

# SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/81 vom 5. Mai 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-05-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_81](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_81)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/81 du 5 mai 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/81 del 5 maggio 2020

## Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Aufgrund inkonsistenten Verhaltens und teilweise widersprüchlichen Angaben sowie der Resultate der neuropsychologischen Testung ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht ausgewiesen. Die Ergebnisse einer bezüglich Anfangsverdacht, Dauer, Örtlichkeit und Mittel rechtmässigen Observation sind gemäss hier anzuwendender Rechtsprechung trotz ungenügender gesetzlicher Grundlage (Art. 59 IVG) verwertbar (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Mai 2020, IV 2018/81).

## Volltext

Entscheid vom 5. Mai 2020 Besetzung Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2018/81 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Laurent Häusermann, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich am 7. August 2013 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 6). Der Versicherte hatte am 22. Februar 2013 einen akuten Vorderwandinfarkt bei koronarer Herzkrankheit mit Hauptstammeteiligung erlitten, der eine dreifache aortokoronare Bypass Operation notwendig gemacht hatte (Austrittsbericht Universitätsspital Zürich, Medizinbereich Herz-Gefäss-Thorax, vom 28. Februar 2013, IV-act. 9-12 ff.). Vom 28. Februar bis 27. März 2013 erfolgte eine kardiologische Rehabilitation in der Klinik Gais (Austrittsbericht vom 11. April 2013, IV-act. 9-4 ff.). Weiter war im Spital Altstätten, Departement Chirurgie und Orthopädie, ein Impingement beider Schultern, links bei Bursitis subacromialis, Tendinopathie der Supraspinatussehne und AC-Gelenksarthrose klinisch und bildgebend (Arthro-MRI vom 10. Mai 2013) diagnostiziert worden (Bericht vom 17. Mai 2013, IV-act. 60-90 f.). Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie-Zentrum Z.\_\_\_\_, hatte aufgrund der Erstkonsultation vom 6. Juni 2013 eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23) diagnostiziert und ausgeführt, nach einem Myocardinfarkt beschreibe der Versicherte eine Verstärkung von innerer Unruhe, rascher Erregbarkeit mit aufbrausendem Verhalten in- und ausserhalb der Familie sowie Ein- und Durchschlafstörungen (Bericht Psychiatrie-Zentrum Z.\_\_\_\_ vom 19. Juni 2013, IV-act. 32-39 f.). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, berichtete am 16. August 2013, der Versicherte absolviere ein Cardiofit-Programm im Spital Y.\_\_\_\_. Einschränkend seien Thoraxbeschwerden, Dyspnoe, Müdigkeit der Beine und eine depressive Symptomatik. Er gehe davon aus, dass über die nächsten Monate eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit und in Zukunft eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganztags möglich sein werde (IV-act. 16). Gemäss Bericht des Departements Innere Medizin,

Pneumologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), vom 31. Oktober 2013 wurde ein leichtgradiges gemischtes Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert und eine später wegen Wirkungslosigkeit und Brechreiz sistierte CPAP-Therapie eingeleitet (IV-act. 32-26 f.; Bericht Pneumologie KSSG vom 18. Februar 2014, IV-act. 32-17 f.). Mit Mitteilung vom 28. November 2013 wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Eingliederungsmassnahmen ab, da diese aufgrund des Gesundheitszustandes zurzeit nicht möglich seien (IV-act. 26). Der Versicherte klagte über bewegungsabhängige Schmerzen in der Brust und Atemnot. Abklärungen am Universitären Herzzentrum Zürich ergaben, dass eine kardiale oder ossäre Genese der Beschwerden höchst unwahrscheinlich und eine weiterführende kardiale Diagnostik derzeit nicht indiziert scheine (Berichte vom 7. und 30. Januar 2014, IV-act. 32-22 ff. und IV-act. 32-19 ff.). Anlässlich einer stationären Therapie in der Psychiatrischen Klinik X.\_\_\_\_ vom 19. März bis 24. April 2014 wurde eine schwere depressive Episode, ohne psychotische Symptomatik (ICD-10: F32.2), diagnostiziert. Der Versicherte beschreibe Angst vor jedem neuen Tag, fühle sich krank und als Belastung für die Familie, sehe in wachem Zustand häufig Schlangen oder Verwandte als Tote und sei ungeduldig und gereizt. Er versuche, diese Gefühle zu unterdrücken, bis er "explodiere", und habe auch schon seine Kinder geschlagen. Er könne nicht durchschlafen, sei traurig und verzweifelt. Der Versicherte sei auch auf Station dysphor und gereizt gewesen mit Wutausbrüchen und abwertendem Verhalten. Die angebotenen Antidepressiva habe er nahezu alle abgelehnt, da er schon viele Antidepressiva ohne Erfolg ausprobiert habe. Er habe seine Probleme auf körperliche Defizite zurückgeführt und ein Gespräch unter Beisein seiner Ehefrau abgelehnt. Der Austritt sei vorzeitig erfolgt. Bei Austritt sei er zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Austrittsbericht vom 6. Mai 2014, IV-act. 32-7 ff.). Gemäss Arztbericht vom 15. September 2014 diagnostizierten die den Versicherten ambulant weiter behandelnden Ärzte des Psychiatrie-Zentrums Z.\_\_\_\_ eine generalisierte Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2). Aufgrund der geringen Stresstoleranz sei es zu körperlicher und psychischer Gewalt gegenüber seiner Familie gekommen, es bestehe Fremdgefährdung. Die Prognose sei schlecht. Aufgrund des bisherigen Verlaufs sei nicht von einer Besserung der Symptomatik auszugehen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte aufgrund der schweren ängstlichen depressiven Symptomatik mit verminderter Belastbarkeit seit Behandlungsbeginn zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 35). Daraufhin erliess die IV-Stelle am 7. November 2014 wiederum eine Mitteilung, aufgrund des Gesundheitszustandes seien zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (IV-act. 42). RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, nahm am 31. Dezember 2014 nach Rücksprache mit RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Stellung: Der Gesundheitszustand habe sich chronifiziert und könne somit als stabilisiert betrachtet werden. Es bestehe auch in adaptierter Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr. Zwar sei zu vermuten, dass der Versicherte als Gefangener seiner eigenen Logik die bisher verschriebenen etlichen Psychopharmaka stets nach eigenem Gutdünken einnehme bzw. eingenommen habe. Im Rahmen der Mitwirkungspflicht könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Veränderung des Gesundheitszustandes erzielt werden. Die behandelnden Psychiater hätten die zur Verfügung stehenden Therapiemassnahmen ausgeschöpft bzw. würden diese ausschöpfen. Das Leistungsverhalten des Versicherten erscheine zwar suboptimal, müsse aber dem psychiatrischen Gesundheitsschaden zugeordnet werden (IV-act. 43). Im Bericht des Psychiatrie-Zentrums Z.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2015 wurde ausgeführt, inzwischen hätten Familiengespräche und Abklärungen mit dem

