

# SO\_GERICHTE VSBES.2017.149 vom 27. April 2017

SO Obergericht, 2017-04-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.149](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.149)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.149 du 27 avril 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.149 del 27 aprile 2017

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Der Beschwerdeführer meldete sich am 8. Juni 2004 (Eingang: 15. Juni 2004) unter Hinweis auf ein Polytrauma (traumatische Hirnverletzung, Kalottenfraktur okzipital bis Schädelbasis ziehend, kleine Kontusionsblutungen), ein Thoraxkontusionstrauma (Pneumotorax rechts etc.) sowie eine Lisfranc-Luxationsfraktur rechts mit Kompartmentsyndrom etc., bestehend seit dem 7. Juni 2003, bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 2). 2.2 Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin die medizinischen Akten (IV-Nrn. 10, 17 S. 3 ff., 19 f., 22, 26 S. 3 ff.), den Arbeitgeberfragebogen vom 27. Juli 2004 (IV-Nr. 11) sowie die Akten des Unfallversicherers, der D.\_\_\_\_ (IV-Nrn. 12.1 – 12.13, 17), ein. Gemäss der Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 1. Juni 2006 (IV-Nr. 27), sei der Beschwerdeführer rein unfallbedingt bis auf weiteres voll arbeitsunfähig. Der Unfallversicherer D.\_\_\_\_ reichte am 15. März 2007 (IV-Nrn. 33.1 – 33.3) sowie am 23. November 2007 (IV-Nr. 38) weitere Akten ein. Die ärztliche Abschlussuntersuchung durch den Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, erfolgte am 20. November 2007 (IV-Nr. 38 S. 4 ff.). Mit Schreiben vom 10. Dezember 2007 teilte die Beschwerdegegnerin dem Unfallversicherer D.\_\_\_\_ mit (IV-Nr. 39), es werde beabsichtigt, eine IV-Rente auszurichten. Es lägen keine unfallfremden Leiden vor, welche die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen würden. Es handle sich um einen Koordinationsfall. Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit könne gemäss den ärztlichen Unterlagen nicht evaluiert werden, weshalb sich die Prüfung beruflicher Massnahmen erübrige. Ab dem 1. Juni 2004 (langdauernde Krankheit nach Unfallergebnis) bestehe Anspruch auf eine ganze IV-Rente. Der Unfallversicherer D.\_\_\_\_ erklärte sich am 22. Februar 2008 (IV-Nr. 40) mit diesem Vorgehen einverstanden, sofern bei ihrem Abschluss eine Revision vorbehalten sei. Daraufhin wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 31. Juli 2008 (IV-Nr. 46) ab dem 1. Juni 2004 eine ganze Rente zugesprochen. 3. Der Unfallversicherer D.\_\_\_\_ liess durch die Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_, [...], am 10. Juni 2010 ein polydisziplinäres Gutachten erstellen (IV-Nrn. 58.2 – 58.8). Daraufhin holte die Beschwerdegegnerin die Akten des Unfallversicherers D.\_\_\_\_ ein (IV-Nrn. 62.1 – 62.7). Mit Verfügung vom 14. Februar 2011 (IV-Nr. 61) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab dem 1. Juni 2010 eine Kinderrente zu. Anschliessend wurden die Akten des Unfallversicherers D.\_\_\_\_ eingeholt (IV-Nrn. 62.1 – 62.7). Mit Verfügung vom 21. Mai 2012 (IV-Nr. 65) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für seinen neugeborenen Sohn ab dem 1. Januar 2012 eine weitere Kinderrente zu (IV-Nr. 65). 4. Im Rahmen der im August 2012 eingeleiteten Rentenrevision (IV-Nr. 68) holte die Beschwerdegegnerin medizinische Berichte (IV-Nrn. 69, 72, 74) und die Akten des Unfallversicherers D.\_\_\_\_ (IV-Nrn. 73 f.) ein. Der Beschwerdeführer wurde sodann mit Mitteilung vom 30. Juli 2013 (IV-Nr. 75)

davon in Kenntnis gesetzt, dass bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades keine Änderung habe festgestellt werden können, die sich auf die Rente auswirke. Es bestehe deshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige Rente (IV-Grad 100 %). 5. Der Unfallversicherer D.\_\_\_\_ richtete dem Beschwerdeführer ab dem 1. Februar 2014 aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 100 % eine Komplementärrente gemäss Art. 20 Abs. 2 UVG sowie eine Integritätsentschädigung von CHF 106'800.00 aus (vgl. Verfügung vom 26. Februar 2014, IV-Nr. 80). Daraufhin holte die Beschwerdegegnerin die Akten des Unfallversicherers D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 81) ein, darunter auch das durch den Haftpflichtversicherer, die H.\_\_\_\_, in Auftrag gegebene psychiatrische Aktengutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 20. Juni 2014 (IV-Nr. 81 S. 195 ff.).

#### **E. 2.4**

hiervor) – hier ab 2017 – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

13.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 mit Hinweisen, 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]).

13.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 11, 12.13, 118.2 S. 14) reiste der Beschwerdeführer als Kleinkind von [...] in die Schweiz ein, wo er in der Region [...] aufwuchs. Nach dem Abschluss der Sekundarschule machte er bis am 8. August 2001 eine Ausbildung zum Automonteur bei der Firma AK.\_\_\_\_ in [...]. Anschliessend arbeitete er dort bis am 6. Juni 2003 als gelernter Automonteur in einem Vollzeitpensum. Am 7. Juni 2003 ereignete sich der Autounfall, bei dem er als Beifahrer beteiligt war.

13.1.3 Da dem gelernten Beschwerdeführer die letzte unbefristete Arbeitsstelle als Automonteur aus gesundheitlichen Gründen per 7. Juni 2003 nicht mehr zumutbar ist und er seither nicht mehr in einem festen Arbeitsverhältnis tätig war, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass er die Arbeit bei der Firma AK.\_\_\_\_ im Gesundheitsfall auch weiterhin ausgeübt hätte. Somit ist für die Bemessung des Valideneinkommens im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom zuletzt vor dem Eintritt der Gesundheitsschädigung im angestammten Bereich erzielten Lohn auszugehen und diesen an die veränderten Verhältnisse anzupassen. Daher hat die Beschwerdegegnerin im Vorbescheid vom 10. September 2015 (IV-Nr. 91) für die Bestimmung des Valideneinkommens zu Recht auf den bei der Firma AK.\_\_\_\_ erzielten Lohn abgestellt. Den ihr durch die Firma AK.\_\_\_\_ mitgeteilten Bruttolohn von monatlich CHF 3'450.00 im Jahr 2003 (vgl. Arbeitgeberfragebogen, IV-Nr. 11) hat sie sodann auf das Jahr (x 13) aufgerechnet sowie an den Nominallohnindex bis im Jahr 2014 angepasst (2004 – 2005 [: 112 x 112,5] / 2005 – 2010 [: 100 x 107,8] / 2010 – 2014, Ziff. 28 – 30 [: 100 x 104,2]) und so ein Valideneinkommen von insgesamt gerundet CHF 50'604.00 errechnet. Dieses

Vorgehen ist jedoch nicht korrekt. So ist dem Schreiben der Firma AK.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2015 (IV-Nr. 81 S. 17) zu entnehmen, dass der Bruttolohn des Beschwerdeführers im Jahr 2014 monatlich CHF 4'850.00 betragen würde (inkl. eines 13. Monatslohnes). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2014 bis im Jahr 2017 (: 104,2 x 106, vgl. T1.10 Nominallohnindex, 2011 – 2017, Ziff. 28 – 30, Maschinenbau, Fahrzeugbau) beträgt das Valideneinkommen somit total CHF 64'139.20. 13.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person – wie vorliegend der Fall – nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475, 126 V 75 E. 3b/bb S. 76; RKUV 1999 U 343 S. 412 E. 4b/aa). 13.2.1 Bezüglich des Invalideneinkommens ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Automonteur seit dem Unfall vom 7. Juni 2003 nicht mehr ausüben kann, er aber – gestützt auf das im Gutachten der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 formulierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. II. 11 hiervor) – in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit ohne zeitliche Einschränkungen voll leistungsfähig wäre. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt hat. Da die LSE 2014 gemäss Urteil des Bundesgerichts 9C\_15/2018 vom 2. Juli 2018 E. 4.2 am 15. April 2016 veröffentlicht worden ist, ist für die im vorliegenden Verfahren angefochtene Verfügung vom 27. April 2017 die LSE 2014 TA1\_tirage\_skill\_level massgebend. Gemäss LSE 2014, TA1\_tirage\_skill\_level, ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'312.00 auszugehen (LSE 2014 TA1\_tirage\_skill\_level, Total Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr hochzurechnen (CHF 5'312.00 x 12 [: 40 x 41,7]) und an den Nominallohnindex von 2014 bis 2017 (: 103,3 x 104,8, vgl. T1.10 Nominallohnindex, 2011 – 2017, Ziff. 05 – 96, Total) anzupassen. Damit ergibt sich ein Ausgangspunkt für das Invalideneinkommen von CHF 67'418.10. 13.2.2 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die

Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 33,5 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (IV-Nr. 3) und somit im Anforderungsniveau 4 – entsprechend dem nunmehrigen Kompetenzniveau 1 – nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). In den vorliegenden Akten liegen keine Hinweise auf mangelnde Sprachkenntnisse des Beschwerdeführers vor, weshalb solche auch nicht geeignet sind, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Da der Beschwerdeführer indes auch bei leichten körperlichen Arbeiten eingeschränkt ist (Wechselbelastung), ist ein leidensbedingter Abzug von 10 % vorzunehmen. Das Invalideneinkommen beträgt folglich CHF 60'676.30. 13.3 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 64'139.20 und einem Invalideneinkommen von CHF 60'676.30 eine Erwerbseinbusse von CHF 3'462.90, die einem IV-Grad von gerundet 6 % entspricht. Somit hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. II. 2 hiervoor). An diesem Ergebnis würde sich selbst dann nichts ändern, wenn beim Invalideneinkommen von einem leidensbedingten Abzug von 25 % auszugehen wäre. So würde das Invalideneinkommen diesfalls CHF 50'563.60 und die Erwerbseinbusse CHF 13'575.60 betragen. Damit ergäbe sich ein IV-Grad von gerundet 21 %, der ebenfalls nicht zum Bezug einer Invalidenrente berechtigen würde. 13.4 Es ist daher im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit angefochtener Verfügung vom 27. April 2017 (A.S. 1 ff.) den Rentenanspruch des Beschwerdeführers auf Ende des folgenden Monats hin – folglich per Ende Mai 2017 respektive Ende Juni 2017 (vgl. A.S. 41 ff.) – aufgehoben hat. Dies entspricht der höchstrichterlichen Rechtsprechung: Nach Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten und Hilflosenentschädigungen frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an. Da die Zustellung am 3. Mai 2017 erfolgte (A.S. 9), war die Rente auf Ende Juni 2017 einzustellen, wie es in der ergänzenden Verfügung vom 25. Juli 2017 (A.S. 41 ff.) festgehalten wurde. 14. Betreffend weitere Beweismassnahmen ist auf die Praxis des früheren EVG zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211). Da weder von einer – wie vom Beschwerdeführer (vgl. A.S. 13, vgl. E. I. 5 Ziff. 2b hiervoor) bzw. von der Beschwerdegegnerin (vgl. A.S. 113, vgl. E. I. 20

hiervor) beantragten – Befragung des Beschwerdeführers noch von einer neuropsychologischen Begutachtung des Beschwerdeführers oder einer Nachfrage bei der zuständigen Behörde betreffend das hängige Strafverfahren weiterführende Erkenntnisse zu erwarten sind, ist auf diese zu verzichten. 15. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 27. April 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 16. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 17. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

## **E. 6**

Riss- / Quetschwunde supraorbital rechts (aktuell ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

### **E. 6.6**

hiervor) keine wesentlichen Veränderungen des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ersichtlich. Dies gilt im Übrigen auch für die im Zeitpunkt der Mitteilung vom 30. Juli 2013 weiter verfassten medizinischen Akten. So ging Dr. med. O. \_\_\_ im Rahmen seines orthopädischen Teilgutachtens auf diverse medizinische Berichte in den Vorakten ein (IV-Nr. 118.2 S. 29 ff.), wobei sich keine neuen Erkenntnisse ergeben. 12.3 Insgesamt führten die Gutachter der Begutachtungsstelle K. \_\_\_ aus, es sei aus neurologischer Sicht auf rein objektivierbarer Ebene gegenüber der Vorbegutachtung durch die Begutachtungsstelle G. \_\_\_ vom 10. Juni 2010 zu keiner wesentlichen Veränderung gekommen. Dahingehend habe sich offenbar der mentale Zustand des Beschwerdeführers im Verlauf deutlich gebessert. Aus somatischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Vorbegutachtung im Jahr 2010 nicht wesentlich geändert. Im Vergleich zur Vorbegutachtung bei der Begutachtungsstelle G. \_\_\_ im Jahr 2010 habe sich insbesondere die psychiatrische Problematik des Beschwerdeführers geändert. Aktuell liessen sich keine posttraumatischen Belastungsstörungen oder eine Konversionsstörung gemischt mit somatoformen Anteilen nachweisen, neurokognitive Defizite hätten bei mangelnder Kooperation des Beschwerdeführers in der neuropsychologischen Untersuchung nicht valide überprüft werden können. 12.4 Zusammenfassend ist ab dem Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung der Begutachtungsstelle K. \_\_\_ vom 11. Juli 2016 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) eine wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen. So hielt auch die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 14. Dezember 2016 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) fest, es könne von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Das psychiatrische Zustandsbild habe sich wesentlich gebessert, zum Zeitpunkt der Untersuchung habe aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychiatrischen Problematik attestiert werden können. Die Voraussetzungen für eine Rentenrevision sind daher erfüllt (vgl. E. II. 2.5.1 hiervor). 13. Es ist nachfolgend der Einkommensvergleich vorzunehmen. Diesbezüglich hat die Beschwerdegegnerin im Vorbescheid vom 10. September 2015 (IV-Nr. 91) einen IV-Grad von 0 % errechnet und in der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2017 (A.S. 2) ausgeführt, es könne offen bleiben, ob ein Tabellenabzug zu gewähren wäre, wenn wie im Vorbescheid vom 10. September 2015 beim Valideneinkommen als Basis der Arbeitgeberbericht vom 27. Juli

2004 zugrunde gelegt werde und beim Invalideneinkommen die aktuelle LSE Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Niveau 1, Männer. 13.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt einer allfälligen Rentenanpassung (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis, vgl. E. II.

#### **E. 7**

Pneumothorax rechts (aktuell ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

#### **E. 8**

Posttraumatische Schiefnase mit Septumdeviation und behinderter Nasenatmung (aktuell ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) Weitere Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien: 1. Chronisches zervikales sowie chronisches lumbales Schmerzsyndrom – kein Anhaltspunkt für sensibles oder motorisches radikuläres Ausfallsyndrom – kein Anhaltspunkt für Myelon-Affektion – radikuläres sensibles Reizsyndrom lumbal rechts bei nachgewiesener Diskushernie L5/S1 rechts (CT LWS 15. September 2005) nicht auszuschliessen 2. Unspezifische Schwindelbeschwerden – kein Anhaltspunkt für peripher- oder zentral-vestibuläre Störung Aktuell bestehe beim Beschwerdeführer im Rahmen der psychiatrischen Symptomatik eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit ergebe sich aus der schweren neurotischen Entwicklung mit Regression und Vermeidung bei Zeichen einer Persönlichkeitsveränderung, die es dem Beschwerdeführer aktuell verunmögliche, eine auch nur geringe Autonomie aufrechtzuerhalten. Hier ergebe sich ein konsistentes Bild bei auch privat nachvollziehbar fehlender Leistungsfähigkeit. Aufgrund der eingetretenen Chronifizierung, der auch in der Exploration erlebbaren Affektlabilität bei aktuell kaum zu erkennenden Ressourcen sei eine willentliche Überwindung der festgefahrenen Situation durch den Beschwerdeführer bei weiterhin dysfunktionalem Umfeld mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht möglich (S. 66 f.). 5.10 Dr. med. F.\_\_\_\_, Kreisarzt, hielt aufgrund der kreisärztlichen Untersuchung vom 13. Dezember 2012 (IV-Nr. 71) im vom gleichen Tag datierenden Bericht folgende Diagnosen fest: Polytrauma, Schädel- / Hirntrauma, Schädelbasisfraktur links, Kalottenfraktur und Subduralhämatom, Lisfranc-Luxationsfraktur rechts mit Compartment Syndrom, Thoraxkontusion, Pneumothorax rechts Vergleichend zu den Befunden der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 20. November 2007 (vgl. E. II. 5.7 hiavor) hätten sich die Befunde im Bereiche des rechten Fusses nicht verändert, eine nochmalige Beurteilung sei im Mai 2012 erfolgt, operative Massnahmen würden als aktuell nicht erforderlich beschrieben, weitere Anpassungen des rechtsseitigen Schuhs bzw. der Schuhzurichtungen würden empfohlen. Daneben sei der Beschwerdeführer weiterhin auf die Schmerzsymptomatik im Bereiche des rechten Fusses, des Rückens lumbal sowie im Bereiche der HWS, ferner auf Kopfschmerzen fixiert. Ausser den klar beschriebenen, belastungsabhängigen Fusschmerzen, würden die übrigen Schmerzen als teilweise Druckempfindung beschrieben. Die Fusschmerzen, mit ebenfalls beschriebenen Anlaufschmerzen, liessen sich mit radiologisch festgehaltenen ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Tarsometatarsalbereich erklären. Die übrigen Schmerzen liessen sich nicht mit unfallkausal erlittenen Veränderungen erklären, sie dürften mit grosser Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der unten beschriebenen psychoorganischen Veränderung, einer mit Wahrscheinlichkeit gleichzeitig vorliegenden Schmerzwahrnehmungsstörung erklärbar sein. Den Diagnosen entsprechend lägen diesbezüglich auch keine ärztlich diagnosekorrelierten Behandlungsvorschläge oder

