

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 15. Mai 2015 abgewiesen (9C_680/2014).

200 13 930 IV und
200 13 1039 IV und
200 13 1040 IV (3)
KOJ/REL/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. August 2014

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Renz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt und Notar B. _____
Beschwerdeführer



_____ gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügungen vom 20. September 2013, 23. Oktober 2013
sowie 31. Oktober 2013

Sachverhalt:

A.

Der 1952 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit 1984 bei der C._____ AG als ... angestellt und meldete sich am 7. Januar 2009 unter Hinweis auf seine seit über 15 Jahren bestehende Hörbehinderung zum Leistungsbezug (Hilfsmittel) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an (Antwortbeilage der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin] im Verfahren IV/2013/1039 [act. II] 2). Die IVB holte in der Folge medizinische Unterlagen ein und erteilte am 7. Juli 2009 Kostengutsprache für zwei Hörgeräte (act. II 7). Im weiteren Verlauf meldete sich der Versicherte bei der IVB zunächst zur Früherfassung (act. II 8) und am 21. September 2009 zum Leistungsbezug (Berufliche Integration/Rente) an (act. II 13). Daraufhin führte die IVB medizinische und berufliche Erhebungen durch und liess den Versicherten psychiatrisch abklären (act. II 39). Gestützt auf das entsprechende Gutachten vom 26. Januar 2011 (act. II 42.1) sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 16. September 2011 (act. II 56) rückwirkend eine ganze Rente (IV-Rente) ab dem 1. August 2010 und mit Verfügung vom 29. September 2011 (act. II 58) eine Hilflosenentschädigung bei einer Hilflosigkeit leichten Grades vom 1. Januar bis zum 31. März 2011 (S. 8) und ab dem 1. April 2011 eine solche bei einer Hilflosigkeit mittleren Grades zu (S. 1).

B.

Anlässlich der im Mai 2012 eingeleiteten Rentenrevision gab der Versicherte an, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe (act. II 59). Die IVB holte erneut medizinische Unterlagen ein und liess den Versicherten durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn psychiatrisch (act. II 71), neurologisch (act. II 83) und neuropsychologisch (act. II 93) abklären.

Aufgrund einer anonymen Meldung, wonach sich der Versicherte ohne sichtbare Einschränkungen im Alltag bewege und unter anderem auch Auto

fahre, veranlasste die IVB eine Beweissicherung vor Ort (BvO) mittels Observierung des Versicherten und Videoaufzeichnungen an verschiedenen Tagen im Januar, Februar, April, Mai, August und September 2012 (act. II 97).

Mit Vorbescheid vom 5. Juli 2013 (act. II 103) stellte die IVB dem Versicherten die rückwirkende Aufhebung der Hilflosenentschädigung per 31. Dezember 2011 in Aussicht und verfügte am 8. Juli 2013 deren Sistierung (act. II 104). Am 9. Juli 2013 verfügte sie die sofortige Sistierung der Rentenleistungen (act. II 105). Mit einem zweiten Vorbescheid vom 10. Juli 2013 stellte sie zudem die rückwirkende Aufhebung der bisher ausgerichteten ganzen IV-Rente bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 17 % per 31. Dezember 2011 in Aussicht (act. II 106). Damit zeigte sich der Versicherte – vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. D. _____ – mit Einwand vom 2. September 2013 (Antwortbeilage der IVB im Verfahren IV/2013/930; act. IIA] 110) nicht einverstanden. Die IVB hielt indes an ihren Vorbescheiden fest und verfügte am 20. September 2013 (act. IIA 114) die rückwirkende Aufhebung der Hilflosenentschädigung und am 23. Oktober 2013 (act. IIA 116) nach einer Stellungnahme des RAD vom 23. September 2013 (act. IIA 115) ebenfalls die rückwirkende Aufhebung der bisher ausgerichteten Rente.

Mit Verfügung vom 31. Oktober 2013 (act. IIA 118) forderte die IVB vom Versicherten zudem einen Betrag von insgesamt Fr. 54'672.– für die seit Januar 2012 unrechtmässig bezogenen Rentenleistungen und Hilflosenentschädigungen zurück.

C.

Am 22. Oktober 2013 erhob der Beschwerdeführer – vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. D. _____ – Beschwerde gegen die Verfügung vom 20. September 2013 (Hilflosenentschädigung [act. IIA 114]) und beantragte deren Aufhebung (Verfahren IV/2013/930).

In der Beschwerdeantwort vom 23. Dezember 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

D.

Am 22. November 2013 erhob der Versicherte – weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. D. _____ – auch gegen die beiden Verfügungen vom 23. Oktober 2013 (Rentenaufhebung [act. IIA 116]) und vom 31. Oktober 2013 (Rückerstattung [act. IIA 118]) Beschwerde (Verfahren IV/2013/1039 f.) und beantragte jeweils deren Aufhebung.

In der Beschwerdeantwort vom 7. Januar 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung auch dieser Beschwerde und reichte am 28. Januar 2014 aufforderungsgemäss ergänzende Ausführungen zur Berechnung des Rückforderungsbetrages von Fr. 54'672.– zu den Akten.

Mit Replik vom 11. April 2014 und Duplik vom 27. Mai 2014 hielten beide Parteien an ihren Anträgen fest.

E.

Am 16. Juli 2014 reichte Rechtsanwalt Dr. iur. D. _____ einen Arztbericht des behandelnden Psychiaters vom 30. Juni 2014 zu den Akten.

Mit Eingabe vom 24. Juli 2014 legitimierte sich Rechtsanwalt und Notar B. _____ vor Gericht als neu mandatierter Rechtsvertreter des Beschwerdeführers. Gleichzeitig beantragte er die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101), eventualiter die Ansetzung einer Frist zur Einreichung einer weiteren Rechtsschrift.

