

SO_GERICHTE VSBES.2017.199 vom 29. Juni 2017

SO Obergericht, 2017-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.199

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.199 du 29 juin 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.199 del 29 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geb. 1964, meldete sich am 2. August 2013 (Eingang bei der IV-Stelle) bei der Invalidenversicherungs-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle, Beleg Nr. [nachfolgend: IV-Nr.] 2). Der Kreisarzt der Suva, Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie FMH, hatte in seinem Bericht vom 16. Oktober 2012 (IV-Nr. 5 S. 93) festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich am 27. Juli 2012 an einem Fassaden-Blech geschnitten und sich hierbei eine tangentielle Schnittverletzung über der Grundphalanx des Mittelfingers rechts mit distal gestielter Lappenbildung zugezogen. Sodann war aufgrund persistierender Beschwerden und der Diagnose Neurom des Nervus collateralis radialis eine Neuromresektion vorgenommen worden (IV-Nr. 5).

1.2 Mit Verfügung 4. September 2015 (IV-Nr. 30) kam die Beschwerdegegnerin zum Schluss, der Beschwerdeführer habe bereits innerhalb des einjährigen Wartejahres wieder einer angepassten Tätigkeit nachgehen können, weshalb kein Rentenanspruch entstanden sei. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 5. Oktober 2015 Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erheben (IV-Nr. 34). In der Folge hob die Beschwerdegegnerin die angefochtene Verfügung vom 4. September 2015 mit Verfügung vom 8. Dezember 2015 (IV-Nr. 40) wiedererwägungsweise auf, weshalb das Versicherungsgericht das Beschwerdeverfahren mit Urteil vom 10. März 2016 (IV-Nr. 46) als gegenstandslos abschrieb.

1.3 Aufgrund der Diagnose «grossvolumige, foraminal bis weit extraforaminal luxierte Discushernie L4/5 rechts» wurde beim Beschwerdeführer am 13. Juni 2016 eine Entfernung des Discusluxates und Ausräumung des Bandscheibenfaches lateral L4/5 rechts durchgeführt (IV-Nr. 58 S. 5).

1.4 Mit Schreiben vom 27. Dezember 2016 (IV-Nr. 65.1) liess die Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG (nachfolgend Helvetia) der Beschwerdegegnerin ihre Akten in Kopie zukommen. Darin war unter anderem ein Observationsbericht vom 11. August 2016 (IV-Nr. 65.9) enthalten, woraus hervorgeht, dass der Beschwerdeführer im Zeitraum vom 24. Juni ■ 21. Juli 2016 observiert worden war.

1.5 Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), hielt in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2017 (IV-Nr. 66) fest, der Beschwerdeführer sei vom 27. Juli 2012 bis 30. April 2013 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Danach habe eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden. Sodann sei er wiederum vom 13. Juni 2016 bis 14. August 2016 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, danach sei er wieder zu 100 % arbeitsfähig unter Vermeidung längerer schwerer Belastungen. Insgesamt bestehe für die angestammte Tätigkeit als Maler und Gipser wegen des Fingers keine relevante

Einschränkung.

1.6 Mit Vorbescheid vom 13. Januar 2017 (IV-Nr. 67) wurde dem Beschwerdeführer in Aussicht gestellt, sein Anspruch auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente werde abgewiesen. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 9. Februar 2017 (IV-Nr. 69) Einwand erheben. Sodann liess er einen Austrittsbericht der D.____ vom 28. April 2017 (IV-Nr. 81 S. 2) einreichen worin festgehalten wurde, der Beschwerdeführer sei vom 28. Februar 2017 bis 25. April 2017 in stationärer Behandlung gewesen. Es bestünden eine depressive Störung, bei Eintritt eine mittelgradige depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.11) sowie ein Verdacht auf eine mögliche chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41).

1.7 Schliesslich verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 29. Juni 2017 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) den Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente.

2. Dagegen lässt der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 14. August 2017 (A.S. 8 ff.) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

3. Mit Beschwerdeantwort vom 5. Oktober 2017 (A.S. 54 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

4. Mit Verfügung vom 6. Oktober 2017 (A.S. 57 f.) wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Teindel, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt.

5. Mit Replik vom 24. November 2017 (A.S. 64 ff.) lässt sich der Beschwerdeführer abschliessend vernehmen.

6. Mit Verfügung vom 27. November 2017 (A.S. 70 f.) werden bei der Helvetia die gesamten Observationsunterlagen inklusive Videomaterial eingeholt. Zudem wird die Helvetia gebeten, darzulegen, welche Anhaltspunkte Anlass zur Observation des Beschwerdeführers gegeben hätten. Die Observationsunterlagen und die Stellungnahme der Helvetia werden mit Schreiben vom 2. Januar 2018 (A.S. 73) eingereicht.

7. Mit Verfügung vom 16. Juli 2018 (A.S. 89) veranlasst das Versicherungsgericht bei der E.____ ein bidisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Orthopädie und Psychiatrie.

8. Mit Eingaben vom 13. und 28. August 2018 sowie vom 17. Dezember 2018 (A.S. 97, 101, 111) reicht der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen ein.

9. Das Gutachten der E.____ ergeht am 28. Januar 2019 (A.S. 121 ff.).

10. Mit Schreiben vom 25. Februar 2019 teilte Rechtsanwältin Härry, [...] mit, dass sie neu die Interessen des Beschwerdeführers vertrete (A.S. 208).

11. Mit Verfügung vom 26. Februar 2019 wird Rechtsanwältin Anna Härry, [...], neu als unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt (A.S. 210).

12. Mit Stellungnahme vom 27. März 2019 lässt sich der Beschwerdeführer abschliessend vernehmen (A.S. 213).

13. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20).

2.2 Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen u.a. in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG).

2.3 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) auf: Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers dürfe die Beschwerdegegnerin vorliegend nicht auf das im Auftrag der Helvetia Lebensversicherung erstellte Observationsmaterial abstellen. Dieses Material sei aus den IV-Akten zu entfernen, da dieses rechtswidrig erlangt sowie erstellt worden sei und auch im Invalidenversicherungsgesetz eine genügende gesetzliche Grundlage für eine Observation fehle. Der Beschwerdeführer sei zudem qualitativ und zeitlich in einer Intensität observiert worden, welche offensichtlich nicht mehr als lediglich geringfügiger Eingriff in ihre Grundrechte i.S.v. Art. 13 Abs. 1 BV zu betrachten sei. Und auch wenn davon auszugehen wäre, dass es sich einzig um einen «relativ geringfügigen Eingriff» (dazu BGE 137 I 331 E. 5.1) handle, würde dies aufgrund von Art. 17 Abs. 2 DSG betreffend die zu beachtenden Bestimmungsanforderungen unbeachtlich bleiben. Weder in Art. 59 Abs. 5 IVG noch sonst wo im Sozialversicherungsrecht sei ein normativer Rahmen auf Gesetzes- oder Verordnungsstufe für die Durchführung der zielgerichteten und geheimen Observation von Versicherten vorhanden. Die Widerrechtlichkeit ergebe sich im Übrigen auch direkt aus Art. 179quater StGB. Es sei schlussendlich nicht einzusehen, wieso die IV-Stelle selbst keine Observation in Auftrag geben dürfte, jedoch die rechtswidrigen Observationsergebnisse eines Privatversicherers zur Beurteilung des Leistungsanspruchs des Versicherten beiziehen dürfte. Infolgedessen dürfe und könne vorliegend auch nicht auf die Beurteilung des RAD-Arzt Dr. med. C. ___ abgestellt werden, der sich massgeblich zu einem Grossteil auf den Observationsbericht stütze, sodass der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt und damit der Untersuchungsgrundsatz verletzt sei. Der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit nach wie vor arbeitsunfähig, handle es sich dabei doch unbestrittenermassen um eine körperlich schwere Tätigkeit als Gipser/Maler. Zudem sei der Beschwerdeführer auch als Geschäftsführer stets hauptsächlich als Gipser/Maler sowie stets auf dem Bau tätig gewesen (vgl. auch IV-Nr. 58 S. 9). Diese körperlich schwere Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer auch nach Ansicht des Suva-Kreisarztes unzumutbar, erachte doch selbst dieser dem Beschwerdeführer lediglich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten als zumutbar (vgl. IV-Nr. 61.6 S. 8, vgl. auch IV-Nr. 35 S. 8). Auch damit bestünden zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung des RAD-Arzt, welcher auf den Bericht des Kreisarztes abstelle. Des Weiteren sei der RAD-Arzt Dr. med. C. ___ der Ansicht, beim Beschwerdeführer werde zu recht Aggravation festgestellt. Der Suva-Kreisarzt werfe dem Beschwerdeführer ebenfalls Aggravation vor. Dieser Aggravationsvorwurf sei vorliegend entschieden zurückzuweisen. Beim Beschwerdeführer seien keine Hinweise auf eine absichtliche oder «bewusste» Symptomerzeugung ersichtlich. Hinweise auf Aggravation liessen sich den aktenkundigen Arztberichten abgesehen von den kreisärztlichen Beurteilungen keine entnehmen. Es sei pflichtwidrigerweise auch keine Stellungnahme zum Aggravationsvorwurf beim seit Jahren behandelnden Arzt Dr. med. F. ___ eingeholt worden. Es sei als bekanntes Problem in der Handchirurgie notorisch, dass neuromartige Beschwerden (d.h. elektrisierende Missempfindungen), wie sie beim Beschwerdeführer vorlägen, eine ganze Hand invalidisieren könnten. Diese führten häufig zu einer Symptomausweitung, sodass die ganze Hand ausgeschlossen werde und v.a. bei einem eingebrennten Schmerzmuster im Gehirn häufig ein Schmerzempfinden geschehe, bevor überhaupt ein direkter Anlass dafür bestehe. Selbst wenn der Aggravationsvorwurf zuträfe, wäre zu beachten, dass auch der Kreisarzt diesen durch die begleitende psychische Beeinträchtigung (rezidivierende depressive Störung) des Beschwerdeführers erkläre (vgl. IV-Nr. 61.6 S. 8, IV-Nr. 24.1 5. 7). Damit würde es sich um ein aggravatorisches Verhalten

handeln, das auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen sei, sodass aus dem Aggravationsvorwurf nichts zu Ungunsten des Beschwerdeführers abgeleitet werden könnte (vgl. Urteil 9G_296/2016 vom 29.6.2016 E. 3.1). Dass bezüglich des rechten Mittelfingers keine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder einer anderen Tätigkeit ohne schweren Körpereinsatz bestehe, wie der RAD-Arzt Dr. med. C.____ dies geltend mache, sei ebenfalls klar zu bestreiten. Dass die Arbeitsfähigkeit wegen der Mittelfingerverletzung lediglich vom 27. Juli 2012 bis 30. April 2013 (6 Wochen postoperativ nach der Neurolyse vom 18. März 2013, was einer normalen Heilungszeit entspräche) 0 % betragen hätte, sei als willkürliche Spekulation ebenfalls zu bestreiten. Dr. med. G.____, FMH Orthopädie, spez. Handchirurgie, habe dem Beschwerdeführer wegen der Beschwerden am rechten Mittelfinger bspw. eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab 22. April 2013, eine 75%ige ab 21. Mai 2013, sowie eine fortdauernde 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. Juli 2013 attestiert. Dr. med. H.____, FMH für Chirurgie und Handchirurgie, habe dem Beschwerdeführer selbst Ende Mai dieses Jahres noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit rein gestützt auf seine Beschwerden an der rechten Hand attestiert (vgl. Arztbericht Dr. H.____ vom 30. Mai 2017). Zu beachten sei auch, dass vorliegend sowieso eine verwaltungsexterne Begutachtung des Beschwerdeführers notwendig gewesen wäre, sei dies doch der Fall bei erheblichen Diskrepanzen zwischen den Observationsergebnissen und der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Zudem sei eine Aktenbeurteilung durch den RAD-Arzt nur ausreichend, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestünden (vgl. Urteil 9C_254/2016 vom