-massnahmen vor. Der Beschwerdeführer gebe an, trotz ausgebauter Schmerzmedikation inkl. antidepressiver medikamentöser Behandlung keine Schmerzlinderung zu verspüren. Im Verlauf seit dem Unfall 2003 dürfte sich eine Schmerzautonomisierung eingestellt haben. Die weiteren Befunde, welche sich mit den ärztlich diagnostizierten, neuropsychologischen Veränderungen erklären liessen, hätten sich seit der Kreisarztuntersuchung im November 2007 leicht verbessert. So sei bei der heutigen Untersuchung ein direktes Gespräch mit dem Beschwerdeführer, zumindest während der ersten 20 – 30 min, möglich gewesen. Später sei zu vermerken gewesen, dass der Beschwerdeführer aufgrund von Ermüdung seine Aufmerksamkeit nicht mehr habe aufrechterhalten können. Die Auskünfte seien unpräziser, verschwommener geworden, Fragen hätten wiederholt formuliert werden müssen, Gefühlsausbrüche (kullernde Tränen, hilfeschender Blick) seien beobachtet worden. Die psychiatrische Behandlung sei abgeschlossen, durch eine einfache Tagesstrukturierung mit Durchführen einfacher Aufgaben im Rahmen der Familie, habe der Beschwerdeführer eine gewisse Struktur im Ablauf erhalten. Beim Erzählen scheine er offensichtlich zu erkennen, dass trotz gewisser kleiner Fortschritte weiterhin ganz erhebliche Defizite bezüglich die Mitarbeit innerhalb der Familie, Kinderbetreuung, Haushaltarbeiten bestünden. Hier seien minime, kleinschrittige Verbesserungen zwar medizinisch durchaus weiter möglich, eine adäquate, altersentsprechende Selbständigkeit dürfte jedoch auch im weiteren Verlauf nicht erreicht werden. Gewisse Selbständigkeiten seien auch im Rahmen von alltäglichen Handlungen wie Anziehen etc. eingetreten, fallweise, situativ sei der Beschwerdeführer gemäss heute geäusserten Aussagen, bestätigt durch die Schwägerin, weiterhin auf gelegentliche Hilfe angewiesen. Aufgrund der heute vorliegenden körperlichen Befunde seien aktuell keine interventionellen weiteren Massnahmen vorgesehen. Die Situation rechtfertige bezüglich körperlicher Befunde erneut das Vornehmen eines Fallabschlusses. Aufgrund der körperlichen Befunde (rechter Fuss) seien dem Beschwerdeführer andauernd stehend / gehende, fussbelastende Tätigkeiten sowie Zwangshaltungen im rechten Fuss nicht zumutbar gewesen. Nicht zumutbar seien ebenfalls Treppen- und Leiternsteigen sowie Gehen in unebenem Gelände, ferner ein Lastentragen über 5 kg sowie Lastenbalancieren. Tätigkeiten auf Gerüsten wären auch aufgrund der angegebenen teilweisen Schwindelsymptomatik aus Sicherheitsgründen nicht gegeben, was analog auch für Tätigkeiten an offen laufenden Maschinen zutreffe. Rein körperlich müsste die Tätigkeit meist sitzend, daneben leicht wechselbelastend mit der Möglichkeit einer Fussentlastung sein. Ohne Berücksichtigung der angegebenen Schmerzsymptomatik wären im Rahmen einer solchen Zumutbarkeit ganztägige Arbeitsplatzpräsenzen möglich. Klarerweise bestünden daneben hirnorganische Befunde, Einschränkungen, wie sie im Rahmen der Untersuchungssituation hätten festgestellt werden können, in verschiedenen ärztlichen Berichten so auch dem Gutachten der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ erwähnt würden, welche eine entsprechende qualifizierte, differenzierte Tätigkeit aktuell als nicht realisierbar erscheinen liessen. Eine abschliessende Beurteilung dieser Befunde müsste durch die entsprechenden Kollegen, u.a. auch durch den Agenturpsychiater erfolgen. Am Schluss der längerdauernden, auf die Möglichkeiten des Beschwerdeführers eingehenden Untersuchung seien Befunde und Folgerungen mit dem Beschwerdeführer und vor allem der anwesenden Schwägerin besprochen worden. Dabei sei erwähnt worden, dass gewisse Fortschritte seit der Untersuchung 2007 durchaus zu vermerken seien, diese Fortschritte jedoch aufgrund der heutigen kreisärztlichen Beurteilung nicht zu einer Arbeitsfähigkeit führen dürften. Diese Ausführungen hätten von der Schwägerin durchaus nachvollzogen und akzeptiert

werden können, beim Beschwerdeführer hätten sie offensichtlich Trauer ausgelöst. Weitere medizinische Fragen seien keine mehr aufgetreten. 5.11 Dr. med. AB.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Konsiliarpsychiater des Unfallversicherers D.\_\_\_\_, hielt im Rahmen aufgrund der psychiatrischen Untersuchung vom 14. Februar 2013 im Bericht vom 1. Mai 2013 (IV-Nr. 74 S. 2 ff.) folgende Diagnosen fest: – Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) – Konversionsstörungen gemischt mit somatoformen Anteilen (ICD-10 F44.7) (Veränderungen von Bewegungsfunktionen, Gangstörung mit Ataxie, Astasie, somatoforme Überlagerung in der Schmerzwahrnehmung, grotesk überzogene Verhaltensweisen) Das aktuelle Untersuchungsgespräch mit dem Beschwerdeführer sei aufgrund der unten zu beschreibenden psychiatrischen Symptomatik nur eingeschränkt möglich gewesen. Dieses Defizit habe bereits die frühere Untersuchung (vgl. IV-Nr. 64 S. 2 ff.) und die Exploration zur Begutachtung vom 10. Juni 2010 der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ wie auch noch frühere Gespräche betroffen und sich wiederholt in den psychiatrischen Vorbeurteilungen seit dem Unfallereignis bis inklusive meinen eigenen Untersuchungen in konsistenter Weise ergeben. Zum Verlauf: Seit dem Unfall sei jetzt nach zehn Jahren festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer aus allgemein geläufiger Normalität zurückgezogen habe, ein massives Vermeidungsverhalten und einen sehr weitgehenden regressiven Rückzug zeige, so dass er sich selbst heute als pflegebedürftig beschreibe und nur eine sehr geringe Autonomie aufweise. Diese bestehe darin, dass er heute regelmässig den Briefkasten leere, kleinere oder grössere selbständige Spaziergänge unternehme und sich selbst – zwar nicht durchwegs, aber immer wieder – bei Schwindel und Gehunsicherheiten, bei der Körperhygiene, beim Duschen, beim Abtrocknen und sich Ankleiden und dergleichen auf Hilfe angewiesen erlebe. Dabei müsse allerdings festgehalten werden, dass sich der Beschwerdeführer in einem Umfeld befinde, welches als wohlmeinend und hilfsbereit, jedoch habituell als überfürsorglich bezeichnet werden müsse. Im Rahmen dieser Überfürsorglichkeit habe sich über die Jahre hin eine als systemisch zu interpretierende Herunterreguliertheit progressiver Funktionen konstituiert, die den Beschwerdeführer jetzt als weitaus hilfloser und auf einem deutlich regressiveren Funktionsniveau verharrend erscheinen liessen, als es ihm aufgrund seiner unfallbedingten Schäden entsprechen könnte, zumal der Beschwerdeführer aufgrund des Gutachtens der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ keine relevanten strukturellen Hirnverletzungen vom Unfallereignis davongetragen habe (IV-Nr. 74 S. 33). 6. Im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 27. April 2017 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 6.1 In dem durch den Haftpflichtversicherer H.\_\_\_\_ in Auftrag gegebenen psychiatrischen Aktengutachten vom 20. Juni 2014 (IV-Nr. 81 S. 195 ff.) hielt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Forensische Psychiatrie SGFP, Facharzt für Neurologie FMH, zusammenfassend fest, die Diagnosen einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie einer Konversionsstörung gemischt mit somatoformen Anteilen (ICD-10 F44) bei Veränderungen von Bewegungsfunktionen, Gangstörungen mit Ataxie, Astasie, somatoformer Überlagerung in der Schmerzwahrnehmung und grotesk überzogenen Verhaltensweisen (IV-Nr. 81 S. 195), seien weder mit dem medizinischen Wissen über den Ablauf somatischer Erkrankungen noch mit dem medizinischen Wissen über die Auslösung, die Ausgestaltung und den Verlauf authentischer psychischer Störungen ausreichend vereinbar. Diese Einschätzung ergebe sich zum einen aus der ausgeprägten Latenz der angegebenen psychischen Beschwerden nach dem Unfallereignis, zu einer psychischen Störung inkonsistenten Verhaltensauffälligkeiten innerhalb und zwischen den

Untersuchungssituationen, insbesondere auch aus widersprüchlichen und zu medizinischen Kenntnissen nicht konsistenten Reaktionen und Leistungen bei neuropsychologischen Testungen, der Ablehnung angemessener therapeutischer Massnahmen trotz subjektiv angegebenen schwersten Leidensdruckes mit angegebener erheblicher Hilfsbedürftigkeit, sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers in den durchgeführten Observationen (vgl. IV-Nr. 81 S. 39 ff.), das mit keiner der erörterten psychischen Störungen ausreichend vereinbar wäre. Aus gutachtlicher Sicht seien die vom Beschwerdeführer in den ärztlichen und neuropsychologischen Untersuchungen geschilderten und dargestellten Beschwerdekompexe der genannten psychischen Störungen angesichts des angegebenen und dargestellten Ausmasses, der Dauer und Intensität dieser Beschwerden und Funktionsbehinderungen hinsichtlich Bewegungsfähigkeit und Teilhabe am sozialen Leben mit den in den Observationen festgestellten Verhaltensweisen des Beschwerdeführers kaum vereinbar (IV-Nr. 81 S. 193). Zusammenfassend ergäben sich nach gutachtlicher Einschätzung hinreichend Anhaltspunkte für eine ausgeprägte bewusste Übertreibung (Aggravation) der angegebenen Beschwerden, oder einer bewussten Vortäuschung nicht tatsächlich vorhandener Beschwerden. Nach gutachtlicher Einschätzung bestünden erhebliche Zweifel daran, dass das Unfallgeschehen und die danach dokumentierten objektiven Verletzungsgrade der betroffenen Organsysteme das Ausmass und die Art der angegebenen körperlichen und psychischen Beschwerden mit ausreichender Wahrscheinlichkeit kausal begründen könnten. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit liege daher nach gutachtlicher Auffassung kein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den angegebenen Beschwerden vor. Es bestünden, wie in den entsprechenden Abschnitten erläutert, erhebliche Zweifel an der Authentizität der berichteten und dargestellten somatischen und psychischen Beschwerden, so dass die Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit nicht geteilt werden könne. Es empfehle sich daher nach der erfolgten aktuellen gutachtlichen Beurteilung, die sich ausschliesslich auf die Aktenlage habe stützen müssen, im Zweifelsfall gegebenenfalls eine erneute eingehende Begutachtung bezüglich der Frage der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Hierbei wäre es hilfreich, dem Gutachter dieses Gutachten und die verfügbare gesamte Dokumentation einschliesslich der Videoobservationen und Observationsberichte verfügbar zu machen (IV-Nr. 81 S. 194).

6.2 Dr. med. AC.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, hielt in seinem Bericht vom 13. Juni 2014 (IV-Nr. 85 S. 1) fest, der Beschwerdeführer sei anfangs Mai aufgrund einer Hörverminderung auf der linken Seite zugewiesen worden. Im HNO-Status seien keine pathologischen Befunde erkennbar gewesen, im Reintonaudiogramm bestätige sich jedoch die Vermutung eines Hörsturzes auf der linken Seite. Der Hörverlust betrage links 82 %. Unter Spiricort 100 mg ausschleichend, kombiniert mit Betahistin 16 mg und Symfona forte zweimal pro Tag 120 mg habe sich die Situation subjektiv verbessert, objektiv jedoch sei keine eindeutige Verbesserung der Hörschwelle eingetreten. Der Hörverlust auf der linken Seite betrage nach wie vor um die 80 %. Dies wurde als «Hörsturz links mit praktisch fehlender Restitutio» beurteilt. Das Schädel-MRI (vgl. IV-Nr. 85 S. 2) habe glücklicherweise keinen Nachweis einer Raumforderung im Kleinhirnbrückenwinkel ergeben. Es sei bewusst auf weitergehende Abklärungen verzichtet worden.

6.3 Der Kreisarzt der D.\_\_\_\_, Dr. med. AD.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, hielt in seinem Bericht vom 1. Juni 2015 (IV-Nr. 88 S. 6 ff.) folgende Diagnosen fest (S. 21 f.): 1. Schädelhirntrauma – Keine Bewusstlosigkeit, keine Amnesie – RQW frontal supraorbital rechts – In der kranialen Computertomographie vom 7. Juni 2003: Gemäss

neuroradiologischer Beurteilung Prof. Dr. med. AE.\_\_\_\_ [...] vom Mai 2010: Kein Hinweis für Schädelfraktur, kein Nachweis von Traumafolgen am Hirngewebe, eine minimale Subarachnoidalblutung links könne nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden. Altersentsprechende Darstellung der HWS ohne Anhalt für Traumafolgen. – Aktuell: Anamnestisch Hyposensibilität rechte Stirnhälfte, Stirnrunzeln symmetrisch möglich 2. Lisfranc-Luxationsfraktur mit Kompartementsyndrom – Kompartementspaltung Fuss rechts, offene Reposition und Spickdrahttransfixation I. bis IV. Strahl am 7. Juni 2003 – Partielle Sekundärnaht Fuss rechts am 11. Juni 2003 (Unfallchirurgie B.\_\_\_\_) – Sekundärnaht am 20. Juni 2003 (Unfallchirurgie B.\_\_\_\_) – Schraubenosteosynthese Os naviculare, Schraubenosteosynthese Os cuneiforme mediale, Arthrodesse Lisfranc-Gelenk II, Arthrodesse Lisfranc-Gelenk I am 1. Juli 2003 (Unfallchirurgie B.\_\_\_\_) – Entfernung der Arthrodesenplatten über dem Lisfranc-Gelenk I/II am 29. August 2003 (Unfallchirurgie B.\_\_\_\_) – IE: 30 % – Aktuell: Belastungsabhängige Restbeschwerden Mittelfuss rechts, Hohlfusskonfiguration, Lisfranc-Arthrodesse, Choparthrose, beginnende OSG-Arthrose 3. Stumpfes Thoraxtrauma – Pneumothorax rechts – Einlage einer Thoraxdrainage rechts am 7. Juni 2003 (Unfallchirurgie B.\_\_\_\_) – Aktuell: Folgenlos abgeheilt Weitere Diagnosen seien: 1. Anamnestisch chronische Nackenbeschwerden – Im CT der HWS vom 7. Juni 2003 und 23. März 2005 gemäss neuroradiologischer Beurteilung von Prof. Dr. med. AE.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2010: Keinerlei Hinweis für Frakturen oder sonstige Traumafolgen 2. Chronische lumbale Rückenbeschwerden – In der Computertomografie vom 16. September 2009: Kein Nachweis von Traumafolgen, zum Teil verkalkte Bandscheibenprotrusion medio-lateral rechts mit intraforaminaler Komponente LWK5/SWK1 mit Kontakt zu Nervenwurzel L5 rechts ohne Nervenwurzelkompression 3. Hörsturz links – Akuter Hörverlust links im Mai 2014 – Keine wesentliche Besserung unter medikamentöser Therapie – Im MRI Gehirn vom 6. Juni 2014: Geringe Mikroangiopathiezeichen, im Übrigen unauffälliges MRI des Gehirns, insbesondere keine pathologischen Veränderungen im Kleinhirnbrückenwinkelbereich – Aktuell: Weiterhin deutlicher Hörverlust links, anamnestisch Rausch- und Pfeiftinnitus, Weber lateralisiert nach links! Bei der klinischen Untersuchung wirke der Beschwerdeführer anfangs adäquat, beginne zunehmend zu hyperventilieren, worauf er einen etwas starrenden Blick einnehme und etwas gedankenabwesend wirke. Er wirke insgesamt misstrauisch und gebe seinen Befürchtungen Ausdruck, er könne nicht fair beurteilt werden. Er wirke unruhig, stehe zeitweise auf und verlange wiederholt nach Wasser, welches ihm dargereicht werde. Die verstärkte Mundatmung habe offenbar zu Mundtrockenheit geführt. Es falle auf, dass der Beschwerdeführer einzelne Fragen nicht auf Anhieb zu verstehen scheine, bei leiser Andeutung einer möglichen Ablehnung der Unfallkausalität (z.B. des Hörsturzes) aber sofort klar verstehe und geschickt argumentative Einwände bringe. Bei der klinischen Untersuchung sei die HWS-Beweglichkeit nicht eingeschränkt, die paravertebrale Muskulatur weich. Es bestünden keinerlei Einschränkungen der Beweglichkeit der oberen Extremitäten. Der Faustschluss sei beidseits komplett. Am rechten Handgelenk würden Schmerzen bei endständiger Bewegung und vor allem Ulnaduktion angegeben ohne Einschränkung des Bewegungsumfangs. Bei der Prüfung der Wirbelsäulenbeweglichkeit werde eine gewisse Selbstlimitation beobachtet. Nach Aufforderung könne deutlich besser bewegt werden. Im Bereich der unteren Extremitäten finde sich eine freie Hüft- und Kniebeweglichkeit. Der rechte Fuss sei reizlos, ohne Überwärmung oder verändertem Hautkolorit. Die Narben über dem Fussrücken medial und lateral seien reizlos. Es bestehe eine Hohlfussdeformität. Die Beweglichkeit im OSG und USG sei leicht eingeschränkt. Auf

Aufforderung hin sei ein nahezu hinkfreies, weitgehend flüssiges Gangbild möglich. Der rechte Fuss werde etwas in Aussenrotationsstellung abgerollt. Die Rückfussachsen seien weitgehend symmetrisch. Radiologisch (Beurteilung der Röntgenbilder vom 27. August 2009, G. \_\_\_ durch Prof. Dr. med. AF. \_\_\_) sei die Lisfranc-Arthrodeese rechts durchgebaut. Es lägen eine Arthrose im Chopartgelenk und eine beginnende Arthrose des oberen Sprunggelenks vor. Aus somatischer Sicht liessen sich einzig die Befunde im Bereiche des rechten Fusses als direkte Unfallfolgen verifizieren. Hier bestünden arthrotische Veränderungen der Fusswurzelgelenke und des oberen Sprunggelenks. Zu den psychischen Beschwerden werde hier nicht Stellung genommen. Es werde auf entsprechende fachärztliche Berichte verwiesen. Aus kreisärztlicher Sicht könnten die Verhältnisse im Bereiche des rechten Fusses durch weitere Therapien nicht wesentlich verbessert werden (S. 23). Es falle eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und dem in den Überwachungsvideos präsentierten Verhalten auf. So werde über Beschwerden beim Gehen berichtet, aber (in den Überwachungsvideos gezeigt) ohne ersichtliche Notwendigkeit auf einem Randstein balanciert, im Winter über Schneehaufen hinweggestiegen, wenn doch problemlos der einfachere ebene Weg hätte gewählt werden können. Dass bei der Untersuchung des Gehörs im Test nach Weber klar nach links lateralisiert werde, spräche gegen eine Innenohr-Schwerhörigkeit links und sei aus kreisärztlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Unfallbedingt könne die Zumutbarkeit aufgrund der Veränderungen am rechten Fuss wie folgt definiert werden: Zumutbar seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, vorzugsweise wechselnd belastend ohne langanhaltendes Gehen oder Stehen in vorzugsweise sitzender Position. Nicht zumutbar sei das längerstreckige Tragen von Gewichten von mehr als 10 kg. Nicht zumutbar seien andauerndes oder häufig wiederholtes Besteigen von Leitern oder Treppen. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten in Zwangshaltungen für die Gelenke am rechten Fuss in kauender oder kniender Position. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit länger anhaltendem Gehen oder Stehen in unebenem Gelände. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei prinzipiell eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar. Konfrontiert mit den Befunden der Überwachung hätten der Beschwerdeführer und seine Schwägerin diese mit einer deutlichen Verbesserung des körperlichen und psychischen Zustandes des Beschwerdeführers erklärt (S. 24).