ehemaligen Arbeitgeber den Verdacht einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) bestätigt (IV-act. 44). RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ äusserte am 10. März 2015 im Wesentlichen, diese Diagnose sei anhand der beschriebenen Symptomatik und des zeitlichen Verlaufs plausibel. Sie sei nachvollziehbar und fremdanamnestic gestützt. Eine Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt sei nicht ausgewiesen. Durch weitere medizinische Abklärungen lasse sich derzeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine wesentlich andere Erkenntnis gewinnen (IV-act. 46). Die IV-Stelle gab - nach Rücksprache mit dem Rechtsdienst - ein polydisziplinäres Gutachten aus dem Rentenprozess in Auftrag (Strategieprotokoll vom 20. März 2015, IV-act. 47; interne Genehmigung vom 23. März 2015, IV-act. 51; Auftrag vom 21. April 2015, IV-act. 52). Dieses wurde der medexperts AG zugeteilt. Im Gutachten vom 16. Juni 2015 (Dr. med. F.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin; med. prakt. G.\_\_\_\_, Psychiatrie; Dr. med. H.\_\_\_\_, Kardiologie; Dr. med. I.\_\_\_\_, Orthopädie; Untersuchungen 6., 8. und 12. Mai 2015; IV-act. 60) kamen die Experten zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten wegen einer erneuten schwergradigen depressiven Episode zumindest seit der gutachterlichen Untersuchung vom 6. Mai 2015 zu 100 % eingeschränkt. Es sei möglich, dass die depressive Symptomatik durch Fortführung der Behandlung abnehme oder ganz verschwinde. Dann könne auch beurteilt werden, ob der Versicherte noch aggressiv und impulsiv sei und ob er an einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung leide und ob bzw. in welchem Ausmass diese die Arbeitsfähigkeit einschränke (IV-act. 60-43 f.). Aus kardiologischer Sicht wurde dem Versicherten für Tätigkeiten ohne schwere körperliche Leistungen (Lasten über 20 kg) eine Arbeitsfähigkeit von 75 % attestiert (IV-act. IV-act. 60-60). Die orthopädische Gutachterin befand, der Versicherte sei in seiner bisherigen Tätigkeit als Schweisser nicht mehr arbeitsfähig. In einer leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten und ohne repetitiven Einsatz der Arme über Schulter- bzw. Tischhöhe und ohne regelhaft geforderte Wirbelsäulenzwangshaltungen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 60-51). Interdisziplinär hielten die Gutachter fest, führend sei die psychiatrisch attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % erneut seit 6. Mai 2015. Orthopädisch und kardiologisch bestünden qualitative Einschränkungen (vgl. IV-act. 60-55 f.). Der Rechtsdienst erklärte am 12. August 2015, auf das Gutachten könne abgestellt werden (IV-act. 61). Aufgrund des als auffällig befundenen Krankheitsverlaufs und inkonsistenten Verhaltens des Versicherten, die durch das psychiatrische Teilgutachten nicht überzeugend geklärt worden seien, erteilte die IV-Stelle am 7. Dezember 2015 den Auftrag, den Versicherten zu observieren (Meldeblatt Hinweis BVM vom 27. August 2015, IV-act. 63; Stellungnahme IV-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, vom 3. Dezember 2015, IV-act. 64; Genehmigung und Auftrag, IV-act. 65 f.). Der behandelnde Kardiologe Dr. K.\_\_\_\_ bezeichnete im Bericht vom 22. Dezember 2015 die kardialen Befunde als unverändert (IV-act. 73-6 f.). Der Versicherte wurde am 4. Januar 2016 beobachtet, wie er von seinem Wohnort nach W.\_\_\_\_ fuhr, dort zwei Stunden in einem Firmengebäude verblieb und anschliessend Einkäufe erledigte. Am 6. Januar 2016 konnte er nicht angetroffen werden (Überwachungs- und Observationsbericht vom 20. Februar 2016, IV-act. 77). Am 19. Januar 2016 war er zu einem Standortgespräch bei der IV-Stelle eingeladen. Dabei zeigte er sich mit schleppendem Gang, leicht vornübergebeugtem Kopf und vermittelte einen sehr leidenden Eindruck. Er sprach langsam, gähnte ständig und berichtete, es gehe ihm seit der Anmeldung unverändert schlecht. Etwa einmal wöchentlich gebe es Tage, an denen es ihm etwas besser gehe. Er erledige kleine Einkäufe auch mal alleine und gehe

täglich Auto fahren, um die Zeit zu verbringen. Die Präsenz im Einsatzprogramm von zwei Stunden täglich sei für ihn das Maximum (Gesprächsprotokoll IV-act. 71-1 ff.; Aktennotiz vom 26. Januar 2016, IV-act. 72). Die an diesem Tag durchgeführte Observation ergab, dass sich der Versicherte von seiner Ehefrau zum Termin bei der SVA hatte fahren lassen, später während einer Stunde jemanden besuchte, sich danach selbst ans Steuer setzte und auf dem Rückweg Einkäufe tätigte. Am 5. Februar 2016 fuhr er wiederum mit zu Einkäufen und am 15. Februar 2016 fuhr er unter anderem selbst ins grenznahe Ausland (Überwachungs- und Observationsbericht vom 20. Februar 2016, IV-act. 77-3 ff.).

IV-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_ nahm am 10. März 2016 Stellung, während der Beobachtungszeiten hätten keine physischen oder psychischen Auffälligkeiten festgestellt werden können. Aufgrund der Erkenntnisse der Observation könne eine Verbesserung der im Juni 2015 gutachterlich attestierten schweren depressiven Symptomatik postuliert werden. Inwieweit auch andere Faktoren wie bewusste Aggravation eine Rolle spielten, müsse durch eine psychiatrische Begutachtung geklärt werden (IV-act. 80). Vom Psychiatrie-Zentrum Z.\_\_\_\_ wurden gemäss Bericht vom 22. März 2016 die Diagnosen einer Angst und depressiven Störung gemischt (ICD-10: F41.2), einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) und einer Zwangsstörung (Zwangsgedanken; ICD-10: F42.2) festgehalten bzw. bestätigt. Der Gesundheitszustand habe sich seit Februar 2015 deutlich verschlechtert. Die Fremdgefährdung durch häusliche Gewalt sei nach wie vor vorhanden. Der Versicherte habe kaum Reflexions- und Introspektionsfähigkeit, was den Zugang zu Ressourcen verhindere. Deshalb sei auch von einer stationären Behandlung keine Verbesserung der Symptomatik mehr zu erwarten. In einer leidensadaptierten Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % vorhanden. Im ersten Arbeitsmarkt bestehe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit (IV-act. 84). Anlässlich eines weiteren Gesprächs in der SVA vom 30. März 2016 schilderte der Beschwerdeführer zunächst, seit dem Gespräch im Januar gehe es ihm nicht besser. Schon bei alltäglichen Verrichtungen sei er eingeschränkt (IV-act. 85-4). Er lenke das Auto lediglich in der Umgebung seines Wohnortes selbst, ansonsten fahre seine Ehefrau (IV-act. 85-7). Nachdem ihm die Observation eröffnet worden war, nahm er im Wesentlichen Stellung, wenn es ihm besser gehe, seien die Einschränkungen von aussen nicht sichtbar. Der optische Eindruck sei nicht massgebend. Wenn er vergesse, die Medikamente einzunehmen, gebe es zu Hause Probleme. Sein behandelnder Kardiologe bestätige eine tiefe Leistungsfähigkeit (IV-act. 85-17 f.). In seinem von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen Gutachten vom 12. September 2016 (Untersuch 2. Juni 2016, IV-act. 104) legte Dr. med. L.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dar, das psychiatrische Teilgutachten von med. prakt. G.\_\_\_\_ sei fehlerhaft (IV-act. 104-67 f.). Die Angaben des Versicherten bezüglich der Halluzinationen und die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung vom 25. August 2016 durch Dr. phil. M.\_\_\_\_ (Bericht vom 27. August 2016, IV-act. 105) seien sehr auffällig. Anhand der Observation lasse sich nachweisen, dass die vom Versicherten beschriebenen und geltend gemachten Einschränkungen nicht durchgehend vorhanden seien, was er dann ja anlässlich des Gesprächs auf der IV-Stelle nachträglich auch eingeräumt habe. Es falle auf, dass diese vor allem bei den psychiatrischen Untersuchungen und Gesprächen vorhanden seien (IV-act. 104-74). Aufgrund der vielen Hinweise auf Diskrepanzen und Widersprüche sowie einer eingeschränkten Mitwirkung des Versicherten bei der Abklärung könne keine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (IV-act. 104-69). Insgesamt gehe er davon aus, dass der Versicherte bei der psychiatrischen Untersuchung ein Verhalten