E. 3

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers dürfe die Beschwerdegegnerin vorliegend nicht auf das im Auftrag der Helvetia Lebensversicherung erstellte Observationsmaterial abstellen. Dieses Material sei aus den IV-Akten zu entfernen, da dieses rechtswidrig erlangt sowie erstellt worden sei und auch im Invalidenversicherungsgesetz eine genügende gesetzliche Grundlage für eine Observation fehle. Der Beschwerdeführer sei zudem qualitativ und zeitlich in einer Intensität observiert worden, welche offensichtlich nicht mehr als lediglich geringfügiger Eingriff in ihre Grundrechte i.S.v. Art. 13 Abs. 1 BV zu betrachten sei. Und auch wenn davon auszugehen wäre, dass es sich einzig um einen «relativ geringfügigen Eingriff» (dazu BGE 137 I 331 E. 5.1) handle, würde dies aufgrund von Art. 17 Abs. 2 DSG betreffend die zu beachtenden Bestimmungsanforderungen unbeachtlich bleiben. Weder in Art. 59 Abs. 5 IVG noch sonst wo im Sozialversicherungsrecht sei ein normativer Rahmen auf Gesetzes- oder Verordnungsstufe für die Durchführung der zielgerichteten und geheimen Observation von Versicherten vorhanden. Die Widerrechtlichkeit ergebe sich im Übrigen auch direkt aus Art. 179 quater StGB. Es sei schlussendlich nicht einzusehen, wieso die IV-Stelle selbst keine Observation in Auftrag geben dürfte, jedoch die rechtswidrigen Observationsergebnisse eines Privatversicherers zur Beurteilung des Leistungsanspruchs des Versicherten beiziehen dürfte. Infolgedessen dürfe und könne vorliegend auch nicht auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. C.____ abgestellt werden, der sich massgeblich zu einem Grossteil auf den Observationsbericht stütze, sodass der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt und damit der Untersuchungsgrundsatz verletzt sei. Der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit nach wie vor arbeitsunfähig, handle es sich dabei doch unbestrittenermassen um eine körperlich schwere Tätigkeit als Gipser/Maler. Zudem sei der Beschwerdeführer auch als Geschäftsführer stets

hauptsächlich als Gipser/Maler sowie stets auf dem Bau tätig gewesen (vgl. auch IV-Nr. 58 S. 9). Diese körperlich schwere Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer auch nach Ansicht des Suva-Kreisarztes unzumutbar, erachte doch selbst dieser dem Beschwerdeführer lediglich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten als zumutbar (vgl. IV-Nr. 61.6 S. 8, vgl. auch IV-Nr. 35 S. 8). Auch damit bestünden zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung des RAD-Arztes, welcher auf den Bericht des Kreisarztes abstelle. Des Weiteren sei der RAD-Arzt Dr. med. C.____ der Ansicht, beim Beschwerdeführer werde zu recht Aggravation festgestellt. Der Suva-Kreisarzt werfe dem Beschwerdeführer ebenfalls Aggravation vor. Dieser Aggravationsvorwurf sei vorliegend entschieden zurückzuweisen. Beim Beschwerdeführer seien keine Hinweise auf eine absichtliche oder «bewusste» Symptomerzeugung ersichtlich. Hinweise auf Aggravation liessen sich den aktenkundigen Arztberichten abgesehen von den kreisärztlichen Beurteilungen keine entnehmen. Es sei pflichtwidrigerweise auch keine Stellungnahme zum Aggravationsvorwurf beim seit Jahren behandelnden Arzt Dr. med. F.____ eingeholt worden. Es sei als bekanntes Problem in der Handchirurgie notorisch, dass neuromartige Beschwerden (d.h. elektrisierende Missempfindungen), wie sie beim Beschwerdeführer vorlägen, eine ganze Hand invalidisieren könnten. Diese führten häufig zu einer Symptomausweitung, sodass die ganze Hand ausgeschlossen werde und v.a. bei einem eingebrannten Schmerzmuster im Gehirn häufig ein Schmerzempfinden geschehe, bevor überhaupt ein direkter Anlass dafür bestehe. Selbst wenn der Aggravationsvorwurf zuträfe, wäre zu beachten, dass auch der Kreisarzt diesen durch die begleitende psychische Beeinträchtigung (rezidivierende depressive Störung) des Beschwerdeführers erkläre (vgl. IV-Nr. 61.6 S. 8, IV-Nr. 24.1 5. 7). Damit würde es sich um ein aggravatorisches Verhalten handeln, das auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen sei, sodass aus dem Aggravationsvorwurf nichts zu Ungunsten des Beschwerdeführers abgeleitet werden könnte (vgl. Urteil 9G_296/2016 vom 29.6.2016 E. 3.1). Dass bezüglich des rechten Mittelfingers keine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder einer anderen Tätigkeit ohne schweren Körpereinsatz bestehe, wie der RAD-Arzt Dr. med. C.____ dies geltend mache, sei ebenfalls klar zu bestreiten. Dass die Arbeitsfähigkeit wegen der Mittelfingerverletzung lediglich vom 27. Juli 2012 bis 30. April 2013 (6 Wochen postoperativ nach der Neurolyse vom 18. März 2013, was einer normalen Heilungszeit entspräche) 0 % betragen hätte, sei als willkürliche Spekulation ebenfalls zu bestreiten. Dr. med. G.____, FMH Orthopädie, spez. Handchirurgie, habe dem Beschwerdeführer wegen der Beschwerden am rechten Mittelfinger bspw. eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab 22. April 2013, eine 75%ige ab 21. Mai 2013, sowie eine fortdauernde 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. Juli 2013 attestiert. Dr. med. H.____, FMH für Chirurgie und Handchirurgie, habe dem Beschwerdeführer selbst Ende Mai dieses Jahres noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit rein gestützt auf seine Beschwerden an der rechten Hand attestiert (vgl. Arztbericht Dr. H.____ vom 30. Mai 2017). Zu beachten sei auch, dass vorliegend sowieso eine verwaltungsexterne Begutachtung des Beschwerdeführers notwendig gewesen wäre, sei dies doch der Fall bei erheblichen Diskrepanzen zwischen den Observationsergebnissen und der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Zudem sei eine Aktenbeurteilung durch den RAD-Arzt nur ausreichend, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestünden (vgl. Urteil 9C_254/2016 vom

Juli 2016 E. 3.2.1). Vorliegend bestünden namentlich erhebliche Diskrepanzen zwischen den Observationsergebnissen und den Einschätzungen der behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers und wie aufgezeigt seien zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung des RAD-Arzts Dr. med. C.____ nicht von der Hand zu weisen. Dass die Diskushernienoperation eine Arbeitsfähigkeit von 0 % lediglich vom 13. Juni 2016 bis 4. August 2016 begründe, wie der RAD-Arzt Dr. med. C.____ dies unter Verweis auf den Bericht von Dr. med. I.____ vom 4. August 2016 geltend mache, sei ebenfalls entschieden zu bestreiten. Einerseits habe Dr. med. I.____ prognostisch festgehalten, die Wiederaufnahme der Tätigkeit sei wieder vorgesehen. Allerdings sei auch diese Prognose wiederum nicht überprüft worden. Andererseits habe Dr. med. I.____ dem Beschwerdeführer lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit prognostiziert und keine vollumfängliche. Überdies attestiere Dr. med. F.____ dem Beschwerdeführer bspw. auch im September 2016 noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der LWS-Beschwerden. Sodann sei mangels lege artis erhobenen psychopathologischen Befunds gestützt auf die vorliegende Aktenlage keine zuverlässige Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers möglich, weshalb eine verwaltungsexterne Expertise einzuholen sei. Lediglich obiter sei anzumerken, dass eine ärztliche Beurteilung von Observationsmaterial vorliegend psychiatrische Fachkenntnisse voraussetzen würde (vgl. Urteile 9C_254/2016 vom 7.7.2016 E. 3.2.1 und 8C_608/2014 vom 14.1.2015 E. 5.1), die der RAD-Arzt Dr. med. C.____ nicht vorweisen könne. Gerade wenn es ■ wie im vorliegenden Fall ■ um die Ausprägung der Symptome oder die Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers gehe, wäre aufgrund der diametral entgegengesetzten Einschätzung gegenüber Dr. med. J.____, Dr. med. K.____ und der psychiatrischen Fachärzte der L.____, die alle psychiatrische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit klar bejahen würden, eine Fremdanamnese indiziert gewesen. Dennoch habe der RAD-Arzt Dr. med. C.____ keine Fremdanamnese vorgenommen, was einen groben Mangel darstelle. Sowieso sei zu kritisieren, dass die Beschwerdegegnerin trotz Kenntnis der Behandlung des Beschwerdeführers durch die Psychiaterin Dr. med. K.____ nicht einen einzigen Arztbericht bei ihr eingeholt habe. Weiter seien beim Beschwerdeführer im Austrittsbericht der D.____ betreffend seine stationäre Hospitalisation zwischen 28. Februar 2017 und 25. April 2017 die Diagnose einer depressiven Störung, mittelgradige depressive Episode ohne psychotische Symptome, und der Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt worden. Nichtsdestotrotz sei dieser Bericht nicht ansatzweise gewürdigt worden oder hätte die Beschwerdegegnerin zu den erforderlichen weiteren Abklärungen veranlasst, weshalb der Untersuchungsgrundsatz verletzt sei. Es könne nicht per se davon ausgegangen werden, dass diese Diagnose keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe. Schliesslich verkenne die Beschwerdegegnerin, dass der Beschwerdeführer seine selbständige Erwerbstätigkeit mit der M.____ bereits 2015 aufgegeben habe (vgl. Handelsregisterauszug vom 27. Juli 2017), was auch der Beschwerdegegnerin bekannt gewesen sei (vgl. IV-Nr. 61.17 S. 1). Berufliche Massnahmen wären also sehr wohl indiziert gewesen und seien es auch heute noch. Der Beschwerdeführer sei denn auch gewillt und sehr daran interessiert, berufliche Massnahmen im Rahmen des noch rechtsgenügend festzustellenden Zumutbarkeitsprofils in Anspruch zu nehmen.