6.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_, Fachärztin Allgemeine Medizin, beurteilte in ihrer Stellungnahme vom 3. September 2015 die medizinische Situation (inkl. Verlauf / Prognose) wie folgt (IV-Nr. 90 S. 2 ff.): Dem Beschwerdeführer sei seitens der Beschwerdegegnerin ab dem 1. Juni 2004 eine volle Invalidenrente zugesprochen worden. Die Observierungen des Beschwerdeführers in den Jahren 2006, 2009 und 2012, welche vom Haftpflichtversicherer H. \_\_\_ in Auftrag gegeben worden seien, hätten die vom Beschwerdeführer und seinen Verwandten während der letzten Jahre vorgebrachten Beschwerden in einem anderen Licht erscheinen lassen: Z.B. während beim Beschwerdeführer 2006 jeweils ein Schonhinken der rechten unteren Extremität unterschiedlicher Intensität beobachtet worden sei, habe er 2012 nur noch ein ausgeprägtes rechtsseitiges Hinken in der Umgebung des Unfallversicherers D. \_\_\_ auf dem Weg zu und von einem Untersuchungstermin gezeigt. Sich unbeobachtet fühlend, habe er am Tag nach dem Besuch beim Unfallversicherer D. \_\_\_, in der Nähe seines Hauses observiert, mit kräftigen Schaufelbewegungen Schnee zu schaufeln vermocht und ein unauffälliges, dynamisches und sicheres Gangbild, ohne jedwedes Hinken des rechten Beines gezeigt. Die Beurteilung des Psychiaters Dr. med. I. \_\_\_, in dem psychiatrischen Gutachten nach Aktenlage vom 20. Juni 2014 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) könne übernommen werden:

Zusammenfassend ergäben sich nach gutachtlicher Einschätzung hinreichend Anhaltspunkte für eine ausgeprägte bewusste Übertreibung (Aggravation) der angegebenen Beschwerden, oder einer bewussten Vortäuschung nicht tatsächlich vorhandener Beschwerden. Nach gutachtlicher Einschätzung bestünden erhebliche Zweifel daran, dass das Unfallgeschehen und die danach dokumentierten objektiven Verletzungsgrade der betroffenen Organsysteme das Ausmass und die Art der angegebenen körperlichen und psychischen Beschwerden mit ausreichender Wahrscheinlichkeit kausal begründen könnten. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit liege daher nach gutachtlicher Auffassung kein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den angegebenen Beschwerden vor. Es bestünden erhebliche Zweifel an der Authentizität der berichteten und dargestellten somatischen und psychischen Beschwerden, so dass die Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit (bis zum Zeitpunkt des Gutachtens vom 20. Juni 2014) nicht geteilt werden könne. Die RAD-Ärztin führte sodann die bereits im Bericht des Kreisarztes des Unfallversicherers D. \_\_\_ Dr. med. AD. \_\_\_ vom 15. Juni 2015 [recte: 1. Juni 2015] festgestellten Diagnosen auf (vgl. E. II. 6.3 hiervor). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der Unfallproblematik durch Dr. med. AD. \_\_\_ könne übernommen werden. An unfallfremden Leiden stehe der Status nach Hörsturz links im Vordergrund, welcher medizinisch ausreichend abgeklärt worden sei. Der Beschwerdeführer könne in folgenden Tätigkeiten vollschichtig eingesetzt werden: Unfallbedingt zumutbar seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, vorzugsweise wechselnd belastend ohne langanhaltendes Gehen oder Stehen in vorzugsweise sitzender Position. Nicht zumutbar sei das längerstreckige Tragen von Gewichten von mehr als 10 kg. Nicht zumutbar sei andauerndes oder häufig wiederholtes Besteigen von Leitern oder Treppen. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten in Zwangshaltungen für die Gelenke am rechten Fuss in kauender oder kniender Position. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit länger anhaltendem Gehen oder Stehen in unebenem Gelände. Bei Status nach Hörsturz links mit Hörverlust links von 80 % seien Tätigkeiten mit einer erhöhten Anforderung an das Gehör, insbesondere im Rahmen einer sprachlichen Kommunikation, nicht geeignet. Bei Auftreten von Schwindel seien sturzgefährdende Arbeiten zu vermeiden. Aus psychiatrischer Sicht (s. Gutachten nach Aktenlage, Dr. med. I. \_\_\_ vom 20. Juni 2014, vgl. E. II. 6.1 hiervor) zeigten die vom Beschwerdeführer in den ärztlichen und neuropsychologischen Untersuchungen geschilderten Beschwerdekompexe der psychischen Störungen wie posttraumatische Belastungsstörung, wie hirnganisch bedingte Schädigungen mit kognitiver Einschränkung, wie andauernde Persönlichkeitsveränderung und somatoforme Schmerzstörung, sich kaum vereinbar mit der zeitlichen Entwicklung der geschilderten Symptome und den in den Observationen festgestellten Verhaltensweisen (deutliche Zeichen von Aggravation). Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien aufgrund psychiatrischer Diagnosen also nicht gegeben. 6.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 2. Dezember 2015 (IV-Nr. 103 S. 2) fest, es könne weiterhin von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Letztendlich werde wohl nur durch eine klare, differenzierte Beurteilung durch ein vom Vertreter des Beschwerdeführers gefordertes, polydisziplinäres Gutachten (Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie in Kombination mit einem neuropsychologischen Gutachten, Rheumatologie und ORL), welches allerdings in Kenntnis der Observierungsunterlagen gefertigt werden sollte, dem Vertreter des Beschwerdeführers die aktuelle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nahebringen können. 6.6 Im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle K. \_\_\_ vom 11. Juli 2016 (IV-Nr. 118.2) wurden

folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (S. 39 f.):  
Chronische Fussbeschwerden rechts (ICD-10 T93.2/Z98.8) – Status nach Lisfranc-Luxationsfraktur mit Kompartmentsyndrom am 7. Juni 2003 – Status nach Logenspaltung, Reposition und Spickdrahtfixation Strahlen I – IV am 7. Juni 2003 – Status nach partieller Sekundärnaht am 11. Juni 2003 – Status nach Sekundärnaht am 20. Juni 2003 – Status nach Schraubenosteosynthese des Os naviculare und Os cuneiforme mediale sowie Arthrodesse des Lisfranc-Gelenkes I/II am 1. Juli 2003 – Status nach Entfernung des Osteosynthesematerials am Lisfranc-Gelenk I/II am 29. August 2003 – Status nach Schraubenentfernung am 25. Mai 2004 – radiologisch multiple, zum Teil deutlich ausgeprägte degenerative Veränderungen an oberem Sprung-, Chopart- und Lisfranc-Gelenk mit möglicher osteochondraler Läsion des Talus (Röntgen 3. Juni 2015)  
Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien: 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) – Chronische Nacken-, Schulter-, Arm- und Handgelenksbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10 M54.2/M79.60) – klinisch keine klar fassbare Läsion – Chronisches rechtsbetontes lumbogluteales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5/M79.65) – radiologisch Diskusprotrusion LWK5/SWK1 mit Affektion der Nervenwurzel S1 rechts (CT 16. September 2009) – Chronische Kopfschmerzen multifaktoriell bedingt (ICD-10 G44) – chronische Spannungskopfschmerzen – Analgetika-induzierter Kopfschmerz 2. Tinnitus und Hörverminderung links (ICD-10 H93) 3. Status nach Autounfall als Beifahrer am 7. Juni 2003 mit – Schädeltrauma, Rissquetschwunde supraorbital rechts – Pneumothorax rechts – Lisfranc-Luxationsfraktur rechts mit persistierendem neuropathischem Schmerzsyndrom am rechten Fuss 4. Verdacht auf Thalassämia minor (ICD-10 D56.9) In der interdisziplinären Konsensbesprechung kamen die beteiligten Gutachter zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer in sämtlichen adaptierten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten könnten dem Beschwerdeführer nicht zugemutet werden. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die aktuellen Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit mit Sicherheit ab Gutachtenszeitpunkt gelten würden. Die angestammte Tätigkeit als Automonteur wie auch andere körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seien dem Exploranden seit dem Unfall vom 7. Juni 2003 nicht mehr zumutbar (S. 41). Aus neurologischer Sicht sei es auf rein objektivierbarer Ebene gegenüber der Vorbegutachtung durch die Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ (10. Juni 2010, vgl. E. II. 5.9 hiervor) zu keiner wesentlichen Veränderung gekommen. Hingegen habe sich offenbar der mentale Zustand des Beschwerdeführers im Verlauf deutlich verbessert. Diesbezüglich sei auf die psychiatrische Beurteilung verwiesen. Aus somatischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand des Exploranden seit der Vorbegutachtung im Jahre 2010 nicht wesentlich geändert (S. 42). Im Vergleich zur Vorbegutachtung bei der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ im Jahre 2010 habe sich insbesondere die psychiatrische Problematik des Exploranden geändert. Aktuell liessen sich keine posttraumatischen Belastungsstörungen oder eine Konversionsstörung gemischt mit somatoformen Anteilen nachweisen, neurokognitive Defizite hätten bei mangelnder Kooperation des Exploranden in der neuropsychologischen Untersuchung nicht valide überprüft werden können (S. 43). 6.7 Dr. med. J.\_\_\_\_, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 14. Dezember 2016 (IV-Nr. 124 S. 2 f., A.S. 5 ff.) fest, das Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 sei

ausführlich und nachvollziehbar. Das Gutachten sei, nach vollständiger Kenntnis der Aktenlage ausführlich erstellt worden, die medizinische Beurteilung sei nachvollziehbar und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit schlüssig. Es könne von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gemäss dem Vorbescheid vom 10. September 2015 (IV-Nr. 91) ausgegangen werden. Das psychiatrische Zustandsbild habe sich wesentlich gebessert, zum Zeitpunkt der Untersuchung habe aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychiatrischen Problematik attestiert werden können. Die sprachliche Kommunikationsfähigkeit im Rahmen der Untersuchungssituation sei nicht eingeschränkt gewesen (neurologische Beurteilung, S. 34), der Beschwerdeführer habe den Tinnitus linksseitig nur als intermittierend geschildert, bei allerdings einer Hörminderung. Diese Hörminderung linksseitig habe zwar keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, sollte jedoch im Rahmen einer konsiliarischen HNO-ärztlichen Untersuchung quantifiziert werden. Der Beschwerdeführer sei im Rahmen des ärztlichen Gutachtens der Begutachtungsstelle K. \_\_\_ zu einem höflichen und angemessenen Verhalten fähig gewesen. Von daher bestehe kein Grund für sein unangebrachtes Verhalten mit verbalen und nonverbalen Drohungen bei der neuropsychologischen Untersuchung, die daher nachvollziehbar vom Untersucher abgebrochen worden sei. Der Forderung der Vertretung des Beschwerdeführers vom 8. September 2016 (IV-Nr. 120) nach einer Wiederholung der neuropsychologischen Untersuchung sollte daher nicht Folge geleistet werden. Umso mehr als der Psychiater Dr. med. P. \_\_\_ im Rahmen seiner Untersuchung in der Lage gewesen sei, den aktuellen psychiatrischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und auch seine mentale Leistungsfähigkeit zu beurteilen.

7. Nach der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2017 (A.S. 1 ff.) wurden die folgenden medizinischen Berichte verfasst:

7.1 Im neuropsychologischen Fachgutachten vom 12. Dezember 2017 (A.S. 70 ff.) hielt lic. phil. Q. \_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, folgende Gesamtbeurteilung fest (A.S. 77 f.): Eingänglich sei festzuhalten, dass es für das Vorliegen grober negativer Antwortverzerrungen oder dafür, dass der Beschwerdeführer bewusst und mutwillig sein tatsächliches kognitives Leistungsvermögen übertrieben schlecht habe darstellen wollen, keinen Anhalt gebe. Mit Blick auf das Zustandekommen und die Zuverlässigkeit der aktuell erhobenen Befunde lasse sich folgendes sagen:

a) Die objektivierten Testleistungen seien mehrheitlich durch das dysfunktionale Verhalten negativ beeinflusst, der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage gewesen, seine kognitiven Ressourcen optimal zu nutzen. Er habe in Situationen wie etwa bei neuen Anforderungen, bei Stress, beim Thema «Unfallereignis» mit anfänglichem Nicht-Verstehen, Vermeiden, Sich-Nicht-Zutrauen, Sich-Nicht-Einlassen-Können reagiert.

b) Das Verhalten in der Untersuchung sei auffällig gewesen, indem der Beschwerdeführer in den oben erwähnten Situationen bisweilen ein fast panikartiges Sich-Anspannen, ansatzweises Hyperventilieren, Äusserungen, die Selbstkontrolle zu verlieren und die Signalisation solchen Verhaltens wie Aufstehen, Sich-Gegen-Die-Wand-Abstützen-Müssen, die Fortsetzung der Untersuchung Verweigern-Müssen gezeigt habe, ein Verhalten, welches aufgrund der rein neurologischen-organischen Befunde schwer nachvollziehbar sei.

c) Das gezeigte Verhalten scheine dem Beschwerdeführer einerseits zur Angstabwehr zu dienen, andererseits eindrucksmässig aber auch dazu, von gewissen Stress auslösenden Anforderungen und Aufgaben entbunden zu sein, sich als kranke und unterstützungsbedürftige Person wahrzunehmen und zu verstehen.

d) Die beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten schienen eine eigene Dynamik und Effizienz erlangt zu haben, wobei offenbleibe, in welchem

Ausmass diese Prozesse vom Beschwerdeführer bewusst gesteuert werden könnten. Eine genauere Einschätzung darüber obliege einer psychiatrisch sachverständigen Fachperson. Mit dieser Einschätzung vereinbar seien die Ergebnisse in den durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren. Ein erstes Verfahren sei unauffällig ausgefallen (15 Rey Zeichen). Das zweite, am 3. Untersuchungstermin eingesetzte, Verfahren (50 Bilder merken) habe nach dem 1. Abfragedurchgang wegen stark zugenommener innerer Anspannung abgebrochen werden müssen. Der Beschwerdeführer habe in diesem eine zwar auffällige, jedoch nicht auf bewusste negative Antwortverzerrungen hinweisende Leistung erbracht. Wenn man zur Einschätzung der Anstrengungsbereitschaft zusätzlich die Slick-Kriterien (1, Slick et al. 1999) hinzuziehe, dann lasse sich folgendes festhalten: Insgesamt seien anhand der Slick-Kriterien Aggravationstendenzen als «möglich vorhanden» zu beurteilen. Es liege ein psychiatrisch relevantes, möglicherweise anteilmässig (in einem nicht definierten Anteil) bewusstes, verfestigtes dysfunktionales Verhalten vor, indem der Beschwerdeführer sich auf seine Krankenrolle fixiert habe. Dies habe sich über viele Jahre entwickelt und erschwere es dem Beschwerdeführer, sich privat und beruflich wieder erfolgreich zu (teil-) integrieren (A.S. 78). In dieser Situation seien Einschränkungen in mehreren Funktionsbereichen objektiviert worden (Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen, Gedächtnisprozesse, visuellräumliche Leistungen), deren Ausmass hirnorganisch nicht nachvollziehbar sei. Auf eine detaillierte Bewertung und Interpretation der Befunde werde wegen der Überlagerung durch die psychischen Prozesse verzichtet. Die Befunde würden aufgrund obiger Ausführungen nicht hinreichend zuverlässig das eigentlich mögliche kognitive Leistungsvermögen wiedergeben. Die unter der Rubrik «D. Untersuchung, Befunde» beschriebenen Testleistungen seien als deskriptiv und unter dem eben erwähnten Vorbehalt zu verstehen. Sie dienten als Vergleichswerte zu den Vorbefunden aus den Jahren 2003 und 2009. In der aktuellen Untersuchung habe sich die Schwägerin geäußert, dass es dem Beschwerdeführer hinsichtlich Befinden und Leistungsfähigkeit «seit fünf bis sechs Jahren» bessergehe. Es gebe keine neuropsychologische Diagnose. Neuropsychologische Beurteilung: Es liege ein verfestigtes dysfunktionales Verhalten vor, welches den Beschwerdeführer darin behindere, seine kognitiven Ressourcen optimal einzusetzen. Dieses Verhalten habe sich wohl durch multiple, wenig günstige Faktoren über Jahre entwickelt (erschwerter Verarbeitung des Unfalls, möglicherweise Groll gegen den Unfallfahrer / -verursacher, die mit dem Unfall verbundenen versicherungs-administrativen Folgen [Haftpflicht des Fahrers], verändertes Selbstbild und Lebenssituation, Angst und geringer Selbstwert, aktenanamnestisch erwähnt ungünstig einwirkendes familiäres Umfeld, lange Dauer der Arbeitsunfähigkeit / Arbeitsabsenz, evtl. andere). Eine eventuelle organisch bedingte Teil-einschränkung sei nicht auszuschliessen, jedoch angesichts des beobachteten Verhaltens zurzeit dem Gutachter nicht erschliessbar. Ein Vergleich des aktuell erhobenen kognitiven Leistungsvermögens mit den Vorbefunden aus den Jahren 2003 und 2009 unterstütze diese Einschätzung und lege nahe, dass eine Entwicklung im Sinne einer langsamen positiven Veränderung stattgefunden habe. Die kognitiven Leistungen seien in der aktuellen Untersuchung merklich besser gewesen als in den Vorjahren, gemäss anamnestischen Informationen gehe es dem Beschwerdeführer seit einigen Jahren besser, die Tatsache, dass er offenbar ohne Fehlleistungen Auto fahren könne, schon vor Jahren eine zukunftsgerichtete Lebensperspektive mit Gründung einer eigenen Familie mit zwei Kindern habe einnehmen können, die Beobachtungen aus der Observierung durch die Haftpflichtversicherung, all dies weise darauf, dass es Phasen gebe, in welchen es dem