Mit Verfügung vom 5. August 2014 hat der Instruktionsrichter die Anträge abgewiesen.

Erwägungen:

1.

1.1 Aus prozessökonomischen Gründen ist eine Vereinigung der Verfahren IV/2013/930 und IV/2013/1039 bzw. IV/2013/1040, welche den selben Beschwerdeführer betreffen und zueinander in einem sachlichen Zusammenhang stehen, vorzunehmen.

1.2 Die angefochtenen Entscheide sind in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtenen Entscheide berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerden einzutreten.

1.3 Anfechtungsobjekte bilden die Verfügungen vom 20. September 2013 (Hilflosenentschädigung [act. IIA 114]), vom 23. Oktober 2013 (Rentenaufhebung [act. IIA 116]) und vom 31. Oktober 2013 (Rückforderung [act. IIA 118]). Streitig und zu prüfen ist sowohl die Rechtmässigkeit der Rentenaufhebung und der Einstellung der Hilflosenentschädigung wie auch der Rückforderung der vom Beschwerdeführer seit dem 1. Januar 2012 allenfalls zu viel bezogenen Rentenleistungen und Hilflosenentschädigung von insgesamt Fr. 54'672.–.

1.4 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.5 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 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.

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu be-

urteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.5 Ändert sich der IV-Grad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Juli 2013, 8C_441/2012, E. 3.1.1).

2.6 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369, SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

3.

Zu prüfen ist zunächst, ob im Vergleichszeitraum zwischen der letzten rechtskräftigen rentenzusprechenden Verfügung vom 16. September 2011 (act. II 56) und der hier angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung vom 23. Oktober 2013 (act. IIA 116) in den tatsächlichen Verhältnissen eine Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiervor).

3.1 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung vom 16. September 2011 (act. II 56) hauptsächlich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 26. Januar 2011 (act. II 42.1). In diesem Gutachten diagnostizierte der Facharzt einen ängstlichen, zu Agitiertheit und Affektinkontinenz neigenden Regressionszustand mit/bei starkem Verdacht auf mittelgradige vaskuläre Demenz mit gemischter Symptomatik (ICD-10: F01.04/84) bei Status nach Myokardinfarkt bei Koronarer Herzkrankheit (KHK) und Mehrtagen-peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) und einem Verdacht auf beginnende organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F07.0 [S. 16 Ziff. 4.1]). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Verdacht auf psychogene (histrionisch überlagerte) optische und akustische „Halluzinationen“, ev. als Präsentiersymptom mit appellativem Gehalt sowie Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2 [Ziff. 4.2]). Aufgrund dieser Diagnosen bestehe eine vollständige psychisch determinierte Invalidisierung auch ohne Einbezug der aktenkundigen körperlichen Behinderungen. Die Arbeitsfähigkeit betrage für alle Tätigkeiten 0 % (S. 17). Voraussichtlich sei der Beschwerdeführer dauernd auf Unterstützung und Hilfe durch Dritte bei der Alltagsbewältigung angewiesen.

3.2 Den nun angefochtenen leistungseinstellenden Verfügungen vom 20. September 2013 (act. IIA 114) und vom 23. Oktober 2013 (act. IIA 116) liegen insbesondere die folgenden Berichte zugrunde:

3.2.1 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in ihrem Bericht vom 6. Juli 2012 (act. II 63) fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2010 verschlechtert habe (Ziff. 1) und erheblichen Schwankun-

gen unterliege, welche episodisch geprägt seien von Verschlimmerungen der Symptome der psychomotorischen Unruhe, Nervosität und Angst-Attacken, sich jedoch aus psychiatrischer Sicht keine diagnostische Veränderung ergeben habe (Ziff. 3). Seit 2009 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 5).

3.2.2 Dem Bericht zum Abklärungsgespräch der psychiatrischen Klinik G._____ vom 6. Februar 2013 (act. IIA 112 S. 5 f.) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei Symptomen einer paranoiden Schizophrenie mit akustischen und visuellen Halluzinationen, sozialer Isolation, völliger Abhängigkeit von seiner geschiedenen Ehefrau bei einem schweren depressiven Zustandsbild von seiner behandelnden Psychiaterin zugewiesen worden war. Er zeige aktuell das Bild eines schweren gehemmt-depressiven Zustandes mit ausgeprägten generalisierten Ängsten, akustischen und visuellen Halluzinationen und völliger sozialer Isolation und somatischer Polymorbidität. Zusammengefasst sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage, von einer stationären psychiatrischen Therapie zu profitieren, er wäre vom offenen Setting der Therapie in dieser Klinik überfordert.

3.2.3 Die RAD-Neurologin Dr. med. H._____, Fachärztin für Neurologie FMH, diagnostizierte in ihrem Untersuchungsbericht vom 12. Februar 2013 (act. II 88) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Periphere Arterielle Verschlusskrankheit II (PAVK) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Diabetes mellitus, einen Status nach Thyreoidektomie, Status nach Phäochromozytom links, einem Zervikalsyndrom und Tendinosen (S. 4). Aus neurologischen Gründen bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die vaskuläre Pathologie (Herz/peripher arteriell) schliesse eine schwere körperliche oder regelmässige, mittelschwere körperliche Tätigkeit aus (S. 5). Das gesteigerte Reflexbild könne auf eine zervikale Myelopathie hinweisen, die gesteigerten Reflexe hätten bei fehlender Spastizität keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Das Vorliegen einer Demenz sei aufgrund der Vorakten und der Untersuchung vom selben Tag sehr unwahrscheinlich. Bemerkenswert an der Untersuchung sei, dass sich das Verhalten des Beschwerdeführers während der Anamneseerhebung stark vom Verhalten während der körperlichen Untersuchung unterschieden ha-

be. Während der Anamneseerhebung sei er in sich zusammengesunken gewesen, habe kaum Kontakt aufgenommen, habe sich von Halluzinationen beeinträchtigt gezeigt. Während der körperlichen Untersuchung habe er viel kompetenter gewirkt, gar nicht mehr ängstlich, habe spontan auch über stattgehabte Operationen gesprochen, die Körperhaltung sei aufrecht, der Blickkontakt normal und das Verhalten gar nicht mehr auffällig gewesen.