demonstriere und Symptome beschreibe, die seiner Vorstellung eines psychischen Leidens entsprächen, nicht jedoch dem Konzept einer psychiatrischen Störung von Krankheitswert, und dass dieses Verhalten mit einer Rentenbegehrlichkeit erklärt werden müsse (IV-act. 104-79). Dr. J. \_\_\_ liess sich am 21. September 2016 vernehmen, das Gutachten sei umfassend und weise keine formellen Mängel auf. Es könne vollumfänglich darauf abgestellt werden (IV-act. 107). Mit Vorbescheid vom 22. Februar 2017 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Gesuchs (IV-act. 109). Am 29. März 2017 erliess sie eine abweisende Verfügung (IV-act. 112), welche sie am 5. April 2017 widerrief (IV-act. 117), nachdem ihr ein Einwand des Versicherten vom 24. März 2017 zugegangen war (IV-act. 113). Mit Einwandergänzung vom 15. Mai 2017 (IV-act. 120) und unter Berufung auf eine Stellungnahme des Psychiatrie-Zentrums Z. \_\_\_ vom 9. Mai 2017 (IV-act. 121) machte der Versicherte im Wesentlichen inhaltliche Mängel des Gutachtens von Dr. L. \_\_\_ geltend sowie dass dieses nicht unter Einbezug des Observationsmaterials hätte erstellt werden dürfen. Am 25. August 2017 reichte der Versicherte einen Bericht des Psychiatrie-Zentrums Z. \_\_\_ vom 24. August 2017 ein, wonach Diagnosen und Arbeitsunfähigkeit trotz regelmässiger ambulanter Therapie seit dem Bericht vom 9. Mai 2017 unverändert seien (IV-act. 127). Die IV-Stelle unterbreitete Dr. L. \_\_\_ am 8. Dezember 2017 Ergänzungsfragen (IV-act. 133), welche der Gutachter am 9. Januar 2018 beantwortete (IV-act. 138). Er führte im Wesentlichen aus, die Diagnostik der behandelnden Ärzte gründe auf unzuverlässigen Aussagen des Versicherten und sei widersprüchlich. Das Observationsmaterial habe im Gesamtzusammenhang keine sehr wesentliche Rolle gespielt. Man müsse davon ausgehen, dass der Versicherte nicht nur in der psychiatrischen Untersuchung aggraviere, sondern auch bei verschiedenen anderen Gelegenheiten. Die in seinem Gutachten bemängelten Ungereimtheiten beruhten darauf, dass der Versicherte bei der Abklärung bei ihm, aber auch bei Dr. M. \_\_\_, nicht mitgewirkt habe (IV-act. 138). Mit Verfügung vom 26. Januar 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten ab. Die in der Observation erhobenen Beweise seien ohne Weiteres verwertbar. Dr. L. \_\_\_ habe die medizinisch begründeten Einwendungen am 9. Januar 2018 überzeugend entkräftet. Es sei demnach kein Gesundheitsschaden nachgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Tätigkeit beeinträchtigen könnte (IV-act. 139). Gegen die Verfügung vom 26. Januar 2018 lässt der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. L. Häusermann, am 26. Februar 2018 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und die Angelegenheit sei für weitere Abklärungen, insbesondere zur Einholung eines psychiatrischen Verlaufsgutachtens bei med. prakt. G. \_\_\_, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Gutachten von Dr. L. \_\_\_ sei nicht vollständig, da objektiv feststellbare Symptome wie Hypomimie, Müdigkeit, Gedächtnisstörungen und andere mehr ignoriert würden. Seit seinem Herzinfarkt im Februar 2013 habe sich sein Gemütszustand zunehmend und schwerwiegend verschlechtert. Es hätten keine genügenden Inkonsistenzen vorgelegen, weshalb die Anordnung einer Observation nicht nachvollziehbar und der erforderliche Anfangsverdacht nicht gegeben gewesen seien. Das Gutachten inklusive die Stellungnahme von Dr. L. \_\_\_ kläre wesentliche Aspekte nicht, sei in wesentlichen Punkten nicht nachvollziehbar und leuchte nicht ein. Med. prakt. G. \_\_\_ habe gemäss Gutachten vom Juni 2015 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige depressive Episode (ICD-10: F33.2), diagnostiziert. Die gesundheitliche Situation habe sich gemäss den behandelnden Fachärzten zwischenzeitlich verschlechtert. Med. prakt. G. \_\_\_ sei davon

