

LU_GERICHTE 5V 14 431 vom 24. November 2015

LU Gerichte, 2015-11-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/lu_gerichte_5V_14_431

FR: LU_GERICHTE 5V 14 431 du 24 novembre 2015

IT: LU_GERICHTE 5V 14 431 del 24 novembre 2015

Regeste

Legt die IV-Stelle dem Gutachter ein Denunziationsschreiben der Ehefrau des Versicherten nicht vor, mit welchem darauf hingewiesen wird, dass der Versicherte Leistungen der Invalidenversicherung erschleichen wolle, um sich mit dem Geld in seiner Heimat zur Ruhe zu setzen, und nimmt der Gutachter trotz diverser Diskrepanzen keine kritische Würdigung der Symptompräsentation vor, liegt eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vor, wenn die IV-Stelle ohne weitere Abklärungen zu tätigen auf die Expertise abstellt.

Vorliegend ist ein Wiedererwägungsgrund zu bejahen (E. 9.3). Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (E. 9.4). Wird durch (bewusstseinsnahes) aggravatorisches Verhalten eine Invalidenrente zu Unrecht erwirkt, so sind die entsprechenden Leistungen zurückzuerstatten (E. 10). | Art. 4 IVG; Art. 88bis Abs. 2 lit. b IVV; Art. 25 Abs. 1 ATSG, Art. 53 Abs. 1 ATSG, Art. 53 Abs. 2 ATSG. | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 3

Zu prüfen ist, ob die rückwirkende Rentenaufhebung vor Bundesrecht standhält. Dazu sind die Umstände der ursprünglichen Rentenzusprache näher zu beleuchten.

E. 3.1

Die rentenzusprechende Verfügung vom 3. Dezember 2008 basierte hauptsächlich auf dem Gutachten von Dr. B vom 26. August 2008. Dieses wurde unter anderem deshalb veranlasst, weil die damalige Ehefrau des Beschwerdeführers gegenüber der IV-Stelle sinngemäss angegeben hatte, der Beschwerdeführer sei nicht arbeitsunfähig. Aus dem beigelegten Urteil im Zusammenhang mit dem Scheidungsverfahren sei ersichtlich, dass auch das Gericht die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers als nicht erwiesen betrachte. Sie sehe sich darin bestätigt, dass dieser nur Leistungen erschleichen wolle. Die IV-Stelle könne nicht von ihr verlangen, das Arbeitgeberformular auszufüllen und damit mitzuhelfen, dass der Versicherte sich – wie er mehrmals angekündigt habe – in der Türkei zur Ruhe setzen könne. Mit der Invalidenrente könne man in der Türkei in Saus und Braus leben. Sollte er dennoch berentet werden, würde sie das ganze publik machen.

E. 3.2

Im erwähnten Gutachten diagnostizierte Dr. B eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0). Diese Diagnose habe sich seit Sommer 2005, anfänglich wahrscheinlich schleichend, ergeben, wobei zunächst noch von einer schweren Depression ausgegangen worden sei. Zu einer Defizitentwicklung sei es im Zusammenhang mit seiner ehelichen Trennung und auch Konflikten mit seiner Tochter, welche angeblich eine delinquente

Neigung gezeigt habe, gekommen. Der behandelnde Psychiater, Dr. med. F, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, bzw. die delegierte Psychologin, Dipl. Psych. G, Psychologin FSP (im Folgenden Psychiatrieteam Z), hätten in den bisherigen Berichten lediglich einen Verdacht auf eine schizophrene Erkrankung erwähnt, welche heute allerdings als erfüllt betrachtet werden könne. Ein depressives Krankheitsbild bestehe aktuell nicht, sondern es liege eine ausgeprägte paranoide, halluzinatorische Schizophrenie vor, welche anlässlich der letzten Konsultation vom 18. Juni 2008 akut exazerbiert sei mit einem hochgradig floriden Wahnsystem und halluzinatorischem Erleben vor allem visueller, teilweise auch akustischer Art. Während des ersten Gesprächs habe der Explorand von ihm beeinflussenden Stimmen berichtet. Anlässlich der zweiten Untersuchung habe sich ein anderes Bild gezeigt: Der Versicherte habe sich bedroht gefühlt und überall kleine Männlein gesehen, welche auf ihn eingeredet hätten. Er habe mit diesen gesprochen, versucht sie zu verscheuchen, sich immer wieder umgedreht und abwehrende Bewegungen gemacht. Dieses Verhalten habe während der gesamten Sitzung beobachtet werden können. Weiter stellte der Gutachter fest, dass der Explorand einerseits leidend wirke, andererseits falle aber auch auf, dass er im Gefühl des Bedrohtseins auch durchaus eine fremdgefährliche Neigung zeigen könnte, weil er die erlebten Wahrnehmungen als völlig existent erlebe. Unter den objektiven Befunden gab der Experte an, der Versicherte sei völlig fixiert auf sein wahnhaftes, halluzinatorisches Erleben, von dem er sich nicht ablenken lasse. Die insgesamt zehn Klecksbildtafeln seien vom Exploranden mit Ängsten erlebt worden. Er habe überall Schatten, kleine Männlein und bedrohende Gestalten gesehen. Der Gutachter kam zum Schluss, dass der Versicherte an einem Wahnsyndrom leide, sich verfolgt, bedroht und belästigt fühle und glaube, dass die anderen Menschen ihm Schlechtes antun wollten. Es bestehe aber ein deutlicher Unterschied zwischen dem psychopathologischen Befund während der ersten und der zweiten Sitzung. Die während des zweiten Gesprächs festgestellte psychotische Symptomatik habe sich offensichtlich zirka eine Woche vor der Untersuchung einzustellen begonnen, was auf ihn – Dr. B – einen durchaus bedrohlichen Eindruck mache. ■ Dr. B wies im Übrigen auf die unzureichende neuroleptische Medikation hin, was er dem behandelnden Psychiater mitgeteilt habe. Zudem hielt er eine stationäre Behandlung in einer geeigneten psychiatrischen Klinik für erforderlich, zumal eine Selbst- oder Fremdgefährdung nicht ausgeschlossen werden könne. Ansonsten drohe ein chronifiziertes Zustandsbild. Das Krankheitsbild sei allein in psychotherapeutischer Hinsicht nicht zu behandeln. Aufgrund der schwerwiegenden Beeinträchtigung ging der Gutachter von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus.

E. 3.3

Nachdem aus RAD-Sicht am Gutachten von Dr. B nichts auszusetzen war (vgl. Protokolleintrag vom 29.8.2008), sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 3. Dezember 2008 rückwirkend ab 1. Juni 2006 eine ganze Rente zu.