4. Strittig und zu prüfen ist somit vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende

Unterlagen von Belang:

4.1 Im Bericht von Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Kreisarzt der Suva, vom 16. Oktober 2012 wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich am 27. Juli 2012 an einem Fassaden-Blech geschnitten und sich hierbei eine tangentielle Schnittverletzung über der Grundphalanx des Mittelfingers rechts mit distal gestielter Lappenbildung zugezogen. Bei der heutigen kreisärztlichen Untersuchung zeige sich eine reizlos abgeheilte Schnittwunde palmar über der Grundphalanx des Mittelfingers. Bei der Schnittverletzung sei es zur Bildung eines ovalären, distal gestielten Lappens gekommen. Nach Wundversorgung mit Einzelknopfnähten sei die Wunde ulnar offenbar rasch, radial etwas verzögert verheilt. Der Lappen sei aber vital mit einer ausgezeichneten Durchblutung bei kurzer Rekapillarierungszeit. Wegen der Hyperästhesie im Lappenbereich sei der Finger geschont worden und sei vorübergehend offenbar etwas eingesteift. Unter Ergotherapie habe sich die Fingerbeweglichkeit jedoch wieder stark verbessert. Es sei ein vollständiger Faustschluss möglich, auch wenn der Mittelfinger diskret weniger eingekrallt werden könne. Aktiv bestehe ein diskretes Extensionsdefizit, welches aber passiv überwunden werden könne. Die Beugesehnenfunktion sei intakt. Die Fingerkuppensensibilität werde als herabgesetzt empfunden, bei allerdings erhaltener Berührungsempfindlichkeit mit erhaltener 2-Punkte-Diskriminierung. Entsprechend scheine eine wesentliche Verletzung von Digitalnerven unwahrscheinlich. Die Faustschlusskraft rechts sei im Vergleich zur Gegenseite noch vermindert. Der Befund dürfte vor allem schmerzbedingt sein, da die Vorderarmmuskulatur rechts sogar kräftiger ausgebildet sei als links. Man habe die Arbeitsfähigkeit für den Geschäftsführer eines Maler/Gipser-Geschäfts mit drei Angestellten mit 50 % ab dem 17. Oktober 2012 festgelegt. Die Ergotherapie solle parallel weitergeführt werden. Ab dem 30. Oktober 2012 sei die Arbeitsfähigkeit auf 75 % zu steigern und ab dem 13. November 2012 gehe man von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus.

4.2 Dr. med. G.____, Fachärztin FHM für Orthopädie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 20. Mai 2013 (IV-Nr. 14) ein Neurom des Nervus collateralis medialis nach tangentialer Schnittverletzung Höhe P2 Dig. III rechts radially. Am 18. März 2013 sei eine Neuromresektion, sekundäre Nervennaht Nervus collateralis radialis Dig. III rechts distal palmar, durchgeführt worden. Nach dem Arbeitsversuch zu 50 % habe der Beschwerdeführer auch versucht, mit schweren Dingen als Gipser zu arbeiten. Dies sei gar nicht gegangen. Er habe wieder Schmerzen und ein taubes Gefühl an der Kuppe. Es bestehe eine erneute volle Arbeitsunfähigkeit. Dr. med. G.____ sei aber nicht der Ansicht, dass eine grösstmögliche Schonung und daher Arbeitsunfähigkeit angezeigt sei. Es müsse unbedingt eine Arbeitsfähigkeit mit wenigstens Präsenz und leichten Tätigkeiten realisiert werden. Da sich der Beschwerdeführer selber als Geschäftsführer und Geschäftsinhaber bezeichne, sei Dr. med. G.____ der Überzeugung, dass dies auch möglich sei.

4.3 Im Bericht von Dr. med. G.____ vom 18. September 2013 (IV-Nr. 14) wurde ausgeführt, es bestehe ein Verdacht auf erneute Neurombildung Nervus collateralis radialis Dig. III rechts. Es habe sich eine erneute Neurom-Schmerz-Tinel-Problematik eingestellt. Der Beschwerdeführer habe ein Problem mit seinem Betrieb, weil er selber keine manuellen Arbeiten machen könne.

4.4 Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH führte in seinem Bericht vom 7. Februar 2014 (IV-Nr. 39) aus, der Beschwerdeführer sei erstmals am 3. Oktober 2013 bei ihm in Behandlung gewesen. Im Abklärungsgespräch nach MADRS

sei er auf 20 Punkte gekommen, was einer mittelschweren Depression entspreche. Manifest seien hauptsächlich die Existenzangst mit innerer Unruhe, Nervosität, Insomnie, Gedankenkreisen, Hoffnungslosigkeit, Vergesslichkeit gewesen. Seit 13. Oktober 2013 stehe der Beschwerdeführer unter antidepressiver Therapie mit Trittico. Der Zustand sei leicht gebessert, sollte aber noch optimiert werden können. Dass der Beschwerdeführer nicht mehr manuell belastbar sei wie vor dem Unfall, könne er kaum akzeptieren. Seine Hoffnung komme daher immer wieder im Gespräch auf, er könnte sein Geschäft als reiner Geschäftsführer weiter betreiben. Nichts mehr tun, das sei für ihn quasi der Untergang und somit keine Option. Dagegen tue er sich natürlich schwer, sich von Grund auf beruflich neu zu orientieren und etwas Neues zu erlernen.

4.5 Im Bericht betreffend die Ärztliche Abschlussuntersuchung vom 18. März 2014 (IV-Nr. 24.1) hielt Dr. med. B.____, Kreisarzt der Suva, fest, bei der heutigen kreisärztlichen Untersuchung beklage der Versicherte weiterhin Schmerzen im Bereiche des rechten Mittelfinger palmarseits. Analgetisch werde noch Dafalgan eingenommen. Bislang sei noch eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Bei der klinischen Untersuchung zeigten sich an beiden Händen deutliche Arbeitsspuren. Die Handflächen seien seitengleich kräftig beschwilt. Es sei aktiv ein vollständiger Faustschluss möglich, wobei der Mittelfinger etwas weniger eingekrallt werde und den Daumenballen etwas proximaler berühre. Die Langfinger der rechten Hand könnten problemlos gestreckt werden. Hinweise für eine Tendovaginitis stenosans fänden sich aktuell keine. Die Sehnen glitten frei. Unbeobachtet werde die Hand auch für belastendere Tätigkeiten (wie das Ausziehen der satt sitzenden Schuhe) eingesetzt. Abgelenkt könne die bei bewussterer Untersuchung sehr schmerzhaft Narbe auch mit grösserem Druck ohne Schmerzreaktion berührt werden. Die Muskeltröphik an den Unterarmen zeige ein für die dominante Seite typisches Umfangplus, was gegen eine höhergradige Schonung der rechten Hand spreche. Insgesamt könne objektiv gesehen von einem guten Resultat nach Neuromresektion und sekundärer Nervennaht des N. collateralis radialis ausgegangen werden. Das Ausmass der vom Patienten beklagten Beschwerden stehe in deutlichem Widerspruch zu den objektivierbaren Befunden. Die beobachtete Aggravation könne am ehesten im Rahmen der psychischen Erkrankung (Depression) resp. der gesamten psychosozialen Belastungssituation (die Ehefrau des Versicherten sei offenbar schwer krank und gemäss seinen Angaben zeitweise auch auf einen Rollstuhl angewiesen gewesen) gesehen werden. Von weiteren medizinischen Interventionen sei keine Verbesserung zu erwarten. Entsprechend könne der versicherungsmedizinische Fallabschluss erfolgen. Bei Fallabschluss müsse die Frage der Integritätsentschädigung geprüft werden. Eine solche werde nicht geschuldet. Die Zumutbarkeit könne wie folgt definiert werden: Zumutbar seien medizinisch theoretisch mindestens leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Nachvollziehbar sei allenfalls eine leichte Einschränkung für schwerstes Zupacken mit der rechten Hand. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei von einer ganztägigen Arbeitsplatzpräsenz auszugehen. Eine unfallbedingte höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Maler oder Gipser sei aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar.

4.6 Im Bericht betreffend Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit des P.____ vom 30. Juli 2014 (IV-Nr. 35 S. 6) wurde ausgeführt, es zeige sich eine Einschränkung für schwere Tätigkeiten wie Heben, Tragen und Stossen mit der rechten Hand aufgrund einer verminderten Faustschlusskraft. Die aktuellen Ergebnisse unterstützten die Beurteilung des Suva-Kreisarztes Dr. med. B.____ vom März diesen Jahres. Es ergäben sich keine relevanten

Zeichen einer Schmerzausweitung. Zum Zeitpunkt der Beurteilung sei der Beschwerdeführer für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Eine schwere Tätigkeit mit repetitivem Heben und Tragen von Lasten über 25 kg mit der rechten Hand sei aktuell nicht möglich. Die jetzige berufliche Tätigkeit als Maler/Gipser sei dem Beschwerdeführer ganztags möglich. Zu Beginn benötige er noch Hilfe beim Heben und Tragen von Gewichten über 25 kg. Denkbar sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit in 3 ■ 6 Monaten nach Rekonditionierung der Rumpf- und Armmuskulatur, welche aktuell als insuffizient beurteilt worden sei.

4.7 Im Bericht des Q. ___ vom 26. April 2016 (IV-Nr. 56 S. 5) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Im Rahmen der aktuellen Untersuchung fänden sich weiterhin keine radikulären sensomotorischen Ausfälle bei insbesondere gut auslösbaren symmetrischen Muskeleigenreflexen. Es bestehe zum Teil ein ostentatives Schmerzverhalten bei weiterhin generalisierten Sensibilitätsminderungen und einer ebenfalls generalisierten Druckdolenz im Bereich der gesamten rechten unteren Extremität. Die Einnahme von hochdosierten konventionellen Analgetika inklusive Targin 2 x 30 mg pro Tag bewirke offenbar ebenfalls kaum eine Schmerzreduktion, so dass eine relevante funktionelle Komponente im Rahmen der psychosozialen Belastungssituation nicht ausgeschlossen werden könne. Aufgrund der aktuell objektivierbaren Befunde sei der Beschwerdeführer nach Massgabe der Beschwerden für eine leichte bis mittelschwere Arbeit mit Gelegenheit zu regelmässigen Positionswechseln aus rheumatologischer Sicht mittelfristig wieder zu 100 % arbeitsfähig.

4.8 Dr. med. I. ___, Facharzt für Neurochirurgie FMH, führte in seinem Bericht vom 4. August 2016 (IV-Nr. 56 S. 3) aus, es besteht ein Status nach extraforaminaler Discusluxat-Entfernung mit Ausräumung des lateralen Bandscheibenfaches L4/5 rechts am 11. Juni 2016. Sieben Wochen nach der Operation sei der Beschwerdeführer mit dem Verlauf sehr zufrieden, da er eigentlich keine Schmerzen mehr habe. Bei der Klinischen Untersuchung finde Dr. med. I. ___ keine Anhaltspunkte mehr für eine kompressive Radiculopathie. Der Beschwerdeführer werde seine Belastungen nun sukzessive steigern und ab Mitte August sei vorgesehen, seine bisherige 50%ige Tätigkeit als Geschäftsführer wieder aufzunehmen.