3.2.4 In seinem neuropsychologischen Bericht vom 26. Februar 2013 (act. II 91) hielt der RAD-Psychologe Dr. phil. I. _____ fest, dass es nicht möglich sei, beim Beschwerdeführer eine aussagekräftige Anamnese zu erheben (S. 2). Als neuropsychologische Diagnosen führte er eine neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion ohne eigenen Krankheitswert, deren Art und Ausmass sich weder schlüssig noch hinreichend als Folge einer wie auch immer gearteten zerebralen Affektion der Dysfunktion erklären lasse, auf. Die vom Beschwerdeführer produzierten Befunde seien aufgrund ihrer Widersprüchlichkeit und Inkonsistenz für eine neuropsychologische Interpretation nicht verwertbar. Im sprachunabhängigen Beschwerdevalidierungsverfahren seien in sämtlichen Durchgängen die kritischen Werte nicht nur massiv unterschritten worden. Die Trefferquote sei bei allen Durchgängen sogar auf bzw. unter Zufallsniveau abgesunken, was in der Fachliteratur als eindeutiges und klares Indiz für eine willkürliche Unterdrückung der richtigen Antwort gewertet werde. Indirekt erodierte die nicht bestandene Beschwerdevalidierung auch jegliche Glaubwürdigkeit der anamnestischen Angaben (S. 4).

3.2.5 Die Psychiaterin des RAD, Dr. med. J. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, konnte in ihrem Untersuchungsbericht vom 21. März 2013 (act. II 96) nach der Untersuchung vom 24. September 2012 und nach Einsicht in weitere medizinische Unterlagen bei inkonsistenten Befunden aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose gemäss ICD-10 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 10). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei mit einer sehr niedrigen Wahrscheinlichkeit eine dissoziative Störung mit Symptomen einer dissoziativen Amnesie, depressiv-ängstlichen und pseudo-wahnhaften Symptomen bei insgesamt inkonsistentem Zustandsbild (ICD-10: F44), zudem beständen

Anhaltspunkte für Aggravation/Verdeutlichung, differentialdiagnostisch Simulation, und Anhaltspunkte für eine abhängige Paarbeziehung zur Ex-Ehefrau (ICD-10: Z63.0). In der Untersuchung habe sich kein eindeutiges Bild einer Erkrankung nach ICD-10 gezeigt (S. 11). Die Diagnose einer mittelgradigen Demenz könne aufgrund der objektiven Befunde und der Diskrepanzen nicht gestellt werden. Rein theoretisch könnten die Symptome unter der Diagnose einer dissoziativen Störung zusammengefasst werden. Aufgrund der psychiatrischen, der neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung könne gesagt werden, dass keine Anhaltspunkte für eine organisch bedingte Demenz vorlägen (S. 12). Es zeigten sich jedoch im Ganzen einige Diskrepanzen. Die Beschwerdeschilderung sei oft sehr detailliert möglich, andererseits gebe der Beschwerdeführer an, sich an viele Dinge nicht mehr zu erinnern. Die geschilderten Symptome könnten bei einer Demenz vorhanden sein, seien aber nicht spezifisch und könnten auch z.B. im Rahmen einer Pseudodemenz vorkommen. Weiter wirkten die Beschreibung des schwarzen Mannes und anderer Halluzinationen demonstrativ und nicht authentisch. Auch bezüglich der Medikamentencompliance herrsche Unklarheit, die niedrigen gemessenen Spiegel sprächen jedoch insgesamt für eine ungenügende Compliance. Erstaunlich sei weiter, dass sich der Hausarzt im letzten Bericht vom Dezember 2012 bezüglich Fahrtauglichkeit eindeutig positiv äussere (S. 13) und den Beschwerdeführer am Telefon als psychisch unauffällig, aufgestellt und ohne Zeichen von Demenz beschrieben habe, was den Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der Untersuchung widerspreche. In diversen Berichten der Somatik sei weiter nirgends ein psychisch auffälliges Verhalten beschrieben und es erscheine der Eindruck, dass der Beschwerdeführer je nach Kontext der Untersuchung unterschiedliche Angaben mache. Insgesamt sei aus psychiatrischer Sicht die Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt. Aus somatischer Sicht sei eine leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit ohne allzu grosse Stressbelastung, unter Berücksichtigung einer maximal 20 Minuten dauernden, ununterbrochenen Gehstrecke und ohne Nacharbeit vollumfänglich zumutbar.