ausgegangen, dass nach einem Jahr eine Verlaufsbeurteilung durchgeführt werden sollte. Da gemäss den behandelnden Fachärzten weiterhin keine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten und eine eingeschränkte auf dem zweiten Arbeitsmarkt vorliege, sei ein Verlaufsgutachten bei med. prakt. G. \_\_\_ einzuholen. Sofern das Gericht gestützt auf die Berichte der behandelnden Psychiater von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit ausgehe, habe er ab 1. Februar 2014 Anspruch auf eine ganze Rente. Abschliessend sei festzuhalten, dass vermutlich vor Erlass der Verfügung somatische Beschwerden im Rücken vorgelegen hätten, welche einen Spitalaufenthalt erforderten, und je nach Ergebnis die Arbeitsfähigkeit in orthopädischer und kardiologischer Hinsicht nochmals geklärt werden müsse (act. G 1). Mit der Beschwerde reicht der Beschwerdeführer einen Bericht des Schmerzzentrums des KSSG vom 1. Februar 2018 ein, wonach er an einem chronischen Lumbovertebralsyndrom bei symptomatischer Spondylarthropathie L4/5 und L5/S1, symptomatischer ISG-Arthropathie bds., rechtsbetont, paravertebalem Muskelhartspann LWS/BWS sowie Myelogenosen im Bereich der LWS und strahlender Schmerzsymptomatik gluteal bzw. einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom mit deutlicher muskulärer Komponente und ausgeprägten degenerativen Veränderungen leide (act. G 1.6). Weiter reicht er einen Bericht des Psychiatrie-Zentrums Z. \_\_\_ vom 22. Februar 2018 ein, in dem unter anderem ausgeführt wird, die angeblich mangelhafte Mitwirkung sei nicht eine bewusste Handlung des Beschwerdeführers, sondern widerspiegeln eine krankheitsbedingt eingeschränkte emotionale Ausdrucksfähigkeit. Eine medizinische Einschätzung zu psychiatrischen Einschränkungen aufgrund des Videomaterials sei nicht möglich (act. G 1.5). Mit Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2018 beantragt die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), die Beschwerde sei abzuweisen. Dr. J. \_\_\_ habe auf Schwächen und Ungereimtheiten im MEDAS-Gutachten vom 26. Juni 2015 hingewiesen. Insgesamt habe ein hinreichender Abklärungsbedarf vorgelegen, der eine Observation gerechtfertigt habe. Med. prakt. G. \_\_\_ müsste sich in einem Verlaufsgutachten mit der Kritik an seinem Gutachten auseinandersetzen und gälte daher bei einer Verlaufsbeurteilung als befangen. Ohnehin seien keine weiteren Abklärungen angezeigt. Unter anderem sei durch die Observation belegt, dass der Beschwerdeführer über seine gesundheitliche Situation keine verlässlichen Angaben mache, was med. prakt. G. \_\_\_ nicht erkannt habe. Dr. L. \_\_\_ habe in seinem Gutachten vom 12. September 2016 sehr deutlich aufgezeigt, wie sehr die Beschwerdepräsentation des Beschwerdeführers geprägt sei von Diskrepanzen, Widersprüchen, Aggravation und eingeschränkter Kooperation bei der Abklärung. Neben diesen Verfälschungsfaktoren hätten keine eindeutigen Hinweise auf ein krankhaftes Geschehen erhoben werden können. Damit falle eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht, und ein Rentenanspruch sei ausgeschlossen. Mittels neuropsychologischer Zusatzabklärung sei eine negative Antwortverzerrung im Sinne einer Aggravation bzw. Simulation nachgewiesen worden. Aufgrund dessen hätten die Berichte der behandelnden Ärzte keinen Beweiswert. Somit habe es sein Bewenden damit, dass keine psychische Beeinträchtigung nachgewiesen sei (act. G 4). Mit Replik vom 3. September 2018 beantragt der Beschwerdeführer, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Es sei bei med. prakt. G. \_\_\_ ein Verlaufsgutachten einzuholen. Eventualiter sei bei einem zertifizierten SIM-Gutachter mit Zusatzqualifikation betreffend Persönlichkeitsstörung ein psychiatrisches Gutachten einzuholen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu diesem Zweck sowie zur Neuentscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Observationsaufzeichnungen und -berichte seien aus dem Recht zu

weisen. Er bringt vor, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin eine Observation und nicht ein Ergänzungsgutachten bei med. prakt. G. \_\_\_ angeordnet habe. Ein Anfangsverdacht und auch die übrigen Voraussetzungen für die Verwertung der Observationsergebnisse seien nicht gegeben. Letztere seien somit aus dem Recht zu weisen. Ein Befangenheitsgrund bei med. prakt. G. \_\_\_ sei nicht glaubhaft dargelegt. Er (der Beschwerdeführer) habe authentische Angaben gemacht, dass er ruhiger, aber auch müder, erschöpfter, ausgelaugter und blockierter sei, seitdem er zur Behandlung der aggressiven und impulsiven Symptome das Medikament Seroquel einnehme. Die Ausführungen von med. prakt. G. \_\_\_ seien plausibel und nachvollziehbar. Das Auftreten eines nicht zu erwartenden Medikamentenspiegels wäre nicht durch Observation, sondern medizinisch zu klären gewesen. Auch die Frage nach einem sekundären Krankheitsgewinn sei fachärztlich zu klären. Ansonsten könnte bei jedem abnormalen Medikamentenspiegel und/oder behaupteten sekundären Krankheitsgewinn eine Überwachung der versicherten Person gerechtfertigt werden, was zu willkürlichen und ungerechtfertigten Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte und zu qualitativ schlechten und letztlich unvollständigen medizinischen Abklärungen führen würde. In Bezug auf die Medikamentenwirkung sei zu berücksichtigen, dass genetisch unterschiedliche Entgiftungstypen existierten, die sich auf die Wirkung von Psychopharmaka unterschiedlich auswirkten, was Dr. L. \_\_\_ nicht beachtet habe. Gemäss den behandelnden Ärzten existierten viele Studien, wonach ein Herzinfarkt geeignet sei, eine posttraumatische Belastungsstörung auszulösen. Der Gutachter hätte eingehend prüfen müssen, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliege und die situativen Umstände während der neuropsychologischen Testung sowie anlässlich der Begutachtung schildern und in Bezug zum Ergebnis der neuropsychologischen Testung setzen müssen. Der Beschwerdeführer legt weiter dar, der neuropsychologische Bericht sei nicht beweistauglich. Gegenüber der diagnostischen Zuverlässigkeit von Beschwerdevalidierungstests bestünden umfassende Vorbehalte. Es werde nicht dargelegt, weshalb der Einfluss der Medikamente auf die neuropsychologische Abklärung nur gering sei. Schliesslich sei eine Aggravation durch Dr. L. \_\_\_ und Dr. M. \_\_\_ lediglich als wahrscheinlich, nicht aber als überwiegend wahrscheinlich qualifiziert worden (act. G 9). Am 5. Oktober 2018 verzichtet die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik (act. G 11). Erwägungen Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare

Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428 E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). 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 der Fachperson 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). Nachdem im psychiatrischen Teilgutachten der medexperts AG vom 16. Juni 2015 befunden worden war, aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 %

arbeitsunfähig (IV-act. 60-43), stellten die Sachbearbeitung und die IV-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_ Inkonsistenzen fest und veranlassten eine Observation. Der Beschwerdeführer bringt vor, bezüglich deren Verwertbarkeit fehle es an den notwendigen Voraussetzungen, namentlich an der objektiven Gebotenheit. Das Observationsergebnis führte zur weiteren psychiatrischen Begutachtung und neuropsychologischen Untersuchung, welche ergaben, dass aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit vorliege. Insofern ist die Verwertbarkeit der Observationsergebnisse vorliegend relevant und vorab zu prüfen. Zur Verwertbarkeit von ohne genügend bestimmte gesetzliche Grundlage erhobenem Observationsmaterial hielt das Bundesgericht in einem Leitescheid 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 überwiegen 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 im Verfahren eines anderen Versicherungszweigs ausgewiesen, sei das Vorliegen eines Anfangsverdachts bei der 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). Im Befund der Psychiatrischen Klinik X.\_\_\_\_ vom 6. Mai 2014 wurde unter anderem festgehalten, es bestünden keine Hinweise auf Befürchtungen, Zwänge, Wahn- oder Ich-Störungen. Die behandelnden Fachärzte diagnostizierten eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptomatik (IV-act. 32-7 f.). Das vom Beschwerdeführer beschriebene Sehen von Schlangen oder Verwandten als Tote wurde somit nicht einer Psychose zugeschrieben. Auch im weiter behandelnden Psychiatrie-Zentrum Z.\_\_\_\_ wurden psychotische Ichstörungen oder Wahrnehmungsstörungen zunächst für fraglich gehalten und eine generalisierte Angst und