E. 4

Aufgrund einer anonymen telefonischen Meldung, gemäss welcher der Beschwerdeführer einer Tätigkeit an einem Imbissstand nachgehe und auch sonst mit seiner Familie und den zwei kleinen Kindern ein sehr aktives Leben führe (vgl. Protokolleintrag vom 19.2.2010), leitete die Verwaltung (vorzeitig) ein Revisionsverfahren ein.

E. 4.1

Im Arztbericht vom 13. Februar 2012 hielt das Psychiatrieteam Z einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers fest. Die Behandler diagnostizierten – wie bereits in den Berichten vom 31. Oktober 2006 und 15. Mai 2007 zu Händen des Krankentaggeldversicherers – weiterhin eine depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Anteilen (ICD-10 F32.2) sowie differenzialdiagnostisch einen Verdacht auf eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis mit wahnhaft akustischen und visuellen Halluzinationen (ICD-10 F20.3). Trotz Pharmakotherapie und regelmässiger Gesprächspsychotherapie mit kognitiv verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt habe keine durchgehende Stabilität des psychischen Zustandsbildes erreicht werden können. Der Verlauf sei weiterhin wechselhaft. Obwohl mit Hilfe der Psychotherapie phasenweise eine Stabilisierung der psychischen Symptome habe erreicht werden können, komme es bereits bei geringster Belastung im häuslichen und sozialen Umfeld zu Rückfällen mit Verstärkung der depressiven und psychotischen Anteile. Auf Nachfrage der IV-Stelle hin gaben die Psychologin und der Psychiater an, dass eine Medikation mit Risperdal, Zyprexa und Zoldorm bestehe. Zudem wiesen sie darauf hin, dass die Fahreignung des Patienten weiterhin gegeben sei.

E. 4.2

Am 4. Dezember 2012 nahm RAD-Arzt C konsiliarisch Stellung zum Bericht der Behandler. Er wies darauf hin, dass als Hauptdiagnose eine schwere depressive Episode mit psychotischen Anteilen genannt werde. Eine Behandlung mit einem Antidepressivum erfolge jedoch nicht. Stattdessen erfolge eine Pharmakotherapie mit Medikamenten, die bei Bestehen einer psychotischen Symptomatik, z.B. im Rahmen einer schizophrenen Störung, indiziert wäre. Letztlich habe aber die Diagnose Schizophrenie, die immer etwas fraglich gewesen sei, auch nach weiteren vier Jahren Behandlung nicht erhärtet werden können. Eher dagegen spreche das jetzt wieder erreichte soziale Funktionsniveau mit erneuter Familiengründung und auch weiter bestehender Fahreignung. C empfahl zur Klärung der bestehenden Widersprüche eine psychiatrische Begutachtung.

E. 4.3

Mit der psychiatrischen Exploration beauftragte die Verwaltung Dr. D. Dieser teilte der IV-Stelle mit Schreiben vom 14. Januar 2013 mit, dass er – wie telefonisch bereits mitgeteilt (vgl. Protokolleintrag vom 26.11.2012) – aus Zeitgründen nur Aufträge für komplexe Gutachten entgegen nehmen könne, was in Anbetracht der sehr divergierenden Beurteilungen vorliegend zutrefte. Es sei möglich, dass bei grossen Differenzen und unklarem Beschwerdebild auch eine Symptom- bzw. Beschwerdevalidierung vorgenommen werden sollte. Bestimmte Validierungsschritte sollten von dafür speziell ausgebildeten Neuropsychologen vorgenommen werden, welche gerade auch mit Fremdsprachigen entsprechende Erfahrungen hätten. Dr. D bat um eine Rückmeldung, ob dies – sollte dies überhaupt nötig sein – grundsätzlich möglich wäre. Die IV-Stelle bejahte dies in der Folge.

E. 5.1

Das Gutachten von Dr. D ging am 8. Oktober 2013 bei der IV-Stelle ein. Bei der Erstellung der Expertise stützte sich der Facharzt auf das zur Verfügung gestellte Aktendossier, auf die eigenen Untersuchungen vom 1. Februar (13.15 bis 15.00 Uhr), 8. Februar (13.15 bis 14.00 Uhr), 29. Juli (11.00 bis 12.00 Uhr) und 6. August 2013 (9.15 bis 10.30 Uhr), jeweils mit vorzeitigem Abbruch, sowie am 3. Oktober 2013 (9.30 bis 11.30 Uhr), auf den neuropsychologischen Untersuchungsbericht von Dipl. Psych. E vom 15. April 2013 sowie