Beschwerdeführer doch besser gehe als man rein anhand der Beschwerdeschilderungen und des in der Untersuchung gezeigten Verhaltens annehmen könnte. Es sei davon auszugehen, dass die kognitive Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit wie auch die Lebensqualität durch geeignete Massnahmen noch ein Stück verbessert werden könnten. Eine zuverlässigere Einschätzung dazu sollte jedoch von einer psychiatrisch Sachverständigen vorgenommen werden. Die Arbeitsfähigkeit / Belastbarkeit sei aus den oben geschilderten Gründen nicht gegeben. Seit Beginn, in den letzten Jahren bei nicht voll ausgeschöpften therapeutischen Möglichkeiten, gebe es trotzdem eine leichte Verbesserung von Befinden und Belastbarkeit in bisher hinsichtlich Arbeitsfähigkeit nicht relevantem Ausmass. Im Vergleich mit den Vorbefunden von 2003 und 2009 gebe es formal verbesserte Befunde. Fremdanamnestisch bestehe seit fünf bis sechs Jahren ein leicht besseres Befinden und eine verbesserte kognitive Leistungsfähigkeit. Klinisch in der Untersuchung auffälliges Testverhalten, im Vergleich zu den Vorberichten in etwa gleichbleibend bis leicht verbessert. Zurzeit seien keine spezifisch neuropsychologischen Massnahmen sinnvoll. Psychiatrische Weiterbehandlung zur Reduktion des dysfunktionalen Verhaltens und Behandlung von dessen Ursachen. Falls sich diese Behandlung als erfolgreich herausstelle, könnte eine erneute Verlaufsbeurteilung eine zuverlässigere Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit bringen. Weitere sinnvolle therapeutische Massnahmen seien von der behandelnden Psychiaterin (Dr. med. R. \_\_\_) zu erörtern.

7.2 Dr. med. R. \_\_\_, hielt in ihrem Bericht vom 4. September 2018 (A.S. 95 f.) fest, dass der Beschwerdeführer seit dem 9. Mai 2017 erneut in ihrer ambulant psychiatrischen Behandlung stehe. Diagnostisch gehe sie von einem organischen Psychosyndrom ICD-10 F07.02 mit Verdacht auf chronischem Schmerzsyndrom ICD-10 F54 nach SHT (Autounfall vom 7. Juni 2003) aus. Differentialdiagnostisch könne auch eine andauernde Persönlichkeitsänderung ICD-10 F62.80 nicht ausgeschlossen werden. Ebenfalls bestehe ein Status nach Posttraumatischer Belastungsstörung ICD-10 F43.1 (Kriterien aktuell nicht mehr erfüllt). Immer wieder würden Anpassungsstörungen mit phobischer und depressiver Reaktion ICD-10 F43.21 auftreten, z.B. Observation. Der Beschwerdeführer leide neben körperlichen Schmerzen unter häufigen Kopfschmerzen, Schwindel, rascher körperlicher und geistiger Erschöpfbarkeit sowie deutlich verminderter Belastungsfähigkeit bei schon geringem Stress und emotionalen Reizen. Deutlich vermindertes Selbstwertgefühl. Der Beschwerdeführer zeige sich auch weiterhin während der Gesprächstermine phasenweise überfordert, benötige Pausen, nutze während der Therapiesitzungen zwischenzeitlich die Aktivierung von Selbsthilfestrategien (Atemübungen) in Eigenregie. Konzentrationsfähigkeit gemindert (mehrmaliges Nachfragen), ausgeprägte Unsicherheit (wiederholen von erhaltenen Aufträgen bzw. Bitte um aufschreiben), er habe Mühe mit Neuem (Neuropsychologischer Abklärungstermin Spitalzentrum [...] im Herbst / Winter 2017 habe intensiver Vorbereitung bedurft, um dem Beschwerdeführer die Angst davor zu nehmen). Ähnliches gelte für das aktuell anstehende Gutachten bei Kollege AG. \_\_\_. Er setze sich unter eigenen Leistungsdruck (möglichst gut abschneiden wollen, Anforderungen der anderen erfüllen, nichts Falsches sagen wollen ...). Zwischenzeitlich hätten sie nach vorgängig jahrelanger Vermeidungsphase das Unfallereignis besprechen und den Unfallort aufsuchen können. Auch schaffe es der Beschwerdeführer besser, von Dritten zum Unfall angesprochen / befragt zu werden. Die im Gutachten der Begutachtungsstelle K. \_\_\_ (vgl. E. II. 6.6 hiervor) beschriebene nicht vorhandene Motivation einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (S. 20) könne Dr. med. R. \_\_\_ nicht bestätigen. Im Gegenteil: Der Beschwerdeführer leide darunter und möchte dies können. Mit dem Aufbau kleiner

Zwischenschritte (verbindliche Tätigkeiten im häuslichen Umfeld) hätten sie erste Schritte erreichen können. In einem weiteren Schritt habe er gelernt, einige Stunden pro Woche als Parkplatzkontrolleur (Falschparker ermitteln) zu arbeiten. Aber dies aufzubauen habe intensiver Vorbereitung bedurft, deren sich der Beschwerdeführer aber tapfer gestellt habe. Ein vor kurzem begonnener neuer Schritt einer Hauswarttätigkeit (Mehrzweckhalle Ortsgemeinde) (Pensum circa 20 %, freie Zeiteinteilung) sei teilweise gescheitert. Die Bewirtschaftung des Aussenbereiches (Rasen mähen) habe zur Überforderung geführt. Der Beschwerdeführer habe aber erreichen können, dass er die Reinigung von Räumlichkeiten bis Dezember befristet weiter ausführen dürfe. Das Erreichen eines Einkommens von wirtschaftlichem Wert werde in den nächsten zwei bis drei Jahren als nicht gegeben gesehen. Bezüglich der Schmerzen sei eine psychische Überlagerung nicht auszuschliessen (genaue Beurteilung müsse durch entsprechende Fachdisziplin erfolgen). Erworbene Fehl- und Schonhaltungen u.a. aus Angst seien vorhanden, würden durch die aktuelle Therapie aber dem Bewusstsein des Beschwerdeführers zugänglich. Er arbeite motiviert an Veränderungen und habe auch schon etliche positive Veränderungen erreicht. Kein Hinweis auf Simulation oder Aggravation. Die Motivation zur Gesundung / Aufnahme einer Tätigkeit sei vorhanden. Bei langjährig vorhandener Dekonditionierung (14 Jahre) müsse diese allerdings weiterhin abgebaut [wohl: aufgebaut] werden. Ein Aufbautraining in geschütztem Rahmen sei diesbezüglich längerfristig wahrscheinlich erforderlich. Aktuell würden allerdings – um Überforderungen zu vermeiden – die Tätigkeiten mit freier Zeiteinteilung (Parkplatzkontrolle, Mehrzweckhalle) für den Beschwerdeführer als wichtigen Zwischenschritt erachtet.

7.3 Dr. med. S. \_\_\_ hielt in seinem Schreiben vom 11. September 2018 (Beschwerdebeilage Nr. 10) fest, er habe seine ausführlichen Akten durchgeschaut und könne bestätigen, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall ein völlig normaler und gesunder junger Mann gewesen sei und dass er vorgängig keiner ärztlichen Hilfe bedurft habe. Seit dem erlittenen Unfall habe der Beschwerdeführer nun zahlreiche Ärzte (vor allem orthopädische) aufsuchen müssen und in der Folge habe sich nicht unerwartet eine Depression entwickelt, welche ebenfalls habe medizinisch angegangen werden müssen. Auf Grund der erlittenen Unfallfolgen bleibe der Beschwerdeführer nach wie vor nur für zwei bis drei Stunden arbeitsfähig und zwar für Tätigkeiten, welche geistig nicht anspruchsvoll seien. Es bestehe nach wie vor eine zerebrale rasche Ermüdung und der Beschwerdeführer sei beschränkt aufnahmefähig. In den letzten zwei Jahren habe sich leider auch eine Ohrsymptomatik (Tinnitus und Schwindel) eingestellt, welche trotz des langen Intervalls als posttraumatisch betrachtet werden müsse. Dank der psychiatrischen Behandlung bei Dr. med. R. \_\_\_ sei der Beschwerdeführer psychisch etwas stabiler geworden, die geistigen Ressourcen seien unverändert geblieben. Die Gehbehinderung mit dem schwer lädierten Fuss persistiere, so dass auch von dieser Seite eine echte Limitation bestehe.

8. Die Beschwerdegegnerin hat den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers auf die weitere Ausrichtung einer Invalidenrente im Wesentlichen gestützt auf die Observationsergebnisse und das Gutachten der Begutachtungsstelle K. \_\_\_ vom 11. Juli 2016 beurteilt, weshalb zu prüfen ist, ob diese eine genügende Basis bilden, um den Sachverhalt zu beurteilen. Da der Beschwerdeführer vorbringen lässt (A.S. 17 ff.), dass die Observationsergebnisse nicht verwendet werden dürfen und alle entsprechenden Unterlagen aus dem Dossier der Beschwerdegegnerin zu entfernen seien, ist vorweg darauf einzugehen.

8.1 Der Beschwerdeführer wurde im Auftrag des Haftpflichtversicherers H. \_\_\_ durch die Firma AH. \_\_\_ (später Firma AI. \_\_\_), vom 15. September bis 4. November 2006, vom 21. August bis 1. September 2009, vom 29. Februar bis 3. März 2012 und vom 13. bis

15. Dezember 2012 an einzelnen, insgesamt 12 Tagen observiert (vgl. Berichte zu den Ermittlungen, IV-Nrn. 99.1 – 99.5). Die entsprechenden Videoaufnahmen zeigen den Beschwerdeführer auf öffentlichen Strassen bzw. an öffentlichen Orten / Plätzen. So ist er u.a. beim Warten auf einen Kollegen vor einem Haus, bei einem Restaurantbesuch, beim Spazieren in Begleitung einer Frau als wohl auch seiner Familie auf Trottoirs, beim Schneeschaukeln nahe einer Strasse, beim Liegen in einem Park und als Beifahrer zu sehen.

8.2 Die Beschwerdegegnerin holte bei der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 11. Juli 2016 erstattet wurde (vgl. E. II. 6.6 hiervor). Die Gutachter hatten Kenntnis von den Observationsergebnissen (IV-Nrn. 118.2 S. 2 f., 5) und die Gutachter Dres. med. P.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_ nahmen in ihren Teilgutachten darauf auch ausdrücklich Bezug (IV-Nrn. 118.2 S. 21 unten, 31).

8.3 Das Bundesgericht erachtet es grundsätzlich als rechtmässig, dass ein Sozialversicherungsträger die Ergebnisse einer Observation heranzieht, welche ein privater Versicherer zulässigerweise veranlasst hatte (BGE 132 V 241, 129 V 323; vgl. dazu auch Lucien Müller: Der Beizug von Observationsmaterial sowie von Videoaufzeichnungen Dritter im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren, in: Ueli Kieser / Miriam Lendfers [Hrsg.]: Sachverhaltsabklärung in der Sozialversicherung, St. Gallen 2014, S. 59 ff., 66 ff.). Inzwischen wurde allerdings verbindlich festgestellt, dass weder für die obligatorische Unfallversicherung (vgl. Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte [EGMR] vom 18. Oktober 2016 in Sachen Vukota-Bojic gegen die Schweiz, 61838/10) noch für die Invalidenversicherung (vgl. BGE 143 I 377 E. 4 S. 384) eine ausreichende gesetzliche Grundlage für Observationen besteht, welche der Sozialversicherungsträger selbst angeordnet hat. Folglich verletzen solche Handlungen Art. 8 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK, SR 0.101) bzw. Art. 13 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101), der im Wesentlichen den gleichen Gehalt aufweist (vgl. BGE 143 I 377 E. 4 S. 384). Es ist nicht völlig klar, ob die zuvor zitierte Rechtsprechung gemäss BGE 132 V 241, welche den Beizug der Ergebnisse von (zulässigen) Observationen eines privaten Haftpflichtversicherers erlaubt, vor diesem Hintergrund weiterhin uneingeschränkte Geltung beanspruchen kann. Das Bundesgericht liess diese Frage im Urteil 8C\_352/2017 vom 9. Oktober 2017 E. 5.6, offen. Es hielt aber gleichzeitig fest, die Ergebnisse einer solchen Observation könnten jedenfalls dann berücksichtigt werden, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, welche in BGE 143 I 377 E. 5 für die Verwertbarkeit einer durch den Sozialversicherungsträger selbst (und somit rechtswidrig) veranlassten Observation formuliert wurden. Wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergeben wird, ist dies hier zu bejahen. Daher kann offen bleiben, ob in der vorliegenden Konstellation allenfalls weniger strenge Anforderungen gelten würden. Nach der zu «eigenen» Observationen des Sozialversicherungsträgers ergangenen Rechtsprechung ist die Verwendung der Observationsergebnisse (und damit auch der gestützt darauf ergangenen weiteren Beweise) grundsätzlich zulässig, es sei denn, bei einer Abwägung der tangierten Interessen würde das private Interesse gegenüber dem öffentlichen überwiegen (BGE 143 I 377 E. 5.1.1 S. 385 f.). Videoaufnahmen sind verwertbar, solange Handlungen der versicherten Person aufgezeichnet werden, die sie aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung vorgenommen hat, und ihr keine Falle gestellt worden ist. Ferner ist wohl von einem absoluten Verwertungsverbot für Beweismaterial auszugehen, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurde (BGE 143 I 377 E. 5.1.3 S. 386; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_634/2018 vom 30. November 2018 E. 5.3).

Nimmt die versicherte Person in einem für jedermann frei einsehbaren Bereich alltägliche Verrichtungen vor, so ist davon auszugehen, dass sie insoweit auf einen Schutz der Privatsphäre verzichtet und ihre Handlungen der Öffentlichkeit aussetzt. Müssen dagegen körperliche oder rechtlich-moralische Schranken überwunden werden, um in die Privatsphäre fallende Tatsachen zu beobachten, sind diese Tatsachen nicht mehr ohne weiteres jedermann zugänglich (BGE 137 I 327 E. 6.1 S. 336).

8.4 Es ist daher nachfolgend zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Verwertung nach den erwähnten Kriterien erfüllt sind: Der Haftpflichtversicherer H.\_\_\_\_ liess den Beschwerdeführer aufgrund der ihm vorliegenden Akten observieren, da der Verdacht bestand, dass die Angaben des Beschwerdeführers nicht den Tatsachen entsprechen würden und er die Beschwerden vortäusche oder zumindest übertreibe (IV-Nr. 99.5 S. 1; vgl. auch E. II. 5.4 hiervor). Dies lässt sich anhand der Verfahrensakten nachvollziehen. So wies bspw. der D.\_\_\_\_-Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 2. Mai 2006 (IV-Nr. 26 S. 3 ff.) auf eine «groteske Selbstlimitierung» hin und hielt fest, es bestünden ausser im Bereich des rechten Fusses keine strukturellen Veränderungen, welche die weiterhin schlechte Beweglichkeit erklären würden. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Observation aufgrund von konkreten Anhaltspunkten objektiv geboten war (vgl. BGE 137 I 327 E. 5.4.2.1 S. 332; Urteil des Bundesgerichts 8C\_689/2018 vom 15. Januar 2019 E. 4.1). Die Beobachtungen des Beschwerdeführers fanden zwischen dem 15. September und 4. November 2006 an vier Tagen, zwischen dem 21. August und 1. September 2009 an zwei Tagen, zwischen dem 29. Februar und 3. März 2012 an drei Tagen sowie zwischen dem 13. und 15. Dezember 2012 an drei Tagen statt. Das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach er über mehrere Jahre hinweg (2006 bis 2013) observiert und bildgebendes Material erstellt worden sei (A.S. 18), erweist sich demnach als nicht stichhaltig. So wurden die durchgeführten Observationen nicht über Jahre hinweg durchgeführt, sondern fanden – wie oben dargelegt – an insgesamt 12 Tagen statt. An sieben davon kam es zu Videoaufzeichnungen (15. September und 3. November 2006, 24. August und 1. September 2009, 3. März, 13. und 14. Dezember 2012). Die Beobachtungen bezogen sich auf das Alltagsverhalten des Beschwerdeführers (z.B. Spazieren allein oder mit anderen Personen, Schneeschaufeln, Restaurantbesuch, Warten auf Kollegen). Dass eine Observation in nicht öffentlich frei zugänglichen Räumen erfolgt wäre, ist weder behauptet noch ersichtlich. Auch unter diesem Gesichtspunkt besteht demnach kein Grund für ein Verwertungsverbot (Urteil des Bundesgerichts 8C\_45/2017 vom 26. Juli 2017 E. 4.4.2). Die Überwachungsperson befand sich zudem stets auf einer Strasse oder an einem anderen öffentlichen Ort, von welchem aus jeder gewöhnliche Passant den Beschwerdeführer hätte sehen können. Somit ist auch die Voraussetzung erfüllt, wonach eine versicherte Person nur observiert werden darf, wenn sie sich an einem Ort befindet, der entweder allgemein zugänglich oder aber von einem allgemein zugänglichen Ort aus frei einsehbar ist.