4.9 Aus dem Bericht vom 11. August 2016 (IV-Nr. 65.9) über die Observation im Zeitraum vom 24. Juni 2016 bis 21. Juli 2016 geht hervor, der Beschwerdeführer habe in der aktuellen Ermittlungsphase eine klare Tagesstruktur gehabt. Es sei festzustellen, dass er jeweils in den früheren Morgenstunden seine Privatadresse verlassen habe, sich während des ganzen Tages in Zusammenhang mit seiner beruflichen Tätigkeit aktiv gezeigt habe und in den Abendstunden wohl an seine Privatadresse zurückgekehrt sei. Er habe an jedem Tag im Überwachungszeitraum entweder einen Peugeot Expert Lieferwagen oder einen BMW X3 mit dem Wechselschild SO [...], immatrikuliert auf die M. ___, [...], gefahren. Dabei habe er oftmals mehr als 100 Kilometer pro Tag absolviert.

Es habe unter anderem beobachtet werden können, dass der Beschwerdeführer am 24. Juni 2016, ca. 7.30 Uhr, im Kofferraum seines Fahrzeuges mit den Händen einen Eimer sowie einen Kanister ergriffen und diese offenbar in die Gewerberäume gebracht habe.

Am 27. Juni 2016, ca. 10.40 Uhr, habe der Beschwerdeführer unter scheinbarer Zuhilfenahme zweier Unterarmgehstützen die [...]strasse in [...] überquert und sei in Richtung Liegenschaftseingangs (Seiteneingang) der [...]strasse 2 gegangen (Adresse von

Dr. med. F.____). Gut 20 Minuten darauf verlasse der Beschwerdeführer die fragliche Liegenschaft und kehre im Wechselschritt unter erneutem Einsatz der Gehhilfen zum parkierten Fahrzeug zurück. Dort nehme er unverzüglich hinter dem Steuer Platz, manövriere den Kastenwagen vom Parkplatz und fahre weg. Rund 2 ¼ Stunden darauf könne beobachtet werden, wie er den Kastenwagen an die [...]strasse umparkiere und sodann ohne Gehhilfen in seine Geschäftsräumlichkeiten zurückkehre.

Am 6. Juli 2016, ca. 14 Uhr, habe der Beschwerdeführer beobachtet werden können, wie er wiederholt mit der rechten Hand die Heckklappe/-türe von Geschäftsfahrzeugen geöffnet habe. Um ca. 17 Uhr habe er sich mit dem rechten Knie auf die Ladefläche eines Lieferwagens gekniet, habe sich mit dem Oberkörper leicht über diese gebeugt und mit der rechten Hand unbestimmte Tätigkeiten verrichtet. Als er einen Handfeger ergriffen habe, richte sich die Zielperson auf und übergebe diesen einem Mitarbeitenden.

Am 8. Juli 2016, ca. 8.30 Uhr könne der Beschwerdeführer eine halbe Stunde im Baumarkt «[...]» beobachtet werden. Dabei gehe er ohne augenscheinliche Einschränkungen behände durch die Verkaufsgestelle respektive Abteilungen und interessiere sich für respektive begutachte verschiedenste Produkte. Er vollziehe wiederholt schnelle/spontane Richtungswechsel sowie Ganzkörperdrehungen und belaste hierbei beide Beine beziehungsweise den Gangapparat gleichermassen oder setze flugs vom Gehen ins Stehen und vom Stehen ins Gehen über. Ebenso verlagere er scheinbar instinktiv sein Körpergewicht auf das eine oder andere Bein, während jeweils das andere Bein nahezu oder volle Entlastung finde. Weiter bringe er seine Hände sichtlich gleichermassen zum Einsatz, um Artikel, teilweise auf/über Kopfhöhe im Verkaufsgestell zu ergreifen beziehungsweise zurückzulegen. Um 14 Uhr habe er sich wiederum im «[...]» Farbe mischen lassen und sodann einer Packung Isolation-Dämmmaterial behändigt. Hierauf habe er den Baumarkt verlassen und die Einkäufe im Fahrzeug verstaut. Danach sei er zur bekannten Baustelle [...]strasse [...] in [...] gefahren, wo er für die nächsten Minuten unbekanntes Aktivitäten nachgegangen sei.

4.10 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 26. September 2016 (IV-Nr. 58) folgende Diagnosen:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Zunehmend depressive Verstimmung, zunehmend seit 2016.

Als Gipser/Maler sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig ab 20. März 2016 bis auf weiteres. Es sei eine extraforaminal luxierte Diskushernie L4/5 festgestellt und am 13. Juni 2016 durch Dr. med. I.____, Neurochirurgie FMH, operiert worden. Der postoperative Verlauf sei gut gewesen. Es würden allerdings Beinschmerzen rechts und eine Hypästhesie im Dermatom L5 persistieren. Die lumboradikulären Schmerzen und auch die relative Instabilität im Bereich der unteren LWS liessen keine körperlich schwere Arbeit als Maler/Gipser mehr zu. Dem Beschwerdeführer seien andere Tätigkeiten zumutbar. Bürotätigkeiten resp. administrative Tätigkeiten mit Wechselbelastung seien möglich, den Umfang könne er, Dr. med. F.____, nicht beurteilen. Dabei wäre auf eine wechselhafte Tätigkeit zu achten, z.T. sitzend, z.T. gehend. In diesem zeitlichen Rahmen bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Gewichteheben über 5 kg und Tätigkeiten in immer

gleicher Position seien nicht möglich.

4.11 Im Bericht betreffend die Ärztliche Abschlussuntersuchung vom 28. November 2016 (IV-Nr. 61.6) hielt Dr. med. B.____, Kreisarzt, fest, bei der heutigen kreisärztlichen Untersuchung klagte der Beschwerdeführer über ausserordentlich starke Schmerzen im Bereiche des rechten Mittelfingers palmarseits. Es würden offenbar noch Schmerzmittel eingenommen, dies aber auch im Zusammenhang mit dem Status nach Diskushernienoperation im Juni 2016. Offenbar sei der Beschwerdeführer zu 50 % in seinem eigenen Geschäft angestellt, wobei offenbar keine Aufträge mehr bearbeitet würden. Bei der klinischen Untersuchung falle ein ausgesprochen theatralisches Verhalten auf mit Seufzen, Stöhnen und Grimassieren bei nahezu sämtlichen Bewegungen. Es sei aktiv und passiv ein vollständiger Faustschluss möglich an der rechten Hand. Der Mittelfinger werde etwas weniger eingekrallt. Trophische Störungen im Bereiche des rechten Mittelfingers oder der rechten Hand beständen nicht. Es werde über eine massive Berührungsempfindlichkeit im Bereiche des Mittelfingers geklagt. Bei abgelenktem Beschwerdeführer könne der Mittelfinger aber auch kräftig berührt werden, ohne dass der Beschwerdeführer eine Schmerzreaktion zeige. Die Muskelatrophie an den Armen zeige bei der Umfangmessung ein für die dominante Seite typisches Umfangplus, was gegen eine höhergradige Schonung des rechten Armes und insbesondere auch der rechten Hand spreche. Die Verletzung am Mittelfinger rechts vermöge das ganze Ausmass der vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden in keiner Weise zu erklären. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den beklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. So müsse von einer Aggravation mit deutlicher Symptomausweitung ausgegangen werden. Diese könne am ehesten im Rahmen der begleitenden psychischen Erkrankung (Depression) respektive im Rahmen der psychosozialen Belastungssituation (schlechte Auftragslage im Geschäft, kranke Frau) gesehen werden. Von weiteren Therapien sei keine wesentliche Verbesserung mehr zu erwarten. Von operativen Interventionen sei dringendst abzuraten. Aus kreisärztlicher Sicht könne der versicherungsmedizinische Fallabschluss erfolgen. Bei Fallabschluss müsse die Frage der Integritätsentschädigung geprüft werden. Eine solche werde nicht geschuldet. Die unfallbedingte Zumutbarkeit bleibe unverändert. Zumutbar seien mindestens leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Nachvollziehbar sei lediglich eine gewisse Einschränkung für schwerstes Zupacken mit der rechten Hand. Gewichte bis 25 kg könnten gehoben werden. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar. Aktuell seien krankheitsbedingt (Diskushernienoperation) dem Beschwerdeführer keine Tätigkeiten mit Heben von schweren Gewichten zumutbar.

4.12 Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, RAD, hielt in seinem Bericht vom 12. Januar 2017 (IV-Nr. 66) fest, die kreisärztlichen Untersuchungen seien aufgrund der handchirurgischen Berichte und der eigenen erhobenen Befunde nachvollziehbar zum Schluss gekommen, dass bei dem Beschwerdeführer des rechten Mittelfingers wegen keine erhebliche Behinderung mehr bestehe. Die einzige Einschränkung sei noch der schwächere Faustschluss rechts und die leichte Beugeeinschränkung des Mittelfingers. Zu Recht werde eine Aggravation festgestellt. Diese werde durch den Ermittlungsbericht bestätigt, indem der Beschwerdeführer seine rechte Hand uneingeschränkt einsetze. Beispielsweise wäre die Begrüssung mit Händedruck aufgrund der vom Versicherten in der kreisärztlichen Untersuchung demonstrierten Schmerzhaftigkeit gar nicht möglich. Des Mittelfingers wegen bestehe laut Kreisarzt

lediglich für Schwerarbeiten eine Einschränkung, doch selbst dies sei anzuzweifeln, denn der Beschwerdeführer sei beim Tragen eines schweren Eimers beobachtet worden. Insgesamt bestehe für die angestammte Tätigkeit als Maler und Gipser des Fingers wegen keine relevante Einschränkung. Zudem hätten die Ermittlungen gezeigt, dass der Beschwerdeführer entgegen seinen gegenüber den Ärzten gemachten Angaben 100 % arbeite. Dasselbe gelte bezüglich der Lumbalwirbelsäule. Die Operation sei erfolgreich gewesen. Zur postoperativen Arbeitsfähigkeit meinte der Hausarzt, die angestammte Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Doch auch hier funktioniere der Beschwerdeführer wie beobachtet einwandfrei. Wäre man nicht im Besitz des Ermittlungsberichtes, müsste der Beschwerdeführer begutachtet werden, sei doch davon auszugehen, dass nach der Diskushernienoperation eine Hebe- und Trageeinschränkung bestehe. Doch unter Vermeidung von schweren Hebearbeiten könne der Beschwerdeführer, wie beobachtet, leicht angepasst seine angestammte Tätigkeit dennoch ausüben. Es bleibe die Frage nach der psychischen Verfassung aufgrund der von Dr. med. J. ___ geltend gemachten mittelgradigen depressiven Erkrankung. Eine solche sei aufgrund der Bilddokumentation mit einem mimisch und gestisch den ganzen Tag unauffällig agierenden Beschwerdeführer nicht möglich. Hier sei kein Anzeichen eines sozialen Rückzugs vorhanden, im Gegenteil, der Versicherte werde als sehr kommunikativ und leutselig beobachtet. Zusammenfassend ergebe sich aus den medizinischen Unterlagen, dass bezüglich des Mittelfingers keine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in einer anderweitigen Arbeit ohne schweren Körpereinsatz bestehe. Unklar wäre die Situation bezüglich der Lendenwirbelsäule und der psychischen Verfassung gewesen und der Beschwerdeführer hätte begutachtet werden müssen. Doch in Kenntnis der Ermittlungsergebnisse werde klar, dass auch diesbezüglich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe und eine Begutachtung ein unverhältnismässiger Aufwand wäre. Der Versicherte sei der Mittelfingerverletzung wegen vom 27. Juli 2012 bis 30. April 2013 (d.h. bis 6 Wochen postoperativ nach der Neurolyse vom 18. März 2013, was einer normalen Heilungszeit entspreche) zu 0 % arbeitsfähig gewesen. Eine darüber hinaus vom Beschwerdeführer geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit sei der Aggravation und Irreführung der behandelnden Ärzte wegen nicht glaubhaft. Die Diskushernienoperation begründe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % vom 13. Juni 2016 bis 4. August 2016 (Bericht Dr. med. I. ___). Danach bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit unter Vermeidung von Tätigkeiten mit längeren schweren Belastungen. Aus psychischen Gründen sei keine Einschränkung nachvollziehbar.

