

SO_GERICHTE VSBES.2018.292 vom 15. Juli 2019

SO Obergericht, 2019-07-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.292_d20190715

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.292 du 15 juillet 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.292 del 15 luglio 2019

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geboren 1963, meldete sich am 10. Juli 2005 bei der IV-Stelle Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr. 2]). Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurden ein Schädel- Hirntrauma, Bandscheibenprobleme an der HWS und Schulterbeschwerden, alles bestehend seit einem Unfall vom 25. August 2004, angegeben. 1.2 Die Beschwerdegegnerin holte die Akten der Unfallversicherung B.____ ein (IV-Nr. 8). Diesen liess sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer am Unfalltag vor einem Weidegitter gestanden habe, als ein Pferd plötzlich angefangen habe auszuschlagen. Mit dem Schlag sei das Weidegitter samt dem Pferd auf den Beschwerdeführer gefallen (IV-Nr. 8.2. S. 1). Seine damalige Stelle als Betriebsleiter bei der C.____ AG war am 28. Oktober 2004 per 31. Januar 2005 mit sofortiger Freistellung gekündigt worden. Die Beschwerdegegnerin holte weitere Unterlagen ein und gewährte dem Beschwerdeführer zunächst berufliche Eingliederungsmassnahmen in Form einer Berufsberatung (IV-Nr. 26), die am 18. Juli 2006 bereits wieder abgeschlossen wurde (IV-Nr. 29). 1.3 Die Unfallversicherung leitete ihrerseits eine interdisziplinäre Untersuchung in die Wege, was der Beschwerdegegnerin am 27. Oktober 2006 mitgeteilt wurde (IV-Nr. 36 S. 2). Ein bidisziplinäres Gutachten in den Fachgebieten Psychiatrie und Neurologie wurde durch die Begutachtungsstelle D.____ am 3. August 2007 bzw. 26. Februar 2008 erstattet (IV-Nrn. 46 und 49). 1.4 Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) erachtete das Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ als nicht nachvollziehbar (IV-Nrn. 47 und 50). Die Beschwerdegegnerin leitete in der Folge eine neuropsychologische Untersuchung bei Dr. phil. E.____ in die Wege, der am 30. Juni 2008 berichtete (IV-Nr. 62.1 bis 62.3). Die Unfallversicherung sprach ihrerseits dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 6. Mai 2008 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine Rente und eine Integritätsentschädigung zu (IV-Nr. 53). 1.5 Nachdem der RAD am 7. Juli 2008 zur von der Beschwerdegegnerin initiierten neuropsychologischen Untersuchung Stellung genommen hatte (IV-Nr. 67), sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 13. Oktober 2008 mit Wirkung ab 1. August 2005 eine ganze Invalidenrente zu (IV-Nr. 75).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, das im Rahmen des Revisionsverfahrens eingeholte polydisziplinäre Gutachten vom 7. Februar 2018 sei voll beweiskräftig. Demgemäss könne keine krankhafte Störung mehr nachgewiesen werden. Tatsächlich hätten bereits im neuropsychologischen Bericht von Dr.

E.____ vom 30. Juni 2008 erhebliche Zweifel am Vorliegen einer Hirnverletzung bestanden. Trotzdem habe die Beschwerdegegnerin auf den Entscheid des Unfallversicherers abgestellt und eine ganze Invalidenrente gewährt. Im aktuellen Gutachten könne der psychiatrische Gutachter kein wesentliches psychisches Leiden feststellen und der neurologische Gutachter halte fest, es gebe keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer eine schwere Hirnverletzung erlitten habe. Das neuropsychologische Teilgutachten komme zum Schluss, dass die erhobenen Befunde in ihrer Art und Ausprägung fachlich nicht nachvollziehbar seien. Es habe somit nie eine entsprechende medizinische Begründung für die Rentenzusprache im Oktober 2008 gegeben. Die Verfügung vom 13. November 2008 sei zweifellos unrichtig und werde wiedererwägungsweise aufgehoben. Der Beschwerdeführer erfülle grundsätzlich die Anforderungen an einen Eingliederungsbedarf (über 55 Jahre alt und / oder mehr als 15 Jahre Rentenbezug). Jedoch hätten die Recherchen ergeben, dass er in den letzten Jahren aktiv im Pferdesport tätig gewesen sei. Es könne somit davon ausgegangen werden, dass die medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar sei. Zum Einwand nehme man wie folgt Stellung: Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) habe das Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ als nicht nachvollziehbar erachtet. Deshalb habe man eine RAD-Begutachtung veranlasst. Dr. E.____ sei zum Schluss gekommen, dass die dort gestellte Diagnose allein auf eigen- und fremdanamnestischen Angaben sowie willkürlichen Spekulationen des Gutachters beruht habe. Die offensichtlichen Ungereimtheiten in der Diagnosestellung seien nicht geklärt, sondern der Einfachheit halber sei auf den Entscheid des Unfallversicherers abgestellt worden. Damit habe die Beschwerdegegnerin ihren Untersuchungsgrundsatz verletzt. Eine Selbsteingliederung sei möglich. Der Beschwerdeführer habe immer auf dem Pferdehof seiner Frau mitgearbeitet, zusätzlich den Haushalt versorgt, die Kinderbetreuung übernommen und Kontakte gepflegt. Er habe an Reitsportturnieren teilgenommen, dies nicht ausschliesslich im Rahmen des Para-Equestrian. Er sei zudem eine aktive Persönlichkeit mit verschiedenen Hobbies wie Wandern, Velofahren und Joggen.

2.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 7 ff.) entgegenhalten, die Beschwerdegegnerin habe zwei Jahre lang auf das von ihr eingeholte Gutachten gewartet, ohne einmal nachzufragen. Das neuropsychologische Gutachten von lic. phil. F.____ vom 27. Oktober 2016 sei vom RAD als vollständig, schlüssig und nachvollziehbar erachtet worden. Darin sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit als Betriebsleiter einer Grossmetzgerei ausgegangen worden. In einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 50 %. Der RAD habe dafür gehalten, berufspraktische Abklärungen zu tätigen. Die Voraussetzungen einer Wiedererwägung seien vorliegend nicht erfüllt. Der von der Beschwerdegegnerin behauptete Wiedererwägungsgrund betreffe eine materielle Anspruchsvoraussetzung, die Ermessenszüge aufweise. Es sei trotz der abweichenden Meinung eines RAD-Arztes, der Facharzt für Allgemeinmedizin sei, zweifellos vertretbar gewesen, auf das Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ abzustellen, was die Beschwerdegegnerin bewusst und nach Einholen einer weiteren neuropsychologischen RAD-Untersuchung getan habe. Zum einen spiele es keine Rolle, welche Diagnose gestellt worden sei, da nicht die diagnostische Einschätzung eines Gesundheitsschadens massgebend sei, sondern dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. In medizinischer Hinsicht habe offenbar kein Zweifel daran bestanden, dass der Beschwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr arbeitsfähig sei. Somit liege kein grober Fehler der Verwaltung vor, der eine Wiedererwägung rechtfertigen würde.

Das Instrument der Wiedererwägung dürfe rechtsprechungsgemäss nicht zum Instrument einer voraussetzungslosen Neuprüfung von Dauerleistungen verkommen. Weiter bildeten die von der Beschwerdegegnerin veranlassten Abklärungen keine rechtsgenügende Grundlage für eine revisionsweise Herabsetzung oder Einstellung der Rente. Sie seien diesbezüglich ungenügend. Gemäss dem neuropsychologischen Gutachten von lic. phil. F.____, das der RAD als nachvollziehbar beschrieben habe, hätten zusätzliche medizinische und berufspraktische Abklärungen stattzufinden, um die Frage der Arbeitsfähigkeit überhaupt beurteilen zu können. Diese Schritte seien noch gar nicht in die Wege geleitet worden. Ausserdem sei gemäss RAD das neuropsychologische Gutachten für sich allein kein medizinisches Gutachten, weil die Interpretation der Befunde aus ärztlicher Sicht fehle. Gestützt auf dieses Gutachten sei nicht von einem Revisionsgrund mit Auswirkungen auf den Rentenanspruch auszugehen. Das Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ sei nicht vollständig und nicht beweiskräftig. Dieses müsste sich hinreichend darüber aussprechen, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden habe. Demzufolge müssten sich die Gutachter substantiell mit dem Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ vom 26. Februar 2008 auseinandersetzen. Dem sei aber nicht so. Es werde im fraglichen Gutachten weder auf die neurologische Diagnose eines hirnrorganischen Psychosyndroms mit Störung der frontalen Hirnfunktion noch die psychiatrische Diagnose eines organischen Syndroms nach Schädelhirntrauma eingegangen. In Zusammenhang mit der RAD-Abklärung hervorzuheben seien die Ausführungen des Neuropsychologen lic. phil. F.____, der es als befremdend beschrieben habe, mit welcher Vehemenz die Vorbefunde angegangen worden seien. Es entstehe der Eindruck, dass diese Argumentation nicht mit der notwendigen Objektivität erfolgt sein könnte. Der Hausarzt sage dazu, dass das gutachterliche Vorurteil, die kognitiven / mentalen Symptome müssten zwingend mit einer organischen Läsion bildgebend dokumentiert werden können, der klinischen Erfahrung bei Hirnverletzungen widerspreche. Weiter sei zu beanstanden, dass das Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ keinen Bezug nehme zum Gutachten von lic. phil. F.____. Im neuropsychologischen Teilgutachten der Begutachtungsstelle G.____ werde auf eine Symptomverdeutlichung hingewiesen. Wenn eine solche gegeben sein solle, bedeute dies, dass grundsätzlich Symptome vorlägen. Folglich könne man es nicht mit einer vermeintlichen Symptomverdeutlichung auf sich beruhen lassen. Die offenbar vorhandenen Symptome seien nicht näher abgeklärt worden. Ferner werde im neuropsychologischen Teilgutachten festgehalten, dass nicht beurteilbar sei, ob und in welchem Schweregrad eine kognitive Störung vorliege. Demnach brauche es weitere medizinische Abklärungen. Der Gutachter selbst habe an einer Fachpublikation mitgewirkt, worin ausgeführt werde, dass bei der Diagnose ICD-10 F07.0 auf der Testebene nicht selten lediglich geringfügige kognitive Defizite nachgewiesen würden, während die Person in Bezug auf Affektregulierung, Sozialverhalten und Kritikfähigkeit ausgeprägte Einschränkungen aufweisen könne. Die bisherigen Untersuchungen beschränkten sich einzig darauf, ob kognitive Dysfunktionen vorlägen. Bezogen auf die von den Vorgutachtern gestellten Diagnosen sei diese Überprüfung nicht vollständig. Im konkreten Fall sei der Schweregrad einer neuropsychologischen Störung von Relevanz, weil der Beschwerdeführer bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit eine Kaderposition innegehabt habe. Bei einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung sei die Funktionsfähigkeit in einem Beruf mit hohen Anforderung mittelgradig eingeschränkt, wengleich sie sich im sozialen Umfeld nur leicht auswirken könne. In Bezug auf die psychiatrische Begutachtung sei zu sagen, dass die vorgenommene Indikatorenprüfung