auf Angaben von Drittpersonen. ■ Aus dem Gutachten geht hervor, dass der Beschwerdeführer mittlerweile eine neue Familie gegründet hat und mit seiner Ehefrau und den zwei gemeinsamen Kindern in einer Wohnung lebe. Allerdings befürchte der Versicherte, dass ihn seine Ehefrau vergiften wolle. Er könne nicht sagen weshalb. Manchmal würde das ihm eine Stimme sagen, manchmal kämen Schatten. Mal seien es Kinderstimmen, mal die Stimme eines Mannes. Weiter gab der Versicherte an, dass er im Haushalt nicht mithelfe. Er gehe viel auf den Friedhof, der einen schönen Park habe und wo er seine Ruhe habe. Dort gehe es ihm besser. Alle ein bis zwei Monate fahre er eine kurze Strecke mit dem Auto. Weiter ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Versicherte auf der Strasse Angst vor den Leuten habe, welche hinter ihm seien. Sie würden hinter ihm herlaufen und ihn auslachen. Es würden ihn Leute – vielleicht Geheimpolizisten – verfolgen. Warum wisse er nicht. Der Beschwerdeführer berichtete gegenüber Dr. D auch über Schmerzen an beiden Schultern und im Nacken sowie über ständige Müdigkeit. Er könne nicht arbeiten, da er so viel Druck habe. Er sei ständig müde, lust- und kraftlos und habe eine Depression. ■ Gemäss Gutachten kam der Beschwerdeführer zum eineinhalbstündigen Explorationsgespräch am 1. Februar 2013 in Begleitung eines Kollegen. Der Explorand habe affektiv indifferent gewirkt und angegeben, Gedächtnisprobleme zu haben. Die Fragen zu seinem Geburtsdatum und zum Alter seiner Kinder habe er durch Nachschauen auf der Identitätskarte bzw. mit Nachzählen mit den Fingern beantwortet. Nach einer Stunde habe er angegeben, er müsse nun dringend nach draussen gehen, er sei nervös. Nach seiner Rückkehr habe er gesagt, er müsse jetzt weggehen. Dies habe ihm eine Stimme gesagt. Dr. D führte weiter aus, der Versicherte sei psychopathologisch bewusstseinsklar und die Aufmerksamkeit sei nicht eingeschränkt gewesen. Das Denken habe verlangsamt bzw. verzögert gewirkt. Weiter hielt Dr. D fest, es hätten sich keine Hinweise für wahnhaftes Erleben gefunden. Im Affekt habe er eher indifferent denn deprimiert gewirkt. Im Antrieb sei er vermindert, psychomotorisch verlangsamt gewesen. ■ Anlässlich der 3/4-stündigen Untersuchung vom 8. Februar 2013 fiel auf, dass der Explorand bei seinen Schilderungen über Menschen, welche sich hinter ihm befänden und vor welchen er Angst habe, vage blieb und auf Rückfragen des Experten meist mit "ich weiss nicht" antwortete. Selbst bei einfachen Zählübungen wie von zehn abwärts zählen oder umgekehrt habe der Versicherte viele Fehler gemacht. Von drei Begriffen, welche ihm der Gutachter auf Türkisch zur Wiederholung vorgab, habe er maximal zwei unmittelbar danach wiedergegeben. Wiederum habe der Explorand die Untersuchung vorzeitig abgebrochen, wobei er bestätigt habe, Stimmen zu hören. ■ Auch im Gespräch vom 29. Juli 2013 sei der Versicherte in seinen Schilderungen vage geblieben. Bei der Blutentnahme habe er sich gegenüber der Laborantin aber höflich, korrekt und unauffällig verhalten. Im Psychostatus sei er bewusstseinsklar gewesen, örtlich ungenau orientiert. Er habe oft Perseverationen gehabt. Seine Angaben seien geprägt gewesen durch Vagheit und ausgeprägtes Danebenantworten. Es hätten sich keine Hinweise für Befürchtungen oder Zwänge gefunden. Der Versicherte habe angegeben, er fühle sich von schlechten Menschen verfolgt, alle wollten ihn drücken. Die Frage nach Vorhandensein von optischen Halluzinationen bejahte er. Überall sehe er schwarze Männchen, auch in der Ecke des Praxiszimmers. Auch Stimmen würden ihn rufen. Dann habe er wieder angegeben, er müsse nun weg. Der Gutachter hielt fest, er habe weitere Störungen aufgrund der mangelnden Kooperation nicht prüfen können. Im Verhalten sei der Explorand auffällig gewesen, psychomotorisch unruhig, häufig brummend und perseverierend. Beim Verlassen der Praxis habe er sich ständig umgeblickt. ■ Anlässlich des Untersuchungsgesprächs vom

6. August 2013 blieb der Beschwerdeführer bei der Exploration der von ihm angegebenen Halluzinationen und Wahnvorstellungen erneut ausgesprochen vage. Er habe wieder von ihm unbekanntem Männern, Frauen und Kindern gesprochen, welche hinter ihm seien und deren Stimme er höre. Sie würden ihm Orientierung geben wie auch Befehle. In der Praxis habe der Explorand zudem angegeben, plötzlich eine Hexe zu sehen. Wenn er auf den Friedhof gehe, würden alle diese Leute "vor der Tür" bleiben, es gehe ihm dabei besser und er höre weniger Stimmen. Des Weiteren habe der Versicherte von der Angst berichtet, dass seine Frau sein Essen vergifte, weshalb er genau kontrolliere, was sie zubereite. Wieso sie das tun sollte, könne er nicht sagen. Dr. D konnte wiederum kein Wahnerleben explorieren. Der Versicherte habe keine Erklärung für seine Halluzinationen gegeben, auch nicht im Sinn von damit in Zusammenhang stehenden Wahngedanken. Bei der Prüfung der Affektivität hätten sich gemäss Gutachter keine Hinweise für ein depressives Syndrom gezeigt. Der Versicherte habe sich hoffnungsvoll gegeben. Schuldgefühle habe er von sich gewiesen. ■ In einem Explorationsgespräch vom 3. Oktober 2013 habe der Versicherte weitestgehend seine früher gemachten anamnestischen Angaben bestätigt. Er sei dieses Mal über zwei Stunden Untersuchungsdauer grösstenteils ruhig und konzentriert sitzen geblieben, mit klarem Blick an Dolmetscher und Gutachter. Bei der Prüfung der Orientierung habe er falsche Angaben in Bezug auf die örtliche und situative Orientierung gemacht, wobei er aber den Gutachter bei einem Versprecher (IV-Stelle Zug statt Luzern) umgehend korrigiert habe. Dr. D führte aus, dass das Verhalten des Exploranden durchgängig widersprüchlich geblieben sei. Bei der Prüfung der kognitiven Funktionen habe sich ein sehr inkonsistentes Bild präsentiert, mit Antworten und Werten, welche im Allgemeinen nur mit dem Vorliegen einer schweren Demenz vereinbar wären, mehrfach verbunden mit knapp vorbeiantworten. Beim Versuch, Ich-Störungen zu explorieren, habe der Versicherte zunächst alle Fragen in Bezug auf deren Vorkommen bejaht. Auf die Bitte, dafür jeweils Beispiele zu bringen, seien jedoch sehr vage Antworten ("es kann sein", "ja, das gibt es" usw.) gekommen und nicht solche, die typischerweise von einer an Schizophrenie erkrankten Person gegeben würden. ■ Dem Gutachten ist weiter zu entnehmen, dass gemäss zwei Laboranalysen die Blutspiegel der Neuroleptika Olanzapin und Risperidon jeweils deutlich unterhalb des Referenzbereichs, Zolpidem einmal unterhalb der Schwelle zur Quantifizierung und einmal weit unterhalb des Referenzbereichs gewesen seien. ■ Aus der Auskunft von lic. phil. G gegenüber dem Gutachter ergibt sich, dass sich der Beschwerdeführer ihr gegenüber im Wesentlichen gleich präsentierte. Sie gab auch an, dass der Patient die Medikamente nicht regelmässig einnehme. Der Grund dafür seien gemäss seinen Angaben Äusserungen seiner Frau in Bezug auf seine Potenz. Eine Hospitalisation habe nie stattgefunden, weil der Versicherte dies aus familiären Gründen nicht gewollt habe. ■ Schliesslich wies der Gutachter auf zwei neuropsychologische Untersuchungen vom 13. und 14. März 2013 hin, welche der Explorand ebenfalls vorzeitig abgebrochen habe. Gemäss Beurteilung von Dipl. Psych. E müsse der tatsächliche Schweregrad der objektivierten Befunde gemäss den Ergebnissen der Untersuchungen infrage gestellt werden. Aufgrund des insgesamt nivellierten kognitiven Niveaus und der ausgeprägten Verdeutlichungstendenz sei ein eindeutiges neuropsychologisches Störungsmuster nicht erkennbar. Nach Validierung der Untersuchungsergebnisse müsse davon ausgegangen werden, dass das Ausmass der Beschwerden durch bewusstseinsnahe psychische Prozesse verdeutlicht bzw. verschlimmert werde. Aggravations- bzw. Verdeutlichungstendenzen der Beschwerden müssten als gesichert angenommen werden.