3.2.6 In ihrer Stellungnahme vom 4. April 2013 (act. II 99) nach der Durchsicht der Unterlagen der BvO (act. II 97) hielt die RAD-Psychiaterin Dr. med. J. _____ fest, dass sich der Beschwerdeführer offensichtlich in

Untersuchungen ausserhalb des versicherungsmedizinischen Kontextes anders verhalte (S. 2). Die Diskrepanzen zwischen dem Verhalten in der Untersuchungssituation im versicherungsmedizinischen Kontext und dem Verhalten, als er sich unbeobachtet fühlte, seien nicht mit einer psychiatrischen Erkrankung erklärbar. Diese Diskrepanzen verstärkten vielmehr die bereits schon vorhandenen – und im Bericht vom 21. März 2013 (act. II 96) aufgeführten – Anhaltspunkte für Aggravation/Verdeutlichung resp. das Vortäuschen einer psychischen Krankheit mit der Motivation, Versicherungsleistungen zu erhalten. Die damals (mit geringer Wahrscheinlichkeit) gestellte Diagnose einer dissoziativen Störung könne nicht bestätigt werden, es könne keine psychiatrische Diagnose gestellt werden (S. 3). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte die RAD-Ärztin Anhaltspunkte für Aggravation/Verdeutlichung resp. Vortäuschen einer psychischen Krankheit mit der Motivation, Versicherungsleistungen zu erhalten (ICD-10: Z76.5). Aus psychiatrischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt, aus somatischer Sicht sei eine leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit ohne allzu grosse Stressbelastung, unter Berücksichtigung einer ca. 20 Minuten dauernden, ununterbrochenen Gehstrecke und ohne Nacharbeit vollumfänglich zumutbar.

3.2.7 Dr. med. K._____, Spital L._____, führte in seinem Sprechstundenbericht vom 6. Mai 2013 (act. IIA 112 S. 2 ff.) als Diagnose einen lageabhängigen Schwindel mit funktioneller Komponente (Erstmanifestation Januar/Februar 2013) und eine Zervikobrachialgie links ohne sensomotorische Ausfälle (ohne Anhaltspunkte für eine Myelopathie, Neuropathie, oder Radikulopathie; Erstmanifestation im Januar/Februar 2013) auf. Die Anamnese und der normale Neurostatus seien gut mit der Diagnose von lageabhängigem Schwindel vereinbar (S. 2). Die Diskrepanz zwischen Anamnese mit wiederholten Stürzen auf den Boden bei schneller Bewegung des Kopfes, die er, Dr. med. K._____, beim Beschwerdeführer trotz wiederholtem raschen Bewegen des Kopfes nach links und rechts nicht habe objektivieren können und die demonstrative Falltendenz nach links oder rechts, wenn die Wand in der Nähe sei bzw. die fehlende Falltendenz, wenn die Wände nicht der Nähe seien, liessen eine funktionelle Komponente vermuten. Zurzeit beständen keine Anhaltspunkte für eine neurologische Ätiologie und der Beschwerdeführer sei informiert worden,

dass in der Regel solche Beschwerden innerhalb von Wochen bis ein paar Monate spontan verschwänden.

3.2.8 In ihrer Stellungnahme zur Anhörung vom 23. September 2013 (act. IIA 115) führte Dr. med. J. _____ aus, dass sich aus den vom Beschwerdeführer anlässlich seines Einwandes eingereichten medizinischen Berichten keine neuen Erkenntnisse zur Beurteilung seines Gesundheitszustandes ergäben.

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 232 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4 Obschon der Beschwerdeführer die Observierung an sich nicht beanstandet, ist in beweisrechtlicher Hinsicht vorab zu prüfen, ob die im Rahmen der BvO erlangten Beweismittel (schriftlicher Bericht der Beobachtungen [act. II 97] sowie Videoaufzeichnungen in Form von drei DVDs) im vorliegenden Verfahren verwendet werden können.

3.4.1 Der Sozialversicherungsträger kann gestützt auf Art. 43 Abs. 1 i.V.m. Art. 28 Abs. 2 ATSG eine Überwachung versicherter Personen auch selber anordnen, soweit sich diese auf Tatsachen beschränkt, welche sich im öffentlichen Raum verwirklichen und von jedermann wahrgenommen werden können. Beweiswert kann den Aufzeichnungen und Berichten der Privatdetektive indessen nur insoweit zukommen, als sie Tätigkeiten und Handlungen aufzeigen, welche die versicherte Person ohne Einflussnahme der observierenden Personen ausgeübt hat (BGE 135 I 169 E. 4.3 S. 171 und E. 5.7 S. 175). Wenn konkrete Anhaltspunkte bestehen, die Zweifel an der behaupteten Arbeitsunfähigkeit wecken (objektive Gebotenheit der Observation), die Observation nur während einer verhältnismässig kurzen, begrenzten Zeit stattfindet, und einzig Verrichtungen des Alltags ohne engen Bezug zur Privatsphäre gefilmt werden, ist auch eine Observation im öffentlich einsehbaren, privaten Raum zulässig (BGE 137 I 327 E. 5.6 S. 334).

Anhaltspunkte für die objektive Gebotenheit der Observation können beispielsweise gegeben sein bei widersprüchlichem Verhalten der versicherten Person, oder wenn Zweifel an der Redlichkeit derselben bestehen (eventuell durch Angaben und Beobachtungen Dritter), bei Inkonsistenzen anlässlich der medizinischen Untersuchung, Aggravation, Simulation oder Selbstschädigung und Ähnlichem. Diese Elemente können einzeln oder in Kombination zureichende Hinweise liefern, die zur objektiven Gebotenheit der Observation führen (BGE 137 I 327 E. 5.4.2.1 S. 332; SVR 2012 IV Nr. 31 S. 125 E. 3.2).