absolut ungenügend sei. Die diesbezüglichen Ausführungen erstreckten sich über eine halbe Seite. Die Prüfung entspreche nicht den bundesgerichtlichen Vorgaben. Schliesslich sei die Beschwerdegegnerin weder auf die Stellungnahme von Dr. med. H.____ noch auf die Eingabe des Beschwerdeführers vom 13. März 2018 eingegangen. Das rechtliche Gehör sei zwar pro forma gewährt worden, aber die fehlende Auseinandersetzung verletze diesen Anspruch. In verfahrensrechtlicher Hinsicht sei zu rügen, dass keine Rückfrage bei den Gutachtern stattgefunden habe. Selbst wenn von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen wäre, wäre eine Renteneinstellung nicht gerechtfertigt. Der Beschwerdeführer sei über 55 Jahre alt und es sei daher nicht vom Grundsatz der Selbsteingliederung auszugehen. Diesbezüglich werde auf die Ausführungen im Einwand verwiesen. Den Pferdesport habe der Beschwerdeführer behinderungsbedingt nur noch mit Hilfsmitteln ausüben können. Es gehe fehl, daraus auf eine im ersten Arbeitsmarkt verwertbare Leistungsfähigkeit zu schliessen.

E. 3

3.1 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220). Im vorliegenden Fall steht eine Rentenaufhebung im Jahr 2018 zur Debatte, weshalb die Rechtslage ab 1. Januar 2012, nach der 6. IV-Revision, massgebend ist.

3.2 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage haben gemäss Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, SR 830.2) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % / invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.3 Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Die Wiedererwägung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts. Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache auf Grund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die

Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss ■ derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung ■ denkbar. Zweifellos unrichtig ist die Verfügung auch, wenn ihr ein unhaltbarer Sachverhalt zugrunde gelegt wurde, insbesondere wenn eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zu einem unvollständigen Sachverhalt führte, so zum Beispiel bei einer auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhenden Invaliditätsbemessung (Urteile des Bundesgerichts 8C_647/2011 vom 4. Januar 2012 E. 2.3 sowie 8C_863/2013 vom 26. Juni 2014 E. 2, jeweils mit Verweisen). Erscheint indessen die Beurteilung einzelner ermessensgeprägter Schritte der Anspruchsprüfung als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (BGE 141 V 405 E. 5.2 S. 414 f.).

Bei der Prüfung der Voraussetzungen einer Wiedererwägung ist die Rechtslage im Zeitpunkt des Verfügungserlasses massgeblich unter Berücksichtigung der damals bestandenen Rechtspraxis (BGE 138 V 147 E. 2.1 S. 148). Die Verwaltung ist auch über zehn Jahre nach Verfügungserlass befugt, auf eine zweifellos unrichtige Leistungszusprache oder -verweigerung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG wiedererwägungsweise zurückzukommen (BGE 140 V 514 E. 3.5 S. 519). Auch die mehrmalige Bestätigung einer Rente im Rahmen amtlicher Rentenrevisionen schliesst nicht aus, dass später unter dem Titel der Wiedererwägung auf die ursprüngliche Rentenzusprechung zurückgekommen wird (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 859/05 vom 10. Mai 2006 E.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_401/2014 vom 26. November 2014 E. 4.1). Die Wiedererwägung wirkt sich indes in der Regel nicht rückwirkend, sondern nur ex nunc aus (s. Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV).

Die erhebliche Bedeutung der Korrektur ist bei periodischen Leistungen in jedem Fall zu bejahen (BGE 140 V 85 E. 4.4 S. 87 f.).

3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

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 in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): 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 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160).

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

E. 4

4.1.1 Gemäss Austrittsbericht des Spitals I.____ vom 27. August 2004 (IV 8.3 S. 30 f.) waren nach dem am 25. August 2004 erlittenen Unfall des Beschwerdeführers folgende Diagnosen zu stellen:

Der Beschwerdeführer sei zu jeder Zeit neurologisch unauffällig gewesen.

4.1.2 Gemäss Aktennotiz des Unfallversicherers vom 3. Februar 2015 (IV-Nr. 8.2 S. 4 ff.) sei ein CT veranlasst worden, nachdem der Beschwerdeführer über Sehstörungen und Doppelbilder geklagt habe. Dort habe man einen Bruch des Orbitabodens festgestellt, der am 2. September 2004 operiert worden sei. Am 13. September habe der Beschwerdeführer die Arbeit wieder zu 50 % aufgenommen und sich vom Arzt ab dem 18. Oktober 2004 voll arbeitsfähig schreiben lassen. Am 20. Oktober 2004 habe er aber die Kündigung erhalten. Ca. einen Monat nach dem Unfall habe der Beschwerdeführer unter Schwindelanfällen zu leiden begonnen.

4.1.3 Dr. phil. J.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, bei welcher der Beschwerdeführer im Anschluss in neuropsychologischer Behandlung war, hat mehrfach über den Beschwerdeführer berichtet. Am 22. April 2005 (IV-Nr. 8.3 S. 6 ff.) führte sie aus, der Beschwerdeführer finde sich einmal wöchentlich zur Therapie ein. Er gebe an, eine höhere Vergesslichkeit zu haben und viele Sinneseindrücke nicht gleichzeitig verarbeiten zu können. Abstraktes Denken sei kaum mehr möglich. Sehr belastend sei für ihn auch seine erhöhte Reizbarkeit. Weiter träten bei Stress oder kognitiven Anforderungen Sehstörungen auf.

4.1.4 Im Untersuchungsbericht der Klinik K.____ vom 1. März 2005 (IV-Nr. 8.2 S. 9 ff.) werden folgende Diagnosen aufgeführt:

Im Beck Depressions Inventar zeige sich ein unauffälliges Resultat. Es liessen sich indessen mittelschwere neuropsychologische Störungen in der Aufmerksamkeit, im verbalen episodischen Gedächtnis und in geringerem Masse in Teilbereichen der Exekutivfunktionen objektivieren. Die neurologische Untersuchung sei bis auf eine Falltendenz unauffällig. Die Magnetresonanztomografie zeige einen unauffälligen Glucosemetabolismus. Somit interpretiere man die neurologisch objektivierbaren Defizite wie auch die subjektiven Beschwerden im Rahmen der commotio cerebri und des anzunehmenden HWS-Distorsionstraumas.

4.1.5 Im Bericht der neurologisch-neurochirurgischen Poliklinik des Spitals L.____ vom 3. März 2005 (IV 8.2 S. 13 f.) wird angegeben, es bestünden Schmerzen, die von nuchal bis links skapulär ausstrahlten. Unter Belastung des linken Armes komme es intermittierend zu einem völligen Einschlafgefühl. Die Röntgenbilder seien unauffällig. Der Beschwerdeführer leide unter einer Zervikalgie linksseitig sowie unter intermittierendem Einschlafgefühl des gesamten linken Armes unter Belastung. Die Sensibilitätsstörungen über der linken Schulter könnten ggf. durch die Diskusprotrusion auf Höhe HWK 3/4 erklärt werden. Die Ursache des Einschlafgefühls sei aus ihrer Sicht eher vaskulärer Genese.

4.1.6 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, attestierte in seinem Bericht vom 16. August 2005 (IV 12) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 2. November 2004 aufgrund von mittelschweren neuropsychologischen Störungen infolge Hirntrauma, abgeheilte Gesichtsschädelfraktur (nach operativer Therapie), sowie spondylogem Reflexsyndrom bei posttraumatischer muskulärer Dysbalance Schultergürtel und BWS-Bereich.

4.1.7 Dr. phil. J.____ erklärte in ihrem Bericht vom 28. August 2005 (IV-18), der Beschwerdeführer beaufsichtige seine acht Monate alte Tochter alleine, während seine Frau arbeite. Seine Aufmerksamkeitsfähigkeiten seien dadurch stark gefordert. Eine depressive Störung bestehe nicht. Es gelinge dem Beschwerdeführer aber nicht ausreichend, die Schmerzen zu relativieren und als Teil des Lebens anzusehen. Die Schmerzen führten zu Reizbarkeit und Tendenz zum Ärgerausdruck.

4.1.8 Im Bericht vom 14. Dezember 2005 (IV-Nr. 22 S. 3 f.) legte Dr. med. M.____ dar, der Zustand des Beschwerdeführers sei nach 15 Monaten eher schlechter. Die muskuloskelettalen Schmerzen und die Beeinträchtigung am linken Arm hätten dazu geführt, dass er durch das Erleben seiner Einschränkungen zunehmend aggressiv werde. So gesehen bestehe offenbar ein Frontallhirnsyndrom, als Ausdruck der erlittenen Hirnverletzung.