E. 5.2

In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung nahm Dr. D eine Längsschnitt- und eine Querschnittanalyse vor.

E. 5.2.1

Dem Gutachter fiel in der Längsschnittdokumentation auf, dass in den Berichten des Psychiatrieteams Z und im psychiatrischen Gutachten von Dr. B Bezug genommen werde auf eine depressive Erstepisode im Sommer 2005, als es zu einer Hospitalisation in der Psychiatrie H gekommen sei. Allerdings werde im Bericht des psychiatrischen Konsiliums keine psychiatrische Diagnose gestellt. Eine Depression sei explizit verneint worden. Im Austrittsbericht der medizinischen Klinik des Spitals I vom 15. Juni 2005 sei als Diagnose eine akute psychische Dekompensation mit/bei Hyperventilation, psychosozialer Belastungssituation vermerkt. Weiter finde sich in keinem Arztbericht des Psychiatrieteams Z ein Psychostatus oder nur schon eine systematische Beschreibung seiner Beschwerden, schon gar nicht solche, die eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Auch fehle es an einer Begründung der Differenzialdiagnose (schwere wahnhafte Depression, paranoide Schizophrenie) anhand der Kriterien gemäss ICD-10, trotz der ungewöhnlichen Phänomenologie der angegebenen Sinnestäuschungen. Diese seien aus gutachterlicher Sicht als optische Halluzinationen in der beschriebenen Form nicht typisch für die in den Berichten gestellten Diagnosen. Weiter würde man beim Hören von Stimmen im Rahmen einer Psychose in einer geräuscharmen Umgebung wie dem Friedhof eine Zunahme derselben erwarten. Als Coping-Strategie, wie sie von den meisten kranken Personen mit chronisch auftretenden Halluzinationen entwickelt würden, sei eine solche Massnahme (auf den Friedhof bzw. in den Park gehen) aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht jedenfalls nicht geeignet. Überhaupt seien die Angaben des Exploranden über seine Halluzinationen nie kritisch diskutiert worden, was angesichts der wenig spezifischen Phänomenologie der Symptomatik, des ungewöhnlichen Verlaufs wie auch der offensichtlich erhaltenen und bereits damals erwähnten Ressourcen (Fahreignung gemäss Bericht vom 27.9.2012; Ausschau nach neuem Imbissstand gemäss Bericht vom 15.5.2007) indiziert gewesen wäre. Die beschriebenen Halluzinationen mit den kleinen Männchen seien aus gutachterlicher Sicht nicht typisch für jegliche Art von psychiatrischen Erkrankungen, schon gar nicht für nicht-organisch oder nicht-toxisch bedingte. Wenn sie in seltenen Fällen bei Psychosen vorkommen würden, so seien sie in der Regel von normaler Grösse, farbig und nicht schwarz-weiss. Verkleinerte halluzinative Gestalten fänden sich zum Beispiel bei alkoholisch bedingten Halluzinosen oder toxisch bedingten Halluzinationen. Es erstaune auch, dass nie in Frage gestellt worden sei, weshalb die Symptome trotz langjähriger Gabe von Neuroleptika unverändert persistiert hätten, obwohl sie als Positivsymptome einer Schizophrenie im Allgemeinen gut auf Neuroleptika ansprechen würden und zwar innerhalb von Monaten. Auffällig sei ferner, dass die Halluzinationen im Gutachten von Dr. B nicht bzw. nur vage im Zusammenhang mit einer Wahnstörung beschrieben worden seien. ■ In diagnostischer Hinsicht hielt Dr. D fest, dass weder die Kriterien für eine Schizophrenie noch diejenigen einer wahnhaften depressiven Störung gemäss ICD-10 erfüllt seien. Beim Versicherten seien zwar Wahnstörungen vereinzelt, vage, als einzelne Wahngedanken (Leute seien hinter ihm; Frau wolle ihn vergiften) beschrieben, jedoch ohne – wahnhafte – Erklärung dafür. Sie fänden sich ohne Verknüpfung nebeneinander, ohne die für schwere wahnhafte Depressionen typischen Wahninhalte. Unverständlicher Weise sei in den vorhandenen Berichten auch nicht problematisiert worden, weshalb der Explorand keine Antidepressiva erhalte. ■ Unverständlich sei des Weiteren, dass der Versicherte trotz einer angeblich schweren psychiatrischen Erkrankung weiterhin die Fahreignung besitzen

soll. Gemäss Handbuch der verkehrsmedizinischen Begutachtung seien die Voraussetzungen zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen für alle Kategorien bei Schizophrenien und Wahnkrankheiten wie bei schweren affektiven Störungen nicht gegeben, was jedem Facharzt für Psychiatrie vertraut sein sollte. ■ Zusammenfassend sei die Symptomatik, wie sie im Längsschnitt beschrieben worden sei, nicht vereinbar mit einem bekannten psychiatrischen Krankheitsbild. Es sei gut möglich, dass der Explorand im Rahmen von grossen Belastungen mit Belastungsstörungen von begrenzter Dauer reagiert habe, so wie auch 2005 mit Hospitalisation im Spital I. Auch das zeitweise Vorkommen von leichten bis mittelgradigen depressiven Zuständen lasse sich dabei nicht ausschliessen, deren Vorhandensein über längere Zeit aber auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegen. Bei leicht- bis mittelgradigen depressiven Zuständen sei man dabei massgeblich bis ausschliesslich auf die Angaben der Betroffenen angewiesen. Durch nichtauthentische Beschwerde-/Symptomdarstellung sei eine Diagnostik nicht möglich, da die präsentierten Symptome eine möglicherweise leichtgradig vorhandene depressive Symptomatik quasi überstrahle. Mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit liessen sich aus heutiger gutachterlich-psychiatrischer Sicht die damals geltend gemachten dauerhaften Einschränkungen bezüglich Arbeit wie privaten Aktivitäten aus der Beschwerdenschilderung heraus nicht begründen. Zudem seien die Angaben des Exploranden zu seinen Beschwerden/Symptomen, welche zur Diagnose der Schizophrenie und damit zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit geführt hätten, bereits bei der Begutachtung 2008 mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht authentisch gewesen.