depressive Störung gemischt diagnostiziert (Arztbericht vom 6. Juni 2015, IV-act. 35). Später, nach inzwischen erfolgten Familiengesprächen und Abklärungen beim ehemaligen Arbeitgeber, wurde zusätzlich die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) gestellt (Bericht vom 3. Februar 2015, IV-act. 44), was RAD-Ärztin Dr. E. \_\_\_ als plausibel erachtete (IV-act. 46). Med. prakt. G. \_\_\_ hielt im Gutachten vom 16. Juni 2016 fest, trotz entsprechender Angaben seien keine Hinweise für Halluzinationen oder Wahnvorstellungen vorhanden. Der Beschwerdeführer wirke "verladen", was als Nebenwirkung von Seroquel typisch wäre bei erst kurzzeitiger Einnahme und rascher Steigerung der Dosis, wovon aufgrund der Ergebnisse der Blut- und Haaranalyse nicht ausgegangen werden könne (IV-act. 60-41). Dr. J. \_\_\_ begründete die objektive Gebotenheit mit dem auffälligen Krankheitsverlauf, indem für die Thoraxschmerzen und die Belastungsdyspnoe trotz ausgedehnten Abklärungen kein organisches Korrelat habe gefunden werden können und die psychische Symptomatik trotz Therapie immer mehr zugenommen habe. Das Gutachten von med. prakt. G. \_\_\_ habe sich nicht damit auseinandergesetzt, dass der Beschwerdeführer in Anbetracht seines "Verladen-Wirkens" möglicherweise vor der psychiatrischen Begutachtung eine höhere Dosis Quetiapin eingenommen habe als sonst. Es fehle eine Auseinandersetzung mit den Inkonsistenzen, der Therapieresistenz und einem möglichen sekundären Krankheitsgewinn (IV-act. 64-2 f.). In Anbetracht der eher im unteren therapeutischen Bereich liegenden Spiegel von Quetiapin und Norquetiapin (vgl. IV-act. 60-38) erscheint das von med. prakt. G. \_\_\_ beschriebene "verladen" Wirken des Beschwerdeführers nicht befriedigend erklärt. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Tagträume bzw. Wahnvorstellungen konnten weder in der Psychiatrischen Klinik X. \_\_\_ noch durch das Psychiatrie-Zentrum Z. \_\_\_ und med. prakt. G. \_\_\_ objektiviert bzw. psychiatrisch eingeordnet werden (vgl. IV-act. 32-7 f.; IV-act. 35; IV-act. 60-42). Auch die vom Beschwerdeführer beklagten Thoraxschmerzen und Dyspnoe konnten nicht organisch erklärt werden (vgl. Bericht Dr. K. \_\_\_ vom 22. Dezember 2015, IV-act. 73-6). Ein gereiztes, aggressives Verhalten, welches offenbar nach Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin bis zum Herzinfarkt so nicht vorhanden gewesen sei (Bericht Psychiatrie-Zentrum Z. \_\_\_ vom 3. Februar 2015, IV-act. 44), zeigte der Beschwerdeführer während der stationären Behandlung in der Psychiatrischen Klinik X. \_\_\_. Dieses konnte jedoch namentlich in Bezug auf die vom Beschwerdeführer berichteten Übergriffe auf Familienmitglieder nicht objektiviert werden, nachdem der Beschwerdeführer den Einbezug seiner Ehefrau in die Behandlung abgelehnt hatte (Bericht vom 6. Mai 2014, IV-act. 32-7 ff.). Gesamtbetrachtet erschien auch nach Einholung des polydisziplinären Gutachtens nicht plausibel, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der erhobenen Befunde und Diagnosen aus psychiatrischer Sicht eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Widersprüchlich erscheint sodann, dass der Beschwerdeführer einerseits angab, unter pathologischen Tagträumen zu leiden und gegenüber seiner Familie bisweilen aggressiv bzw. gewalttätig zu werden, andererseits aber die Auffassung äusserte, nicht psychisch krank zu sein, eine adäquate Medikation ablehnte und die Klinik vorzeitig verliess (vgl. Austrittsbericht Psychiatrische Klinik X. \_\_\_ vom 6. Mai 2014, IV-act. 32-7 f.). Auch nach der Begutachtung durch die medexperts AG lagen verschiedene Inkonsistenzen und unterschiedliche Befunde und Diagnosen vor, die sich hauptsächlich auf die Angaben des Beschwerdeführers stützten. Auch wenn der Umstand, dass ein Gutachten nicht zu überzeugen vermag, für sich alleine die Anordnung einer Observation nicht zu rechtfertigen vermag, erscheint vorliegend nachvollziehbar, dass weitere medizinische Abklärungen ohne Observation nicht zielführend gewesen wären, da

der Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit dieselben Angaben gemacht hätte wie bisher (vgl. Überwachungsauftrag vom 7. Dezember 2015, IV-act. 65). Die Observation erfolgte ausschliesslich im öffentlich einsehbareren Raum (auf der Strasse) und stellte auch aufgrund ihrer Dauer von fünf Tagen (Überwachungs- und Observationsbericht vom 20. Februar 2016, IV-act. 77) innerhalb von einem Monat und zehn Tagen keinen übermässigen Eingriff in die Grundrechte des Beschwerdeführers dar. Die Ergebnisse der Observation sind somit verwertbar. Was im Übrigen die Befangenheit von med. prakt. G.\_\_\_\_ im Falle einer "Verlaufs"-Begutachtung anbelangt, ist der Argumentation der Beschwerdegegnerin zu folgen: Befangenheit ist unter anderem anzunehmen, wenn der Sachverständige die Schlüssigkeit seiner früheren Expertise zu überprüfen oder deren Objektivität zu kontrollieren hat (Urteil des Bundesgerichts vom 14. September 2009, 9C\_273/2009, E. 3.4). Med. prakt. G.\_\_\_\_ hätte, unter Einbezug der Observationsakten und der seit der Erstbegutachtung aufgelaufenen medizinischen Akten, in zeitlicher Hinsicht den ganzen anspruchsrelevanten Sachverhalt seit dem 22. Februar 2013 zu prüfen (womit es sich in diesem Sinne nicht um ein reines Verlaufsgutachten handeln würde). Zudem vermochten die von ihm gestellte Diagnose einer erneuten schwergradigen depressiven Episode und die attestierte 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bereits vor der Überwachung nicht zu überzeugen (vgl. dazu auch nachfolgende E. 4.6). Gegenüber Dr. L.\_\_\_\_ beschrieb der Beschwerdeführer im Wesentlichen erneut aufkommende Nervosität, Spannung und Aggressivität, die in der Familie eskalierten. Er "sehe" abwesende, auch verstorbene Personen, habe unerwünschte sexuelle Gedanken und träume stets schlecht. Er werde schnell müde, bekomme Atemnot. Er habe Probleme mit den Schultern und dem Brustkorb, regelmässig Kopfschmerzen und die Beine schmerzten respektive "blockierten". Seine Konzentration sei vermindert und er sei vergesslich, weil "der Kopf vorne schwer" sei. Er stehe frühestens um 11.00 Uhr, manchmal erst um 13.00 Uhr oder 14.00 Uhr auf, gehe etwas spazieren und einkaufen. Wenn er müde sei, mache er eine Pause und sei zwei bis drei Stunden unterwegs. Abends surfe er im Internet und gehe um ca. 24.00 Uhr zu Bett. In letzter Zeit mache er auch einen Mittagsschlaf (zum Ganzen: IV-act. 104-52 ff., 59 f.). Die neuropsychologische Testung ergab hoch auffällig tiefe und uneinheitliche Ergebnisse sowie erheblich unterdurchschnittliche, massiv gestreute Reaktionszeiten. Die Resultate mehrerer Beschwerdevalidierungstests mit verdeckter Leichtigkeit waren auffällig. Die Leistung nahm bei Wiederholung von Testaufgaben ab und war bei einer einfachen Reaktionszeitaufgabe schlechter als bei einer komplexeren (IV-act. 105-4 ff., 7). Der neuropsychologische Gutachter befand, es ergäben sich zahlreiche Auffälligkeiten, die auf ein suboptimales Leistungsverhalten hinweisen würden. Es sei mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die erbrachten Leistungen nicht mit dem eigentlichen Leistungspotential übereinstimmen würden (IV-act. 105-6). Des Weiteren erscheine diskrepant zu den Testbefunden, dass sich der Beschwerdeführer Aufgabeninstruktionen unmittelbar merken und sich erinnern könne, die betreffende Aufgabe bereits durchgeführt zu haben (IV-act. 105-7). Ungewöhnlich seien auch die bei den vorgebrachten Beschwerden nicht zu erwartenden massiven Defizite im räumlich perzeptiven Bereich. Schwere Beeinträchtigungen und Auffälligkeiten, wie sie beim Beschwerdeführer gemessen worden seien, wären auch mit dem aktuellen Vorhandensein von Halluzinationen nicht zu erwarten. Die Medikation könne die Testergebnisse beeinflusst haben, jedoch den Testergebnissen entsprechende ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörungen nicht erklären. Er erachte die Kriterien für eine negative Antwortverzerrung bzw. Aggravation/Simulation als erfüllt. Aufgrund der Konfundierung von Begabung und Anstrengung bei Leistungstests