4.1.9 In ihrem Bericht vom 17. Januar 2006 (IV-Nr. 23 S. 2 f.) führt Dr. phil. J. ___ aus, der Beschwerdeführer sei zur Erledigung einfacher Tätigkeiten auf Anweisungen und klare Strukturierung einer Drittperson angewiesen. Eine Tätigkeit in der privaten Marktwirtschaft sei undenkbar.

4.1.10 Der RAD-Arzt Dr. med. N. ___, Facharzt für Allgemeinmedizin, äusserte am 6. November 2006 (IV-Nr. 37) Zweifel daran, dass es sich um ein genügend starkes Schädel-Hirn-Trauma handle, um eine mittelschwere Hirnfunktionsstörung auszulösen. Im ersten Arztzeugnis werde keine Commotio erwähnt, im Spitalbericht über den zweitägigen Aufenthalt ebenfalls nicht. Es liege kein CT des Hirn-Schädels vor. Die Beurteilung Schädel-Hirn-Trauma sei erstmals drei Monate nach dem Unfall aufgekommen. Man habe von einer angeblich vorliegenden neuropsychologischen Störung auf eine Hirnschädigung geschlossen. Ein solcher Umkehrschluss sei aber nicht zulässig. Der Beschwerdeführer habe zum Zeitpunkt des Unfalls psychosoziale Belastungen gehabt.

4.1.11 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. O. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Begutachtungsstelle D. ___) vom 3. August 2007 (IV-Nr. 46) wird ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (postkommotionelles Syndrom, ICD-10 F07.2) mit / bei Status nach Schädelhirntrauma mit Commotio cerebri sowie Nasenbein- und linksseitiger Orbitabodenfraktur am 25. August 2004, diagnostiziert. Die Lebenssituation des Beschwerdeführers sei insbesondere von neuropsychologischen Defiziten geprägt sowie den daraus resultierenden psychischen Beeinträchtigungen. Er scheine hin und wieder einen Kontrollverlust zu erleiden. Angesichts der Schwere der berichteten und neuropsychologisch erfassten Defizite überrasche es, dass der Beschwerdeführer seine Hedonie als weitgehend erhalten bezeichne. Depressive Symptome im engeren Sinne hätten weder aktuell noch anamnestisch in relevantem Ausmass erfasst oder erfragt werden können. Es bestehe eine regelmässige neuropsychologische Therapie, von der er profitiere. Psychoaktive Medikamente nehme er nicht ein. Sämtliche im Psychostatus sowie der weiteren Untersuchung erfassten Symptome könnten sowohl neurologisch als auch psychiatrisch verstanden werden. Entscheide man sich für eine mehrheitlich neurologische Interpretation, bleibe ein psychisch oligosymptomatisches Zustandsbild übrig, ohne dass sich daraus eine Diagnose ableiten lasse. Der Beschwerdeführer habe keine relevanten affektiven Beeinträchtigungen. Hinweise auf sogenannte Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen fänden sich nicht. Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge hätten aufgrund nicht durchgeführter testpsychologischer Untersuchungen nicht sicher ausgeschlossen werden können, doch solche erschienen unwahrscheinlich. Zudem wäre es aufgrund der aktuellen Symptomatik gar nicht mehr möglich gewesen, das prämorbid, wahrscheinlich stark leistungsorientierte Persönlichkeitsprofil zuverlässig zu erfassen. Die Ergebnisse des neurologischen Gutachtens postulierten eine traumatische Hirnschädigung als wahrscheinlichste Ursache der meisten der aktuell und anamnestisch feststellbaren Funktionseinschränkungen. Obwohl ein sicherer Bewusstseinsverlust im Rahmen des Unfalls nicht dokumentiert sei und in der Bildgebung keine Läsionen des zentralen Nervensystems nachvollziehbar seien, erscheine es unter Berücksichtigung der Ausführungen des neurologischen Hauptgutachters gerechtfertigt, von einem posttraumatischen Zustand und einer posttraumatischen Störung auszugehen, die man sowohl mehr aus neurologischer als auch mehr als psychiatrischer Sicht betrachten könne. In dieser Situation biete es sich an, um eine ICD-10 konforme Diagnose überhaupt stellen zu können, von einem sogenannten organischen

Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma bzw. einem postkommotionellen Syndrom zu sprechen. Dass es sich um eine psychische Störung handle, sei sehr wohl möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. In der Pathogenese der Störung sei ein Wechselspiel somatischer und psychischer Faktoren anzunehmen. Der prämorbidem Persönlichkeitsstruktur komme Bedeutung zu. Ein primär sehr leistungsorientierter Mensch sei durch einen Unfall wesentlicher Leistungsmerkmale beraubt worden. Man könne annehmen, dass dieser Umstand dem Heilungsprozess abträglich gewesen sei, beweisen könne man es nicht. Aufgrund der neuropsychiatrischen Störung bestehe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nur noch in geschütztem Rahmen arbeitsfähig sei. Gegen ein vorwiegend psychoreaktives Geschehen spreche die Tatsache, dass für die Zeit vor dem Unfall keine psychiatrischen Auffälligkeiten hätten erfasst werden können.

4.1.12 Im neurologischen Gutachten von Dr. med. P.____, Facharzt für Neurologie (Begutachtungsstelle D.____) vom 26. Februar 2008 (IV-Nr. 49) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Anamnestisch könne der Beschwerdeführer nicht sicher sagen, ob er nach dem Unfall kurz bewusstlos gewesen sei, vermutlich eher nicht. Innerhalb der ersten Tage nach dem Unfall habe er starke Schmerzen in der linken Körperhälfte gehabt, insbesondere am Nacken, an der linken Schulter und im linken Arm. Ausserdem habe er einige Tage nach dem Unfall Doppelbilder gesehen. Insbesondere, als er nach einigen Wochen seine Arbeit wieder aufgenommen habe, habe er starke Defizite festgestellt. Weiter habe er Schwierigkeiten, sich Dinge zu merken und sich ausreichend auf Tätigkeiten zu konzentrieren. Im seelischen Bereich habe er mit seiner für ihn neuen Impulsivität zu leiden. Der neurologischen resp. neuropsychologischen Problematik sei anfangs wenig Beachtung geschenkt worden, so dass erst am 9. Dezember 2004 ein MRI des Kopfes gemacht worden sei (mit zu diesem Zeitpunkt unauffälligem Cerebrum). Ähnliches gelte für die systematische Abklärung der neuropsychologischen Defizite, die erst ca. sechs Monate nach dem Unfall begonnen habe. In der Klinik K.____ habe man ab dem 1. März 2005 deutliche mnestic Schwierigkeiten beschrieben. Auch die weiterbetreuende Neuropsychologin habe deutliche Einschränkungen des kognitiven Leistungsprofils beschrieben mit mnestic Störungen. Andererseits würden auch affektive Störungen beschrieben mit Wutausbrüchen, aufbrausendem Verhalten, unberechenbarer Kommunikation. Im Rahmen der neurologischen Untersuchung habe sich eine schmerzhaft eingeschränkte HWS-Beweglichkeit sowie lokale Druckschmerzhaftigkeit des Nervus medianus im Handgelenksbereich linksseitig gezeigt, ohne dass spezifische Kribbelparästhesien ausgelöst werden könnten. Im radiologischen Dossier zeigten sich in erster Linie Verletzungen des Gesichtsschädels. Ein EEG sechs Monate später habe einen im Wesentlichen normalen Alpha-Rhythmus gezeigt, möglicherweise mit einem intermittierenden Theta-Herdbefund. Auf eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung sei aufgrund der detaillierten und plausiblen Vorbefunde aus zwei unterschiedlichen Quellen verzichtet worden.

Für die erste Diagnose sprächen die nachhaltigen charakterlichen Veränderungen. Der Beschwerdeführer erfülle die Kriterien einer organischen Persönlichkeitsstörung, wobei besonders Veränderungen der Affektäusserungen sowie der Bedürfnis- und Impulskontrolle vorlägen. Bei einer solchen Diagnose sei prinzipiell eindeutig ein qualifizierendes Ereignis als Ursache wegen der offensichtlichen Unspezifität der genannten Symptome zu fordern.

Im vorliegenden Fall habe das Trauma allenfalls zu einer kurzen Bewusstlosigkeit geführt, eine längerdauernde Amnesie sei zu verneinen. Allerdings seien die im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis auftretenden sich neu manifestierenden neurokognitiven Defizite eklatant. Klinisch seien sie eindeutig verdächtig auf das Vorliegen einer z.B. fronto-basalen Hirnkontusion. Eine geeignete neuroradiologische Untersuchungsmethode zum richtigen Zeitpunkt sei nicht angewendet worden. Spätere Untersuchungen seien wertlos. Dennoch liessen die EEG-Befunde sechs Monate später den Rückschluss auf einen intermittierenden Theta-Herdbefund zu. Insgesamt werde deutlich, dass beim Beschwerdeführer neuroradiologische Methoden zu spät bzw. auch nicht in der optimalen Technik angewandt worden seien. Erschwerend komme hinzu, dass bei einer isolierten frontalen Hirnschädigung ohne Hirnstammeteiligung ein Bewusstseinsverlust nicht zwingend zu fordern sei. Daher müsse hier aufgrund des Vorliegens von folgenden Indizien im Sinne von sogenannten Brückensymptomen der Nachweis einer substantiellen Hirnschädigung hinreichend sicher im Sinne eines Vollbeweises angenommen werden: eine zumindest leichte Bewusstseinsalteration in den ersten zwei Tagen nach dem Trauma, im Verlauf mit abnormer Antriebslage und verminderter Sprachproduktion, in zeitlichem Zusammenhang neu auftretende neuropsychologische Defizite, die in den ersten Wochen bereits das Maximum erreicht hätten. Ebenfalls müssten die beschriebenen neuropsychologischen Defizite zu einem überwiegenden Teil fronto-basalen neuropsychologischen Funktionen zugeschrieben werden. Andere Ursachen seien zuverlässig ausgeschlossen worden. Ebenfalls sei es nicht zu einer ausserordentlichen Verschlechterung innerhalb der ersten zwei bis drei Jahre gekommen. Zusammenfassend seien diese Unfallfolgen insgesamt mittelschwer bis schwer, die Restarbeitsfähigkeit als Metzger und Betriebsleiter liege bei 0 %. Für angelernte Tätigkeiten, derzeit noch unter aufwendiger Supervision, betrage sie maximal 30 %. Die Problematik werde durch die Schmerzsituation im Sinne der Zervikobrachialgien noch verschlimmert. Die hemmende Funktion von Schmerzen auf die kognitive Funktion sei gut untersucht. Bei dieser Problematik dürfte es sich um ein mehrfaktorielles Geschehen handeln, der aber nur die Bedeutung eines Kofaktors zukomme. Zum einen bestünden chronische HWS-Schmerzen, wobei vermutlich eine Kombination aus einer unfallbedingten HWS-Distorsion und degenerativen Veränderungen bestehe. Die Schmerzausstrahlung in den linken Arm sei teilweise pseudoradikulär. Darüber hinaus zeige sich ein Carpaltunnelsyndrom linksseitig, das bereits operativ behandelt worden sei. Ebenfalls lästig seien die Schmerzen im Daumengrundgelenk / Handwurzelbereich linksseitig, wobei eine angekündigte Operation noch ausstehend sei.