E. 5.2.2

In der Querschnittbeurteilung führte Dr. D aus, die Befunde bei der neuropsychologischen Untersuchung mit Bericht vom 15. April 2013 würden auf das Vorliegen von neuropsychologischen Störungen vom Ausmass einer mittelschweren bis schweren Hirnfunktionsstörung hinweisen. Damit wären Zweifel an der Urteils- und Handlungsfähigkeit angebracht. Zudem wäre der Beschwerdeführer bis auf Weiteres nicht fahrfähig. Nach Validierung der Untersuchungsergebnisse müsse aber aus neuropsychologischer Sicht davon ausgegangen werden, dass das Ausmass der Beschwerden durch bewusstseinsnahe psychische Prozesse verdeutlicht bzw. verschlimmert werde. Aggravations- bzw. Verdeutlichungstendenzen der Beschwerden müssten daher als gesichert angesehen werden. Eine authentische Symptompräsentation und ausreichende Leistungsbereitschaft müsse deshalb infrage gestellt werden. Des Weiteren könnten eine Demenz und eine Minderintelligenz weitestgehend ausgeschlossen werden. Die Leistungsdefizite liessen sich auch nicht im Zusammenhang von Beeinträchtigungen bei Status nach einer Comotio cerebri erklären. ■ Im Rahmen der fünf psychiatrischen Explorationen habe der Explorand ferner ein ausgesprochen inkonsistentes Bild präsentiert. Er habe grotesk anmutende kognitive Störungen, teilweise mit Desorientierung, mit Unfähigkeit, einfachste Zahlenreihen aufzuzählen, auf zehn zu zählen, die drei Zahlen "20-25-20" zu wiederholen, sein Geburtsdatum zu nennen, die Anzahl seiner Kinder, drei Begriffe nach kurzer Zeit zu wiederholen. Andererseits seien auch gute Gedächtnisleistungen zu beobachten gewesen, etwa als der Versicherte an den Schirm gedacht habe, den er im Café abgestellt habe, oder als er von sich aus vom Labor den Weg zurückgefunden habe. Überhaupt habe beim Exploranden eine auffällige Diskrepanz bestanden zwischen subjektiven Angaben und Verhalten, welches im Rahmen der gleichen Exploration mal dramatisierend, dann wieder unauffällig und adäquat gewirkt habe. ■ Zusammenfassend seien die Beschwerden des Exploranden ausgeprägt inkonsistent und

vage. Die Authentizität der Beschwerde-/Symptompräsentation sei im Rahmen der Bewertung nach allgemeinen, nicht symptombezogenen Kriterien nach Foerster und Winckler nicht gegeben. Untypisch für authentisch erlebte Halluzinationen sei etwa auch, dass der Versicherte die beschriebenen Gestalten nicht mehr sehe, wenn er die Augen schliesse, obschon er wisse, dass sie noch da seien. Die Stimmen hätten im Übrigen Inhalte, wie sie bei Schizophrenien oder Depressionen nicht zu erwarten seien (keine eigentliche Bedrohung, sondern durchaus hilfreich). Eine Verbindung einer Schizophrenie wie einer Depression mit schwersten kognitiven Störungen sei kaum mit einer authentischen Symptompräsentation vereinbar. Hinzu komme ein "Knapp-daneben-antworten" bei der klinischen Prüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit, was darauf hindeute, dass der Explorand die richtige Antwort kenne und dann knapp daneben antworte, dies selbst auf einfache Fragen.

E. 5.3

Aufgrund seiner Längs- und Querschnittanalyse kam Dr. D zu folgenden Schlüssen: ■ -Die angegebenen Halluzinationen sind für die diagnostizierten Krankheitsbilder Schizophrenie und schwere wahnhaft-depressive Depression nicht typisch und sind auch mit keinem anderen bekannten psychiatrischen Krankheitsbild vereinbar. Ein schweres hirnrnorganisches oder toxisch bedingtes Krankheitsbild kann ausgeschlossen werden, ebenso eine Minderintelligenz. -Die früher und aktuell geltend gemachten Einschränkungen sind nicht vereinbar mit der Symptompräsentation, den Inkonsistenzen und den Ressourcen. -Das Vorliegen einer schweren, klinisch relevanten psychischen Störung kann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. -Das Vorliegen einer psychischen Störung, welche die geltend gemachten dauerhaften Einschränkungen begründen würden, kann für den ganzen Krankheitsverlauf seit 2005 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Einzelne kurzdauernde, vorübergehende Belastungsreaktionen können nicht ausgeschlossen werden. -Es kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von mehr oder weniger bewusstseinsnaher Aggravation ausgegangen werden. -Eine leichte psychische Störung kann nicht überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen werden. Diese würde aber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die geltend gemachten dauerhaften Einschränkungen nicht begründen, sondern nur kurzdauernde. ■ In Bezug auf die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, bei eindeutigen Hinweisen auf nicht-authentische Symptompräsentation und nicht-authentischem Beschwerdevortrag, was mehr oder weniger bewusstseinsnah erfolge, sei eine gültige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich. Vorübergehende Einschränkungen aufgrund von Belastungsreaktionen bei psychosozialen Belastungen könnten nicht ausgeschlossen werden.

E. 6

Die IV-Stelle legte das Gutachten von Dr. D ihrem RAD zur Qualitätsprüfung vor. C beurteilte es als voll beweiskräftig (vgl. Protokolleintrag vom 9.10.2013). Es müsse mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass das Ergebnis der Begutachtung durch Dr. B im Jahr 2008 falsch gewesen sei und ein dauerhafter psychischer Gesundheitsschaden auch zum Zeitpunkt der Rentenzusprache nicht bestanden habe. ■ In der Folge verfügte die Verwaltung (in erster Linie) gestützt auf einen prozessualen Revisionsgrund die rückwirkende Rentenaufhebung per 1. Juni 2006 und forderte die innerhalb der Verwirkungsfrist zu Unrecht bezogenen Leistungen zurück.