8.5 Zusammenfassend sind die im Auftrag des Haftpflichtversicherers H.\_\_\_\_ veranlassten Observationsergebnisse inkl. der Videoaufnahmen nicht aus den vorliegenden Akten zu entfernen. Daran vermag das durch den Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichte Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern, 200 18 413 IV vom 26. November 2018 (A.S. 102 ff., vgl. E. I. 19 hiervor) nichts zu ändern. Die Beschwerdegegnerin hat sich somit u.a. zu Recht auf diese Ergebnisse gestützt.

9. Es ist im Nachfolgenden zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2017 (A.S. 1 f.) zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) abgestellt hat.

9.1

Das Gutachten von Prof. Dr. med. AJ.\_\_\_\_, Fallführung, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. P.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Neurologie, und lic. phil. N.\_\_\_\_, Psychologie / Neuropsychologie, wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.2 hiervor) grundsätzlich in allen Punkten gerecht. So wurde der Beschwerdeführer je einer ausführlichen Exploration durch den jeweiligen Gutachter (IV-Nr. 118.2 S. 13 ff., 16 ff., 24 f., 31 ff., 36 f.) unterzogen, womit die durch ihn geklagten Beschwerden berücksichtigt worden sind. Weiter wurden im Rahmen des internistischen Teilgutachtens am 25. Mai 2016 Laboruntersuchungen durchgeführt (S. 16 oben), im psychiatrischen Teilgutachten der psychopathologische Befund nach AMDP [Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie] erhoben (S. 18 f.), im neuropsychologischen Teilgutachten diverse Untersuchungsverfahren, so u.a. ein Hamburg-Wechsler-Intelligenztest, ein Übungsblatt zu den Grundrechenoperationen im 100er-Raum und ein Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (S. 37 f.) vorgenommen und sowohl im allgemeininternistischen, orthopädischen bzw. neurologischen und neuropsychologischen Teilgutachten der jeweilige Status (S. 15 f., 25 ff., 33, 37 ff.) erhoben. Damit beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. Durch das Zusammentragen sämtlicher seit dem 7. Juni 2003 erstellten Arztberichte und Schriftstücke (S. 3 ff.) und dem nachträglich eingegangenen Operationsbericht vom 11. Mai 2012 (S. 7 oben), wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Zudem sind die Ausführungen der Gutachter schlüssig und nachvollziehbar: So ist die Einschätzung von Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_ in seinem allgemeininternistischen Teilgutachten, wonach aus isolierter allgemeininternistischer Sicht zu keinem Zeitpunkt eine länger dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe attestiert werden können (S. 16), sowohl mit Blick auf die medizinischen Vorakten als auch unter Einbezug der am 25. Mai 2016 durchgeführten Laborbefunde nachvollziehbar. Denn diese präsentierten sich bis auf eine Mikrozytose bei normalem Eisenstatus als unauffällig. Diese Mikrozytose sei gemäss dem allgemeininternistischen Experten am ehesten mit einer Thalassämia minor vereinbar, welche jedoch bei fehlender Anämie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters Dr. med. P.\_\_\_\_, wonach keine eigentlichen psychopathologischen Symptome feststellbar seien (S. 19), vermag einzuleuchten, da während der 60 Minuten dauernden Exploration u.a. festgestellt wurde, dass der Beschwerdeführer einen wachen Eindruck mache, bewusstseinsklar sowie zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert sei, sich differenziert ausdrücke, während der ganzen Untersuchung nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt habe, gut auf die gestellten Fragen habe eingehen können, keine Einengung des Denkens, kein Gedankenabreissen, keine Neologismen, keine Gedankenleere, kein wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen, keine Anhaltspunkte für illusionäre Verkennungen, akustische, optische, olfaktorische oder taktile Halluzinationen, keine Zwangsgedanken, keine Zwangshandlungen, keine Ängste und Phobien, keinen Lebensverleider, Suizidgedanken oder -phantasien, zeige. In diesem Zusammenhang scheint auch die gutachterliche Schlussfolgerung plausibel, wonach keine depressiven Symptome vorhanden seien (S. 23). So leide der Beschwerdeführer weder unter Antriebsstörungen, depressiven Verstimmungen, sozialem Rückzug, Minderwertigkeitsgefühlen, einem Lebensverleider noch unter Suizidgedanken. Die gutachterliche Feststellung, wonach die anamnestischen Angaben etwas ungenau gewesen seien (S. 19), ist schlüssig, da der Beschwerdeführer im

Rahmen der Befragung bspw. das Alter seiner Eltern nicht genau benennen können (S. 17 Mitte) und auch die Angaben zu seiner finanziellen Situation etwas ungenau gewesen seien (S. 18 oben). Aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers zu seinem «jetzigen Leiden», wonach er unter Kopf-, Nackenschmerzen, Schmerzen in der rechten Schulter, im rechten Arm und im rechten Fuss sowie einem Geräusch im linken Ohr leide (S. 16 unten), überzeugt ferner die Ausführung des psychiatrischen Experten, dass sich der Beschwerdeführer subjektiv durch die Schmerzen und seinen Tinnitus beeinträchtigt fühle (S. 20 Mitte). Aufgrund des im Rahmen des orthopädischen Teilgutachtens erhobenen orthopädischen Status mit völlig unklaren Angaben bei der Palpation der thorakolumbalen Wirbelsäule, der völlig unklaren, letztlich ubiquitär angegebenen Druckdolenz an der Mittellinie sowie der gesamten, unverspannten Nackenmuskulatur beidseits im Bereich der HWS, der fraglichen Druckdolenz inguinal rechts im Bereich der Hüfte sowie der unklaren Schmerzangabe samt Wegziehen des rechten Fusses (S. 26), ist die Beurteilung des Orthopäden Dr. med. O. \_\_\_ nachvollziehbar, wonach sich die äusserst diffus und insbesondere während der körperlichen Untersuchung sehr unklar präsentierten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen liessen (S. 29 oben). Da der Gutachter darlegte, dass zwar ein gewisser Leidensdruck nach rechtsseitiger Fussfraktur samt z.T. deutlichen arthrotischen Veränderungen nachvollziehbar sei, keinesfalls aber die übrige präsentierte Symptomatik, leuchtet ein, dass er von einem im Vordergrund stehenden nicht-organischen Geschehen ausging. Im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens hielt Dr. med. M. \_\_\_ fest, allein das Vorliegen eines Unfalls mit einer initialen Geschwindigkeit von 65 km/h bzw. eines vorangehenden Alkoholkonsums rechtfertige die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung noch nicht. Die in den letzten Jahren eingetretene erfreuliche Verbesserung des Zustandes des Beschwerdeführers unterstütze die Beurteilung, dass im Wesentlichen nicht eine organische Hirnverletzung als Ursache der dramatischen Verhaltensauffälligkeiten und kognitiven Einschränkungen vorgelegen habe (S. 35). Diese gutachterlichen Ausführungen erscheinen gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers schlüssig. So habe dieser angegeben, seit der letzten Begutachtung 2009 sei es zu einer wesentlichen Besserung der Kopfschmerzen gekommen (S. 32 unten), er könne nun viel länger an etwas bleiben und habe dabei weniger starke Kopfschmerzen. Gleichgeblieben seien die Schmerzen an den Kiefergelenken. Die Schmerzen am rechten Fuss hätten sich verschlechtert. In Bezug auf die durch den Beschwerdeführer beklagten Kopfschmerzen (S. 31 Mitte) hielt der neurologische Experte in überzeugender Weise fest, die chronischen Kopfschmerzen könnten gemäss IHS (Internationaler Kopfschmerzgesellschaft) einem chronischen Spannungskopfschmerz zugeordnet werden, wobei daneben wahrscheinlich aufgrund des täglichen Analgetikagebrauchs eine Analgetika-induzierte Kopfschmerzkomponente bestehe (S. 34). Diese letztere Einschätzung erscheint aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers betreffend die eingenommenen Medikamente – u.a. Dafalgan 1 g (ein bis zwei Tabletten täglich), Spiralgin 500 mg (ein bis zwei Tabletten täglich), Flectoparin Pflaster in Reserve, Tramadol Tropfen in Reserve (seltener Gebrauch) und Rheumon Salbe – plausibel (S. 33 oben). Im Gegensatz zu den Feststellungen anlässlich der neurologischen Untersuchung vom 25. Mai 2016 (S. 31 ff.), wo das Verhalten des Beschwerdeführers als adäquat beurteilt und davon ausgegangen wurde, dass er seine Situation plausibel darlegen könne (S. 35), hielt lic. phil. N. \_\_\_ im Rahmen seiner zeitlich etwas früher (am 23. Mai 2016) erfolgten neuropsychologischen Exploration u.a. folgende Verhaltensbeobachtungen fest (S. 38 unten): Der Beschwerdeführer sei weder

örtlich noch kalendarisch orientiert, die Emotionalität und die Affekte seien in der Untersuchungssituation nicht stabil. Der Beschwerdeführer zeige eine deutliche Stressatmung, er atme in lauten kurzen Stößen ein und aus, das Sozialverhalten erinnere an die eines überangepassten dreijährigen Jungen. Da der Beschwerdeführer sodann beim Untertest Konstruktive Praxis aus der neuropsychologischen Testbatterie (CERAD) Drohungen ausgesprochen und damit gedroht habe, Gegenstände im Untersuchungsraum herumschmeissen sowie Anstalten gezeigt habe, dass er sich nicht mehr beherrschen könne – indem er die Fäuste geballt und stossweise geatmet habe –, falls ihm die neuropsychologische Untersuchung weiter zugemutet werde (S. 39), leuchtet der vorzeitige Abbruch der Exploration durch den neuropsychologischen Experten aus nachvollziehbaren Gründen ein. So stufte lic. phil. N.\_\_\_\_ die Drohung denn auch als sehr ernst ein. Damit ist das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 grundsätzlich beweiswertig. 9.2 Es bleibt nachfolgend zu prüfen, ob die zeitlich vor dem Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ verfassten medizinischen Berichte geeignet sind, den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 zu erschüttern: 9.2.1 Eingehend auf das psychiatrische Teilgutachten vom 23. Mai 2016 ist zunächst auf das Aktengutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2014 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) einzugehen. Auf die durch ihn aufgegriffenen und als weder mit dem medizinischen Wissen über den Ablauf somatischer Erkrankungen noch mit dem medizinischen Wissen über die Auslösung, Ausgestaltung und den Verlauf authentischer psychischer Störungen ausreichend vereinbar qualifizierten Diagnosen einer «chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)» sowie einer «Konversionsstörung mit somatoformen Anteilen (ICD-10 F44)» ging auch der psychiatrische Gutachter Dr. med. P.\_\_\_\_ ein (IV-Nr. 118.2 S. 23). So legte er zur Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung dar, eine solche könne nicht diagnostiziert werden. Der Beschwerdeführer klage zwar über Angstträume, sei etwas verunsichert gewesen, als er über den Unfall befragt worden sei, zeige aber keine emotionale Stumpfheit, keine Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, fahre wieder Auto, habe geheiratet, sei Vater von zwei Kindern geworden. Alle diese Befunde würden klar gegen das Vorhandensein einer posttraumatischen Belastungsstörung sprechen. Betreffend die weitere von Dr. med. I.\_\_\_\_ festgehaltene Diagnose einer «Konversionsstörung mit somatoformen Anteilen (ICD-10 F44)» hielt Dr. med. P.\_\_\_\_ fest (IV-Nr. 118.2 S. 23 unten), es hätten bei der psychiatrischen Untersuchung keine Konversionssymptome mehr festgestellt werden können. Das Gangbild sei bis auf ein leichtes Hinken unauffällig gewesen, das Verhalten sei ebenfalls unauffällig gewesen, der Beschwerdeführer habe v.a. über Schmerzen geklagt. Die durch Dr. med. I.\_\_\_\_ festgestellten, hinreichenden Anhaltspunkte für eine ausgeprägte bewusste Übertreibung (Aggravation) der angegebenen Beschwerden, oder einer bewussten Vortäuschung nicht tatsächlich vorhandener Beschwerden, konnte Dr. med. P.\_\_\_\_ anlässlich seines psychiatrischen Teilgutachtens nicht bestätigen. So hielt er zwar fest (IV-Nr. 118.2 S. 20), dass sich die geklagten körperlichen Beschwerden durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren liessen, so dass also von einer psychischen Überlagerung ausgegangen werden müsse. Hinweise auf eine Simulation seien indes im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung nicht feststellbar gewesen. Damit werden die gutachterlichen Einschätzungen von Dr. med. P.\_\_\_\_ durch die Beurteilung von Dr. med. I.\_\_\_\_ in seinem Aktengutachten vom 20. Juni 2014 gestützt. Die Abweichung in Bezug auf Aggravation und Simulation erklärt sich ohne weiteres dadurch, dass sich der Beschwerdeführer im Gespräch mit Dr. med. P.\_\_\_\_ anders präsentierte als im Rahmen der

früheren psychiatrischen Untersuchungen. 9.2.2 In Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ist zunächst auf den Bericht von Dr. med. AC.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2014 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) einzugehen. Dieser stellte beim Beschwerdeführer aufgrund der Zuweisung im Mai 2014 wegen einer Hörverminderung, einen «Hörsturz links mit praktisch fehlender Restitutio» fest. Diese Diagnose wurde vom Kreisarzt Dr. med. AD.\_\_\_\_ im Bericht vom 1. Juni 2015 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) ebenfalls festgehalten, wobei er darlegte, dass aktuell ein deutlicher Hörverlust links, anamnestisch auch ein Rausch- und Pfeiftinnitus bestünden und der Weber nach links lateralisiert werde, was gegen eine Innenohr-Schwerhörigkeit links spreche. In diesem Sinn hielt auch der neurologische Gutachter Dr. med. M.\_\_\_\_ die Diagnose «Tinnitus und Hörverminderung links (ICD-10 H93)» fest. Er empfahl in Bezug auf die durch den Beschwerdeführer beklagten intermittierenden Tinnitus linksseitig mit zusätzlicher Gehörverminderung eine HNO-ärztliche Abklärung (IV-Nr. 118.2 S. 34), hielt jedoch zugleich fest, dass während der Untersuchungssituation die sprachliche Kommunikationsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht eingeschränkt gewesen sei und dieser den Tinnitus als manchmal vorhanden, mit gelegentlichen Problemen beim Einschlafen, beschrieben habe, so dass allein vom Tinnitus bzw. der Hörverminderung abgesehen keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen sei. Damit ergeben sich durch den Bericht vom 13. Juni 2014 keine Einschränkungen des Beweiswertes des Gutachtens der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016. 9.2.3 In Bezug auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. AD.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2015 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) sowie die durch ihn festgestellten Hauptdiagnosen eines «Schädelhirntraumas», einer «Lisfranc-Luxationsfraktur mit Kompartmentsyndrom», eines «stumpfen Thoraxtraumas» sowie von «anamnestisch chronischen Nackenbeschwerden», «chronisch lumbalen Rückenbeschwerden» sowie eines «Hörsturzes links», ist festzuhalten, dass diese auch im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ ausgewiesen wurden. Dr. med. AD.\_\_\_\_ hielt in Bezug auf das Schädelhirntrauma fest, es bestehe aktuell eine Hyposensibilität der rechten Stirnhälfte, das Stirnrunzeln sei symmetrisch möglich. Dazu führte der neurologische Gutachter Dr. med. M.\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten vom 25. Mai 2016 aus (IV-Nr. 118.2 S. 34), der Beschwerdeführer berichte bei der klinischen Untersuchung über ein leichtes sensibles Defizit im Bereich der rechten Stirne. Der Beschwerdeführer habe sich beim Unfall vom 7. Juni 2003 eine Rissquetschwunde supraorbital zugezogen, wobei es wahrscheinlich zu einer Verletzung der des entsprechenden sensiblen Nervenastes (Nervus frontalis) gekommen sei. Somit stimmen die fachärztlichen Einschätzungen diesbezüglich überein. Betreffend die «Lisfranc-Luxationsfraktur mit Kompartmentsyndrom» hielt Dr. med. AD.\_\_\_\_ fest, aktuell bestünden belastungsabhängige Restbeschwerden am Mittelfuss rechts, eine Hohlfusskonfiguration, eine Lisfranc-Arthrodese, eine Chopartarthrose und eine beginnende OSG-Arthrose. Dr. med. M.\_\_\_\_ legte dazu in seinem neurologischen Teilgutachten dar (IV-Nr. 118.2 S. 34), der Beschwerdeführer habe sich am 7. Juni 2003 eine Lisfranc-Luxationsfraktur rechts zugezogen, wobei im weiteren Verlauf verschiedene Operationen erfolgt seien. Es bestehe nun ein chronischer Schmerzzustand am rechten Fuss, wobei sich bei der klinischen Untersuchung Hinweise auf eine mässig ausgeprägte neuropathische Schmerzkomponente fänden. Es sei dem Beschwerdeführer trotz der Berührungs- und Schmerzüberempfindlichkeit jedoch möglich, normales Schuhwerk zu tragen. Beim freien Gehen sei lediglich ein leichtes Entlastungshinken erkennbar. Im Rahmen der klinischen Befunde zeigten sich zudem u.a. eine Hohlfusskomponente (IV-Nr. 118.2 S. 26 unten) und der Gutachter verwies auf die bei der radiologischen