4.13 Im Austrittsbericht der D. ___, vom 28. April 2017, betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 28. Februar 2017 bis 25. April 2017 wurden eine depressive Störung, bei Eintritt mittelgradige depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.11), sowie ein Verdacht auf eine mögliche chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei wegen einer depressiven Symptomatik, die sich aufgrund unterschiedlicher psychosozialer Belastungsfaktoren mit begleitenden Schmerzen jüngst weiter verschlechtert habe, durch die ambulante Psychiaterin, Dr. med. K. ___, zu einem stationären Aufenthalt zugewiesen worden. Psychopharmakologisch sei komplikationslos eine Aufdosierung von Pregabalin sowie eine Umstellung von Mirtazapin auf das schmerzmodulierende Duloxetin erfolgt. Unter pharmakologischer sowie psychotherapeutischer Behandlung habe sich die Schmerzintensität verringert und es habe eine Stimmungsstabilität (recte: Stimmungsstabilität) erreicht werden können. Aufgrund von Schlafstörungen erhalte er Trazodon. Im Rahmen einer Tagesstruktur nach dem Austritt sei vereinbart worden, dass er

sich eine Arbeit mit einem Pensum bis 30 % suchen werde. Der Beschwerdeführer habe sich engagiert auf den psychotherapeutischen Prozess einlassen können und sei ohne Selbst-/ Fremdgefährdung in die ambulante Weiterbehandlung ausgetreten (IV-Nr. 82 S. 2 f.).

4.14 Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Chirurgie und Handchirurgie, führte in seinem Bericht vom 30. Mai 2017 (IV-Nr. 87 S. 38) aus, obwohl beim ursprünglichen Unfall «nur» der Mittelfinger der dominanten rechten Hand betroffen gewesen sei, sei es aufgrund der ursprünglich elektrisierenden Missempfindungen zu einer Symptomausweitung gekommen. Aus Sicht von Dr. med. H.____ könnten noch weitere therapeutische Massnahmen zu einer Verbesserung führen. Man müsste vorgängig aber den Beschwerdeführer in seiner Gesamtheit behandeln. Das würde zunächst eine Schmerztherapie, eventuell auch unter stationären Bedingungen, notwendig machen. In einem weiteren Schritt wären Testinfiltrationen (zum Beispiel Mittelhandblock) mit einem langwirksamen Lokalanästhetikum anzuschliessen und danach könnte entweder eine Neurotomie, wie bereits vorgeschlagen, durchgeführt werden oder aus seiner persönlichen Sicht eher eine Amputation oder Teilamputation des Fingers zu einer Verbesserung führen. Die Arbeitsfähigkeit sei aus Sicht von Dr. med. H.____ theoretisch zu 50 % möglich, der Beschwerdeführer sei aber aus psychischen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben.

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem angefochtenen Entscheid unter anderem auf die Ergebnisse der von der Helvetia veranlassten Observation im Zeitraum vom 24. Juni 2016 bis 21. Juli 2016 (IV-Nr. 65.9).

Das Bundesgericht hat unter Berücksichtigung des Urteils des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR; dritte Kammer) vom 18. Oktober 2016 in Sachen Vukota-Bojic gegen die Schweiz (61838/10) entschieden, dass es trotz Art. 59 Abs. 5 IVG auch im Bereich der Invalidenversicherung an einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage fehlt, die die Observation umfassend klar und detailliert regelt. Folglich verletzen solche Handlungen Art. 8 EMRK bzw. den einen im Wesentlichen gleichen Gehalt aufweisenden Art. 13 BV. Insofern kann insbesondere auch an BGE 137 I 327 nicht weiter festgehalten werden (vgl. zum Ganzen: BGE 143 I 377).

Zwar ist die Observation im vorliegenden Fall nicht durch die Invalidenversicherung, sondern durch eine Privatversicherung erfolgt. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kann es jedoch für die Frage der Verwertbarkeit keine Rolle spielen, ob die Observation von der IV-Stelle veranlasst wurde, oder die Ergebnisse der von einer Privatversicherung veranlassten Observation beigezogen werden (vgl. BGE 132 V 241 und 135 I 169). Ist wie in casu die Verwendung der Observationsresultate im IV-Verfahren strittig, so ist deren Verwertbarkeit in beiden Konstellationen im Lichte der vorgenannten Rechtsprechung zu beurteilen.

5.2 Was die Verwendung des im Rahmen der (widerrechtlichen) Observation gewonnenen Materials anbelangt, richtet sich diese allein nach schweizerischem Recht. Der EGMR prüft dabei nur, ob ein Verfahren insgesamt fair im Sinne von Art. 6 Abs. 1 EMRK gewesen ist (vgl. E. 5.2 hiervor). In diesem Zusammenhang hat das Bundesgericht im soeben vermerkten BGE 143 I 377 im Wesentlichen erkannt, dass die Verwertbarkeit der Observationsergebnisse (und damit auch der gestützt darauf ergangenen weiteren Beweise) grundsätzlich zulässig ist, es sei denn, bei einer Abwägung der tangierten öffentlichen und privaten Interessen würden letztere überwiegen (vgl. E. 5.1.1 des BGE 143 I 377). Mit

Blick auf die gebotene Verfahrensfairness hat es sodann in derselben Erwägung eine weitere Präzisierung angebracht: Unter Hinweis auf das Urteil 8C_239/2008 vom 17. Dezember 2009 E. 6.4.2 Abs. 2 und die darin enthaltene Anlehnung an die strafprozessuale Rechtsprechung (vgl. BGE 131 I 272 E. 4.2 S. 279) hat es daran erinnert, dass eine gegen Art. 8 EMRK verstossende Videoaufnahme verwertbar ist, solange Handlungen des «Beschuldigten» aufgezeichnet werden, die er aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung machte, und ihm keine Falle gestellt worden war. Ferner hat es erwogen, dass von einem absoluten Verwertungsverbot wohl immerhin insoweit auszugehen ist, als es um Beweismaterial geht, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurde, was im konkreten Fall jedoch nicht zu beurteilen war (vgl. E. 5.1.3 des Urteils BGE 143 I 377 mit Hinweis auf Urteil 8C_830/2011 vom 9. März 2012 E. 6.4).

5.3 In diesem Lichte ist zur Verwertbarkeit für den vorliegenden Fall Folgendes zu erwägen:

5.3.1 Anlass zu der durchgeführten Observation gaben gemäss ausführlicher Stellungnahme der Helvetia vom 22. September 2017 (A.S. 74 ff.) Hinweise, dass der Beschwerdeführer nach wie vor einer Tätigkeit in seiner eigenen Firma bzw. in der neu auf den Namen seiner Frau eröffneten Firma nachging, obwohl er stets angab, keiner Arbeitstätigkeit nachzugehen und nicht arbeitsfähig zu sein. Unter diesen Umständen bestanden konkrete Anhaltspunkte für eine Überwachung.

5.3.2 Über die Ergebnisse der Observation existiert ein Bericht der beauftragten R.____ vom 11. August 2016, umfassend eine Fotodokumentation und Videoaufzeichnungen (USB-Stick). Der Bericht enthält Angaben zur Identifikation der überwachten Person, zu den Wohnverhältnissen (mit Aussenaufnahmen des Wohnortes und Auszügen aus Ortsplänen) und zu den von der überwachten Person benutzten Fahrzeugen. Im Anhang finden sich die Ergebnisse der an sechs einzelnen Tagen, verteilt über einen Zeitraum von knapp einem Monat, durchgeführten Observation. Die Beobachtung bezog sich im Wesentlichen auf folgende alltägliche Verrichtungen: Betreten und Verlassen des Hauses; Betreten und Verlassen der Arztpraxis von Dr. med. F.____; Betreten und Verlassen verschiedener Baustellen; Betreten und Verlassen der Firmenlokalität; Chauffieren der Autos; Einkäufe in verschiedenen Geschäften an verschiedenen Orten mit Tragen und Verladen der Einkäufe; Arbeiten auf der Baustelle; Gespräche mit Begleitpersonen bzw. Mitarbeitern. Am 24. Juni 2016 dauerte die Observation knapp 8 Stunden. Die Einsätze der Ermittlenden vom 27. Juni, 6. Juli, 8. Juli und 12. Juli 2016 dauerten insgesamt jeweils rund 12 bis 14 Stunden. Am 21. Juli 2016 fand nur eine Kurzobservation von 30 Minuten statt. Der Beschwerdeführer war dabei in folgendem zeitlichem Umfang zu beobachten: 24. Juni 2016 ca. 1 ¼ Stunden, 27. Juni 2016 ca. 4 Stunden, 6. Juli 2016 ca. 4 Stunden, 8. Juli 2016 ca. 5 Stunden, 12. Juli 2016 ca. 8 Stunden. Am 21. Juli 2016 war der Beschwerdeführer nicht zu erblicken.