E. 7

Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer eine bereits im Vorbescheidverfahren in Aussicht gestellte Stellungnahme von lic. phil. G (4.8.2014) ein. Darin führte diese aus, beim Patienten sei es nach psychosozialer Extremlastung zu einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und psychotischen Symptomen gekommen. Da es wiederholt zu depressiver Dekompensation und reduzierter Leistungsfähigkeit im sozialen und familiären Umfeld gekommen sei, hätten sie – das Psychiatrieteam Z – die Diagnose einer schweren depressiven Störung mit psychotischen Symptomen gestellt. Das psychische Zustandsbild sei insgesamt instabil geblieben. In Bezug auf das Gutachten von Dr. D hielt sie fest, es falle auf, dass mit mehrfacher vertiefter Exploration und umfangreicher Testdiagnostik der Auftrag gefasst worden sei, die Aggravation des Krankheitsbildes des Versicherten zu dokumentieren. Ziel ihrer Behandlung sei hingegen immer die Beibehaltung der sozialen Integration und Aufrechthaltung der Alltagstauglichkeit gewesen. Das Spital I habe nur eine von mehreren Akutphasen behandelt. Sie habe den Versicherten als einen verzweifelten, unselbständigen, unsicheren und abhängigen Ehemann und Vater erlebt. Dr. D überschätze möglicherweise die Selbständigkeit und Eigenständigkeit des Patienten. Die soziale und kognitive Leistungsfähigkeit sei begrenzt. In diesem Zusammenhang empfehle sie einen nonverbalen Intelligenztest. Die Behauptung, der Versicherte besitze entsprechende Ressourcen und Coping Strategien und sei fähig, eine Frau zu gewinnen und ein neues Leben aufzubauen, könne so nicht geltend gemacht werden. Seine zweite Frau habe sich ihm quasi aufgedrängt und ihn nach dem Nachlassen seiner Leistungsfähigkeit wieder verlassen. Ausserdem habe sie eine stationäre Psychotherapie mit der Begründung, die Kinder würden ihn brauchen, zweimal verhindert. Auf die Frage, ob die von Dr. B 2008 gestellte Diagnose einer paranoiden Schizophrenie aus damaliger Sicht nachvollziehbar sei, antwortete die Psychologin, dass – wie bereits dargelegt – der Beschwerdeführer depressive Phasen mit psychotischen Symptomen durchlebt habe. Sie selbst sei anstatt von einem Vollbild einer paranoiden Schizophrenie immer von einer Verdachtsdiagnose ausgegangen. Sie fände es jedoch unfair, wenn der Patient aufgrund der Diagnose des ersten IV-Gutachters gebüsst werden sollte.

E. 8

Das Gutachten von Dr. D erfüllt die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. E. 1.3). Es handelt sich um ein für die streitigen Belange umfassendes Gutachten, das auf mehreren persönlichen Untersuchungen und einer neuropsychologischen Untersuchung mit verschiedenen Tests durch Dipl. Psych. E beruht, die geklagten Beschwerden des Versicherten berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurde. Weiter leuchten die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation ein. Schliesslich sind die Schlussfolgerungen von Dr. D begründet. ■ Der Experte lud den Beschwerdeführer zu insgesamt fünf Untersuchungen ein und setzte sich intensiv mit dem Exploranden und den geschilderten Beschwerden auseinander. Er stützte seine Beurteilung auf eingehende Beobachtungen, auf die Literatur und mehrere Tests. Weiter zeigte er nachvollziehbar die bestehenden Diskrepanzen auf. Er nahm dabei eine umfassende Querschnitt- und Längsschnittanalyse vor, wobei er auch die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchungen berücksichtigte. Zudem setzte er sich mit dem Vorgutachten von Dr. B und den Berichten des Psychiatrieteams Z auseinander und zeigte auf, weshalb ihren Beurteilungen nicht gefolgt werden kann. Aufgrund der Ergebnisse

seiner eigenen Untersuchung und insbesondere der neuropsychologischen Untersuchung durch Dipl. Psych. E ist auch der Schluss von Dr. D auf eine Aggravation bzw. eine Verdeutlichungstendenz nicht zu beanstanden. Die Experten wiesen zu Recht auf die erhebliche Diskrepanz zwischen dem anlässlich der Untersuchungen gezeigten Leistungsvermögen und den offenbar vorhandenen Ressourcen hin. ■ Dr. D räumte zwar ein, dass beim Versicherten Wahnstörungen vereinzelt vage beschrieben seien. Eine – wahnhaft – Erklärung des Exploranden dafür fehle aber. Die einzelnen Wahnstörungen fänden sich ohne Verknüpfung nebeneinander, ohne die für schwere wahnhaft Depressionen typischen Wahninhalte. Es kann auch seiner Feststellung, es lägen keine typischen Symptome für eine Schizophrenie gemäss ICD-10 vor, – entgegen der Vorbringen des Beschwerdeführers – gefolgt werden. In Bezug auf die neuropsychologische Untersuchung kann festgehalten werden, dass – wie die Verwaltung zu Recht geltend macht – der Hinweis des Beschwerdeführers auf sprachliche Schwierigkeiten ins Leere zielt, fanden die Untersuchungen doch mit einer Übersetzerin statt und waren für die Übungen keine besonderen (Schul-)Kenntnisse gefragt. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die falschen Antworten seien in der Krankheit selber begründet, ist ihm zu entgegnen, dass die Untersucher nachvollziehbar dargelegt haben, dass sich die erhobenen Leistungsdefizite und Verhaltensauffälligkeiten weder im Kontext einer affektiven oder schizophrenen Störung noch im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen bei Status nach einer Comotio cerebri erklären liessen. Stattdessen müssten Aggravations- bzw. Verdeutlichungstendenzen als gesichert angenommen werden. ■ Auch die Ausführungen der behandelnden Psychologin lic. phil. G vermögen keine Zweifel am Gutachten von Dr. D zu begründen. Sie äusserte sich mit keinem Wort zum Vorwurf der Aggravation und zum Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich der Untersuchungen durch Dr. D. Überhaupt fehlt eine eingehende Auseinandersetzung mit der Expertise. Sie gab lediglich an, dass der Beschwerdeführer depressive Phasen mit psychotischen Symptomen durchlebt habe. Das psychische Zustandsbild sei insgesamt instabil geblieben. Neue Erkenntnisse ergeben sich aus der Stellungnahme von lic. phil. G somit nicht. ■ Schliesslich fehlen vorliegend konkrete Anhaltspunkte dafür, dass die IV-Stelle den Gutachter in irgendeiner Art instruiert haben sollte. Dass sie im Hinblick auf die Begutachtung auf bestehende Inkonsistenzen hingewiesen hatte, gehörte zu ihren Aufgaben. Auch in Fällen mit Observationen sind den Experten die entsprechenden Ergebnisse vorzulegen und von diesen bei ihrer Beurteilung zu berücksichtigen. Im Übrigen kann diesbezüglich auf die Ausführungen der IV-Stelle in ihrer Vernehmlassung verwiesen werden. ■ Nach dem Gesagten kann grundsätzlich auf das Gutachten von Dr. D abgestellt werden. Im Folgenden ist zu prüfen, ob sich daraus ein Revisionsgrund ergibt.

E. 9

Zu prüfen ist zunächst, ob sich die ursprüngliche Verfügung vom 3. Dezember 2008 als zweifellos unrichtig gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG erweist oder aber ob ein prozessualer Revisionsgrund gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG gegeben ist.