und des möglicherweise suboptimalen Leistungsverhaltens sei eine zuverlässige Interpretation der erbrachten Resultate nicht möglich (IV-act. 105-8 f.). Der psychiatrische Gutachter führte aus, Aufmerksamkeit, Konzentration und Auffassung seien unauffällig gewesen. Es hätten sich Merkfähigkeitsstörungen gezeigt; der Beschwerdeführer habe erklärt, sich nicht an das Hochzeitsdatum und den Geburtstag seiner Kinder zu erinnern oder keine genauen Angaben zu seinen Einkommensverhältnissen machen zu können (IV-act. 104-62, 57). Die Beschwerdeschilderung sei überhaupt nicht ausführlich erfolgt, wobei das Ausdrucksverhalten während der Beschwerdeschilderung etwas betont gewesen sei. Der Versicherte beschreibe ein tägliches und nächtliches Gedankenkreisen und Grübeln, wobei es zu fast 90 % um den Tod gehe. Es hätten sich keine Hinweise auf Zwangsgedanken, zwanghafte Handlungen und hypochondrische Erlebnisverarbeitung gefunden. Der Versicherte habe Sinnestäuschungen in Form von Halluzinationen beschrieben, wobei die diesbezüglichen Angaben widersprüchlich gewesen seien. So habe er auf Nachfrage zunächst präzisiert, es handle sich nur um Gedanken, dann aber korrigiert, er sehe die (abwesende) Ehefrau "mit den Augen" und später auf die Frage, wo sich seine Ehefrau befinde, konsterniert reagiert. Darauf angesprochen habe er berichtet, er sehe sie nicht mehr, weil er nun "konzentrierter sprechen" würde (IV-act. 104-63, 68). Im Befund führte der Gutachter aus, Ich-Störungen in Form eines Fremdbeeinflussungserlebens, von Derealisations- oder Depersonalisationsphänomenen seien nicht vorhanden gewesen. Die Grundstimmung sei höchstens leicht zum depressiven Pol hin verschoben gewesen, die affektive Modulationsfähigkeit sei eingeschränkt gewesen (IV-act. 104-63 f.). Beurteilend hielt er fest, insgesamt gehe er, wie med. prakt. G. \_\_\_\_, nicht davon aus, dass der Beschwerdeführer tatsächlich unter Halluzinationen oder Wahnvorstellungen leide. Dieser präsentiere eine Symptomatik, die wohl eher seiner subjektiven Vorstellung eines psychischen Leidens entspreche als tatsächlich irgendwelchen diagnostischen Kriterien des ICD-10 (IV-act. 104-68 f.). Anhand der Observation lasse sich nachweisen, dass die vom Versicherten beschriebenen und geltend gemachten Einschränkungen nicht durchgehend vorhanden seien (IV-act. 104-74). Es bestünden erhebliche Diskrepanzen zwischen der Beschwerdeschilderung des Beschwerdeführers und seinem gezeigten Verhalten während der verschiedenen Untersuchungen einerseits und dem Verhalten, wie es mit dem Observationsmaterial dokumentiert sei, andererseits. Es gebe aber auch erhebliche Diskrepanzen respektive Unklarheiten bei der Beschwerdeschilderung selber. Diese bleibe insgesamt vage und unklar und lasse sich nicht wirklich mit einem psychischen Leiden mit Krankheitswert in Einklang bringen, weshalb in der Vergangenheit sehr unterschiedliche Diagnosen gestellt worden seien (IV-act. 104-79). Sehr auffällig sei auch das Verhalten während der neuropsychologischen Abklärung durch Dr. M. \_\_\_\_ gewesen, der seine Beurteilung ausführlich begründet habe (IV-act. 104-69). Angesichts der vielen Hinweise auf Diskrepanzen und Widersprüche und der eingeschränkten Mitwirkung bei der Abklärung seien der Psychostatus und der Hamiltontest nicht aussagekräftig. Es könne keine psychiatrische Diagnose gestellt werden und aus psychiatrischer Sicht auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (IV-act. 104-69). Zusammenfassend lassen sich folgende Diskrepanzen beziehungsweise Ungereimtheiten feststellen: Der Beschwerdeführer machte nicht konsistente Angaben betreffend die Wahrnehmung abwesender bzw. verstorbener Personen. Es besteht eine deutliche Widersprüchlichkeit zwischen der geltend gemachten und anlässlich der Arbeitseinsätze präsentierten Leistungsfähigkeit einerseits und dem observierten Verhalten andererseits. Diese vermochte er nicht zu klären. So antwortete er in der Befragung vom 19. Januar 2016, er gehe