3.4.2 Vorliegend betreffen die in Frage stehenden, im Rahmen der BvO erstellten Videoaufnahmen sowie der darauf basierende schriftliche Bericht vom 4. Februar 2013 (act. II 97) über den Beschwerdeführer einzig Tatsachen, die sich an öffentlich einsehbaren Orten verwirklicht haben. Es handelt sich daher unbestrittenermassen um Observationen im öffentlichen Raum. Die objektive Gebotenheit der Observation ist im Hinblick auf eine anonyme Meldung, wonach der Beschwerdeführer sich ohne sichtbare Einschränkungen im Alltag bewege, ständig unterwegs sei und Auto fahre (vgl. act. II 97 S. 1 Ziff. 1.2) ebenfalls gegeben. Damit war ein Anfangsverdacht ohne weiteres gegeben und das Prinzip der Verhältnismässigkeit ist nicht

verletzt. Die Observation erweist sich demnach als rechtmässig und deren Ergebnisse können im vorliegenden Verfahren verwertet werden (vgl. E. 3.4.1 hiervor). Von Seiten des Beschwerdeführers wurden denn auch zu Recht keine Einwendungen gegen die Rechtmässigkeit der BvO erhoben (vgl. Beschwerden vom 22. Oktober 2013 und vom 22. November 2013).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat sich in den hier angefochtenen Verfügungen vom 20. September 2013 (act. IIA 114) und vom 23. Oktober 2013 (act. IIA 116) massgeblich auf die Berichte der RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ vom 21. März 2013 (act. II 96) bzw. vom 29. April 2013 (act. II 99) gestützt, welche neben einer eigenen Untersuchung auch die Berichte der Neurologin Dr. med. H. _____ vom 12. Februar 2013 (act. II 88) sowie des Psychologen Dr. phil. I. _____ vom 26. Februar 2013 (act. II 91) zur Grundlage hatten.

Der Untersuchungsbericht der RAD-Psychiaterin Dr. med. J. _____ vom 21. März 2013 (act. II 96) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.3 hiervor) und zeichnet ein schlüssiges und überzeugendes Bild des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und dessen Arbeitsfähigkeit. Dr. med. J. _____ hat den Beschwerdeführer selber untersucht und gestützt darauf und auf die Berichte der RAD-Neurologin (act. II 88) und des RAD-Neuropsychologen (act. II 91) sowie gestützt auf die umfassenden medizinischen Akten einleuchtend und nachvollziehbar begründet, dass der Beschwerdeführer zwar zahlreiche psychische Beschwerden und einen grossen Leidensdruck geltend macht, dass er aber kein eindeutiges Bild einer Erkrankung nach ICD-10 zeige. Weder könne die Diagnose einer mittelgradigen Demenz gestellt werden noch sei diejenige einer dissoziativen Störung wahrscheinlich (S. 11 f.). Nach Einsicht in die Unterlagen der BvO vom 4. Februar 2013 (act. II 97) hielt sie an ihrer Beurteilung fest und führte aus, dass die früher erwähnte Diagnose (mit geringer Wahrscheinlichkeit) einer dissoziativen Störung nicht habe bestätigt werden können und damit keine psychiatrische Diagnose gestellt werden könne (S. 3). Darauf ist abzustellen.

3.5.1 Vorab ist zu prüfen, ob ein Revisionsgrund gegeben ist. Während der seinerzeitige psychiatrische Gutachter Dr. med. E. _____ in seinem

Gutachten vom 26. Januar 2011 (act. II 42.1) noch die Diagnose eines ängstlichen, zu Agitiertheit und Affektinkontinenz neigenden Regressionszustands mit starkem Verdacht auf mittelgradige vaskuläre Demenz mit gemischter Symptomatik und Verdacht auf beginnende organische Persönlichkeitsstörung gestellt (S. 16) und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (S. 17), konnte die RAD-Psychiaterin im Rahmen der Revision die damaligen Einschränkungen nicht mehr bestätigen (act. II 96). Vielmehr ging sie nun aufgrund von groben Diskrepanzen im Verhalten des Beschwerdeführers von einer erheblichen Aggravation oder gar Simulation des Beschwerdebildes aus. In der Folge wurden die im schlüssigen Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin gezogenen Schlüsse durch die rechtmässig durchgeführte BvO (vgl. E. 3.4 hiervor) vollumfänglich bestätigt.

3.5.2 Gestützt auf die Akten ist somit ein deutlich verbesserter Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erstellt. Damit ist ein Revisionsgrund in medizinischer Hinsicht ausgewiesen und der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ist nachfolgend umfassend zu prüfen (vgl. E. 2.6 hiervor).

3.6

3.6.1 Bezüglich des Gesundheitszustandes und der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist – wie vorstehend dargelegt wurde (vgl. E. 3.5 hiervor) – auf die Berichte der RAD-Psychiaterin Dr. med. J. _____ vom 21. März 2013 (act. II 96) bzw. vom 29. April 2013 (act. II 99) abzustellen. Nach eigener Untersuchung des Beschwerdeführers und in Kenntnis der beiden Berichte der RAD-Neurologin Dr. med. H. _____ vom 12. Februar 2013 (act. II 88) und des RAD-Psychologen Dr. phil. I. _____ vom 26. Februar 2013 (act. II 91) legt die Psychiaterin dar, dass sich kein eindeutiges Bild einer Erkrankung nach ICD-10 ergebe und die Diagnose der mittelgradigen Demenz aufgrund der objektiven Befunde und der festgestellten Diskrepanzen nicht gestellt werden könne (act. II 96 S. 11). Auch wenn rein theoretisch einige Symptome unter der Diagnose einer dissoziativen Störung zusammengefasst werden könnten, sei diese Diagnose wenig wahrscheinlich (S. 12). Ausführlich zeigt die RAD-Ärztin auf, dass sich im Ganzen einige grobe Diskrepanzen zeigen und diese differentialdiagnostisch als Aggravation oder gar Simulation – mit der Motivation (weiter) Versicherungsleistungen zu erhalten – in Betracht