E. 9.1

Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Die Wiedererwägung ist jederzeit möglich (vgl. Art. 53 Abs. 3 ATSG). Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen

Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die im Revisionsverfahren verfügte Aufhebung oder Herabsetzung der Rente mit dieser substituierten Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2; BGer-Urteil 9C_342/2008 vom 20.11.2008 E. 1). Vorausgesetzt ist, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, also nur dieser einzige Schluss (der Unrichtigkeit) denkbar ist. Dieses Erfordernis ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGer-Urteil 9C_342/2008 vom 20.11.2008 E. 3.2 mit Hinweisen). Um eine zugesprochene Rente wiedererwägungsweise aufheben oder herabsetzen zu können, muss zudem – nach damaliger Sach- und Rechtslage – erstellt sein, dass eine korrekte Invaliditätsbemessung hinsichtlich des Leistungsanspruchs zu einem anderen Ergebnis geführt hätte (BGer-Urteil 8C_778/2012 vom 27.5.2013 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 9.2

Formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide müssen gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG in (prozessuale) Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war. Die Revision bezweckt die Änderung oder Aufhebung eines Entscheids, der ursprünglich fehlerhaft ist, also von Anfang an gravierende Mängel aufweist (Kiener/Rütsche/Kuhn, Öffentliches Verfahrensrecht, Zürich 2012, N 1799). Neue Tatsachen im Sinn dieser Bestimmung liegen vor, wenn sie sich vor Erlass der formell rechtskräftigen Verfügung oder des Einspracheentscheids verwirklicht haben, der versicherten Person oder dem Versicherungsträger trotz hinreichender Sorgfalt jedoch nicht bekannt waren. Das revisionsweise vorgebrachte Element, welches lediglich eine neue Würdigung einer bereits bekannten Tatsache beinhaltet, rechtfertigt keine prozessuale Revision. ■ Die neuen Tatsachen müssen zudem nach dem Wortlaut von Art. 53 Abs. 1 ATSG "erheblich" sein. Eine neue Tatsache ist jedenfalls nur dann in diesem Sinn erheblich, wenn sie die tatsächliche Grundlage der Verfügung oder des Einspracheentscheids so zu ändern vermag, dass bei zutreffender rechtlicher Würdigung ein anderer Entscheid resultiert (BGer-Urteil 8C_18/2013 vom 23.4.2013 mit weiteren Hinweisen). Betrifft der Revisionsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzung oder Beweiswürdigung beruht, auf Elementen also, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen, so ist eine vorgebrachte neue Tatsache als solche in der Regel nicht erheblich. Ein (prozessrechtlicher) Revisionsgrund fällt demnach überhaupt nur in Betracht, wenn bereits im ursprünglichen Verfahren der untersuchende Arzt und die entscheidende Behörde das Ermessen wegen eines neu erhobenen Befunds zwingend anders hätten ausüben und infolgedessen zu einem anderen Ergebnis hätten gelangen müssen. An diesem prozessualrevisionsrechtlich verlangten Erfordernis fehlt es, wenn sich das Neue im Wesentlichen in retrospektiven diagnostischen Überlegungen erschöpft, also auf der Ebene der medizinischen Beurteilung anzusiedeln ist (vgl. dazu auch BGer-Urteil 9C_955/2012 vom 13.2.2013 E. 3.3.1). ■ Solche neue Tatsachen oder Beweismittel sind innert 90 Tagen nach deren Entdeckung geltend zu machen. Zudem gilt eine absolute zehnjährige Frist, die mit der Eröffnung der Verfügung zu laufen beginnt (Art. 67 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren [VwVG; SR 172.021] in Verbindung mit Art. 55 Abs. 1 ATSG; Kieser, ATSG-Komm., 2. Aufl. Zürich 2009, Art. 53 ATSG N 23, Kölz/Häner/Bertschi, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl. Zürich 2013, N 1344; BGer-Urteil 8C_302/2010 vom 25.8.2010 E. 4).

E. 9.3

Vorliegend gehen Dr. D und Dipl. Psych. E von einer Aggravations- bzw. Verdeutlichungstendenz und einer nicht authentischen Beschwerdepräsentation seit 2008, d.h. bereits im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache, aus. Das Vorliegen einer psychischen Störung, welche die geltend gemachten dauerhaften Einschränkungen begründen würden, könne für den ganzen Krankheitsverlauf seit 2005 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Den Experten fielen folgende Inkonsistenzen und Diskrepanzen auf: ■ -Trotz angeblich vollständigem sozialen Rückzug ausserhalb der Familie hat der Explorand für seine Fahrt zu den Untersuchungen Freunde organisieren können. Im Umgang mit einem Kollegen hat er gemäss Beobachtung des Gutachters einen kollegialen, unauffälligen Umgang gepflegt. -Einerseits Darstellung schwerster kognitiver Störungen, andererseits gegenüber der Laborantin unauffälliges Auftreten und zudem gute Gedächtnisleistungen (denkt an Schirm, den er in einem Café abgestellt hatte; findet von sich aus den Weg vom Labor zurück). -Die Beschwerden werden als massiv geschildert, als maximal einschränkend im Alltag. Die Angaben bleiben aber vage und es können kaum konkrete Beispiele genannt werden. -Die empfohlene stationäre Behandlung wurde nie durchgeführt. Der Serumspiegel ist in Bezug auf die Medikation und die angebliche Schwere der Symptomatik gering. Keine Einnahme von Antidepressiva über Jahre trotz angeblich schwerster depressiver Symptomatik. -Angabe von schwersten Beeinträchtigungen, dennoch Fahrfähigkeit und weitere Ressourcen. -Das Vorbringen der Klagen wirkt appellativ, demonstrativ und theatralisch. -Inkonsistente Angaben in Bezug auf Fernsehschauen (schaue nicht fern Gutachter gegenüber; schaue lustige türkische Filme Neuropsychologin gegenüber). -Die ersten drei Untersuchungen sind abgebrochen worden. Erst als der Gutachter darauf hinwies, dass der Explorand entsprechend häufiger kommen müsse oder eine stationäre Begutachtung erwogen werden müsse, konnten die Untersuchungen bis zum Schluss durchgeführt werden. -Die Phänomenologie der Halluzinationen ist nicht vereinbar mit dem Vorliegen eines bekannten psychiatrischen Krankheitsbildes. -Trotz angeblich jahrelanger Einnahme von Neuroleptika kein Ansprechen der Medikation auf die psychotische Symptomatik. -Falsche Angaben in Bezug auf die örtliche und situative Orientierung auf der einen Seite. Umgehende Korrektur bei einem Versprecher des Gutachters (falsche IV-Stelle angegeben) auf der anderen Seite. -Bei der Prüfung der kognitiven Funktionen resultierten Werte, die im Allgemeinen nur mit dem Vorliegen einer schweren Demenz vereinbar wären. Eine solche kann aber ausgeschlossen werden. ■ Da sich der Gesundheitszustand gegenüber der ursprünglichen Rentenzusprache nicht verändert hat bzw. der Versicherte anlässlich der Begutachtung durch Dr. B im Jahr 2008 dasselbe Verhalten an den Tag gelegt hatte, ist Dr. D folgend bereits zum damaligen Zeitpunkt von einer nicht-authentischen Symptompräsentation auszugehen. Gemäss Dr. D hätte der Vorgutachter Dr. B aufgrund der bereits damals bestandenen Diskrepanzen eine kritischere Beurteilung vornehmen müssen (vgl. E. 5.2.1). Dem ist beizupflichten. Hätte er mit anderen Worten genauer hingeschaut und die Angaben des Versicherten hinterfragt, so hätte er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie nicht gestellt. Aufgrund der erheblichen Aggravation hätte zudem keine Rentenzusprache erfolgen dürfen. Dabei ist allerdings zu erwähnen, dass Dr. B offenbar keine Kenntnis vom Schreiben der Exfrau des Versicherten hatte, wonach dieser gar nicht arbeitsunfähig sei. Dieses Schreiben hätte die IV-Stelle dem Gutachter aber zwingend vorlegen müssen, damit sich dieser ein umfassendes Bild hätte machen können. Es ist davon auszugehen, dass Dr. B in Kenntnis des Denunziationsschreibens eine kritischere