4.1.13 Dr. med. N.____ (RAD) führte am 18. März 2008 (IV-Nr. 47) und 9. April 2008 (IV-Nr. 50) zum Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ aus, bisher habe die Aussage gegolten, dass die Defizite durch eine Commotio cerebri und das «anzunehmende» Halswirbelsäulentrauma zu erklären seien. Die behandelnde Neuropsychologin habe anfänglich ein hohes Mass an subjektiver Beeinträchtigung festgestellt, wovon sie später abgewichen sei. Der gutachterliche Nachweis eines substantiellen Hirnschadens werde erstens erbracht mit der Behauptung, dass die neurokognitiven Defizite verdächtig seien auf eine fronto-basale Hirnkontusion. Dies sei eine neu eingeführte Annahme. Weder hätten die bisherigen Neuropsychologen jemals ein solches genannt, noch habe der Neurologe aktuell ein solches klar nachgewiesen. Auf eine neuropsychologische Untersuchung habe er verzichtet und ganz auf Dr. J.____ vertraut. Dann werde mit Brückensymptomen argumentiert. Solche würden dem Nachweis eines Zusammenhangs zwischen dem Unfall

inkl. seinen medizinischen Manifestationen und ihrem erneuten Auftreten dienen. Als Intervall wäre die Zeit bis zur Rückkehr zur Arbeit am 13. September und eine Zeit der Arbeit bis zum 1. November 2004 anzunehmen. In dieser Zeit seien unspezifische Symptome aufgetreten. Diese könnten als Brückensymptome aufgefasst werden. Der Gutachter präzisiere diese allerdings nicht und es sei auch fraglich, ob es sich hier um eine Problematik von Brückensymptomen handle. Entscheidend sei, dass solche zwar dem Nachweis einer Kausalkette zwischen Unfall und neu aufgetretenen Beschwerden dienen, nicht aber dem Nachweis eines substantiellen Hirnschadens. Drittens seien in der Frühphase geeignete, noch kaum bekannte technische Untersuchungen unterlassen worden, um einen substantiellen Hirnschaden nachzuweisen. Wenn nur zu einem gewissen Zeitpunkt Veränderungen nachweisbar seien, dann seien sie wohl nicht andauernd. Bei einer substantiellen Hirnschädigung seien mit den heutigen Bildgebungsmethoden, die hier etwas später mit dem MRI durchgeführt worden seien, mit genügender Sicherheit andauernde Veränderungen sichtbar. Dies sei hier nicht der Fall gewesen. Der Gutachter nehme diesen Fakt sogar in seine Enddiagnose. Da die ganze Diagnose auf den nicht erbrachten Nachweis eines substantiellen Frontalhirnschadens aufgebaut werde, bleibe die Frage, ob wirklich ein Gesundheitsschaden als Voraussetzung eines neuropsychologischen Defizits nachvollziehbar sei. Es sei gut vorstellbar, dass der Beschwerdeführer aus anderen Gründen um Leistungen nachgesucht habe. Das Gutachten sei aus seiner Sicht nicht nachvollziehbar.

4.1.14 Dem Untersuchungsbericht von Dr. phil. E. ___ vom 30. Juni 2008 (IV-Nr. 62.1 bis 62.3) über eine neuropsychologische Untersuchung lässt sich folgende Beurteilung entnehmen: Es liessen sich keine der für Erkrankungen oder Verletzungen des Gehirns typischen Verhaltenssymptome beobachten oder provozieren. Die Stimmung sei sehr angespannt und nervös, der Affekt gespannt und kontrolliert. Es manifestierten sich keine Impulskontrollstörungen. Motivation und Leistungsbereitschaft seien über die gesamte Dauer der Untersuchung nicht gegeben. Im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen bestehe eine stabile Vigilanz auf klinischer Ebene. Die einfache, visuomotorische Reaktionsgeschwindigkeit auf Reize im zentralen Gesichtsfeld sei exzessiv verlangsamt. Es bestehe eine starke Beeinträchtigung der sensorischen Simultankapazität. Was die Gedächtnisfunktionen anbelange, seien in den Durchgängen mit Forced-Choice die Leistungen extrem defizitär und inkonsistent. Sowohl die gelenkte als auch die freie Assoziation gelernter Informationen fielen mangelhaft aus. Der freie Spätabruf liege weit unter den Erwartungen. Im Bereich der Effektivfunktionen sei die Kapazität des Arbeitsgedächtnisses sowohl in Bezug auf die Repräsentation als auch hinsichtlich der Manipulation von verbal-phonematischen Informationen grob eingeschränkt. Die Ideenproduktion sei figural grenzwertig und verbal reduziert. Die Kontrolle kognitiver Automatismen und Impulse sei bei schwerst verlangsamttem Tempo qualitativ hoch fehlerhaft. Die Sprachfunktionen seien nicht eingeschränkt, die visuoperzeptiven mental-räumlichen und konstruktiv-räumlichen Funktionen ebenfalls nicht. Im Rahmen der Symptomvalidierung seien bei den einfachsten Elementen die schlechtesten und bei den schwierigsten Elementen die besten Leistungen erbracht worden. Dies sei mit dem Wissen über die möglichen Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns nicht vereinbar und spreche zwingend gegen eine organische, indessen für eine funktionelle Ätiologie der oben beschriebenen Leistungsdefizite. Weiter überschreite der Ausprägungsgrad der Funktionsdefizite des Beschwerdeführers im Vergleich zu diversen Patientenpopulationen bei weitem jede Plausibilitätsgrenze. Indirekt kompromittiere die nicht bestandene Symptomvalidierung auch die Glaubwürdigkeit der anamnestic

Angaben. Der Beschwerdeführer habe die Symptomvalidierung nicht bestanden, weshalb sämtliche Testbefunde ihre Validität verlören. In der Symptomvalidierung habe objektiv und logisch zwingend nachgewiesen werden können, dass die produzierten Leistungsdefizite nicht auf der Basis einer Erkrankung oder Verletzung des Gehirns erklärt und somit nicht als neuropsychologische Dysfunktionen in Folge einer Commotio cerebri interpretiert werden könnten. Die vorgegebenen Leistungseinschränkungen würden jegliche Plausibilitätsgrenze bei Weitem überschreiten und seien grob widersprüchlich, weil einfache Aufgaben massiv schlechter verarbeitet würden als schwierige. Ob eine Täuschungsabsicht vorliege, könne streng logisch nur der Beschwerdeführer selber beantworten. Eine andere Interpretation als die der mindestens bewusstseinsnahen Selbstlimitierung sei allerdings nur im Rahmen schwerer psychiatrischer Störungen möglich. Unter diesen Umständen müssten auch die Verhältnismässigkeit und Glaubwürdigkeit der anamnestisch angegebenen Beschwerden in Frage gestellt werden. Zu diagnostizieren sei damit eine negative Verzerrung der kognitiven Leistungen durch Selbstlimitierung bzw. funktionelle Faktoren ohne adäquates zerebrales Korrelat. Ein Vergleich mit den neuropsychologischen Voruntersuchungen sei nicht möglich, da dort keine Symptomvalidierung durchgeführt worden sei. Es sei kaum zu bezweifeln, dass die Fehldiagnosen und die jahrelange darauf gestützte Therapie die Störungstereotypien, die Katastrophisierung und die Resgressionstendenz beim Beschwerdeführer gefördert und zementiert hätten. Das Fehlen jeglicher kritischen Distanz gegenüber dem absolut unverhältnismässigen Ausmass der Symptomatik müsse auch dem neurologischen Gutachter der Begutachtungsstelle D.____ vorgeworfen werden. Er verwende die neuropsychologischen Defizite, welche eigentlich erklärt werden müssten, zirkulär als Hauptargument für eine Hirnverletzung. Ein derartiger Umkehrschluss sei logisch unzulässig. Auch die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters, es bestehe ein Überwiegen der organischen gegenüber der psychoreaktiven Kausalität, werde aufgrund der hier erhobenen Befunde klar falsifiziert. Die affektiven Verhaltenssymptome entsprächen nicht einem «Frontalhirnsyndrom», sondern seien psychische Reaktionsbildungen als Ausdruck einer subjektiven Katastrophisierung bis hin zur Dissoziation im Kontext privater und beruflicher Stresssituationen.