gezogen werden müssen (S. 13). Diese bereits schon vorhandenen Anhaltspunkte für Aggravation/Verdeutlichung bzw. Vortäuschen einer psychischen Krankheit wurden durch die Ergebnisse der BvO bestätigt: Die Diskrepanzen zwischen dem Verhalten in der Untersuchungssituation im versicherungsmedizinischen Kontext und dem Verhalten in Situationen, in denen der Beschwerdeführer sich unbeobachtet fühlt (vgl. act. II 97), lassen sich gemäss der schlüssigen Einschätzung von Dr. med. J. _____ nicht mit einer psychiatrischen Erkrankung erklären sondern deuten auf das Vorliegen der Motivation, Versicherungsleistungen zu erhalten, hin (act. II 99 S. 2). Die BvO hat denn auch deutlich aufgezeigt, dass der Beschwerdeführer entgegen seinen eigenen Angaben selber Auto fahren kann (act. II 97), soziale Kontakte mit Drittpersonen pflegt und sich auch selbstständig und ohne Einschränkungen unter Passanten im öffentlichen Raum bewegt und viel längere Strecken als die angegebenen 150m schmerzfrei am Stück zurücklegen kann. Die Angaben des Beschwerdeführers und die fremdanamnestischen Aussagen der Ex-Ehefrau, wonach er im Alltag massiv eingeschränkt sei, mit grosser Unselbstständigkeit, massiven Ängsten und Wahrnehmungsstörungen, keinen Interessen mehr und der Unfähigkeit, sich alleine im öffentlichen Raum zu bewegen und Kontakte zu pflegen (vgl. act. II 99 S. 2), sind hingegen nicht glaubhaft und inkonsistent, wenn der Beschwerdeführer teilweise seine Beschwerden sehr detailliert schildern kann, andererseits aber oft angibt, sich an viele Dinge nicht mehr zu erinnern (act. II 96 S. 12 Ziff. 1).

Rückhalt findet die Einschätzung von Dr. med. J. _____ denn auch im Bericht des Neuropsychologen Dr. phil. I. _____ vom 26. Februar 2013 (act. II 91), welcher verschiedene Diskrepanzen festgestellt hat, aufgrund derer auch die Verhältnismässigkeit und die Glaubwürdigkeit der anamnestisch angegebenen Beschwerden grundlegend in Frage gestellt werden müssen (S. 5). Unter Einbezug der neurologischen und der neuropsychologischen Abklärungsergebnisse ist die RAD-Psychiaterin deshalb überzeugend und nachvollziehbar zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in seiner Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt ist und ihm in somatischer Hinsicht unter Berücksichtigung namentlich der Einschätzung der Neurologin Dr. med. H. _____ eine leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit ohne allzu grosse Stressbelas-

tung, unter Berücksichtigung einer ca. 20 Minuten dauernden, ununterbrochenen Gehstrecke und ohne Nachtschicht vollumfänglich zumutbar ist (act. II 99 S. 3).

Die vom Beschwerdeführer anlässlich des Vorbescheidverfahrens eingereichten Berichte der psychiatrischen Klinik G._____ vom 6. Februar 2013 (act. IIA 112 S. 5 f.) bzw. des behandelnden Neurologen Dr. med. K._____ vom 6. Mai 2013 (act. IIA 112 S. 2 ff.) vermögen die Einschätzung der RAD-Ärztin nicht in Zweifel zu ziehen: So werden im Bericht der psychiatrischen Klinik G._____ zwar viele anamnestisch festgestellte Beschwerden aufgeführt, jedoch wird keine konkrete Diagnose gestellt, geschweige denn eine Angabe zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gemacht. Ebenso ändern auch die Angaben von Dr. med. K._____ in seinem Bericht vom 6. Mai 2013 (act. IIA 112 S. 2 ff.) nichts, zumal dieser die anamnestisch geklagten Beschwerden nicht objektivieren konnte und festhielt, dass in der Regel solche Beschwerden innerhalb Wochen bis ein paar Monaten wieder spontan verschwinden würden.

Einzig die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F._____ führt in ihrem Bericht vom 6. Juli 2012 (act. II 63) aus, dass der Beschwerdeführer seit 2009 zu 100 % arbeitsunfähig sei (S. 2 Ziff. 5). Ihr Bericht enthält jedoch kein Indiz, das gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung des RAD sprechen würde: Sie stellt denn auch keine klaren Diagnosen, sondern führt nur pauschal aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe, und weist zudem auf psychosoziale und soziokulturelle Faktoren hin, wenn sie festhält, dass das familiäre Gleichgewicht instabil sei, seit die Ehefrau körperliche Beschwerden habe. Diesbezüglich gilt es zu beachten, dass psychosoziale und soziokulturelle Faktoren als äussere Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden können (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Darüberhinaus darf und soll das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt –

wie vorliegend Dr. med. F. _____ – und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG, heute: BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.6.2 Soweit der Beschwerdeführer in seiner Replik vom 11. April 2014 (Verfahren IV/2013/1039 bzw. IV/2013/1040 [in den Gerichtsakten, S. 2 f. Art. 3 und Art. 4]) schliesslich vorbringt, die RAD-Ärztin habe sich nicht vertieft mit dem Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 26. Januar 2011 (act. II 42.1) – welches anlässlich der Rentenzusprache vom 16. September 2011 (act. II 56) noch als schlüssig und nachvollziehbar beurteilt worden war – befasst und dieses sogar kritisiert, verfängt diese Kritik nicht: Die Aufgabe der RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ bestand darin, den *aktuellen* Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Revisionszeitpunkt abzuklären. Dieser Aufgabe ist sie im Rahmen der von ihr durchgeführten Untersuchung und auch durch die Zuweisung an zwei weitere Fachpersonen der Disziplinen Neurologie und Neuropsychologie nachgekommen. Ihre Schlüsse hat sie schliesslich nach Einsicht in die Berichte von Dr. med. H. _____ vom 12. Februar 2013 (act. II 88) und Dr. phil. I. _____ vom 26. Februar 2013 (act. II 91) unabhängig vom früheren Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 26. Januar 2011 (act. II 42.1) gezogen, was nicht zu beanstanden ist.