Würdigung des Sachverhalts vorgenommen hätte und ihm einige Diskrepanzen aufgefallen wären. Insofern ist der IV-Stelle aus damaliger Sicht eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes nach Art. 43 Abs. 1 ATSG vorzuwerfen (vgl. BGer-Urteil 9C_816/2013 vom 20.2.2014 E. 1.1). Die rentenzusprechende Verfügung vom 3. Dezember 2008 basierte demnach auf einem unvollständig erhobenen Sachverhalt. Da bei Vorliegen einer Aggravation regelmässig kein invalidisierender Gesundheitsschaden anzunehmen ist (BGer-Urteil 9C_899/2014 vom 29.6.2015 E. 4.2.4), erweist sich die Leistungszusprache auch im Ergebnis als zweifellos unrichtig im Sinn von Art. 53 Abs. 2 ATSG. Deren Berichtigung ist zudem von erheblicher Bedeutung, weshalb sie in Wiedererwägung zu ziehen ist.

E. 9.4

Soweit der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass eine aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich sei, ableitet, die bisher attestierte Arbeitsunfähigkeit gelte weiterhin, kann ihm nicht gefolgt werden. Beruht nämlich die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung, liegt – wie bereits dargelegt – regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Herrscht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (vgl. BGer-Urteil 8C_209/2015 vom 17.8.2015 E. 6.3.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 2.2.1 f.). So verhält es sich auch hier. Gemäss dem überzeugenden Gutachten von Dr. D und dem neuropsychologischen Untersuchungsbericht von Dipl. Psych. E waren die im Rahmen der klinischen und neuropsychologischen Untersuchungen präsentierten schweren kognitiven Defizite in sich inkonsistent und nicht vereinbar mit den vorhandenen Ressourcen. Sie konnten als gesichert verdeutlicht bzw. aggraviert beurteilt werden. Auch die allgemeinen, in der Literatur beschriebenen Authentizitätskriterien bei der Beurteilung von vorgetäuschten Beschwerden hätten darauf hingewiesen, dass die Beschwerdepräsentation des Exploranden als nicht-authentisch zu qualifizieren seien. Demnach hat die IV-Stelle zu Recht einen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Zeitpunkt der Revisionsverfügung verneint.

E. 9.5

Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass die von der IV-Stelle in erster Linie geltend gemachte prozessuale Revision vorliegend ausscheidet, da die 90-Tage-Frist nicht eingehalten wurde. Denn das Gutachten von Dr. D ging am 8. Oktober 2013 bei der IV-Stelle ein. Am nächsten Tag holte die Verwaltung eine RAD-Stellungnahme ein, welche sogleich erstattet wurde (Protokolleintrag vom 9.10.2013). In der Folge dauerte es bis zum 24. Februar 2014 und damit mehr als 90 Tage, bis die IV-Stelle den prozessualen Revisionsgrund mittels Vorbescheid geltend machte.

E. 10.1

Was die rückwirkende Aufhebung der Invalidenrente per 1. Juni 2006 betrifft, so ist gemäss Art. 88bis Abs. 2 lit. b IVV vorausgesetzt, dass der Beschwerdeführer die Leistung zu Unrecht erwirkt oder die ihm nach Art. 77 IVV zumutbare Meldepflicht verletzt hat. ■ Diesbezüglich ergibt sich aus den vorangehenden Erwägungen, dass der Beschwerdeführer durch sein (bewusstseinsnahes) aggravatorisches Verhalten die Invalidenrente zu Unrecht erwirkt hatte. Aufgrund der Ausführungen von Dr. D muss davon ausgegangen werden, dass der Versicherte bewusst die medizinischen Untersuchungsergebnisse verfälscht hatte

(vgl. BGer-Urteil 9C_744/2011 vom 30.11.2011 E. 5.2). Kommt dazu, dass die Exfrau des Beschwerdeführers bereits im Jahr 2007 dargelegt hatte, dass letzterer Leistungen der IV erschleichen wolle. Auch im Jahr 2010 ging bei der IV-Stelle eine Meldung ein, wonach der Beschwerdeführer ein aktives Leben führe und für einen Imbissstand arbeite. Obschon diese Hinweise für sich allein nicht für die Annahme einer unrechtmässigen Erwirkung von Leistungen genügen, stellen sie im Gesamtkontext immerhin Indizien dafür dar. ■ Des Weiteren ist in medizinischer Hinsicht aufgrund der vorangehenden Erwägungen davon auszugehen, dass im massgebenden Zeitraum höchstens vorübergehende Arbeitsunfähigkeiten vorgelegen haben, die kein invalidisierendes Ausmass erreichten (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG).

E. 10.2

Unrechtmässig bezogene Leistungen sind gemäss Art. 25 Abs. 1 ATSG zurückzuerstatten (vgl. E. 1.4). Nach dem Gesagten erweist sich die Rückforderung der ab 1. Juni 2009 bezogenen Leistungen somit als rechtmässig. Mit Blick auf BGer-Urteil 8C_642/2014 vom 23. März 2015 gilt die einjährige Verwirkungsfrist gemäss Art. 25 Abs. 2 ATSG vorliegend als gewahrt, worauf die Verwaltung zu Recht hinweist. Denn zuverlässige Kenntnis von der Rechtswidrigkeit des Leistungsbezugs ist erst nach Eintritt der Rechtskraft der Rentenaufhebung anzunehmen.

E. 11

Zusammenfassend erweisen sich die Verwaltungsgerichtsbeschwerden gegen die Verfügungen vom 24. Juni 2014 und 2. April 2015 als unbegründet und sind abzuweisen.

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