4.1.15 Dr. med. N.____ (RAD) legte am 7. Juli 2008 (IV-Nr. 67) dar, wie Dr. E.____ und der Hausarzt andeuteten, sei das aktuelle Verhalten des Beschwerdeführers durch ein psychoreaktives Geschehen erklärbar. Dieses sei iatrogen befördert durch dessen falsche (wissenschaftliche) Behandlung. Insofern sei dem Hausarzt zuzustimmen, dass es heute keine Rolle mehr spiele, warum der Beschwerdeführer «invalid» sei. Um den Gesundheitsschaden und die Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können, bräuchte es ein psychiatrisches Gutachten. Ob ein solches sinnvoll sei, bleibe dahingestellt. Es könnte gescheiter sein, ein solches psychoreaktives Geschehen anzunehmen und den Rentenentscheid des UVG-Versicherers zu akzeptieren. Es sei sehr wahrscheinlich, dass ein Psychiater zu dieser Beurteilung komme. Man könnte den Beschwerdeführer in zwei bis drei Jahren noch einmal untersuchen lassen mit der Prognose, dass sich seine Krankheit verbessern könnte.

E. 5

5.1 Sind die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung erfüllt, müssen die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro geprüft werden. Wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist auf der

Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad zu ermitteln (Urteil des Bundesgerichts 8C_114/2015 vom 6. Mai 2015 E. 5.1 mit Hinweisen).

Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf Weiteres 100 %. Der Zustand habe sich nicht verändert. Der Beschwerdeführer arbeite stundenweise im eigenen Reitstall. Auffassung, Konzentration und Merkfähigkeit seien deutlich eingeschränkt. Es bestehe eine ausgeprägte Gedächtnisstörung. Nach 30 Minuten sei er auch im einfachen Gespräch überfordert. Die neuropsychologischen Einschränkungen seien deutlich. Im Affekt sei der Beschwerdeführer sehr flach, habe Insuffizienzgefühle. Einfache praktische Tätigkeiten ohne Leistungs- und Zeitdruck seien während vier Stunden täglich möglich.

5.2.2 Im Arztbericht von Dr. med. M.____ vom 13. August 2013 (IV-Nr. 88) wird die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädel-Hirntrauma (ICD-10 F07.2) gestellt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit dem 25. August 2004. Im Gespräch zeige sich eine spürbare Affektlabilität, Gedächtnisschwierigkeiten würden plausibel geschildert. Der Zustand sei stationär. Mit einer Verbesserung sei nicht zu rechnen.

5.2.3 Zu einem Revisionsgespräch vom 21. Oktober 2013 (IV-Nr. 90) hält die Beschwerdegegnerin fest, es hätten sich gewisse Diskrepanzen gezeigt. Auf den Vorschlag eines Arbeitsversuchs hätten der Beschwerdeführer und seine Frau unwillig reagiert. Es wurde empfohlen, eine neuropsychologische und psychiatrische Begutachtung durchzuführen.

5.2.4 Im neuropsychologischen Gutachten von lic. phil. F.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie, vom 27. Oktober 2016 (IV-Nr. 99) wird ausgeführt, der Beschwerdeführer habe im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung vom 21. Juli 2015 angegeben, linksseitige Probleme von Hüfte, Schulter und Handgelenk zu haben. Er sei vergesslich, habe ein vermindertes Konzentrationsvermögen und Mühe bei Gesprächen mit fremden Personen. Während der Untersuchung habe sich gezeigt, dass er bei einer guten Leistungsbereitschaft kooperativ und motiviert mitarbeite. Anzeichen einer Symptomverdeutlichung oder Aggravation gebe es nicht. Folgende Diagnosen werden erhoben:

In der Beurteilung kommt der Gutachter zum Schluss, aufgrund der Verhaltensbeobachtungen zeigten sich über die mehrstündige Untersuchung eine leicht verminderte Belastbarkeit und eine leicht erhöhte Ermüdung. Der Beschwerdeführer fühle sich schnell überfordert, was bei Anamnese und Testung zu einer reduzierten Ausdauer führe. Er lasse sich jedoch gut motivieren. Psychomotorisch wirke er leicht verlangsamt, ansonsten jedoch ausgeglichen bei guter Stimmung. Bei einem verminderten mentalen und praktischen Arbeitstempo seien die Arbeitsplanung und Fehlerkontrolle regelrecht. In der neuropsychologischen Testung seien primär Minderleistungen in den Bereichen der Aufmerksamkeit / Konzentration und des Gedächtnisses objektivierbar. In den Exekutivfunktionen seien die visuelle Erfassungsspanne und die Interferenzfestigkeit grenzwertig leicht vermindert. Leicht reduziert sei auch das Allgemeinwissen. In der computergestützten Testbatterie zur Prüfung der Aufmerksamkeit seien in der Aufgabe zur Alertness die Reaktionszeiten ohne Warnton schwer und mit Warnton mittelschwer beeinträchtigt. Insgesamt seien die Leistungen der Alertness mittelschwer vermindert. Gleichfalls mittelschwer beeinträchtigt sei das Ergebnis der selektiven Aufmerksamkeit. Dabei seien die Reaktionszeiten mittelschwer und die Reaktionskonstanz schwer vermindert. In der Aufgabe zur geteilten Aufmerksamkeit gelinge es dem

Beschwerdeführer nicht, gleichzeitig adäquat auf optische und akustische Stimuli zu reagieren. Die Reaktionszeiten seien auditiv schwer und visuell mittelschwer vermindert. In beiden Modalitäten sei die Reaktionskonstanz mittelschwer reduziert. Gesamthaft komme es zu einer mittelschwer erhöhten Anzahl an Auslassungen, wobei primär die visuelle Modalität betroffen sei. Das Ergebnis zur geteilten Aufmerksamkeit sei gesamthaft mittelschwer vermindert. Bei der Aufgabe zur Flexibilität seien die einzelnen Messparameter zwar in der unauffälligen unteren Norm, die Index-Gesamtleistung unter Einbezug aller Parameter sei dagegen leicht vermindert. Schwer vermindert sei das Arbeitstempo in einer visuell-verbale Aufgabe. Die verbale Erfassungsspanne sei mittelschwer und visuell mittelschwer bis schwer vermindert. Im verbal-episodischen Gedächtnis sei die Lernkurve flach. Schwer beeinträchtigt sei das Wiedererkennen. Gesamthaft sei das Ergebnis des verbal-episodischen Gedächtnisses als ein Speicherdefizit zu werten. Die sehr langsamen Zeiten in allen drei Durchgängen des Strooptests seien möglicherweise überlagert durch die vom Beschwerdeführer geschilderte visuelle Ermüdung. Die Persönlichkeitsaspekte seien zum Zeitpunkt der neurologischen Datenerhebung nicht speziell erfasst worden. Zu einer wahrscheinlichen Persönlichkeitsveränderung beigetragen haben möge auch die defizit-orientierte mehrjährige neuropsychologische / psychotherapeutische Therapie. Zum Zeitpunkt der Berentung hätten die neurokognitiven Defizite und Einschränkungen im Alltag und Beruf ein Ausmass gezeigt, wie sie durch das Unfallereignis rein neurologisch / neuroradiologisch nicht zu erklären gewesen seien, so dass ein psychoreaktives Geschehen und Persönlichkeitsaspekte zumindest als Teilursache in Betracht hätten gezogen werden müssen. Es könne nicht schlüssig beantwortet werden, in welchem Ausmass dieses psychoreaktive Geschehen und die Persönlichkeitsaspekte Einfluss auf das neurokognitive Leistungsvermögen hätten. Zusätzliche Kontextfaktoren auf die gegenwärtige Gesamtsituation seien wahrscheinlich. Zur Validität sei zu sagen, dass das Antwortverhalten in den durchgeführten Beschwerdevalidierungstests unauffällig sei. Die Befunde seien mit der eigenanamnestisch beschriebenen Alltags- und Berufsfunktionalität vereinbar. Der Beschwerdeführer sei zwar bei der Alltagsbewältigung und Tätigkeit auf dem Hof auf Unterstützung angewiesen, doch sei die Selbständigkeit insofern gegeben, dass er dreieinhalb Stunden pro Tag auf dem eigenen Hof arbeiten könne, die Betreuung der Tochter gewährleiste und bei Abwesenheit seiner Frau, die zu 50 % erwerbstätig sei, alleine mit den Anforderungen des Alltags und der beruflichen Tätigkeit klarkomme. Gemäss Wertungskriterien nach Slick DJ et al. ergäben sich keine Hinweise auf eine Aggravation oder Simulation. Die Validität der aktuellen neuropsychologischen Befunde sei gegeben. Zur Arbeitsfähigkeit wird angegeben, der Beschwerdeführer könne den intellektuellen Anforderungen im angestammten Beruf als Betriebsleiter nicht mehr genügen. Des Weiteren wäre bei der gegebenen Arbeitsabstinenz ein fachliches Update nötig, das er aufgrund der Aufmerksamkeits- sowie der Lern- und Gedächtnisschwierigkeiten nicht mehr leisten könne. In einer den Defiziten und Ressourcen angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Die Minderung der Arbeitspräsenz begründe sich mit der eingeschränkten Belastbarkeit und der erhöhten Ermüdung, einhergehend mit einem vermehrten Erholungs- und Pausenbedarf. Die zusätzliche Reduktion der Arbeitsleistung sei erklärbar im Rahmen der testpsychologisch objektivierten neurokognitiven Defizite, insbesondere der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses. Eine neuropsychologisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestehe wahrscheinlich seit dem Unfall am 25. August 2004. Zur Beurteilung von Dr. E. ___ führte der Gutachter aus, es könne retrospektiv nicht gesagt

werden, ob zum damaligen Zeitpunkt eine Aggravation vorgelegen habe. Es munde aber eigenartig an, wenn ein Fachneuropsychologe eine fachfremde Kritik an einem psychiatrischen und neurologischen Fachgutachten führe. Der Eindruck, dass die Argumentation nicht mit der nötigen Objektivität erfolgt sein könnte, sei nicht gänzlich von der Hand zu weisen.