Untersuchung des rechten Fusses vom 3. Juni 2015 durchgeführten radiologischen Befunde (vgl. IV-Nr. 118.2 S. 27, 28 unten) mit u.a. Chopart-Arthrose und Lisfranc-Arthrose. Damit weichen die fachärztlichen Einschätzungen und Feststellungen bezüglich des rechten Fusses des Beschwerdeführers nicht in relevanter Weise voneinander ab. Auf das durch Dr. med. AD.\_\_\_\_ weiter ausgewiesene «stumpfe Thoraxtrauma», das er als «folgenlos abgeheilt» beurteilte, ging Dr. med. M.\_\_\_\_ im Rahmen seines neurologischen Teilgutachtens nicht ein. Es ergibt sich daher auch diesbezüglich keine voneinander abweichende Einschätzung. Die durch Dr. med. AD.\_\_\_\_ weiter festgehaltenen Diagnosen von anamnestisch chronischen Nackenbeschwerden und chronischen lumbalen Rückenbeschwerden wurden durch den Beschwerdeführer auch bei der neurologischen Teilbegutachtung durch Dr. med. M.\_\_\_\_ beklagt. So stünden die Kopfschmerzen, die Rückenschmerzen und die Fusschmerzen rechts im Vordergrund (IV-Nr. 118.2 unten). Unabhängig von den Nackenschmerzen seien chronische Kopfschmerzen vorhanden. Diesbezüglich führte der neurologische Gutachter aus, diese seien multifaktoriell bedingt, sowohl gemäss IHS einem chronischen Spannungskopfschmerz zuordenbar als auch durch den täglichen Analgetikagebrauchs Analgetika-induziert. Bezüglich der durch den Beschwerdeführer beklagten chronisch lumbalen Rückenschmerzen würden keine radiukulären Schmerzausstrahlungen beschrieben und es fänden sich bei der Untersuchung keine Hinweise auf eine radikuläre Reiz- bzw. sensomotorische Ausfallsymptomatik. Somit stimmen die ärztlichen Feststellungen in Bezug auf die beklagten Schmerzen des Beschwerdeführers überein. Der Bericht des Kreisarztes Dr. med. AD.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2015 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) vermag den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ nicht zu schmälern. 9.2.4 Zusammenfassend vermögen die vor dem Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 verfassten ärztlichen Berichte dessen Beweiswert nicht zu verringern. 9.3 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die nach dem Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 erstellten medizinischen Berichte dessen Beweiswert in Frage zu stellen vermögen: 9.3.1 Eingehend auf das neuropsychologische Privatgutachten von Dr. med. Q.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2017 (vgl. E. II. 7.1 hiervor), kann festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer anlässlich dieses Gutachtens ein auffälliges Verhalten zeigte, indem er in Situationen, wie etwa bei neuen Anforderungen, Stress und beim Thema «Unfallereignis» mit anfänglichem Nicht-Verstehen, Vermeiden, Sich-Nicht-Zutrauen, Sich-Nicht-Einlassen-Können, reagiert habe. Sein Verhalten dabei wurde wie folgt beschrieben: ein fast panikartiges Sich-Anspannen, ein ansatzweises Hyperventilieren, Äusserungen, die Selbstkontrolle zu verlieren, die Signalisation solchen Verhaltens wie Aufstehen, Sich-Gegen-Die-Wand-Abstützen-Müssen, die Fortsetzung der Untersuchung Verweigern-Müssen. Dieses Verhalten wurde von Dr. med. Q.\_\_\_\_ als aus rein neurologisch-organischen Befunden schwer nachvollziehbar beurteilt. Er ging davon aus, dass es sich dabei um eine Angstabwehr handle, oder, um von gewissen Stress auslösenden Anforderungen und Aufgaben entbunden zu sein, sich als kranke und unterstützungsbedürftige Person wahrzunehmen und zu verstehen (A.S. 77 unten). Ein ähnliches Verhalten zeigte der Beschwerdeführer im Rahmen des neuropsychologischen Teilgutachtens von lic. phil. N.\_\_\_\_, als er beim Untertest Konstruktive Praxis Drohungen ausgesprochen und Anstalten gezeigt habe, dass er sich nicht mehr beherrschen könne (Fäuste ballen und stossweises Atmen), so dass dieses Teilgutachten wegen der sehr ernst zu scheinenden Drohungen abgebrochen werden musste. Daher können die beiden neuropsychologischen Einschätzungen nicht direkt miteinander verglichen werden. Es kann

jedoch behelfsweise das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 23. Mai 2016 herangezogen werden (IV-Nr. 118.2 S. 16 ff.), in welchem ebenfalls aufgezeigt wurde, dass der Beschwerdeführer in leichte Erregung geraten sei, als er direkt über den Unfall befragt worden sei, er aber v.a. über Schmerzen geklagt habe, die ihn beim Arbeiten und im Alltag am meisten einschränken würden (IV-Nr. 118.2 S. 22). Laut Dr. med. P.\_\_\_\_ könnten das Ausmass der geklagten körperlichen Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, aufgrund dieser Beschwerden nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden. Ähnliche Einschätzungen finden sich im neuropsychologischen Fachgutachten. So führte lic. phil. Q.\_\_\_\_ aus (A.S. 78 unten), es liege ein psychisch relevantes, möglicherweise anteilmässig (in einem nicht definierten Anteil) bewusstes, verfestigtes dysfunktionales Verhalten vor, indem sich der Beschwerdeführer auf seine Krankenrolle fixiert habe. Dies habe sich über viele Jahre entwickelt und erschwere es dem Beschwerdeführer, sich erfolgreich privat und beruflich wieder zu (teil-)integrieren. Im Weiteren hielt lic. phil. Q.\_\_\_\_ fest, eine eventuelle, organisch bedingte Teileinschränkung sei nicht auszuschliessen, sei jedoch angesichts des beobachteten Verhaltens zurzeit nicht erschliessbar (A.S. 79 unten). Im Gegensatz zum Psychiater Dr. med. P.\_\_\_\_, der eine «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte (IV-Nr. 118.2 S. 22 unten), konnte der Neuropsychologe lic. phil. Q.\_\_\_\_ keine neuropsychologische Diagnose feststellen. Das neuropsychologische Gutachten von lic. phil. Q.\_\_\_\_ vermag den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 nicht zu verringern. 9.3.2 Einzugehen ist auf den Bericht von Dr. med. R.\_\_\_\_ vom 4. September 2018 (vgl. E. II. 7.2 hiervor). Sie wies die Diagnose eines «organisches Psychosyndroms mit Verdacht auf ein chronisches Schmerzsyndrom ICD-10 F54 nach SHT (Autounfall vom 7. Juni 2003) aus, ohne sich indes näher mit dieser Diagnosestellung auseinandergesetzt zu haben. Jedenfalls ist ihrem Bericht weder eine substantiierte diagnostische Beurteilung, noch eine Herleitung dieser Diagnose zu entnehmen. Diesbezüglich ist auf die gutachterlichen Einschätzungen von Dr. med. P.\_\_\_\_ in seinem psychiatrische Teilgutachten vom 23. Mai 2016 einzugehen. So hielt er fest, den Akten seien ausser einer allfälligen kurzen Bewusstlosigkeit auf dem Unfallplatz keine Hinweise zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer während längerer Zeit bewusstlos gewesen sei (IV-Nr. 118.2 S. 23). Daher könne die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nicht gestellt werden. Diese Darlegungen lassen sich aufgrund des Protokolls der Unfallpolizei vom 7. Juni 2003 verifizieren, wonach der Beschwerdeführer während des Unfalls in Ohnmacht gefallen und erst wieder erwacht sei, als er von Angehörigen der Feuerwehr betreut worden sei (IV-Nr. 12.8 S. 14). Da sich in den vorangehenden Berichten keine diesen Einschätzungen entgegenstehenden Ausführungen finden, kann der Einschätzung von Dr. med. P.\_\_\_\_ gefolgt werden. Somit vermag die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nicht zu überzeugen. Auch den weiteren von Dr. med. R.\_\_\_\_ ausgewiesenen Diagnosestellungen kann nicht gefolgt werden, da diese nicht in nachvollziehbarer Weise hergeleitet oder begründet worden sind. Es ist zudem in Bezug auf Dr. med. R.\_\_\_\_ der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Somit wird der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. P.\_\_\_\_ durch den Bericht von Dr. med. R.\_\_\_\_ nicht in Frage gestellt. 9.3.3 Der Hausarzt Dr. med. S.\_\_\_\_ führte im sehr kurz und knapp ausgefallenen Schreiben vom 11. September 2018 (vgl. E. II. 7.3

hiervor) u.a. aus, der Beschwerdeführer habe nach dem Unfall vom 7. Juni 2003 zahlreiche Ärzte aufsuchen müssen und in der Folge habe sich eine Depression entwickelt, welche ebenfalls medizinisch angegangen werden müssen. Diesen Einschätzungen kann aufgrund der vorangehenden medizinischen Akten gefolgt werden. Die weitere Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer aufgrund der erlittenen Unfallfolgen nach wie vor nur für zwei bis drei Stunden arbeitsfähig bleibe, vermag demgegenüber nicht einzuleuchten. So fehlt eine plausible Auseinandersetzung mit dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und eine nachvollziehbare und schlüssige Begründung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es ist in Bezug auf Dr. med. S. \_\_\_ darauf hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Das Schreiben von Dr. med. AH. \_\_\_ vermag den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle K. \_\_\_ nicht einzuschränken. 9.3.4 Zusammenfassend vermögen die nach dem Gutachten der Begutachtungsstelle K. \_\_\_ verfassten medizinischen Berichte dessen Beweiswert nicht einzuschränken. 9.4 Da der psychiatrische Gutachter Dr. med. P. \_\_\_ beim Beschwerdeführer eine «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» diagnostizierte (vgl. E. II. 6.6 hiervor), die dem der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vergleichbaren unklaren Beschwerdebild entspricht, ist zu prüfen, ob das psychiatrische Teilgutachten der Begutachtungsstelle K. \_\_\_ der mit dem Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 geänderten bundesrichterlichen Praxis zu genügen vermag. Es erfolgt daher anhand eines Kataloges von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) – Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) – Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) – Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) – gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) – behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Die Beweiskraft des Gerichtsgutachtens der Begutachtungsstelle K. \_\_\_ setzt somit voraus, dass dieses auch den Anforderungen der neuen Rechtsprechung entspricht, indem es sämtliche für die Beurteilung der Indikatoren relevanten Informationen enthält. Dies ist in Bezug auf das Gutachten der Begutachtungsstelle K. \_\_\_ vom 11. Juli 2016 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) zu bejahen und wird durch den Beschwerdeführer daher zu Recht auch nicht bestritten: So ging Dr. med. P. \_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten auf sämtliche Indikatoren in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise im Einzelnen ein und diskutierte diese bzw. verwies auf bereits gemachte Feststellungen in seinem Teilgutachten (IV-Nr. 118.2 S. 19 ff.). Er führte bspw. in Bezug auf die «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» aus, die anamnestischen Angaben seien etwas ungenau gewesen. Der Beschwerdeführer habe einen unsicheren Eindruck gemacht. Als er über den Unfall befragt worden sei, habe er unruhig gewirkt und gemeint, er könne sich nicht daran erinnern. Diese Darlegungen vermögen unter Einbezug des festgestellten psychopathologischen Befundes nach AMDP (S. 18 f.) einzuleuchten. Betreffend den Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen, dass eine

psychiatrische Behandlung nicht durchgeführt werde und der Beschwerdeführer einzig mit einem Antidepressivum durch den Hausarzt behandelt werde (S. 21 oben). Die psychiatrische Behandlung sei nur in grossen Abständen durchgeführt worden, die Kooperation dabei sei vorhanden gewesen. Weitere Therapieoptionen bestünden nicht, der Beschwerdeführer sei subjektiv überzeugt davon, nur wenige Stunden arbeiten zu können. Diese ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung lasse sich weder durch die psychiatrischen noch durch die somatischen Befunde hinreichend objektivieren. Es sei auch nicht zu erwarten, dass diese ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung durch eine psychiatrische Therapie wesentlich beeinflusst werden könne. Diese gutachterlichen Einschätzungen vermögen aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers zu überzeugen. So führte dieser aus, er könne sich vorstellen, ein bis zwei Stunden zu arbeiten. Die Kopfschmerzen, Fusschmerzen und Rückenschmerzen würden ein höheres Pensum nicht zulassen (S. 18). Zum Komplex «Persönlichkeit» führte Dr. med. P.\_\_\_\_ aus, die psychosoziale Entwicklung sei unauffällig verlaufen. Der Beschwerdeführer habe nach dem Unfall aufgrund der Aktenlage ein ausgeprägtes regressives Zustandsbild gezeigt, welches von der überfürsorglichen Haltung seiner Umgebung begünstigt worden sei. Diese Einschätzung wird durch die medizinischen Vorakten bestätigt. So ist diesen u.a. zu entnehmen, dass die Familie des Beschwerdeführers durch die Situation stark belastet sei und mit überbehütetem Verhalten reagiere (vgl. E. II. 5.2, 5.5, 5.10 hiervor). In der Zwischenzeit habe sich das regressive Zustandsbild deutlich gebessert. So wies der psychiatrische Gutachter auf die Heirat 2010 und die beiden Kinder hin und legte dar, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden aber dazu geführt hätten, dass er berentet worden sei und ihm hohe finanzielle Entschädigungen zugesprochen worden seien. Dies könne laut überzeugender Darlegung des Gutachters dazu beitragen, dass die Rolle als Kranker fixiert sei, da diese dem Beschwerdeführer doch einen hohen sekundären Krankheitsgewinn gebracht habe. In diesem Sinn führte sodann auch lic. phil. Q.\_\_\_\_ aus (vgl. E. II. 7.1 hiervor), es liege ein bewusstes, verfestigtes dysfunktionales Verhalten vor, indem sich der Beschwerdeführer auf seine Krankenrolle fixiert habe. Daher vermag die weitere Ausführung einzuleuchten, wonach sich der Beschwerdeführer subjektiv durch die Schmerzen und seinen Tinnitus beeinträchtigt fühle und eine psychiatrische Störung, die ihn in der Umsetzung seiner Ressourcen einschränken würde, nicht bestehe. Zum Komplex «sozialer Kontext» hielt Dr. med. P.\_\_\_\_ fest, es seien beim Beschwerdeführer keine sozialen Belastungen feststellbar, die sich negativ im Alltag auswirken würden. Er erfahre eine grosse Unterstützung durch seine Ehefrau, seine Eltern, seinen Bruder und dessen Familie, die Kommunikationsfähigkeit sei gut, aber es bestehe keine Motivation, einer Tätigkeit nachzugehen (S. 20). Betreffend die Kategorie «Konsistenz» hielt der Gutachter fest, gemäss den Akten habe sich der Beschwerdeführer früher an das Unfallereignis erinnern können, jetzt meine er, sich nicht mehr daran erinnern zu können, berichte vage von einem brennenden Auto. Ob nun eine Amnesie zum Unfallereignis vorliege oder nicht, lasse sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht sicher feststellen. Der Beschwerdeführer berichte, dass er ausserhalb der Familie praktisch keine sozialen Kontakte pflege, dies im Gegensatz zur Observation. Ansonsten hätten im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keine Diskrepanzen festgestellt werden können (S. 21). Er habe 2010 geheiratet, lebe mit seiner Ehefrau und den beiden Kindern zusammen, leide gelegentlich unter schmerzbedingten Schlafstörungen, ein- oder zweimal im Monat erwache er nachts aus einem angstbesetzten Traum, sei in der Lage Auto zu fahren, erledige leichte Arbeiten im Haushalt, unternehme Spaziergänge, kümmere sich um seine Kinder, spiele mit ihnen, mache mit ihnen Ausflüge

und sei mit der Familie 2015 auch für zwei Wochen Ferien in die Türkei gereist. Er gehe also einigen Aktivitäten nach. Aufgrund dieser Ausführungen vermag die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar sei, dass sich der Beschwerdeführer subjektiv überhaupt nicht mehr arbeitsfähig fühle (S. 22).

9.5 Zusammenfassend vermag das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 den Anforderungen der mit Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 geänderten bundesrichterlichen Praxis zu genügen.

10. Es ist auf die Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

10.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt (A.S. 13), dass der Abbruch der neuropsychologischen Begutachtung bei lic. phil. N.\_\_\_\_ einen erheblichen Mangel darstelle, welcher das gesamte Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ lückenhaft / unvollständig werden lasse mit der entsprechenden Konsequenz für dessen Verwertbarkeit. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der neuropsychologische Gutachter angesichts des Verhaltens des Beschwerdeführers und seiner ausgestossenen Drohungen davon ausging, dass diese sehr ernst zu nehmen seien (IV-Nr. 118.2 S. 39). Dies erscheint angesichts der objektiven Feststellungen des Gutachters durchaus nachvollziehbar. So habe er die Fäuste geballt und stossweise geatmet.

10.1.1 Nach Art. 43 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Abs. 1 Satz 1). Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Abs. 2). Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, so kann der Versicherungsträger aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Er muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Abs. 3). Nach der Rechtsprechung kann die Verwaltung auch in einem von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahren gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG vorgehen. Sie kann eine Begutachtung anordnen und zur Durchsetzung dieses Abklärungsanspruchs vom Versicherten die Erfüllung der ihm obliegenden Mitwirkungspflicht einfordern. Es muss ihr möglich sein, ihn – bei anhaltender Renitenz nach Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens – auch im Sinne von Art. 43 Abs. 3 ATSG durch Leistungseinstellung zu sanktionieren (BGE 139 V 585 E. 6.3.7.1 S. 588; Urteil des Bundesgerichts 9C\_244/2016 vom 16. Januar 2017).