3.6.3 Die im Beschwerdeverfahren nach durchgeführtem Schriftenwechsel erfolgten Eingaben des Beschwerdeführers führen ebenfalls zu keinen anderen Schlüssen. Auf die Angaben im Arztbericht vom 30. Juni 2014 des Psychiaters Dr. med. M. _____, welcher den Beschwerdeführer seinen Angaben zufolge seit 25. Februar 2014 behandelt, kann im vorliegenden Verfahren schon deshalb nicht abgestellt werden, weil hier einzig der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügungen massgebend ist (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140), welcher von besagtem Bericht nicht erfasst wird. Soweit in der Eingabe vom 24. Juli 2014 sodann weitere Beschwerden somatischer Natur geltend gemacht werden, erübrigen sich gestützt auf die Ausführungen von Dr. med. K. _____ entsprechende Weiterungen: Dieser hat in seinem Bericht vom 6. Mai 2013 (act. IIA 112

S. 2 ff.) sowohl hinsichtlich der geklagten Schwindelanfälle und Zervikobrachialgien wie auch allfälliger Beschwerden an den Extremitäten keine auffälligen Befunde erhoben, dies insbesondere gestützt auf das Ergebnis einer MRI-angiologischen Untersuchung.

3.7 Nach dem Ausgeführten erweist sich der erhebliche medizinische Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten, so dass hiervon in antizipierter Beweiswürdigung abzusehen ist (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Es ist damit davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer spätestens ab Januar 2012 die Wiederaufnahme einer angepassten, nicht schweren oder regelmässig mittelschweren körperlichen Tätigkeit ohne allzu grosse Stressbelastung, unter Berücksichtigung einer maximal 20 Minuten dauernden, ununterbrochenen Gehstrecke und ohne Nacharbeit in einem vollen Pensum zumutbar ist.

4.

4.1 Auf der Grundlage des festgestellten Zumutbarkeitsprofils (E. 3.7 hiervor) ist der IV-Grad des Beschwerdeführers anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.3 hiervor).

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325, 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöh-

ne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

4.1.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs bzw. im Zeitpunkt der Rentenrevision massgebend (vgl. E. 2.6 hiervor), wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

4.2 Der von der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 23. Oktober 2013 vorgenommene Einkommensvergleich (act. IIA 116 S. 2 f.) wurde vom Beschwerdeführer nicht kritisiert und ist denn auch zutreffend und nicht zu beanstanden.

Bei einem monatlichen Valideneinkommen gemäss dem letzten Arbeitgeber im Jahr 2009 von Fr. 5'380.– (act. II 18 S. 2 Ziff. 16), was indexiert auf das Jahr 2012 ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 71'281.– ergibt ($\text{Fr. } 5'380.- \times 13 / 121.6 \times 122.1$ [Indexierung 2009 auf 2010, Nominallohnindex Männer, Zeile D „Verarbeitendes Gewerbe, Industrie“] / 100 x 101.5 [Indexierung 2010 auf 2012, Nominallohnindex Männer, Zeile C „Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren“]), einem Invalideneinkommen nach Tabellenlohn der LSE von Fr. 62'353.80 ($\text{Fr. } 4'901.- \times 12$ [LSE 2010, Tabelle TA1, Männer, Total, Anforderungsniveau 4] / 40 x 41.7 [Betriebsübliche Arbeitszeit] / 100 x 101.7 [Indexierung auf 2012]) und – wie von der Beschwerdegegnerin zutreffend dargelegt – einem behinderungsbedingten Abzug von 5 % aufgrund der Unzumutbarkeit von Schwerarbeit ($\text{Fr. } 62'353.80 \times 0.95 = \text{Fr. } 59'236.10$ [vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.3

S. 481]), resultiert ein rentenausschliessender IV-Grad von 17 % ([Fr. 71'281.– ./ Fr. 59'236.10] / Fr. 71'281.– x 100). Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

4.3 Zu prüfen ist weiter die Zulässigkeit der rückwirkenden Rentenaufhebung per 31. Dezember 2011 (act. IIA 116).

4.3.1 Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten und Hilflosenentschädigungen erfolgt rückwirkend vom Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung, wenn die unrichtige Ausrichtung einer Leistung darauf zurückzuführen ist, dass der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder der ihm gemäss Art. 77 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. b IVV).

Jede wesentliche Änderung in den für eine Leistung massgebenden Verhältnissen ist von den Bezügerinnen und Bezüger, ihren Angehörigen oder Dritten, denen die Leistung zukommt, dem Versicherungsträger oder dem jeweils zuständigen Durchführungsorgan zu melden (Art. 31 Abs. 1 ATSG). Art. 77 IVV konkretisiert diesbezüglich, dass der Berechtigte oder sein gesetzlicher Vertreter sowie Behörden oder Dritte, denen die Leistung zukommt, jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung, namentlich eine solche des Gesundheitszustandes, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit, der Hilflosigkeit oder des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes, der persönlichen und gegebenenfalls der wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten, unverzüglich der IV-Stelle anzuzeigen haben. Für den Tatbestand der Meldepflichtverletzung ist ein schuldhaftes Fehlverhalten erforderlich, wobei nach ständiger Rechtsprechung bereits eine leichte Fahrlässigkeit genügt (BGE 118 V 214 E. 2a S. 218; Entscheid des BGer vom 15. Juli 2011, 9C_226/2011, E. 4.2.1).