5.2.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. R.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, befand das Gutachten am 23. Juni 2017 (IV-Nr. 102) für nachvollziehbar und empfahl, gestützt darauf Berufsabklärungen und praktische Arbeitsversuche in die Wege zu leiten.

Dr. med. S.____, Fachärztin für Neurologie, ebenfalls vom RAD, hielt hingegen am 31. August 2017 (IV-Nr. 107) fest, das Gutachten vom 27. Oktober 2016 stütze sich auf Untersuchungen vom 21. Juli 2014, weshalb es veraltet sei. Es könne nicht darauf abgestellt werden. Zudem sei ein neuropsychologisches Gutachten allein kein medizinisches Gutachten. Die Interpretation der Befunde aus ärztlicher Sicht fehle. Es sei deshalb ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen.

5.2.6 In der Folge wurde durch die Begutachtungsstelle G.____ am 7. Februar 2018 ein polydisziplinäres Gutachten erstattet (IV-Nrn. 117.1 bis 117.5). Daran beteiligt waren Dr. med. T.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. U.____, Facharzt für Neurologie, lic. phil. V.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, und Dr. med. W.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

5.2.6.1 Zu seinem Tagesablauf habe der Beschwerdeführer anlässlich der internistischen Begutachtung angegeben, in [...] zu wohnen, wo er eine 38-jährige Freundin habe, mit der er nicht zusammenlebe. Der Tagesablauf sei inkonstant. Er stehe zu wechselnden Zeiten auf und gehe zu wechselnden Zeiten zu Bett. Er fahre täglich während zwei bis drei Stunden Velo, gehe wandern und mache Jogging zu Hause. Er sehe recht oft fern, gehe nie in den Ausgang, koche regelmässig selber. Hinsichtlich der Beschwerden sei für ihn am schlimmsten, dass er alles vergesse, sich nicht mehr orientieren könne, nicht mehr Autofahren dürfe, nicht mehr in der Gesellschaft sei. Früher sei er ein Perfektionist gewesen und erfolgreich damit. Nach dem Unfall sei alles zusammengebrochen, er sei ängstlich geworden, verzweifelt, manchmal suizidal. Alle zwei bis sieben Wochen gehe er zur Psychiaterin. Insgesamt befinde sich der Beschwerdeführer in einem guten Allgemeinzustand, psychisch vordergründig selbstsicher, ev. selbstüberschätzend, mit auffälligen Gedächtnislücken. Die Wirbelsäule sei unauffällig bis auf eine etwas verspannte Nackenmuskulatur, die linke Schulter normal beweglich, mit einem knackenden, schmerzhaften Geräusch beim Senken des Arms. Es bestehe eine Fehlstellung im linken Handgelenk nach Unfall mit eingeschränkter Beweglichkeit. Der Laborbefund sei unauffällig.

5.2.6.2 Im psychiatrischen Teilgutachten wird zu den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ausgeführt, dieser habe angegeben, es sei für ihn undenkbar, sich irgendwo unterzuordnen. Die von ihm geltend gemachten Defizite würden sich auch dort fatal auswirken. Nach der Trennung von seiner Ex-Frau habe er sich überlegen müssen, wie er seine Zeit sinnvoll gestalte. Zusammen mit einem Bereiter habe er zwei Pferde gekauft und ihm diese zur Pflege übergeben. Der Bereiter nehme ihn an alle Anlässe mit und integriere ihn in die ganze Betreuung, ohne dass er selber noch arbeiten könne. Die Beschäftigung mit den Pferden sei seine beste Therapie. Er habe so einen abwechslungsreichen Alltag und müsse nirgends Verantwortung übernehmen. Nach seinen

Hüftproblemen sei er selber nie wieder geritten. In seinem ganzen Leben sei er immer sehr belastbar gewesen, doch heute setzten ihm die kleinsten Aufgaben zu. Er nehme so etwas wie Blockaden wahr. Alleine im Alltag zeigten sich die Einschränkungen allerdings viel weniger. Bei den Haushaltsarbeiten ergäben sich nicht gehäuft Fehler. Sein ganzes Helfernetz sei sehr gut ausgebaut.

Folgende Befunde werden erhoben: Der Beschwerdeführer habe die Anamnese mit grosser Offenheit berichtet, habe bei Nachfragen detaillierte Angaben gemacht. Er sei in einer ausgeglichenen Stimmungslage gewesen, habe nie die Kontrolle verloren und sei auch in keinsten Weise müde oder unkonzentriert gewesen. Beschwerden habe er nur in Bereichen geäussert, die im Rahmen des Gesprächs nicht überprüft werden könnten. Er sei hier nie müde oder unkonzentriert gewesen, habe in keiner Weise den Überblick verloren und sich situationsadäquat verhalten. Vereinzelt habe er ein Unwissen geltend gemacht, das wenig überzeugt habe. Das formale Denken sei unauffällig und es fehlten auch Befürchtungen und Zwänge. Antrieb und Psychomotorik seien ebenfalls unauffällig. Der soziale Rückzug sei wenig ausgeprägt, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen habe sich der Beschwerdeführer einen abwechslungsreichen Alltag aufgebaut. Zudem habe er wieder eine Beziehung zu einer Frau, dies kurz nach gerichtlicher Trennung. Zusatzuntersuchungen seien nicht durchgeführt worden. Im Mini ICF-Ratingbogen habe der Beschwerdeführer nur sechs Punkte erreicht. Von der behandelnden Psychiaterin sei zu erfahren gewesen, dass diese eine psychische Verbesserung, Stabilisierung feststelle.

5.2.6.3 Das neuropsychologische Teilgutachten enthält ebenfalls subjektive Angaben des Beschwerdeführers: Er erbringe mental «sehr schlechte» Leistungen. Er habe Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Zum Beispiel erzähle er immer wieder das Gleiche. In der Wohnung habe er alles an einem Ort und müsse die Struktur behalten, sonst gerate er in ein Chaos. Er könne etwas für sich erledigen, sobald jedoch zu viel auf ihn einpralle, gehe es nicht mehr. Dann gerate er total in Stress und blockiere sich selber. Wenn beispielsweise viele Leute an einem Gespräch teilnähmen, müsse er sich zurückziehen. Gemäss seiner ehemaligen Neuropsychologin dürfe er nicht mehr Autofahren. Er habe aber nach wie vor den Ausweis. Aktuell sei er oft mit dem Velo unterwegs. Auf psychosozialer Ebene sei sein Befinden schwankend. Wenn er für sich alleine in Ruhe seinen Alltag gestalten könne, gehe es gut. Bei ausserordentlichen Terminen gerate er in Stress.

Im Rahmen der Befunderhebung wird eine verminderte Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft festgestellt. Der Beschwerdeführer arbeite mit verlangsamtem Tempo und fehlerhaft. Die zeitliche mentale Belastbarkeit für die Dauer der dreistündigen Untersuchung könne nicht beurteilt werden, da der Beschwerdeführer von Beginn an Mühe gehabt habe, sich adäquat auf die Untersuchung einzulassen. Es hätten sich aber gegen Ende keine spezifischen Leistungseinbussen gezeigt. Die Reaktionsgeschwindigkeit auf einen einfachen visuellen Reiz sei ohne Warnton schwergradig verlangsamt, mit Warnton mittelgradig. Die Schwankungsbreite sei schwergradig vermindert, die selektive Aufmerksamkeit bezüglich Tempo ebenfalls. Die Leistung bei der geteilten Aufmerksamkeit sei mittelgradig vermindert. Die Informationsverarbeitungskapazität sei verbal und figural leicht bis mittelgradig vermindert. Die verbalen Gedächtnisfunktionen entsprächen schwergradig verminderten Werten. Das Lernvermögen beim Lernen einer Wortliste sei schwergradig vermindert. Der Lernverlauf sei stagnierend. Die Abrufleistung nach zeitlicher Latenz sei schwergradig vermindert, ebenso die Leistung im Wiedererkennen. Die nonverbalen Lern- und Gedächtnisleistungen seien ebenfalls

vermindert. Die visuell-verbale Interferenzresistenz sei insgesamt mittelgradig bis schwergradig vermindert. Eine visuo-motorische Inkompatibilitätsaufgabe werde bezüglich Tempo schwergradig vermindert bearbeitet, bezüglich Bearbeitungsgüte mittelgradig vermindert. Die nonverbale Konzepterkennung sei leicht vermindert. Hinsichtlich Sprache sei das Benenntempo beim Benennen von Farbpunkten leicht bis mittelgradig verlangsamt. Arithmetische Grundoperationen gelängen mit einer Ausnahme fehlerfrei. Bei der Symptomvalidierung zeigten sich deutlich auffällige Ergebnisse in zwei verschiedenen nonverbalen Symptomvalidierungstests. Weiter ergäben sich in der Untersuchung Hinweise auf eine ungenügende Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie eine Symptomverdeutlichung. Der Beschwerdeführer habe sich nicht adäquat auf die Untersuchung einlassen können. Die erhobenen neuropsychologischen Befunde seien dementsprechend nicht genügend aussagekräftig. Es könne keine Einschätzung der Dysfunktionen in Bezug auf Auswirkung auf Aktivitäts- und Partizipationsebene gemacht werden.