10.1.2 Das Verhalten des Beschwerdeführers im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung bei lic. phil. N.\_\_\_\_ vom 23. Mai 2016 hat zum Abbruch der entsprechenden Untersuchung geführt, wobei sein Benehmen nicht mit den in den Akten aufgeführten gesundheitlichen Störungen erklärt werden kann. Das Verhalten des Beschwerdeführers während der neuropsychologischen Begutachtung ist umso weniger nachvollziehbar, als er sich am gleichen Tag (am Vormittag des 23. Mai 2016, vgl. IV-Nr. 116 S. 3) auch einer psychiatrischen Begutachtung bei Dr. med. P.\_\_\_\_ unterziehen musste und dort während der 60minütigen Exploration kein aggressives Verhalten zeigte. So beschrieb ihn der psychiatrische Gutachter als freundlich und kooperativ (IV-Nr. 118.2 S. 18 unten), merkte jedoch an, dass der Beschwerdeführer zum Unfall befragt unruhig geworden sei und gemeint habe, er könne sich nicht genau daran erinnern. Demgegenüber wurde das Verhalten bei den durch lic. phil. N.\_\_\_\_ durchgeführten Untersuchungstests als «nicht kooperativ» beschrieben (IV-Nr. 118.2 S. 41) und es wurde festgehalten, dass eine reproduzierbare Einschränkung nicht nachvollzogen werden könne. Die RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_ hielt diesbezüglich in ihrer Stellungnahme

vom 14. Dezember 2016 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) fest, der Beschwerdeführer sei im Rahmen des ärztlichen Gutachtens der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ zu einem höflichen und angemessenen Verhalten fähig gewesen, weshalb kein Grund für das unangebrachte Verhalten des Beschwerdeführers mit verbalen und nonverbalen Drohungen bestanden habe. Es kommt hinzu, dass sich der Beschwerdeführer bereits zu einem früheren Zeitpunkt bei der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ u.a. einer neuropsychologischen Exploration hatte unterziehen müssen (vgl. IV-Nr. 58.7) und ihm deshalb das Prozedere der neuropsychologischen Begutachtung inkl. diversen Testverfahren bekannt war. Der Beschwerdeführer ist den ihm mit Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 21. März 2016 (IV-Nr. 114) mitgeteilten Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nachgekommen. Da gemäss der überzeugenden Stellungnahme von Dr. med. J.\_\_\_\_, RAD, der psychiatrische Gutachter Dr. med. P.\_\_\_\_ in der Lage war, den psychiatrischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie seine mentale Leistungsfähigkeit zu beurteilen (vgl. E. II. 6.7 hiervor), ist die daraus gezogene Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin (A.S. 3), wonach ungeachtet der Mitwirkungspflichten ein materieller Entscheid dennoch möglich sei, nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer bringt in diesem Zusammenhang weiter vor (A.S. 13), er habe während der ganzen mehrtägigen Begutachtung bei der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ unter erheblichem Druck gestanden und sei nervös gewesen. Da er längere Zeit im Wartezimmer von lic. phil. N.\_\_\_\_ habe warten müssen, habe dies seine Nervosität noch gesteigert. Er sei vom Gutachter zudem massiv unter zeitlichen Druck gesetzt worden und seine Bitten um eine Pause oder ein Glas Wasser seien abrupt abgelehnt worden. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass es im Rahmen einer bevorstehenden Begutachtung durchaus nachvollziehbar ist, dass die zu begutachtende Person etwas nervös ist. Ausserdem kann es vorkommen, dass die zu begutachtende Person nicht gleich an die Reihe kommt, sondern im Wartezimmer etwas warten muss, was die Nervosität noch zusätzlich steigern kann. Zu den gegen die Durchführung der neuropsychologischen Begutachtung bei lic. phil. N.\_\_\_\_ gerichteten Vorbringen kann festgehalten werden, dass der zeitliche Faktor bzw. die Reaktionsschnelligkeit bei einigen der durchgeführten Untersuchungsverfahren massgebend ist und daher bei der untersuchenden Person eine gewisse Drucksituation entstehen kann. So hielt lic. phil. N.\_\_\_\_ bspw. zur neuropsychologischen Testbatterie CERAD fest (IV-Nr. 118.2 S. 38), dass der Beschwerdeführer für den ganzen Versuch (Bezeichnung der Objekte) sehr viel Zeit benötigt habe (3 Minuten und 45 Sekunden). Es ist somit davon auszugehen, dass der vom Beschwerdeführer nicht näher beschriebene «zeitliche Druck» in der Natur der durchgeführten Tests liegt. Das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach er ein Glas Wasser verlangt habe und dies abrupt abgelehnt worden sei, kann aufgrund der vorliegenden Akten nicht verifiziert werden. Es ist dennoch festzuhalten, dass auch ein Verneinen eines verlangten Glases Wasser üblicherweise nicht zu einem aggressiven Verhalten bzw. zum Ausstossen von Drohungen führt. Damit vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers sein Verhalten während der neuropsychologischen Begutachtung bei lic. phil. N.\_\_\_\_ nicht zu rechtfertigen. Ergänzend bleibt anzufügen, dass der vom Beschwerdeführer selbst beigezogene Neuropsychologe lic. phil. Q.\_\_\_\_ in seinem Fachgutachten vom 12. Dezember 2017 (A.S. 70 ff.) ebenfalls keine schlüssige Beurteilung vorzunehmen vermochte. 10.2 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen (A.S. 14), lic. phil. N.\_\_\_\_ verfüge nicht über den Facharztstitel in Neuropsychologie der FSP-Gesellschaft und sei dort auch nicht Mitglied. Dazu kann folgendes festgehalten werden: Der Beschwerdeführer wurde durch die

Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 21. März 2016 (IV-Nr. 114) sowohl über die Fachdisziplinen als auch über die entsprechenden Gutachterpersonen – darunter u.a. lic. phil. N.\_\_\_\_ – informiert. Der Beschwerdeführer hat in der Folge keine Ausstandsgründe gegen die vorgeschlagenen Gutachterpersonen erheben lassen. Jedenfalls sind solche in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Folglich liess sich der Beschwerdeführer implizit mit diesen einverstanden erklären, womit er auch die gutachterliche Beteiligung von lic. phil. N.\_\_\_\_ akzeptierte. Am 22. Februar 2017 informierte das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) die Gutachterstellen darüber (vgl. auch Beschwerdebeilage Nr. 4), dass die bisher geltenden Mindestanforderungen (Masterabschluss in Psychologie) für Begutachtungen in Neuropsychologie nicht mehr genügen würden. Laut IV-Rundschreiben Nr. 367 vom 21. August 2017 gelten entsprechend dem neuen, auf den 1. Juli 2017, in Kraft getretenen Art. 50b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) ab diesem Zeitpunkt für neuropsychologische Begutachtungen im Rahmen polydisziplinärer Gutachten, welche über die webbasierte Plattform SuisseMED@P vergeben werden, neue fachliche Mindestanforderungen. Im Urteil des Bundesgerichts 9C\_531/2017 und 9C\_532/2017 vom 15. September 2017 – die durch die Beschwerdegegnerin am 18. Oktober 2017 eingereicht worden sind (A.S. 50 ff., vgl. E. II. 13 hiervor) – hat das Bundesgericht dazu erwogen, die Zulassungsbedingungen gemäss Art. 50b KVV müssten von Gesetzes wegen nicht zwingend auf den Zeitpunkt seines Inkrafttretens in der IV-Begutachtungspraxis übernommen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_466/2017 vom 9. November 2017 E. 4.3). Im vorliegenden Fall wurde das Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ am 11. Juli 2016 und das hier relevante neuropsychologische Teilgutachten von lic. phil. N.\_\_\_\_ am 23. Mai 2016 erstattet. Somit waren zu diesem Zeitpunkt die neu formulierten Vorgaben für die Begutachtungen in Neuropsychologie noch nicht in Kraft. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2017 (A.S. 2 unten) auf den Standpunkt stellte, die Frage, ob die im Februar 2017 neu definierten fachlichen Anforderungen für neuropsychologische Gutachter vom in Frage stehenden Neuropsychologen erfüllt würden, könne offen bleiben. Im Übrigen ist lic. phil. N.\_\_\_\_ dem Gericht aus früheren Fällen bekannt, ohne dass Mängel in seinen Gutachten aufgefallen wären. 11. Zusammenfassend ist dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) der volle Beweiswert zuzusprechen. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 27. April 2017 (A.S. 1 ff.) auf dieses abgestellt hat. Es kann daher auch auf die im Gutachten festgestellte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden: Beim Beschwerdeführer besteht somit seit dem Gutachtenszeitpunkt in sämtlichen adaptierten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten sind dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Die angestammte Tätigkeit als Automonteur und andere körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sind dem Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 7. Juni 2003 nicht mehr zumutbar. 12. Im Vergleich zur Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 30. Juli 2013 (IV-Nr. 75), die auf der letzten materiellen Prüfung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers basiert, hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers – wie nachfolgend dargelegt wird – im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2017 (A.S. 1 ff.) in rechtsrelevanter Weise verändert: 12.1 In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers kann festgehalten werden, dass die im polydisziplinären Gutachten der

Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ vom 10. Juni 2010 (vgl. E. II. 5.9 hiervor) ausgewiesenen psychiatrischen Diagnosestellungen einer «posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)», einer «Konversionsstörung gemischt mit somatoformen Anteilen (ICD-10 F44.7)» sowie von «neurokognitiven Defiziten (ICD-10 R41.0)» im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung bei der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 nicht bestätigt werden konnten. So hielt der psychiatrische Gutachter Dr. med. P.\_\_\_\_ fest (IV-Nr. 118.2 S. 23 f.), die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht gestellt werden. Der Beschwerdeführer habe zwar über seltene Angstträume geklagt, sei etwas verunsichert gewesen, als er über den Unfall befragt worden sei, habe aber keine emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen gezeigt, fahre wieder Auto, habe geheiratet, sei Vater von zwei Kindern geworden. All diese Befunde sprächen klar gegen das Vorhandensein einer posttraumatischen Belastungsstörung. Es hätten bei der psychiatrischen Untersuchung zudem keine Konversionsprobleme mehr festgestellt werden können. Das Gangbild sei bis auf ein leichtes Hinken unauffällig gewesen, das Verhalten sei ebenfalls unauffällig gewesen, der Beschwerdeführer habe v.a. über Schmerzen geklagt. Somit könne festgehalten werden, dass sich das psychiatrische Zustandsbild deutlich gebessert habe und zum Zeitpunkt der Untersuchung aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden könne. Damit erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit dem Bericht von Dr. med. AB.\_\_\_\_ vom 1. Mai 2013 (vgl. E. II. 5.11 hiervor), in welchem ebenfalls eine «chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)» und «Konversionsstörungen gemischt mit somatoformen Anteilen (ICD-10 F44.7) (Veränderungen von Bewegungsfunktionen, Gangstörung mit Ataxie, Astasie, somatoforme Überlagerung in der Schmerzwahrnehmung, grotesk überzogene Verhaltensweisen)» diagnostiziert wurden. Der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erweist sich somit im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2017 gegenüber demjenigen im Zeitpunkt der Mitteilung vom 30. Juli 2013 als wesentlich verbessert.

12.2 In Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand kann nicht von einer wesentlich veränderten gesundheitlichen Situation ausgegangen werden. So wurden bereits im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung bei der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ vom 10. Juni 2010 sowohl chronische Kopfschmerzen als auch eine schmerzhaft globale Funktionsstörung des rechten Fusses diagnostiziert. Beide Diagnosen wurden auch im Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 ausgewiesen. Dr. med. M.\_\_\_\_ hielt diesbezüglich in seinem neurologischen Teilgutachten fest (IV-Nr. 118.2 S. 36), im neurologischen Gutachten der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der chronischen Kopfschmerzen um 20 % festgestellt worden. Aktuell würden diese vom Beschwerdeführer nicht als derart einschränkend beschrieben, als dass sich dadurch allein eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit erkennen liesse bzw. eine Verminderung vorliege, welche deutlich über das Ausmass hinausgehe, das bereits durch die Einschränkung aufgrund der Fusschmerzen stattfinde. Zu dem im Gutachten der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ weiter ausgewiesenen chronischen zervikalen sowie lumbalen Schmerzsyndrom führte Dr. med. M.\_\_\_\_ aus (IV-Nr. 118.2 S. 36), aufgrund des Zervikalsyndroms und des lumbalen Schmerzsyndroms würden sich aus rein neurologischer Sicht keine relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben. Es ist folglich nicht von einer veränderten neurologischen gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers auszugehen. Die im Gutachten der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ im Weiteren diagnostizierten «Riss- / Quetschwunde» und «Pneumothorax rechts» wurden im Gutachten der

Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ unter die Diagnose eines «Status nach Autounfall als Beifahrer am 7. Juni 2003» subsumiert. Im Vergleich zum Gutachten der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ wurde im Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ neu ein Tinnitus und eine Hörverminderung diagnostiziert, die gemäss Einschätzung der Gutachter aber keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Diese Diagnosestellungen sind aufgrund des im Mai 2014 erlittenen Hörsturzes des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 6.2 hiervor) nachvollziehbar. Im Weiteren ging Dr. med. O.\_\_\_\_ auf die orthopädische Teilbegutachtung durch die Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ ein (IV-Nr. 118.2 S. 30 Mitte) und hielt fest, Prof. Dr. med. AF.\_\_\_\_, FMH Orthopädie, habe am 2. September 2009 beschrieben (IV-Nr. 58.4), dass der Beschwerdeführer zum Aufstehen im Wartezimmer drei Anläufe und beim Ablegen der Kleidung «Zeit und sichtliche Überlegung der einzelnen Schritte» gebraucht habe. Im Stand sei eine volle Belastung des rechten Fusses nicht zu erreichen gewesen und die Untersuchung der Wirbelsäule «wie schon in allen früheren Berichten festgehalten» sei aufgrund nicht überwindbarer Abwehr unmöglich gewesen, wogegen während der Anamneseerhebung und dem Ankleiden an Stamm und oberen Extremitäten relevante Einschränkungen fehlten. Die Umfangmessung der Beine habe eine nur geringe Differenz zuungunsten der rechten Seite ergeben. Die subjektive Beeinträchtigung des Nackens sei auf nicht-organische Faktoren zurückzuführen gewesen und die Kreuzschmerzen als überwiegend unfallfremd einzustufen. Die Arbeitsfähigkeit sei bezüglich der Fussverletzung als Automechaniker leistungsmässig um 15 % vermindert und wie auch für Verweistätigkeiten zusätzlich durch eine «um eine Stunde verlängerte Mittagspause» eingeschränkt. Die Belastungslimite habe 10 kg betragen und beim Stehen, Gehen und Sitzen sollte mindestens stündlich eine Haltungsänderung erfolgen. Dieser Einschätzung könne gemäss Dr. med. O.\_\_\_\_ aufgrund der heutigen Untersuchung insgesamt gut gefolgt werden, wengleich die Tätigkeit als Automechaniker [recte: Automonteur] aufgrund genannter qualitativer Einschränkungen nicht mehr zugemutet werden sollte. Andererseits lägen weiterhin keine klar fassbaren Faktoren vor, welche eine leistungsmässige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für angepasste, immer wieder auch sitzende Verrichtungen begründen könnten. Damit sind keine voneinander abweichenden orthopädischen Einschätzungen ersichtlich. Dr. med. L.\_\_\_\_ führte in seinem allgemeininternistischen Teilgutachten aus (S. 16), die bisher ärztlicherseits attestierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien jeweils mit dem Vorliegen von nicht allgemeininternistischen Diagnosen begründet worden. Dieser Ausführung kann unter Heranziehung der vorliegenden medizinischen Akten gefolgt werden. Folglich sind zwischen den beiden Gutachten der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ vom 10. Juni 2010 (vgl. E. II. 5.9 hiervor) und der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 (vgl. E. II.

#### **E. 45**

Sekunden). Es ist somit davon auszugehen, dass der vom Beschwerdeführer nicht näher beschriebene «zeitliche Druck» in der Natur der durchgeführten Tests liegt. Das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach er ein Glas Wasser verlangt habe und dies abrupt abgelehnt worden sei, kann aufgrund der vorliegenden Akten nicht verifiziert werden. Es ist dennoch festzuhalten, dass auch ein Verneinen eines verlangten Glases Wasser üblicherweise nicht zu einem aggressiven Verhalten bzw. zum Ausstossen von Drohungen führt. Damit vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers sein Verhalten während der neuropsychologischen Begutachtung bei lic. phil. N.\_\_\_\_ nicht zu rechtfertigen. Ergänzend bleibt anzufügen, dass der vom Beschwerdeführer selbst beigezogene Neuropsychologe lic. phil. Q.\_\_\_\_ in seinem Fachgutachten vom 12. Dezember 2017 (A.S. 70 ff.) ebenfalls keine

schlüssige Beurteilung vorzunehmen vermochte.

10.2 Der Beschwerdeführer lässt vorbringen (A.S. 14), lic. phil. N.\_\_\_\_ verfüge nicht über den Facharztstitel in Neuropsychologie der FSP-Gesellschaft und sei dort auch nicht Mitglied. Dazu kann folgendes festgehalten werden: Der Beschwerdeführer wurde durch die Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 21. März 2016 (IV-Nr. 114) sowohl über die Fachdisziplinen als auch über die entsprechenden Gutachterpersonen ■ darunter u.a. lic. phil. N.\_\_\_\_ ■ informiert. Der Beschwerdeführer hat in der Folge keine Ausstandsgründe gegen die vorgeschlagenen Gutachterpersonen erheben lassen. Jedenfalls sind solche in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Folglich liess sich der Beschwerdeführer implizit mit diesen einverstanden erklären, womit er auch die gutachterliche Beteiligung von lic. phil. N.\_\_\_\_ akzeptierte. Am 22. Februar 2017 informierte das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) die Gutachterstellen darüber (vgl. auch Beschwerdebeilage Nr. 4), dass die bisher geltenden Mindestanforderungen (Masterabschluss in Psychologie) für Begutachtungen in Neuropsychologie nicht mehr genügen würden. Laut IV-Rundschreiben Nr. 367 vom 21. August 2017 gelten entsprechend dem neuen, auf den 1. Juli 2017, in Kraft getretenen Art. 50b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) ab diesem Zeitpunkt für neuropsychologische Begutachtungen im Rahmen polydisziplinärer Gutachten, welche über die webbasierte Plattform SuisseMED@P vergeben werden, neue fachliche Mindestanforderungen. Im Urteil des Bundesgerichts 9C\_531/2017 und 9C\_532/2017 vom 15. September 2017 ■ die durch die Beschwerdegegnerin am 18. Oktober 2017 eingereicht worden sind (A.S. 50 ff., vgl. E. II. 13 hiervor) ■ hat das Bundesgericht dazu erwogen, die Zulassungsbedingungen gemäss Art. 50b KVV müssten von Gesetzes wegen nicht zwingend auf den Zeitpunkt seines Inkrafttretens in der IV-Begutachtungspraxis übernommen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_466/2017 vom 9. November 2017 E. 4.3). Im vorliegenden Fall wurde das Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ am 11. Juli 2016 und das hier relevante neuropsychologische Teilgutachten von lic. phil. N.\_\_\_\_ am 23. Mai 2016 erstattet. Somit waren zu diesem Zeitpunkt die neu formulierten Vorgaben für die Begutachtungen in Neuropsychologie noch nicht in Kraft. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2017 (A.S. 2 unten) auf den Standpunkt stellte, die Frage, ob die im Februar 2017 neu definierten fachlichen Anforderungen für neuropsychologische Gutachter vom in Frage stehenden Neuropsychologen erfüllt würden, könne offen bleiben. Im Übrigen ist lic. phil. N.\_\_\_\_ dem Gericht aus früheren Fällen bekannt, ohne dass Mängel in seinen Gutachten aufgefallen wären.