5.3.3 Dass es sich beim Überwachten nicht um die versicherte Person handeln könnte, wurde nie geltend gemacht. Ebenso wenig ist behauptet oder ersichtlich, dass die Überwachung in nicht öffentlich zugänglichen Räumen stattgefunden hätte. Der zeitliche Umfang des Eingriffs in die Privatsphäre des Beschwerdeführers war begrenzt. Die Überwachung erfolgte zwar gezielt und nicht bloss zufällig, dafür aber weder andauernd noch systematisch über einen längeren Zeitraum hinweg. Damit und vor allem mit Blick auf die aufgezeichneten alltäglichen Verrichtungen und Handlungen kann insgesamt bei bloss

geringfügiger Tangierung der Privatsphäre jedenfalls nicht von einer schweren Verletzung der Persönlichkeit ausgegangen werden (vgl. BGE 137 I 327 E. 5.6 S. 334). Dem gegenüberzustellen gilt es das Interesse des Versicherungsträgers und der Versichertengemeinschaft, unrechtmässige Leistungsbezüge abzuwenden. Dieses ist unter den hier gegebenen Umständen höher zu gewichten als das Interesse des Beschwerdeführers an einer unbehelligten Privatsphäre (vgl. BGE 137 I 327 E. 5.6 S. 335). Damit können im vorliegenden Fall die Observationsergebnisse in Form des entsprechenden Berichts sowie der Foto- und Videoaufnahmen verwertet werden, zumal der Kerngehalt von Art. 13 BV bei der hier gegebenen Überwachung und der damit verbundenen geringen Eingriffsschwere ebenfalls unangetastet blieb (vgl. Urteil 8C_735/2016 vom 27. Juli 2017 E. 5.3.6.3; BGE 137 I 327 E. 5.6 S. 335).

6. Die Beschwerdegegnerin hat den Leistungsanspruch im Wesentlichen gestützt auf die Ergebnisse der Observation des Beschwerdeführers sowie auf die sich darauf beziehende Stellungnahme von Dr. med. C.____, RAD, vom 12. Januar 2017 beurteilt.

Nach der Rechtsprechung können die Ergebnisse einer Observation zusammen mit einer ärztlichen Aktenbeurteilung grundsätzlich geeignet sein, eine genügende Basis für die Sachverhaltsfeststellungen betreffend den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit zu bilden (BGE 137 I 327 E. 7.1 S. 337 mit Hinweisen). Ein Observationsbericht für sich allein bildet jedoch keine sichere Basis für diese Sachverhaltsfeststellungen. Er kann diesbezüglich höchstens Anhaltspunkte liefern oder Anlass zu Vermutungen geben. Sichere Kenntnis des Sachverhalts kann in dieser Hinsicht jedoch erst die ärztliche Beurteilung des Observationsmaterials liefern (SVR 2012 UV Nr. 17 S. 63 E. 4.2 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_521/2012 vom 20. Dezember 2012 E. 5.1; Margit Moser-Szeless, *La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale*, in: SZS 2013 S. 129 ff., 152 Ziff. 5 mit weiteren Hinweisen in Fn. 83 und 84).

Die Stellungnahme von Dr. med. C.____ vom RAD vermag jedoch nicht genügend zu überzeugen. Er stellte sich darin auf den Standpunkt, an sich wären aufgrund der Diskushernienoperation und des Austrittsberichtes der D.____ weitere Abklärungen bzw. ein Gutachten notwendig. Aber aufgrund des Observationsberichtes könne diesbezüglich eine relevante Einschränkung verneint werden. Hierbei ist aber hervorzuheben, dass der IV-Stelle und damit auch dem RAD-Arzt die Videoaufnahmen nicht zur Verfügung standen (vgl. Beschwerdeantwort vom 5. Oktober 2017, A.S. 54 f.). Dr. med. C.____ stützte seine Beurteilung ausschliesslich auf den Observationsbericht, welcher zudem eher subjektiv formuliert erscheint. Sodann handelt es sich bei Dr. med. C.____ um einen Allgemeinmediziner, weshalb er aufgrund der Observationsunterlagen kaum eine psychiatrische Beurteilung vornehmen kann, dies umso mehr als ihm eben keine Videos zur Verfügung standen. Des Weiteren ergeben sich aus den Beobachtungen, welche das Gericht bei der eigenen Sichtung des Observationsmaterials gemacht hat, zwar durchaus gewichtige Hinweise, dass der Beschwerdeführer entgegen seinen Angaben, wonach er seit Jahren nicht mehr arbeitsfähig und arbeitstätig sei, einer regelmässigen beruflichen Tätigkeit nachgeht. Jedoch kann aufgrund der Aufnahmen nicht ohne eingehende Beurteilung durch medizinische Fachärzte gesagt werden, es bestünden keine Einschränkungen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). So kam das Versicherungsgericht nicht umhin, ein Gerichtsgutachten in den Fachrichtungen

Psychiatrie und Orthopädie zu veranlassen, zumal sich die IV-Stelle in der Verfügung auf die Argumentation stützte, es sei die bundesgerichtliche Rechtsprechung anwendbar, welche besagt, dass leichte bis mittelschwere psychische Störungen grundsätzlich therapeutisch angebar seien. Das Bundesgericht hat jedoch mit Urteil 8C_841/2017 vom 30. November 2017 diese Rechtsprechung geändert. Die entscheidende Frage ist wie bei anderen psychischen Erkrankungen, ob es der betroffenen Person gelingt, auf objektivierter Basis den Beweis einer invalidisierenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen. Diesbezüglich ist eine Indikatorenprüfung vorzunehmen. Im Lichte der neuen Rechtsprechung kann die in den Vorakten diagnostizierte mittelschwere Depression somit nicht mehr ohne Weiteres als nicht relevant bezeichnet werden, weshalb auch aus diesem Grund ein Gerichtsgutachten notwendig war.

7. Das deshalb vom Versicherungsgericht bei der E.____ veranlasste bidisziplinäre Gutachten vom 28. Januar 2019 (A.S. 121 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht (S. 24 ■ 35, 53 ■ 60 des Gutachtens) und die Vorakten studiert haben (S. 3 ■ 24). Die Aussagen der Experten sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar.

7.1 Dr. med. S.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, E.____, stellt in seinem Teilgutachten folgende Diagnosen:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Zur Beurteilung hielt Dr. med. S.____ fest, anhand der Untersuchungen habe aus orthopädischer Sicht keine wesentliche Minderung der Arbeitsfähigkeit belegt werden können, so dass aufgrund des objektiven Befundes eine Arbeitsfähigkeit zu 100 %■ mit Ausnahme einer schwer belastenden Tätigkeit der Wirbelsäule sowie der Hand habe angenommen werden können. Dem Versicherten sei auch weiterhin zuzumuten, in seiner beruflichen Tätigkeit als Geschäftsführer und Verwaltungsangestellter mit körperlich leichten bis mittelschweren Arbeiten tätig zu sein. Diese Einschätzung begründet Dr. med. S.____ in seinem orthopädischen Teilgutachten einleuchtend: Im Rahmen der orthopädischen Untersuchung zeige der Versicherte eine erhebliche Selbstlimitierung, teilweise Verweigerung einer objektiven Untersuchung der rechten Hand und eine starke Gegenspannung im Bereich der Wirbelsäule, er stöhne sehr stark, auch wenn andere Gebiete, die früher nicht betroffen gewesen seien, untersucht würden. Die Mimik sei verändert. Er zeige, dass er die jetzige Untersuchung als überflüssig, als sehr belastend ansehe. Funktionell sei objektiv eine Einschränkung der Lendenwirbelsäule in der Seitbewegung, Rotation und beim leicht nach vorne Neigen feststellbar. Es seien Muskelverspannungen palpabel. Es ergäben sich aber keine neurologischen Symptome im Bereich beider Beine. Das Gangbild sei regelrecht, er könne beide Beine normal einsetzen. Radiologisch seien die degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule belegbar, nach der Bandscheibenentlastungsoperation seien keine neuen Erkenntnisse radiologisch festgestellt worden. Eine eindeutige Wurzelkompression könne nicht belegt werden. Eine Zunahme gegen früher sei nicht nachweisbar. Soweit prüfbar, zeige sich eine weitgehend freie Funktion der Finger in beiden Händen, dies werde allerdings rechts deutlich vermindert demonstriert. Es würden sensible Störungen angegeben, die nicht eindeutig prüfbar seien, da der Versicherte die Hand wegziehe. Er könne aber beim An- und

Ausziehen die Hand voll einsetzen. Auch beim Lagern und Umlagern auf der Liege setze er den Arm ohne Ausweichbewegung und Schonung ein. Die Umfangmessung als Rechtshänder zeige keine Muskelminderung, die an sich bei der angegebenen Schonung und des verminderten Einsatzes des rechten Armes zu erwarten wäre. Es seien keine Reliefveränderungen beider Arme sichtbar. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, Funktionsprüfungen durchzuführen. Der Faustschluss sei ganz minimal bei den Fingern III und IV rechts vermindert. Die Funktionsgriffe seien frei und könnten ohne Einschränkung ausgeführt werden. Er zeige keine Einschränkung im Bereich beider Schultern und Ellbogengelenke. Er sei in der Lage, ohne Probleme Auto zu fahren, wobei er auch die rechte Hand einsetzen müsse. Er habe ohne wesentliche Rückenbeschwerden seine Dienstfahrten bis zur Beendigung seiner Tätigkeit ausführen können. Anhand des objektiven Befundes zeige sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und den Befunden. Soweit der Versicherte mitgearbeitet habe, sei keine wesentliche Funktionseinschränkung und verminderte Belastbarkeit erkennbar gewesen, ausser den Folgen der Bandscheibentlastungsoperation und den degenerativen Veränderungen, die eine für die Wirbelsäule schwer belastende Tätigkeit nicht mehr erlauben würden. Die jetzigen Befunde stimmten mit den früher festgestellten Untersuchungen überein. Die Übertonung und Aggravation, die zuvor beschrieben worden seien, könnten auch anhand der jetzigen Untersuchung bestätigt werden. Es ergäben sich keine Diskrepanzen in der Einschätzung und in der Belastbarkeit. Es werde eine starke Abwehr sowie Selbstlimitierung festgestellt. Eine Muskelminderung, die bei einer weitgehenden Schonung des rechten Arms zu erwarten wäre, könne nicht belegt werden. Der Beschwerdeführer zeige normale Muskelumfänge bei einem Rechtshänder im Vergleich zum linken Arm. Der Versicherte sei früher als Geschäftsführer und auch als Angestellter und zuletzt in der Firma seiner Frau vorwiegend als Geschäftsführer tätig gewesen. Ein anderes Bild ergebe sich bei Berücksichtigung seiner Tätigkeit als Maler und Gipser. Diese Tätigkeit beinhalte auch eine Belastung ausserhalb des Körperlotes sowie des Öfteren Überstreckungen der LWS und u. a. eine die Wirbelsäule schwer belastende Beschäftigung. Anhand der orthopädischen Befunde sei dies dem Versicherten nur in einem begrenzten Masse noch zumutbar. In der Tätigkeit als Geschäftsführer ohne wesentliche körperliche Belastung, die er nach seinen Angaben vorwiegend zuletzt ausgeübt habe, hätten die Wirbelsäule schwer belastende Tätigkeiten weitgehend vermieden werden können. Er habe dabei die rechte Hand zum grossen Teil schonen können, obwohl dies anscheinend anhand der objektiv durchgeführten Überprüfung nicht nötig gewesen sei. Er zeige keine Muskelminderung und eine freie Funktion beider Arme. Eine objektive Untersuchung lasse aber der Versicherte nicht vollständig zu. Die Bandscheibenoperation habe zu einer deutlichen Beschwerdeminderung geführt. Eine neurologische Problematik sei von orthopädischer Seite nicht feststellbar. Das Gangbild sei nicht vermindert, er könne beide Beine voll einsetzen. Er zeige keine Kraftminderung im Seitenvergleich. Die Funktion der Lendenwirbelsäule sei zwar etwas vermindert, dies sei auch nachvollziehbar aufgrund der degenerativen Veränderungen, die sich aber gegenüber früher nicht verschlechtert hätten.

Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen vermag sodann auch das von Dr. med. S.____ statuierte Zumutbarkeitsprofil und seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Der Versicherte zeige genügend Ressourcen, weiterhin eine berufliche Tätigkeit in der zuletzt ausgeübten Form vorwiegend als Geschäftsführer, Angestellter und Zuarbeiter auszuüben. Er dürfte auch ganztätig dazu in der Lage sein. Da er in der Firma seiner Frau

angestellt sei, habe er auch die Möglichkeit, seine Arbeit einzuteilen und wenn nötig, kurzfristige Pausen einzulegen. Der Versicherte sei in der Lage, mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu 20 kg in rückenschulgerechter Haltung im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen zu verrichten. Vermieden werden sollten mittelschwere und schwerere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über 20 kg ausserhalb des Körperlotes, vermehrtes nach vorne Neigen des Oberkörpers, möglicherweise feinmotorische Tätigkeiten der rechten Hand, Vibrationen sowie ruckartige Bewegungen. Er sollte keiner Kälte und Nässe sowie Zugluft ausgesetzt werden. Als Maler und Gipser, eine Tätigkeit, die u.a. eine die Wirbelsäule schwer belastende Tätigkeit ausserhalb des Körperlotes sowie Überstreckung der LWS beinhaltet, sei dem Versicherten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit mit einer um 50 % verminderten Leistungsfähigkeit bei ganztägigem Arbeitspensum zumutbar.

7.2 Im psychiatrischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. med. C.____ keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden folgende Diagnosen:

Der psychiatrische Gutachter setzt sich in der Folge schlüssig mit den möglichen Diagnosen auseinander: Bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung hätten sich bei dem Versicherten nur wenige Auffälligkeiten ergeben, so beispielsweise habe er einen etwas übertrieben leidenden Eindruck vermittelt, ohne jedoch in affektiver Hinsicht relevante Auffälligkeiten im Sinne einer Depression zu zeigen. Er habe durch die Umstände des bisherigen Verlaufs, insbesondere jedoch wegen der Observation, durchaus gekränkt gewirkt und es hätten sich auch Hinweise für eine hypochondrische Verarbeitung körperlicher Beschwerden gezeigt. Die Klinik habe auch von einer «möglichen» chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gesprochen. Für den relevanten Zeitraum, jedoch auch gegenwärtig, könne die Diagnose F45.41 gemäss den Diagnosekriterien retrospektiv nicht gestellt werden. In der hier aktuellen psychiatrischen Untersuchung hätten sich bei dem Versicherten psychopathologisch keine relevanten Auffälligkeiten ergeben, abgesehen von einer Persönlichkeitsakzentuierung. Dies betreffe auch die Aktivitäten. Der Versicherte neige zur Überbewertung von normalen Körperwahrnehmungen, welche von ihm auch fehlinterpretiert würden. Negative Untersuchungsbefunde hätten bislang nicht zu einer Entlastung des Versicherten geführt. Der Versicherte habe auch in der Untersuchungssituation einen schmerzempfindsamen und zum Teil einen unangemessen leidenden Eindruck vermittelt (siehe orthopädische Untersuchung). Die psychischen Symptome zu Beginn und auch in der späteren Zeit nach dem Unfall hätten einer Anpassungsstörung entsprochen. Da das Ereignis des Unfalls bereits längere Zeit zurückliege, könne die Diagnose einer Anpassungsstörung nicht mehr gestellt werden. Vorliegend sei die Diagnose F 68.0: Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, zu stellen. Dabei seien körperliche Symptome vorhanden, ursprünglich somatisch verursacht durch eine gesicherte körperliche Störung, welche jedoch wegen des psychischen Zustandes des Betroffenen aggraviert oder länger anhalten würden. Es entwickle sich gemäss ICD ein aufmerksamkeitsuchendes Verhalten mit zusätzlichen (und gewöhnlich unspezifischen) Beschwerden nicht körperlichen Ursprungs. Es bestehe eine Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der Behandlungen bzw. Untersuchungen. Der Versicherte scheine ein weitgehend somatisch orientiertes Krankheitsverständnis zu haben, auch wenn psychische Einflussfaktoren genannt würden. Die Grundlage dafür scheine bei dem Versicherten die Persönlichkeits- und

Verhaltensakzentuierung mit hypochondrischen und narzisstischen Zügen zu bilden. Diese wirke sich im Falle des Versicherten nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus, da sie mit keinen Defiziten des Fähigkeitsprofils einhergehe. Die von ihm angegebene Durchhaltefähigkeit müsse unter der Berücksichtigung der aktuellen Untersuchungen relativiert werden (psychiatrisch, orthopädisch), welche in dieser Hinsicht keine Defizite zeigten. Eine depressive Störung könne gegenwärtig nicht diagnostiziert werden. Die bei Eintritt in die D.____ bestehende mittelgradige depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.11) sei nicht näher beschrieben worden und es fehle hierzu insbesondere der psychopathologische Befund, jedoch sei diese prognostisch günstig eingeschätzt und auf keinen Fall als therapieresistent beschrieben worden. Da die Depression des Versicherten zum Zeitpunkt der Hospitalisation nicht weiter differenziert worden sei, lasse sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilen, ob eine Depression oder vornehmlich eine Deprimiertheit mit einer dominierenden psychosozialen Belastung vorgelegen habe (sog. «Burnout-Symptome»: Lustlosigkeit, Launenhaftigkeit, Gereiztheit, Gefühle des Versagens, Sinnlosigkeit, Sorge, den Anforderungen nicht mehr zu genügen, mangelndes Interesse am Beruf oder Aufgabenbereich, evtl. Müdigkeit mit Erschöpfung). Bei dem Versicherten fehlten gegenwärtig die Kriterien für die Diagnosestellung einer relevanten depressiven Störung. Es bestünden jedoch Hinweise auf depressive Verstimmungen, die im Rahmen von Bewältigung allgemeiner Lebensprobleme auch finanzieller Art entstehen könnten, und bei dem Versicherten auch gegenwärtig eine wichtige Rolle spielten. Eine Motivation, aktiv an der Überwindung der gesundheitlichen Probleme mitzuwirken und dadurch seine finanziellen Probleme zu lösen, erscheine nicht im vollen Umfang erkennbar, auch wenn er zeitweilig bei der Behandlung gut kooperiere, wie anlässlich der psychiatrischen Hospitalisation berichtet worden sei. Deprimiertheit und Besorgnis über schwierige psychosoziale Umstände und Lebenssituation entspreche nicht einer depressiven Störung.

Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen vermag auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den Gutachter zu überzeugen: Bei dem Versicherten bestünden keine relevanten Einschränkungen im Alltag, er helfe seiner erkrankten Ehefrau in allen Belangen des Lebens. Er könne souverän Auto fahren. Aus psychiatrischer Sicht bestünden gegenwärtig und in der Vergangenheit, speziell bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. Juni 2017, keine funktionellen Einschränkungen, abgesehen von der Dauer des stationären Aufenthaltes in der D.____ im Jahre 2017. Bei der Beurteilung der Klinik bezüglich der Arbeitsfähigkeit würden offensichtlich auch fachfremde somatische Faktoren in die Bewertung einfließen, sonst würde man dem Beschwerdeführer bei einer weitgehend remittierten psychischen Störung nicht empfehlen, zukünftig nur einer Tätigkeit im Rahmen von 30 % nachzugehen. Aus psychiatrischer Sicht hätten somit bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 29. Juni 2017 keine relevanten und dauerhaften psychischen Störungen vorgelegen, welche eine berufliche Tätigkeit verunmöglichten. Dies gelte mit Ausnahme der Zeit der Hospitalisation von 28. Februar bis 25. April 2017, die zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von 100 % geführt habe. Der Versicherte sei aus rein psychiatrischer Sicht in dem strittigen Zeitraum sowohl in der angestammten als auch einer ideal angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig (Arbeitsfähigkeit 100 %, Präsenzzeit 8,5 Stunden, Leistung 100 %).

Da im überzeugenden psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. C.____ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde, kann auf die Durchführung einer

Indikatorenprüfung verzichtet werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7.1).

7.3 Damit ist gestützt auf das beweismässige interdisziplinäre Gutachten der E.____ davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit und das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers lediglich aus orthopädischer Sicht eingeschränkt ist. Während ihm die Tätigkeit als Maler und Gipser nur mehr mit einer Leistungseinschränkung von 50 % zumutbar ist, kann er gemäss der gutachterlichen Beurteilung weiterhin eine berufliche Tätigkeit in der zuletzt ausgeübten Form vorwiegend als Geschäftsführer, Angestellter und Zuarbeiter im vollen Pensum und ohne Leistungseinschränkung ausüben. Dies erscheint auch im Lichte der Beobachtungen, welche das Gericht bei der eigenen Sichtung des Observationsmaterials gemacht hat, nachvollziehbar. Aus den Aufnahmen ergibt sich zweifellos, dass der Beschwerdeführer, entgegen seinen Angaben, wonach er seit Jahren nicht mehr arbeitsfähig und arbeitstätig sei, jeden Tag sein Malerei/Gipser-Geschäft bzw. das Geschäft, welches mittlerweile seiner Frau überschrieben wurde, betreibt. Er übt auf den Aufnahmen zwar nur vereinzelt handwerkliche Tätigkeiten aus. Er ist hauptsächlich dabei zu sehen, wie er die Arbeiten seiner (offensichtlichen) Mitarbeiter koordiniert, von Baustelle zu Baustelle fährt und in Baumärkten einkauft. Zudem kann der Beschwerdeführer durchaus bei gewissen körperlichen Handlungen beobachtet werden: So trägt er einmal einen Eimer und hantiert scheinbar mühelos beidhändig mit einer Abdeckplane. Des Weiteren ist auf den Aufnahmen ein müheloser Faustschluss sichtbar, er greift Rollen mit beiden Händen, trägt sie dann aber mit der linken Hand. Er trägt Einkäufe zum Auto, dies auch mit der rechten Hand, mit gespreizten Fingern. Er greift das Steuer seines Autos beidhändig und mit normalem Griff. Sodann trägt er einen Farbkübel mit der rechten Hand. Zudem sind bei seinen Bewegungen keinerlei Einschränkungen der rechten Hand und des Rückens ersichtlich. Er übt auf den Aufnahmen aber auch keine wirklich schweren oder kaum mittelschwere Tätigkeiten aus, was in Übereinstimmung mit dem gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil steht (zumutbar sind mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu 20 kg in rückenschulgerechter Haltung im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen). Schliesslich zeigt sich das gutachterlich festgehaltene aggravatorische Verhalten auch in den Observationsaufnahmen. So konnte der Beschwerdeführer beispielsweise beobachtet werden, wie er an Krücken zur Arztpraxis von Dr. med. F.____ geht, obwohl er vorher und nachher nie Krücken benützt.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seine Tätigkeit als Geschäftsführer in der Firma seiner Ehefrau offenbar seinen Einschränkungen entsprechend anpassen und sich vermehrt auf die Koordination und Planung von Arbeiten konzentrieren konnte. Dies ergibt sich sowohl aus den Observationsaufnahmen als auch aus der gutachterlichen Beurteilung. Zudem erscheint dies auch deshalb nachvollziehbar, da es sich bei der Firma nicht um einen Einmannbetrieb handelt, sondern die Firma bereits im Zeitpunkt des Unfalls mit der Fingerverletzung im Jahr 2012 über drei Angestellte verfügte (vgl. E. II. 4.1 hiervor). In seiner abschliessenden Stellungnahme macht der Beschwerdeführer zwar geltend, er sei seit der Aufgabe seiner 50%-Tätigkeit im Jahr 2016 nicht mehr als Geschäftsführer tätig, weshalb berufliche Massnahmen angezeigt wären. Dies erscheint aufgrund der vorgehenden Ausführungen jedoch nicht glaubhaft. Die im Juni/Juli 2016 durchgeführten Observationen zeigten ein anderes Bild, welches nun auch durch das veranlasste Gerichtsgutachten bestätigt wurde. Gestützt auf das beweismässige Gutachten der E.____ ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die Tätigkeit als

