen, sich hierfür bei der Beschwerdegegnerin neu anzumelden, sobald er sich zu deren Durchführung in der Lage fühlt. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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