manchmal zum Zeitvertreib Auto fahren (IV-act. 71-4), und erklärte am 30. März 2016 zunächst, er fahre nicht oft und lediglich in der näheren Umgebung (IV-act. 85-7). Auch verneinte er vor der Eröffnung der Observation, einen Pack 1,5 l PET-Flaschen aus einem Regal nehmen zu können (IV-act. 85-9), während auf dem Videomaterial zu sehen ist, wie er mit der linken Hand den Einkaufswagen festhält und mit der rechten zügig nacheinander vier Getränkepakete in den Kofferraum lädt (DVD 1, 03:56 bis 04:12). Die Beschwerdeschilderungen anlässlich der Begutachtung durch Dr. L.\_\_\_\_ waren vage und teilweise in sich widersprüchlich, die Mitwirkung wurde seitens des Gutachters als mangelhaft bezeichnet. Dabei ist einzuräumen, dass der psychiatrische Gutachter offenbar keinen positiven Zugang zum Beschwerdeführer finden konnte, denn während er ausführte, der Beschwerdeführer sei nicht wirklich freundlich und kooperativ, sondern gereizt gewesen, habe fast andauernd gegähnt und geäussert, er nerve ihn (IV-act. 104-62, 52), bemerkte der neuropsychologische Gutachter, der Beschwerdeführer habe bereitwillig Auskunft gegeben (IV-act. 105-3). Der Beschwerdeführer bringt im Wesentlichen vor, im Psychiatrie-Zentrum Z.\_\_\_\_ seien ihm aufgrund objektiver Befunde die Diagnosen einer Angst und depressiven Störung gemischt (ICD-10: F41.2), einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) und einer Zwangsstörung (Zwangsgedanken, ICD-10: F42.2) gestellt worden (Stellungnahmen vom 9. Mai 2017, IV-act. 121, und vom 22. Februar 2018, act. G 1.5). Sein unkooperatives, diskrepantes Verhalten sei krankheitsbedingt. Dr. L.\_\_\_\_ seinerseits stellte die genannten Diagnosen vor allem in Frage, weil sie sich auf subjektive Aussagen des Beschwerdeführers abstützten, die mit Blick auf die vorhandenen Inkonsistenzen, die mangelhafte Mitwirkung und die neuropsychologische Beurteilung nicht zuverlässig seien (IV-act. 138). Hinsichtlich der depressiven Symptomatik wurde in der Psychiatrischen Klinik X.\_\_\_\_ eine schwere depressive Episode diagnostiziert (ICD-10: F32.2; Bericht vom 6. Mai 2014, IV-act. 32-7 f.). Im Psychiatrie-Zentrum Z.\_\_\_\_ wurde ab Arztbericht vom 15. September 2014 die Diagnose einer generalisierten Angst und Depression gemischt (ICD-10: F42.1) gestellt (IV-act. 35; vgl. auch Arztberichte bzw. Stellungnahmen vom 22. März 2016, IV-act. 84, vom 9. Mai 2017, IV-act. 121, und vom 22. Februar 2018, act. G 1.5). Diese Diagnose sagt aus, dass weder Angst noch Depression vorherrschen und eine eigenständige Diagnose rechtfertigen. Treten ängstliche und depressive Symptome in so starker Ausprägung auf, dass sie einzelne Diagnosen rechtfertigen, sollen ausschliesslich diese Diagnosen gestellt werden (vgl. H. Dilling/w. Mombour/M. H. Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Aufl., Bern 2015, S. 199; vgl. auch Gutachten Dr. L.\_\_\_\_, IV-act. 104-75). Med. prakt. G.\_\_\_\_ hielt fest, die Grundstimmung des Beschwerdeführers sei betrübt, aber auch durch die Müdigkeit beeinflusst. Der affektive Rapport sei kaum herstellbar gewesen, der Antrieb eingeschränkt und die Psychomotorik kaum vorhanden (IV-act. 60-38). Der Beschwerdeführer habe vor allem "verladen" gewirkt. Aufgrund des psychopathologischen Befundes unter der Einnahme von Quetiapin könne er die bereits in der Psychiatrischen Klinik X.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer schwergradigen depressiven Episode bestätigen. Da die Episode gemäss Bericht des ambulanten psychiatrischen Dienstes V.\_\_\_\_ abgeklungen sei und jetzt wieder bestehe, könne er auch die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung stellen (IV-act. 60-41 f.). Die Diagnostik von med. prakt. G.\_\_\_\_ erscheint angesichts der beschriebenen "Verladenheit" des Beschwerdeführers nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Vielmehr lässt sich darauf schliessen, dass sich die Symptomatik des Beschwerdeführers, soweit sie auf einer Depression beruht, seit der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik X.\_\_\_\_ besserte. Es

erscheint somit nachvollziehbar, dass sich das Verhalten des Beschwerdeführers nicht mit einer depressiven Episode begründen lässt. Die weiter diagnostizierte Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) wurde im Psychiatrie-Zentrum Z.\_\_\_\_ aufgrund von Berichten der ehemaligen Arbeitgeberin (Bericht vom 3. Februar 2015, IV-act. 44) und der in einigen Sitzungen anwesenden Ehefrau und Kinder (Bericht vom 9. Mai 2017, IV-act. 121) gestellt (vgl. auch Berichte bzw. Stellungnahmen Psychiatrie-Zentrum Z.\_\_\_\_ vom 22. März 2016, IV-act. 84, und vom 22. Februar 2018, act. G 1.5). Dr. L.\_\_\_\_ verneinte sie, da das Traumakriterium nicht erfüllt sei (IV-act. 104-75). Die Belastung müsste so extrem sein, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tiefgreifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht ausreicht. Eine solche habe der Versicherte nicht erlebt (IV-act. 138). Diese Ausführungen erscheinen nachvollziehbar, kann doch ein Herzinfarkt nicht als "Belastung katastrophalen Ausmasses" bezeichnet werden. Zudem sind lang anhaltende Änderungen der Persönlichkeit nach kurzzeitigen Lebensbedrohungen wie beispielsweise bei einem Autounfall nicht einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung zuzuordnen, sondern weisen auf eine vorbestehende psychische Vulnerabilität hin (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, a.a.O., S. 286). Die behandelnde Psychiaterin hält entgegen, dass der als lebensbedrohlich erlebte Herzinfarkt das Diagnosekriterium erfülle (Stellungnahme vom 22. Februar 2018, act. G 1.5). Der Beschwerdeführer wurde zwar nicht nur in der Psychiatrischen Klinik X.\_\_\_\_ (Austrittsbericht vom 6. Mai 2014, IV-act. 32-7 f.), sondern auch im Einsatzprogramm im Sohomet (Bericht vom 5. Februar 2015, IV-act. 115-5) und von seiner Familie (Stellungnahme Psychiatrie-Zentrum Z.\_\_\_\_ vom 9. Mai 2017, IV-act. 121) als dysphorisch, gereizt und aggressiv beschrieben. Aus den Angaben der einstigen Arbeitgeberin (vgl. Bericht Psychiatrie-Zentrum Z.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2015, IV-act. 44) kann lediglich geschlossen werden, dass er sich vor dem Herzinfarkt ihr gegenüber offenbar nicht so verhielt, nicht aber, dass er sich seither anders verhält. Die Schilderungen und Beobachtungen eines gereizten, aggressiven Verhaltens erfolgten allesamt in einem Umfeld, wo der Beschwerdeführer um die Bedeutung für die Beurteilung seines Gesundheitszustandes wusste. Sie sind insoweit nicht objektiv. Dies spricht neben der erheblichen Fraglichkeit des Herzinfarktes als auslösendes Trauma im Sinne einer "Extrembelastung" gegen eine massgebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Persönlichkeitsveränderung. Zusammenfassend waren eine das inkonsistente Verhalten des Beschwerdeführers erklärende Depression, eine Persönlichkeitsänderung oder Zwangsgedanken nicht durch objektivierte Befunde erhebbar. Weder in den beiden psychiatrischen Begutachtungen noch in der neuropsychologischen Abklärung konnten Anhaltspunkte für eine krankheitsbedingte Ursache des inkonsistenten Verhaltens gefunden werden. Im Befund der behandelnden Ärztin vom 9. Mai 2017 werden unter anderem eine formale Denkstörung bzw. mittelausgeprägte Grübelneigung, ein fraglicher hypochondrischer Wahn, ein mittel bis schwer ratloser, mittelgradig verarmter Affekt, ein schweres Gefühl der Gefühlslosigkeit sowie ein deprimiertes, schwer hoffnungsloses, ängstliches, dysphorisches und gereiztes Wirken des Beschwerdeführers beschrieben. Die Arbeitsunfähigkeit wird mit einem insgesamt fixierten Denkmuster, fehlender Flexibilität, Reflexions- sowie Introspektionsfähigkeit sowie mit der während des Einsatzprogramms berichteten praktisch nicht gegebenen Teamfähigkeit und Sozialkompetenz begründet (IV-act. 121). Konkrete Vorfälle oder Testbefunde werden nicht angeführt. Die Aussage, dass die eingeschränkte Mitwirkung des Beschwerdeführers und die Ablehnung des Einbezugs seiner Familie in der Klinik X.\_\_\_\_ krankheitsbedingt sei