11. Zusammenfassend ist dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) der volle Beweiswert zuzusprechen. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 27. April 2017 (A.S. 1 ff.) auf dieses abgestellt hat. Es kann daher auch auf die im Gutachten festgestellte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden: Beim Beschwerdeführer besteht somit seit dem Gutachtenszeitpunkt in sämtlichen adaptierten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten sind dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Die angestammte Tätigkeit als Automonteur und andere körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sind dem Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 7. Juni 2003 nicht mehr zumutbar.

12. Im Vergleich zur Mitteilung der Beschwerdeführerin vom 30. Juli 2013 (IV-Nr. 75), die auf der letzten materiellen Prüfung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers basiert, hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ■ wie nachfolgend dargelegt wird ■ im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2017 (A.S. 1 ff.) in rechtsrelevanter Weise verändert:

12.1 In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers kann festgehalten werden, dass die im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ vom 10. Juni 2010 (vgl. E. II. 5.9 hiavor) ausgewiesenen psychiatrischen Diagnosestellungen einer «posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)», einer «Konversionsstörung gemischt mit somatoformen Anteilen (ICD-10 F44.7)» sowie von «neurokognitiven Defiziten (ICD-10 R41.0)» im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung bei der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 nicht bestätigt werden konnten. So hielt der psychiatrische Gutachter Dr. med. P.\_\_\_\_ fest (IV-Nr. 118.2 S. 23 f.), die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht gestellt werden. Der Beschwerdeführer habe zwar über seltene Angstträume geklagt, sei etwas verunsichert gewesen, als er über den Unfall befragt worden sei, habe aber keine emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen gezeigt, fahre wieder Auto, habe geheiratet, sei Vater von zwei Kindern geworden. All diese Befunde sprächen klar gegen das Vorhandensein einer posttraumatischen Belastungsstörung. Es hätten bei der psychiatrischen Untersuchung zudem keine Konversionsprobleme mehr festgestellt werden können. Das Gangbild sei bis auf ein leichtes Hinken unauffällig gewesen, das Verhalten sei ebenfalls unauffällig gewesen, der Beschwerdeführer habe v.a. über Schmerzen geklagt. Somit könne festgehalten werden, dass sich das psychiatrische Zustandsbild deutlich gebessert habe und zum Zeitpunkt der Untersuchung aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden könne. Damit erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit dem Bericht von Dr. med. AB.\_\_\_\_ vom 1. Mai 2013 (vgl. E. II. 5.11 hiavor), in welchem ebenfalls eine «chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)» und «Konversionsstörungen gemischt mit somatoformen Anteilen (ICD-10 F44.7) (Veränderungen von Bewegungsfunktionen, Gangstörung mit Ataxie, Astasie, somatoforme Überlagerung in der Schmerzwahrnehmung, grotesk überzogene Verhaltensweisen)» diagnostiziert wurden. Der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erweist sich somit im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2017 gegenüber demjenigen im Zeitpunkt der Mitteilung vom 30. Juli 2013 als wesentlich verbessert.

12.2 In Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand kann nicht von einer wesentlich veränderten gesundheitlichen Situation ausgegangen werden. So wurden bereits im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung bei der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ vom 10. Juni 2010 sowohl chronische Kopfschmerzen als auch eine schmerzhafte globale Funktionsstörung des rechten Fusses diagnostiziert. Beide Diagnosen wurden auch im Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 ausgewiesen. Dr. med. M.\_\_\_\_ hielt diesbezüglich in seinem neurologischen Teilgutachten fest (IV-Nr. 118.2 S. 36), im neurologischen Gutachten der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der chronischen Kopfschmerzen um 20 % festgestellt worden. Aktuell würden diese vom Beschwerdeführer nicht als derart einschränkend beschrieben, als dass sich dadurch allein eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit erkennen liesse bzw. eine Verminderung vorliege, welche deutlich über das Ausmass hinausgehe, das bereits

durch die Einschränkung aufgrund der Fusschmerzen stattfindet. Zu dem im Gutachten der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ weiter ausgewiesenen chronischen zervikalen sowie lumbalen Schmerzsyndrom führte Dr. med. M.\_\_\_\_ aus (IV-Nr. 118.2 S. 36), aufgrund des Zervikalsyndroms und des lumbalen Schmerzsyndroms würden sich aus rein neurologischer Sicht keine relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben. Es ist folglich nicht von einer veränderten neurologischen gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers auszugehen. Die im Gutachten der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ im Weiteren diagnostizierten «Riss- / Quetschwunde» und «Pneumothorax rechts» wurden im Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ unter die Diagnose eines «Status nach Autounfall als Beifahrer am 7. Juni 2003» subsumiert. Im Vergleich zum Gutachten der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ wurde im Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ neu ein Tinnitus und eine Hörverminderung diagnostiziert, die gemäss Einschätzung der Gutachter aber keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Diese Diagnosestellungen sind aufgrund des im Mai 2014 erlittenen Hörsturzes des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 6.2 hiervor) nachvollziehbar.

Im Weiteren ging Dr. med. O.\_\_\_\_ auf die orthopädische Teilbegutachtung durch die Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ ein (IV-Nr. 118.2 S. 30 Mitte) und hielt fest, Prof. Dr. med. AF.\_\_\_\_, FMH Orthopädie, habe am 2. September 2009 beschrieben (IV-Nr. 58.4), dass der Beschwerdeführer zum Aufstehen im Wartezimmer drei Anläufe und beim Ablegen der Kleidung «Zeit und sichtliche Überlegung der einzelnen Schritte» gebraucht habe. Im Stand sei eine volle Belastung des rechten Fusses nicht zu erreichen gewesen und die Untersuchung der Wirbelsäule «wie schon in allen früheren Berichten festgehalten» sei aufgrund nicht überwindbarer Abwehr unmöglich gewesen, wogegen während der Anamneseerhebung und dem Ankleiden an Stamm und oberen Extremitäten relevante Einschränkungen fehlten. Die Umfangmessung der Beine habe eine nur geringe Differenz zuungunsten der rechten Seite ergeben. Die subjektive Beeinträchtigung des Nackens sei auf nicht-organische Faktoren zurückzuführen gewesen und die Kreuzschmerzen als überwiegend unfallfremd einzustufen. Die Arbeitsfähigkeit sei bezüglich der Fussverletzung als Automechaniker leistungsmässig um 15 % vermindert und wie auch für Verweistätigkeiten zusätzlich durch eine «um eine Stunde verlängerte Mittagspause» eingeschränkt. Die Belastungslimite habe 10 kg betragen und beim Stehen, Gehen und Sitzen sollte mindestens stündlich eine Haltungsänderung erfolgen. Dieser Einschätzung könne gemäss Dr. med. O.\_\_\_\_ aufgrund der heutigen Untersuchung insgesamt gut gefolgt werden, wenngleich die Tätigkeit als Automechaniker [recte: Automonteur] aufgrund genannter qualitativer Einschränkungen nicht mehr zugemutet werden sollte. Andererseits lägen weiterhin keine klar fassbaren Faktoren vor, welche eine leistungsmässige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für angepasste, immer wieder auch sitzende Verrichtungen begründen könnten. Damit sind keine voneinander abweichenden orthopädischen Einschätzungen ersichtlich.

Dr. med. L.\_\_\_\_ führte in seinem allgemeininternistischen Teilgutachten aus (S. 16), die bisher ärztlicherseits attestierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien jeweils mit dem Vorliegen von nicht allgemeininternistischen Diagnosen begründet worden. Dieser Ausführung kann unter Heranziehung der vorliegenden medizinischen Akten gefolgt werden.

Folglich sind zwischen den beiden Gutachten der Begutachtungsstelle G.\_\_\_\_ vom 10. Juni 2010 (vgl. E. II. 5.9 hiervor) und der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 (vgl. E.

II. 6.6 hiervor) keine wesentlichen Veränderungen des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ersichtlich. Dies gilt im Übrigen auch für die im Zeitpunkt der Mitteilung vom 30. Juli 2013 weiter verfassten medizinischen Akten. So ging Dr. med. O. \_\_\_ im Rahmen seines orthopädischen Teilgutachtens auf diverse medizinische Berichte in den Vorakten ein (IV-Nr. 118.2 S. 29 ff.), wobei sich keine neuen Erkenntnisse ergeben.

12.3 Insgesamt führten die Gutachter der Begutachtungsstelle K. \_\_\_ aus, es sei aus neurologischer Sicht auf rein objektivierbarer Ebene gegenüber der Vorbegutachtung durch die Begutachtungsstelle G. \_\_\_ vom 10. Juni 2010 zu keiner wesentlichen Veränderung gekommen. Dahingehend habe sich offenbar der mentale Zustand des Beschwerdeführers im Verlauf deutlich gebessert. Aus somatischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Vorbegutachtung im Jahr 2010 nicht wesentlich geändert. Im Vergleich zur Vorbegutachtung bei der Begutachtungsstelle G. \_\_\_ im Jahr 2010 habe sich insbesondere die psychiatrische Problematik des Beschwerdeführers geändert. Aktuell liessen sich keine posttraumatischen Belastungsstörungen oder eine Konversionsstörung gemischt mit somatoformen Anteilen nachweisen, neurokognitive Defizite hätten bei mangelnder Kooperation des Beschwerdeführers in der neuropsychologischen Untersuchung nicht valide überprüft werden können.

12.4 Zusammenfassend ist ab dem Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung der Begutachtungsstelle K. \_\_\_ vom 11. Juli 2016 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) eine wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen. So hielt auch die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 14. Dezember 2016 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) fest, es könne von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Das psychiatrische Zustandsbild habe sich wesentlich gebessert, zum Zeitpunkt der Untersuchung habe aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychiatrischen Problematik attestiert werden können. Die Voraussetzungen für eine Rentenrevision sind daher erfüllt (vgl. E. II. 2.5.1 hiervor).

13. Es ist nachfolgend der Einkommensvergleich vorzunehmen. Diesbezüglich hat die Beschwerdegegnerin im Vorbescheid vom 10. September 2015 (IV-Nr. 91) einen IV-Grad von 0 % errechnet und in der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2017 (A.S. 2) ausgeführt, es könne offen bleiben, ob ein Tabellenabzug zu gewähren wäre, wenn wie im Vorbescheid vom 10. September 2015 beim Valideneinkommen als Basis der Arbeitgeberbericht vom 27. Juli 2004 zugrunde gelegt werde und beim Invalideneinkommen die aktuelle LSE Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Niveau 1, Männer.

13.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt einer allfälligen Rentenanpassung (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis, vgl. E. II. 2.4 hiervor) ■ hier ab 2017 ■ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

13.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich

nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 mit Hinweisen, 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]).

13.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 11, 12.13, 118.2 S. 14) reiste der Beschwerdeführer als Kleinkind von [...] in die Schweiz ein, wo er in der Region [...] aufwuchs. Nach dem Abschluss der Sekundarschule machte er bis am 8. August 2001 eine Ausbildung zum Automonteur bei der Firma AK.\_\_\_\_ in [...]. Anschliessend arbeitete er dort bis am 6. Juni 2003 als gelernter Automonteur in einem Vollzeitpensum. Am 7. Juni 2003 ereignete sich der Autounfall, bei dem er als Beifahrer beteiligt war.

13.1.3 Da dem gelernten Beschwerdeführer die letzte unbefristete Arbeitsstelle als Automonteur aus gesundheitlichen Gründen per 7. Juni 2003 nicht mehr zumutbar ist und er seither nicht mehr in einem festen Arbeitsverhältnis tätig war, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass er die Arbeit bei der Firma AK.\_\_\_\_ im Gesundheitsfall auch weiterhin ausgeübt hätte. Somit ist für die Bemessung des Valideneinkommens im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom zuletzt vor dem Eintritt der Gesundheitsschädigung im angestammten Bereich erzielten Lohn auszugehen und diesen an die veränderten Verhältnisse anzupassen. Daher hat die Beschwerdegegnerin im Vorbescheid vom 10. September 2015 (IV-Nr. 91) für die Bestimmung des Valideneinkommens zu Recht auf den bei der Firma AK.\_\_\_\_ erzielten Lohn abgestellt. Den ihr durch die Firma AK.\_\_\_\_ mitgeteilten Bruttolohn von monatlich CHF 3'450.00 im Jahr 2003 (vgl. Arbeitgeberfragebogen, IV-Nr. 11) hat sie sodann auf das Jahr (x 13) aufgerechnet sowie an den Nominallohnindex bis im Jahr 2014 angepasst (2004 ■ 2005 [: 112 x 112,5] / 2005 ■ 2010 [: 100 x 107,8] / 2010 ■ 2014, Ziff. 28 ■ 30 [: 100 x 104,2]) und so ein Valideneinkommen von insgesamt gerundet CHF 50'604.00 errechnet. Dieses Vorgehen ist jedoch nicht korrekt. So ist dem Schreiben der Firma AK.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2015 (IV-Nr. 81 S. 17) zu entnehmen, dass der Bruttolohn des Beschwerdeführers im Jahr 2014 monatlich CHF 4'850.00 betragen würde (inkl. eines 13. Monatslohnes). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2014 bis im Jahr 2017 (: 104,2 x 106, vgl. T1.10 Nominallohnindex, 2011 ■ 2017, Ziff. 28 ■ 30, Maschinenbau, Fahrzeugbau) beträgt das Valideneinkommen somit total CHF 64'139.20.

13.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der ■ kumulativ ■ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person ■ wie vorliegend der Fall ■ nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung

entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475, 126 V 75 E. 3b/bb S. 76; RKUV 1999 U 343 S. 412 E. 4b/aa).

13.2.1 Bezüglich des Invalideneinkommens ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Automonteur seit dem Unfall vom 7. Juni 2003 nicht mehr ausüben kann, er aber ■ gestützt auf das im Gutachten der Begutachtungsstelle G. \_\_\_ vom 11. Juli 2016 formulierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. II. 11 hiervor) ■ in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit ohne zeitliche Einschränkungen voll leistungsfähig wäre. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt hat. Da die LSE 2014 gemäss Urteil des Bundesgerichts 9C\_15/2018 vom 2. Juli 2018 E. 4.2 am 15. April 2016 veröffentlicht worden ist, ist für die im vorliegenden Verfahren angefochtene Verfügung vom 27. April 2017 die LSE 2014 TA1\_tirage\_skill\_level massgebend. Gemäss LSE 2014, TA1\_tirage\_skill\_level, ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'312.00 auszugehen (LSE 2014 TA1\_tirage\_skill\_level, Total Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr hochzurechnen (CHF 5'312.00 x 12 [: 40 x 41,7]) und an den Nominallohnindex von 2014 bis 2017 (: 103,3 x 104,8, vgl. T1.10 Nominallohnindex, 2011 ■ 2017, Ziff. 05 ■ 96, Total) anzupassen. Damit ergibt sich ein Ausgangspunkt für das Invalideneinkommen von CHF 67'418.10.

13.2.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 33,5 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (IV-Nr. 3) und somit im Anforderungsniveau 4 ■ entsprechend dem nunmehrigen Kompetenzniveau 1

■ nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). In den vorliegenden Akten liegen keine Hinweise auf mangelnde Sprachkenntnisse des Beschwerdeführers vor, weshalb solche auch nicht geeignet sind, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Da der Beschwerdeführer indes auch bei leichten körperlichen Arbeiten eingeschränkt ist (Wechselbelastung), ist ein leidensbedingter Abzug von 10 % vorzunehmen. Das Invalideneinkommen beträgt folglich CHF 60'676.30.

13.3 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 64'139.20 und einem Invalideneinkommen von CHF 60'676.30 eine Erwerbseinbusse von CHF 3'462.90, die einem IV-Grad von gerundet 6 % entspricht. Somit hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. II. 2 hiervor). An diesem Ergebnis würde sich selbst dann nichts ändern, wenn beim Invalideneinkommen von einem leidensbedingten Abzug von 25 % auszugehen wäre. So würde das Invalideneinkommen diesfalls CHF 50'563.60 und die Erwerbseinbusse CHF 13'575.60 betragen. Damit ergäbe sich ein IV-Grad von gerundet 21 %, der ebenfalls nicht zum Bezug einer Invalidenrente berechtigen würde.

13.4 Es ist daher im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit angefochtener Verfügung vom 27. April 2017 (A.S. 1 ff.) den Rentenanspruch des Beschwerdeführers auf Ende des folgenden Monats hin ■ folglich per Ende Mai 2017 respektive Ende Juni 2017 (vgl. A.S. 41 ff.) ■ aufgehoben hat. Dies entspricht der höchstrichterlichen Rechtsprechung: Nach Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten und Hilflosenentschädigungen frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an. Da die Zustellung am 3. Mai 2017 erfolgte (A.S. 9), war die Rente auf Ende Juni 2017 einzustellen, wie es in der ergänzenden Verfügung vom 25. Juli 2017 (A.S. 41 ff.) festgehalten wurde.

14. Betreffend weitere Beweismassnahmen ist auf die Praxis des früheren EVG zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweismassnahmen zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211). Da weder von einer ■ wie vom Beschwerdeführer (vgl. A.S. 13, vgl. E. I. 5 Ziff. 2b hiervor) bzw. von der Beschwerdegegnerin (vgl. A.S. 113, vgl. E. I. 20 hiervor) beantragten ■ Befragung des Beschwerdeführers noch von einer neuropsychologischen Begutachtung des Beschwerdeführers oder einer Nachfrage bei der zuständigen Behörde betreffend das hängige Strafverfahren weiterführende Erkenntnisse zu erwarten sind, ist auf diese zu verzichten.

15. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 27. April 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

16. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

17. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu

bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Küng

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