5.2.6.4 Der neurologische Teilgutachter hält fest, der Beschwerdeführer habe sich über Beschwerden im Nacken und Hinterkopf geäußert, die dauernd vorhanden seien, nachts aber nicht störten. Medikamente nehme er keine. An Behandlungen und Untersuchungen könne er sich nicht erinnern. In der linken Schulter habe er Schmerzen bei Bewegungen. Auch hier könne er sich nicht erinnern, ob etwas gemacht worden sei. Seit der Hüftoperation vor einem Jahr habe er ein Kribbeln in beiden Oberschenkeln vorne. Im linken Handgelenk habe er Schmerzen. Seit dem Unfall könne er sich nicht mehr konzentrieren. Er komme extrem unter Druck und habe Angst vor Fehlern. Er werde hektisch beim Kochen und vergesse, was er habe machen wollen. Bei Diskussionen verliere er den Faden. Wenn er zu Hause Sachen sofort erledige, gehe es. Er habe auch Schwindel. Er schlafe nicht richtig durch, weil er nervös sei. Bei Unvorhergesehenem gerate er schnell in Panik. Die Orientierung sei schlecht. Mit dem Velo verfare er sich gelegentlich. Aus diesen Gründen könne er nicht arbeiten. Er selbst empfinde, dass die Ausprägungen stärker geworden seien. Er habe einfach «es Puff.»

In der Befunderhebung wird dargelegt, der Beschwerdeführer gehe beim Schildern seiner somatischen Beschwerden strukturiert vor, sage aber immer wieder, dass er sich nicht erinnern könne, wenn es um zeitliche Abläufe oder Vorgänge im Verlauf handle. Ansonsten seien alle Befunde unauffällig. Nur der Fingernasenversuch mit der linken Hand sei etwas unpräzise.

5.2.6.5 Die Gutachter kommen in ihrer Gesamtbeurteilung zu folgenden Diagnosen:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: keine

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert:

Nebenbefunde:

5.3 Zur Klärung des medizinischen Sachverhalts zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung stellt die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Hierzu kann einleitend festgehalten werden, dass das Gutachten unter Einhaltung der hierfür geltenden formellen Regelungen (Zufallsprinzip) eingeholt wurde. Es wurde von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachpersonen erstellt, die allesamt in Besitz der gesamten Aktenlage waren und den Beschwerdeführer eingehend untersucht haben. Ihre Expertise haben sie unter

Berücksichtigung der geklagten Beschwerden abgegeben. Insofern erfüllt das Gutachten die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

Inhaltlich kommen die Gutachter in ihrer gemeinsamen Beurteilung zum nachvollziehbaren Schluss, dass kein wesentliches psychisches Leiden vorliege, das die Arbeitsfähigkeit allenfalls einschränken würde. Aktenanamnestisch seien neuropsychologische Störungen und ein organisches Psychosyndrom (postkommotionelles Syndrom) zu diagnostizieren. Der Neurostatus sei unauffällig und es gebe keine Anhaltspunkte für eine schwere Hirnverletzung. Durch die beim Unfall erlittene Kopfprellung, die folgenlos abgeheilte Gesichtsschädelfraktur und den orthostatischen Schwindel werde die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Neuropsychologisch gesehen seien die kognitiven Störungen nicht authentisch und vor dem Hintergrund einer ungenügenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie Symptomverdeutlichung zu sehen. Die erhobenen Befunde seien in ihrer Art und Ausprägung fachlich nicht nachvollziehbar und weder mit bekannten Mustern normaler noch pathologischer Hirnfunktionen erklärbar. Eine Arbeitsunfähigkeit wird nicht attestiert. Diese Gesamtbeurteilung unter Einbezug aller begutachteten Disziplinen lässt sich schlüssig herleiten:

Im neuropsychologischen Teilgutachten wird schlüssig hergeleitet, dass die erhobenen Befunde in ihrer Art und Ausprägung nicht nachvollziehbar sind und eine mangelnde Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft besteht. Einerseits legt die Neuropsychologin dar, dass die präsentierten Defizite nicht mit bekannten Mustern normaler und pathologischer Hirnfunktionen erklärbar seien. Weiter zeigt sie auf, dass der Beschwerdeführer bei der Bearbeitung der verschiedenen Aufgaben mit mehrheitlich mehr als drei Standardabweichungen von der Norm abgewichen sei. Sie hat zur Symptomvalidierung zwei verschiedene Verfahren angewendet, wobei bei beiden deutlich auffällige Werte erzielt wurden. Die Abrufleistung von nonverbaler mnestischer Information im Rahmen eines Validierungsverfahrens habe deutlich unter der Abrufleistung von depressiven Patienten mit einer Hirnverletzung / Hirnerkrankung mit einer ausreichenden Leistungsmotivation gelegen. Eine solche liegt beim Beschwerdeführer nicht vor, womit das Ergebnis nicht nachvollziehbar ist. Des Weiteren hätten sich in der Untersuchungssituation verschiedene Inkonsistenzen gefunden, die fachlich nicht nachvollziehbar seien. So seien innerhalb verschiedener Aufgaben, die derselben kognitiven Domäne zugehörig seien, die Befunde inkonsistent (u.a. schwergradige Streuung der Reaktionszeiten, atypischer Verlauf beim Lernen von Wörtern). Zudem seien die erhobenen psychometrischen Befunde diskrepant zum Kommunikationsverhalten. Der Beschwerdeführer sei im Anamnesegespräch durchgehend konzentriert, gehe adäquat auf die Fragen ein, spreche in unauffälligem Tempo, beantworte Fragen ohne übermässig erhöhte Antwortlatenz. Gleiches stellte auch der psychiatrische Gutachter fest. Schliesslich weist die Neuropsychologin darauf hin, dass die testdiagnostisch manifeste schwergradige Verlangsamung sowie die Konzentrationsstörung sich in der Verhaltensbeobachtung nicht gezeigt hätten. Insgesamt kommt sie damit mit stringenter Herleitung zum Schluss, dass das im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ermittelte kognitive Testprofil zu wenig Aussagekraft besitzt, um Gültigkeit zu beanspruchen. Konsequenterweise kann damit nicht beurteilt werden, ob eine kognitive Störung vorliegt. Ob die verminderte Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie die Symptomverdeutlichung und die kognitiven Minderleistungen bewusstseinsnah im Sinne einer Aggravation erfolgt sind oder bewusstseinsfern im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung, beantwortet die

Neuropsychologin zu Recht nicht, sondern verweist hier auf das psychiatrische Fachgebiet (wo Letzteres verneint wird). Ebenso konsequent vergleicht die neuropsychologische Gutachterin ihre Ergebnisse nicht mit den Vorbefunden bzw. früheren Untersuchungsberichten, da sie gar keine validen Befunde erheben kann. Umgekehrt kann sie gestützt auf ihre Untersuchungsergebnisse aber auch keine Ausführungen dazu machen, ob die früher festgestellten neuropsychologischen Defizite zu den damaligen Zeitpunkten tatsächlich vorgelegen haben oder ebenfalls von einer Symptomverdeutlichung hätte ausgegangen werden müssen.

In der neurologischen Beurteilung wird in Bezug auf den Bewegungsapparat schliesslich in Übereinstimmung mit den erhobenen Befunden und anamnestischen Angaben dargelegt, dass in den geschilderten Beschwerden keine neurologischen Besonderheiten erkennbar seien. Solche wurden auch in der Vergangenheit nie erkannt. Hinsichtlich der aktuellen Beschwerden bezüglich Gedächtnis, Konzentration, Belastbarkeit und Orientierung stelle sich die Frage, inwiefern diese Folge eines Schädelhirntraumas sein könnten. Was den Unfallhergang betrifft, verweist der Gutachter auf die in den Akten nur spärlich vorhandenen Informationen (insbesondere zur Frage, ob eine kurzzeitige Bewusstlosigkeit eingetreten war). Er weist darauf hin, dass zunächst von einem Schädel-Hirntrauma Grad 1 mit dislozierter Nasenbeinfraktur gesprochen worden sei, wobei in späteren Berichten dann ohne weitere Begründung die Diagnose eines Schädelhirntraumas mit Comotio cerebri erwähnt werde. Insgesamt kann er aus den vorhandenen Unterlagen, wie alle Experten zuvor, retrospektiv nicht (mehr) feststellen, ob der Beschwerdeführer damals wirklich eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten hat. Aufgrund des Unfallmechanismus erachtet er dies als denkbar, aber nicht als erwiesen. Bildgebende Anhaltspunkte für eine schwere Hirnverletzung gebe es indessen nicht. Ein MR im Dezember 2004 habe keine Besonderheiten gezeigt. Dies wurde auch in früheren Berichten bereits so dargelegt. Zu den vom Beschwerdeführer angegebenen Beeinträchtigungen hält er fest, dass diese nicht solchen entsprächen, die in der Regel nach einer traumatischen Hirnverletzung angetroffen würden. Dies korreliert mit den neuropsychologischen Feststellungen (nicht authentische Leistungsminderung). Insgesamt kann der Neurologe in der Untersuchung mangels objektiver Befunde keine genügenden Hinweise darauf finden, dass Folgen einer Hirnverletzung vorliegen. Dies steht schliesslich in Einklang mit der Tatsache, dass im Spital I. ____, wo der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall behandelt und überwacht wurde, keinerlei neurologische Auffälligkeiten festgestellt werden konnten.

5.4 Nach dem Gesagten ist das Gutachten der Begutachtungsstelle G. ____ als beweiskräftig einzustufen, sollten nicht andere medizinische Berichte erhebliche Zweifel daran aufkommen lassen.