(Stellungnahme vom 22. Februar 2018, act. G 1.5), ist mit den genannten Befunden und Diagnosen nicht nachvollziehbar begründet. Es wurde nicht dargelegt, inwiefern das aufgezeigte inkonsistente Verhalten als Folge einer der diagnostizierten Krankheiten, insbesondere einer andauernden Persönlichkeitsveränderung, objektiv zugeordnet werden kann. Damit vermögen ihre Ausführungen das Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ nicht massgeblich in Frage zu stellen. Aus psychiatrischer Sicht ist somit auf das Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ abzustellen und von einer vollen Arbeitsfähigkeit bzw. von einer Beweislosigkeit einer psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Aus somatischer Sicht hielt die orthopädische Gutachterin im Gutachten vom 16. Juni 2015 fest, beim Beschwerdeführer sei die linke Schulter in Abduktion und Aussenrotation aktiv mittelgradig, passiv eher leichtgradig eingeschränkt. Die gleno-humerale Beweglichkeit der rechten Schulter sei frei, die Impingementsymptomatik sei nur geringgradig ausgeprägt. Hinweise für entzündliche Veränderungen hätten sich nicht gefunden. Muskulär sei der Versicherte durch die Narbenbeschwerden nach Thorakotomie im Bereich des oberen Pectoralmuskel-Abschnittes erheblich eingeschränkt. Die Hyposensibilitätsstörung der Finger D2 bis D4 könne auf eine Medianusirritation hindeuten und müsste gegebenenfalls neurologisch abgeklärt werden. Es sollte eine MRI-Untersuchung der HWS und LWS erfolgen. Zum Untersuchungszeitpunkt bestünden überwiegend myofasziale Beschwerden lumbal. Die HWS sei uneingeschränkt frei beweglich. Hinweise auf eine akute Radikulopathie hätten sich nicht finden lassen. Im Bereich der unteren Extremitäten bestehe eine Ansatzendopathie der Patella über beiden Kniegelenken sowie über dem Trochanter rechts bei deutlicher Muskelverkürzung der ischiocruralen und Wadenmuskulatur (IV-act. 60-49). Der Beschwerdeführer sei vor allem durch schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der linken, gering auch der rechten Schulter bei allen Tätigkeiten über Kopf-/Schulterhöhe mit ständigem Armeinsatz handicapiert. Im Rücken bestünden myostatische Beschwerden, die einer Trainingstherapie zugänglich seien (IV-act. 60-50). Im Bericht des Schmerzzentrums des KSSG vom 1. Februar 2018 wurde festgehalten, es liege ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom vor mit einer deutlichen muskulären Komponente. Die degenerativen Veränderungen seien sicher ausgeprägt. Ein konkreter Handlungsbedarf ergebe sich aber nicht, zumal die vom Versicherten geschilderte Klinik - Schmerzen vom Schultergürtel über die ganze Wirbelsäule bis hin zum Beckengürtel - eher unspezifisch sei (act. G 1.5). Auf das orthopädische Teilgutachten der medexperts, welches den Ansatzendopathien am Trochanter major, der Quadrizepssehne und der Patella beidseits sowie den myofaszialen Beschwerden im Hals- und Lendenwirbelabschnitt ohne Hinweise auf eine Radikulopathie sowie der Tendomyopathie am M. pectoralis maior links keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zumass (IV-act. 60-50), ist damit abzustellen. Der kardiologische Gutachter kam im Teilgutachten zum Schluss, der Beschwerdeführer sei unabhängig von der Tätigkeit zu 75 % arbeitsfähig, sofern sehr schwere körperliche Leistungen (Tragen von Lasten >20 kg) nicht vorkämen (IV-act. 60-60). Hingegen wurde im polydisziplinären Konsens nur vermerkt, aus kardiologischer Sicht bestehe eine Einschränkung für schwere körperliche Tätigkeit (IV-act. 60-56). Dass der kardiologische Gutachter anlässlich der Konsensfindung von seiner Einschätzung abgewichen wäre, ist nicht ersichtlich. Somit ist aus kardiologischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 75 % auszugehen, ohne schwere körperliche Tätigkeit (Tragen von Lasten >20 kg). Der Beschwerdeführer war ab dem Herzinfarkt vom 22. Februar 2013 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG endete somit am 22. Februar 2014. Die Anmeldung

erfolgte am 7. August 2013 (IV-act. 6), so dass ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. Februar 2014 besteht (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Massgebend für den Einkommensvergleich ist das Jahr des frühestmöglichen Rentenbeginns, vorliegend das Jahr 2014 (BGE 129 V 222). Der Beschwerdeführer erzielte zuletzt bei der T. \_\_\_ AG einen Grundlohn von 12 x Fr. 5'850.-- = Fr. 70'200.-- (Angaben Arbeitgeberin vom 20. August 2013, IV-act. 15-2), wobei gegenüber der AHV ein Einkommen von Fr. 75'663.-- abgerechnet wurde (Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 13-1). Da der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an dieser Stelle verblieben wäre, entspricht dieses Einkommen dem Validenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C\_728/2016, E. 3.1, mit weiteren Verweisen). Unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung bis zum Jahr 2014 resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 76'769.-- (Bundesamt für Statistik [BFS], Lohnentwicklung, T 39, Indices Männer 2012: 2'188; 2014: 2'220). Die bisherige Tätigkeit als Schweisser ist dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht nicht mehr zumutbar (IV-act. 60-50, 55). Das Durchschnittseinkommen in einer Verweistätigkeit des Kompetenzniveaus 1, Männer, beträgt für das Jahr 2014 Fr. 66'453.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV, Bern 2019, Anhang 2). Entsprechend der Arbeitsfähigkeit von 75 % beträgt das Invalideneinkommen ohne Tabellenlohnabzug Fr. 49'840.--. Gründe für einen Tabellenlohnabzug sind nicht ersichtlich, da das Kompetenzniveau 1 körperlich leichte Tätigkeiten beinhaltet und die kardiologische Einschränkung durch die attestierte quantitative Arbeitsfähigkeit berücksichtigt ist (Urteile des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2014, 9C\_630/2014, E. 2.1 mit weiteren Verweisen und vom 18. Januar 2018, 8C\_552/2017, E. 5.3.1). Somit ergibt sich ab 1. Januar 2016 selbst bei Berücksichtigung von nicht von der Arbeitgeberin angegebenen Einkommensbestandteilen ein Invaliditätsgrad von lediglich 35 %. Der Beschwerdeführer hat daher keinen Rentenanspruch. 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.