Geschäftsführer in einem vollen Pensum zumutbar ist. Eine invaliditätsbedingte Lohneinbusse ist damit nicht ersichtlich, da davon ausgegangen werden kann, dass der Beschwerdeführer auch nach der Anpassung seines Tätigkeitsgebiets in der Firma seiner Ehefrau ein ähnliches Einkommen erzielen kann wie vor Eintritt der körperlichen Beschwerden. Somit besteht weder Anspruch auf Rentenleistungen noch auf berufliche Massnahmen.

7.4 Im Übrigen ist auch ein rückwirkender Anspruch auf eine befristete Rente zu verneinen. Während aus psychiatrischer Sicht gemäss der beweismässigen gutachterlichen Beurteilung zu keiner Zeit eine längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erstellt war, geht aus dem orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. S.____ retrospektiv ein wechselhafter Verlauf hervor: Zum einen habe der Beschwerdeführer eine Fingerverletzung erlitten, zum anderen einen Bandscheibenvorfall im Bereich der Lendenwirbelsäule. Dies habe vorübergehend zu einer Arbeitsunfähigkeit und verminderter Belastbarkeit geführt. In der angestammten Tätigkeit sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 27. Juli 2012 bis 27. April 2013 anzunehmen. Dabei seien sowohl die orthopädischen Beeinträchtigungen und die Nervenschädigung zusammengefasst worden. Ab 28. April 2013 (6 Wochen nach der Neuromresektion) sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bis zum 20. März 2014 gegeben. Diese retrospektive Beurteilung vermag aber nur teilweise zu überzeugen. Zwar ist die 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Handverletzung vom 27. Juli 2012 fraglos erstellt (vgl. Arztzeugnis Dr. F.____ vom 11. September 2012 und Operationsbericht vom 27. Juli 2012). Ebenso erscheint danach die 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 27. April 2013 bzw. die danach attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % nachvollziehbar (Bericht von Dr. med. G.____ vom 28. April 2013). Dass hiernach die Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis zum 20. März 2014 angedauert haben soll, erscheint dagegen nicht überwiegend wahrscheinlich. Dr. med. S.____ stützt sich hierbei auf die Kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 18. März 2014, worin dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde. Wie aus dem Kreisarztbericht von Dr. med. B.____ vom 18. März 2014 hervorgeht, zeigten sich bei der klinischen Untersuchung an beiden Händen aber deutliche Arbeitsspuren. Die Hände waren seitengleich kräftig beschwiele. Dies würdigt Dr. med. S.____ bei seiner retrospektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht. Er stellt hier offenbar lediglich auf die von der behandelnden Ärztin Dr. med. G.____ weiterhin attestierte Arbeitsunfähigkeit ab. Weiter führte der Kreisarzt Dr. med. B.____ aus, es sei aktiv ein vollständiger Faustschluss möglich, wobei der Mittelfinger etwas weniger eingekrallt werde und den Daumenballen etwas proximaler berühre. Die Langfinger der rechten Hand könnten problemlos gestreckt werden. Hinweise für eine Tendovaginitis stenosans fänden sich aktuell keine. Die Sehnen glitten frei. Unbeobachtet werde die Hand auch für belastendere Tätigkeiten (wie das Ausziehen der satt sitzenden Schuhe) eingesetzt. Abgelenkt könne die bei bewussterer Untersuchung sehr schmerzhaft Narbe auch mit grösserem Druck ohne Schmerzreaktion berührt werden. Die Muskelatrophie an den Unterarmen zeige ein für die dominante Seite typisches Umfangplus, was gegen eine höhergradige Schonung der rechten Hand spreche. Insgesamt könne objektiv gesehen von einem guten Resultat nach Neuromresektion und sekundärer Nervennaht des N. collateralis radialis ausgegangen werden. Das Ausmass der vom Patienten beklagten Beschwerden stehe in deutlichem Widerspruch zu den objektivierbaren Befunden. Die beobachtete Aggravation könne am ehesten im Rahmen der psychischen Erkrankung resp. der gesamten psychosozialen Belastungssituation gesehen werden. Damit ist aufgrund des kreisärztlichen Berichts vom 18. März 2014 erstellt, dass bereits vor der diesbezüglichen kreisärztlichen Untersuchung

eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht mehr überwiegend wahrscheinlich scheint. Ein Anspruch auf eine befristete Rente lässt sich daraus nicht ableiten. Der Beschwerdeführer hat sich am 2. August 2013 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung angemeldet. Nachdem das Wartejahr am 27. Juli 2012 begonnen und im Juli 2013 abgelaufen ist, konnte der Rentenanspruch aufgrund der Anmeldung im August 2013 frühestens 6 Monate nach Anmeldung ■ somit ab Februar 2014 entstehen (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Dass beim Beschwerdeführer im Februar 2014 und auch in den Monaten zuvor ■ in seiner Tätigkeit als Geschäftsführer, Angestellter und Zuarbeiter ■ noch eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorlag, erscheint aufgrund der vorgehenden Ausführungen nicht überwiegend wahrscheinlich, zumal gemäss dem vorgenannten Kreisarztbericht schon in diesem Zeitpunkt das aggravatorische Verhalten des Beschwerdeführers erstellt war. Eine weitere relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergab sich schliesslich erst wieder vom 13. Juni 2016 bis 4. August 2016 aufgrund der Diskushernienoperation, wobei hier die Arbeitsunfähigkeit nicht 3 Monate angedauert hat, womit ebenfalls kein Rentenanspruch entstanden ist.

8. Somit ist die Beschwerde abzuweisen und die Verfügung der IV-Stelle vom 29. Juni 2017 zu bestätigen.

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwältin Anna Härry hat am 27. März 2019 eine Kostennote eingereicht, welche sowohl den Aufwand und die Auslagen des vorherigen Vertreters des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Samuel Teindel, welcher in derselben Anwaltskanzlei wie RA Härry arbeitet, abdeckt, als auch ihren eigenen Aufwand und Auslagen. Somit ist die Parteientschädigung für Rechtsanwalt Teindel nicht gesondert zu berechnen. Rechtsanwältin Härry macht einen Aufwand von 20.4 Stunden und eine Auslagenpauschale von CHF 200.00 geltend. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 3'129.35 festzusetzen (15 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 200.00 und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

Der Unterschied zur eingereichten Kostennote begründet sich einerseits darin, dass teilweise Kanzleiaufwand aufgeführt wird (Einreichung Kostennote, Telefon des Neffen des Beschwerdeführers betreffend Ferienabwesenheit, Fristerstreckungsgesuch), welcher bereits im Stundenansatz des Rechtsvertreters enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Zudem werden die geltend gemachten Positionen «Durchsicht Verfügung des Versicherungsgerichts» praxisgemäss nicht vergütet, da diese Verfügungen selten komplex ausfallen. Schliesslich erscheint der geltend gemachte Aufwand angesichts des Streitgegenstandes und im Vergleich mit ähnlichen Fällen als überhöht, weshalb der Aufwand pauschal auf 15 Stunden gekürzt wird.

9.2 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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

9.3 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn das Gutachten notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (BGE 139 V 496). Wie dargelegt, hatte die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens der E.____ von CHF 8'505.80 zu bezahlen (vgl. Art. 45 Abs. 2 ATSG).

Demnach wird erkannt:

2. Die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin, Rechtsanwältin Anna Härry, Zug, wird auf CHF 3'129.35 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Die IV-Stelle hat die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 8'505.80 zu bezahlen.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagenseit 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 Zwischenentscheidungen (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Isch

E. 9.1

Bei diesem Verfahrensausgang besteht grundsätzlich kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer steht jedoch ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 4. und 11. hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwältin Anna Härry hat

am 27. März 2019 eine Kostennote eingereicht, welche sowohl den Aufwand und die Auslagen des vorherigen Vertreters des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Samuel Teindel, welcher in derselben Anwaltskanzlei wie RA Härry arbeitet, abdeckt, als auch ihren eigenen Aufwand und Auslagen. Somit ist die Parteientschädigung für Rechtsanwalt Teindel nicht gesondert zu berechnen. Rechtsanwältin Härry macht einen Aufwand von 20.4 Stunden und eine Auslagenpauschale von CHF 200.00 geltend. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 3'129.35 festzusetzen (15 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 200.00 und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Der Unterschied zur eingereichten Kostennote begründet sich einerseits darin, dass teilweise Kanzleiaufwand aufgeführt wird (Einreichung Kostennote, Telefon des Neffen des Beschwerdeführers betreffend Ferienabwesenheit, Fristerstreckungsgesuch), welcher bereits im Stundenansatz des Rechtsvertreters enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Zudem werden die geltend gemachten Positionen «Durchsicht Verfügung des Versicherungsgerichts» praxisgemäss nicht vergütet, da diese Verfügungen selten komplex ausfallen. Schliesslich erscheint der geltend gemachte Aufwand angesichts des Streitgegenstandes und im Vergleich mit ähnlichen Fällen als überhöht, weshalb der Aufwand pauschal auf 15 Stunden gekürzt wird.

9.2 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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

9.3 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn das Gutachten notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (BGE 139 V 496). Wie dargelegt, hatte die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens der E.____ von CHF 8'505.80 zu bezahlen (vgl. Art. 45 Abs. 2 ATSG).

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