5.4.1 Das neuropsychologische Gutachten von lic. phil. F. ____ vom 27. Oktober 2016 (IV-Nr. 99) vermag den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens nicht zu schmälern. Der damalige Gutachter erachtete seine Untersuchungsergebnisse als valide und ging von einer sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Störung aus. Im Gegensatz zum aktuellen Gutachten hat dieser es aber unterlassen, sich zur Frage zu äussern, inwiefern die in den Testverfahren präsentierten schweren Beeinträchtigungen mit dem von ihm ebenfalls festgestellten, weit weniger auffälligen Verhalten ausserhalb der Testungen vereinbar sind. Zwischen der neuropsychologischen Untersuchung im Juli 2014 und der Erstattung des Gutachtens im Oktober 2016 vergingen schliesslich mehr als zwei Jahre. Die Beschwerdegegnerin erkundigte sich beim Gutachter mehrfach nach dem Verbleib der

Expertise (vgl. Protokolleinträge vom 11. August 2015 und 20. September 2016). Gemäss Protokolleintrag vom 24. April 2014 hätte eigentlich zuerst ein neuropsychologisches, anschliessend ein psychiatrisches Gutachten eingeholt werden sollen. Da die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung und Beurteilung anschliessend im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung miteinbezogen werden sollten, ist klar, dass das neuropsychologische Gutachten von lic. phil. F.____, nachdem es von diesem nach erst über zwei Jahren fertiggestellt worden war, diesbezüglich nicht mehr aktuell war. Eine anschliessende psychiatrische Begutachtung, die derart alte Untersuchungsergebnisse hätte berücksichtigen sollen, wäre nicht möglich gewesen. Insofern ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, eine komplett neue polydisziplinäre Begutachtung in die Wege zu leiten, nicht zu beanstanden. Die inhaltliche Beurteilung von lic. phil. F.____ erscheint schon aufgrund der Tatsache, dass er seine Untersuchungsergebnisse aus dem Jahr 2014 erst im Jahr 2016 einer Würdigung unterzog, mit Zweifeln behaftet. Schliesslich wurden seine Untersuchungsergebnisse nicht wie vorgesehen und fachlich korrekt im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung miteinbezogen. Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens der Begutachtungsstelle G.____ werden deshalb durch das Gutachten von lic. phil. F.____ insgesamt nicht hervorgerufen.

5.4.2 Der Beschwerdeführer lässt in Bezug auf die Beweiswertigkeit des Gutachtens der Begutachtungsstelle G.____ verschiedene Einwendungen vorbringen. So sei diese nicht gegeben, weil das Gutachten im Rahmen eines Revisionsverfahrens eingeholt worden sei, sich aber nicht zur Frage der Verbesserung des Gesundheitszustandes äussere. Vorliegend ist ein Wiedererwägungsgrund gegeben und das besagte Gutachten dient der Klärung der Frage des Gesundheitszustandes zum aktuellen Zeitpunkt (vgl. E. 5.1 hiervor). Es ist nicht ersichtlich, inwiefern sich diese Frage mit dem vorliegenden Gutachten nicht klären liesse.

Die Ausführungen dazu, dass der Hausarzt des Beschwerdeführers, der kein Facharzt auf den entsprechenden Gebieten ist, moniert habe, kognitive Veränderungen seien auch ohne Beweis einer korrelierenden bildgebenden Diagnostik (im Sinne einer Hirnschädigung) möglich, vermag ebenfalls keine Zweifel an der Beweiswertigkeit des polydisziplinären Gutachtens aufkommen lassen, denn eine fehlende Arbeitsunfähigkeit wird gar nicht mit dieser Argumentation begründet. Der neurologische Gutachter stellt lediglich fest, dass keine bildgebenden Untersuchungsergebnisse vorliegen, die eine Hirnschädigung zeigen. Es wird aber nicht gesagt, dass deshalb die geltend gemachten kognitiven Störungen nicht authentisch seien, sondern es wird auf die nicht validen Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung verwiesen.

Dass kein Bezug zum Gutachten von lic. phil. F.____ genommen worden sei, ist nicht korrekt. Vielmehr führt die begutachtende Neuropsychologin der Begutachtungsstelle G.____ nachvollziehbar aus, dass wegen fehlender Validität der Ergebnisse ein Vergleich mit früheren Ergebnissen gar nicht gemacht werden könne. Ebenso ist nicht ersichtlich, inwiefern das Vorliegen von Symptomen nicht genügend abgeklärt worden sei, da ja im neuropsychologischen Gutachten von einer Symptomverdeutlichung gesprochen werde. Sind keine validen Ergebnisse erhältlich zu machen, können auch keine Symptome abgeklärt werden. Mit der Wahl des Begriffs Symptomverdeutlichung will die Gutachterin lediglich klarstellen, dass die geltend gemachten Beeinträchtigungen nicht erwiesenermassen vollständig bewusst vorgetragen werden und die Untersuchungsergebnisse auf Grund der nicht bestandenen Symptomvalidierung nicht verwertet werden können. Die Konsequenzen dieser Beweislosigkeit trägt der einen

Anspruch ableitende Beschwerdeführer (vgl. E. 4.2 hiervor). Weitere neuropsychologische Abklärungen erübrigten sich deshalb, weil eben keine validen Ergebnisse vorlagen und dementsprechend keine solchen erwartet werden konnten, wenn man weitere Tests durchgeführt hätte.

Schliesslich wird moniert, die in der psychiatrischen Begutachtung vorgenommene Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 sei absolut mangelhaft. Nachdem gar keine psychiatrische Diagnose gestellt wird, erübrigt sich die Notwendigkeit einer Indikatorenprüfung, weshalb auch dieser Einwand nicht geeignet ist, Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens aufkommen zu lassen.

5.6 Damit erweist sich das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ als beweismässig. Die Beschwerdegegnerin durfte darauf und auf die darin vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abstellen. Demgemäss ist der Beschwerdeführer aufgrund der Tatsache, dass keine objektiven Befunde erhoben werden konnten, die einen invalidisierenden Gesundheitsschaden bedingen würden, in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Metzger voll arbeitsfähig. Das Gleiche gilt für jegliche andere Tätigkeit, also auch diejenige eines Betriebsleiters einer Grossmetzgerei. Ein Einkommensvergleich erübrigt sich, da keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

E. 6

6.1 Der Beschwerdeführer bezog seit dem 1. August 2005, mithin während etwas mehr als 13 Jahren eine Invalidenrente. Die angefochtene Verfügung erging ein halbes Jahr nach seinem 55. Geburtstag. Es ist deshalb zu prüfen, ob eine Selbsteingliederung ohne vorgängige berufliche Massnahmen zumutbar ist.

6.2 Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Bei Versicherten, die bei der revisions- oder wiedererwägungsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente das 55. Altersjahrs vollendet haben oder die eine Rentenbezugsdauer von mindestens 15 Jahren aufweisen, ist ■ von Ausnahmen abgesehen ■ eine Selbsteingliederung grundsätzlich nicht zumutbar (Urteil des Bundesgerichts 9C_491/2017 vom 26. September 2017 E. 4.3 mit Hinweisen). Nach langjährigem Rentenbezug können ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1 und 4.2.2). Die Verwaltung muss sich vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür ■ ausnahmsweise ■ im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und / oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2).

6.3 Der Beschwerdeführer war, wie bereits erwähnt, bei Erlass der rentenaufhebenden Verfügung 55 Jahre alt und hatte während etwas mehr als 13 Jahren eine ganze Rente bezogen. Gemäss gutachterlicher Expertisen besteht eine volle Arbeitsfähigkeit für jegliche

Tätigkeiten. Aus medizinischer Sicht besteht keine Notwendigkeit für Eingliederungsmassnahmen (vgl. Gutachten, IV-Nr. 117.1 S. 16). Der Beschwerdeführer war seit 2004 nicht mehr arbeitstätig, zuvor hatte er bei der C.____ AG eine Kaderstelle inne. Grundsätzlich in Betracht fallende Eingliederungsmassnahmen setzen eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus: Der Beschwerdeführer hat im Rahmen der Begutachtungen erhebliche Verdeutlichungstendenzen gezeigt. Er sieht für sich, wie im psychiatrischen Gutachten ausgeführt, ein «Alles oder Nichts Prinzip», kann sich nicht vorstellen, etwas anderes zu machen als das bisherige, mit guter Funktion, was er für sich aber verneint und arrangiert sich dann mit der Situation. Seinen Alltag hat er im Griff, ist aktiv und insofern ist nicht ersichtlich, dass er bei der Arbeitssuche überfordert sein könnte. Diese Feststellung lässt sich unabhängig von den von der Beschwerdegegnerin getätigten (veralteten) Internet-Recherchen feststellen, wonach der Beschwerdeführer aktiv am Reitsport teilgenommen haben soll. Fakt ist, dass er ■ auch gemäss seinen eigenen Angaben ■ trotz der im Rahmen der Untersuchung präsentierten, teils schwerwiegenden kognitiven Beeinträchtigungen aktiv am Leben teilnimmt, seinen Haushalt selbständig besorgt, täglich mehrere Stunden bei seinen Pferden verbringt, mit dem Velo und joggend unterwegs ist und dabei offensichtlich keine Probleme bekundet, die die Ausübung all dieser Tätigkeiten verhindern würden. Arbeitserprobungen wird er sich aufgrund seiner Einstellung, nur Kaderpositionen einnehmen zu wollen, kaum unterziehen wollen. Es macht den Anschein, dass sich der Beschwerdeführer in dieser langjährig bestehenden Situation mit ganzer Rente, die ihm die finanziellen und zeitlichen Mittel für die Beschäftigung mit seinen Pferden ermöglicht, arrangiert hat. Das Verhalten im Rahmen der Begutachtungen weist auf eine subjektive Krankheitsüberzeugung hin, die die Gewährung beruflicher Massnahmen als wenig erfolgversprechend erscheinen lässt. Gleichermassen ist seine Reaktion anlässlich des Revisionsgesprächs im Jahr 2013 zu verstehen, wonach Arbeitserprobungen für ihn nicht in Frage kamen. Dementsprechend verlangt er im Hauptbegehren auch die Weiterausrichtung einer ganzen Invalidenrente. Die Beschwerdegegnerin durfte daher die Rente ohne vorgängige Durchführung beruflicher Massnahmen aufheben. Auch in diesem Punkt ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 7

7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

7.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

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

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid 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 Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Yalcin

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_597/2019 vom 12. Dezember 2019 bestätigt.

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