4.3.2 Vorliegend ist aufgrund der Akten – insbesondere der Ergebnisse der BvO (act. II 97) – überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die Verbesserung der gesundheitlichen Situation bereits im Januar 2012 bestanden hat (E. 3.7 hiervor). Diese Veränderung hat der Beschwerdeführer jedoch unbestrittenermassen nicht aus eigenem Antrieb gemeldet. Es ist ihm daher mindestens eine pflichtwidrige Unvorsichtigkeit im Sinne von Fahr-

lässigkeit vorzuwerfen, womit der Tatbestand der schuldhaften Meldepflichtverletzung gemäss Art. 77 IVV erfüllt ist. Die schuldhafte Verletzung der Meldepflicht hat eine rückwirkende Änderung der Leistung zur Folge (vgl. E. 4.3.1 hiervor).

Die Rentenleistung ist demnach zu Recht rückwirkend per 31. Dezember 2011 aufgehoben worden. Die gegen die rückwirkende Aufhebung der IV-Rente erhobene Beschwerde vom 22. November 2013 ist damit abzuweisen.

5.

Streitig und zu prüfen ist weiter die Rechtmässigkeit der mit Verfügung vom 20. September 2013 (act. IIA 114) per Ende Dezember 2011 verfügten Einstellung der Hilflosenentschädigung (vgl. Beschwerde vom 22. Oktober 2013, Verfahren IV/2013/930).

5.1

5.1.1 Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Art. 42 Abs. 1 IVG). Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Als hilflos gilt ebenfalls eine Person, welche zu Hause lebt und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist. Ist nur die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit mindestens ein Anspruch auf eine Viertelsrente gegeben sein. Ist eine Person lediglich dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen, so liegt immer eine leichte Hilflosigkeit vor (Art. 42 Abs. 3 IVG).

5.1.2 Die Hilflosigkeit gilt als schwer, wenn die versicherte Person vollständig hilflos ist. Dies ist der Fall, wenn sie in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter

angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 37 Abs. 1 IVV).

5.1.3 Die Hilflosigkeit gilt als mittelschwer, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln

- a. in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist;
- b. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf; oder
- c. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV angewiesen ist (Art. 37 Abs. 2 IVV).

Nach der Rechtsprechung ist im Rahmen von lit. a dieser Bestimmung Hilfsbedürftigkeit in mindestens vier alltäglichen Lebensverrichtungen vorausgesetzt (BGE 121 V 88 E. 3b S. 90).

5.1.4 Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln

- a. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist;
- b. einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf;
- c. einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwändigen Pflege bedarf;
- d. wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann; oder
- e. dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV angewiesen ist (Art. 37 Abs. 3 IVV).

5.1.5 Nach der herrschenden Praxis (BGE 133 V 450 E. 7.2 S. 463) sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen relevant:

- Ankleiden, Auskleiden;
- Aufstehen, Absitzen, Abliegen;
- Essen;
- Körperpflege;
- Verrichtung der Notdurft;
- Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme.

Bei Lebensverrichtungen, welche mehrere Teilfunktionen umfassen, ist nach der Rechtsprechung nicht verlangt, dass die versicherte Person bei der Mehrzahl dieser Teilfunktionen fremder Hilfe bedarf; vielmehr ist bloss erforderlich, dass sie bei einer dieser Teilfunktionen regelmässig in erheblicher Weise auf direkte oder indirekte Dritthilfe angewiesen ist (BGE 121 V 88 E. 3c S. 91).

Die benötigte Hilfe kann praxisgemäss nicht nur in direkter Dritthilfe, sondern auch bloss in Form einer Überwachung der versicherten Person bei Vornahme der relevanten Lebensverrichtungen bestehen, indem etwa die Drittperson sie auffordert, eine Lebensverrichtung vorzunehmen, die sie wegen ihres psychischen Zustandes ohne besondere Aufforderung nicht vornehmen würde (sog. indirekte Dritthilfe; BGE 133 V 450 E. 7.2 S. 463).

5.1.6 Die in Art. 37 IVV verwendeten Begriffe "Pflege" und "Überwachung" beziehen sich nicht auf die alltäglichen Lebensverrichtungen. Es handelt sich vielmehr um eine Art medizinischer oder pflegerischer Hilfeleistung, welche infolge des physischen oder psychischen Zustandes der versicherten Person notwendig ist. "Dauernd" hat dabei nicht die Bedeutung von "rund um die Uhr", sondern ist als Gegensatz zu "vorübergehend" zu verstehen. Unter dem Begriff der "Pflege" ist zum Beispiel die Notwendigkeit zu verstehen, täglich Medikamente zu verabreichen oder eine Binde anzuheften. Die Notwendigkeit der persönlichen Überwachung ist beispielsweise dann gegeben, wenn eine versicherte Person wegen geistiger Absenzen nicht während des ganzen Tages allein gelassen werden kann. Es ist nur eine dauernde persönliche Überwachung von einer gewissen Intensität anspruchsbegründend (BGE 107 V 136 E. 1b S. 139; ZAK 1990

S. 46 E. 2c; Entscheid des BGer vom 15. Oktober 2008, 8C_158/2008, E. 5.2.1). Aus einer bloss allgemeinen und kollektiven Aufsicht (etwa im Rahmen einer Schule, eines Heims, einer Klinik oder einer Behindertenwerkstätte) kann keine rechtlich relevante Hilflosigkeit abgeleitet werden (Entscheid des BGer vom 24. August 2009, 8C_310/2009, E. 8).

5.1.7 Damit eine laufende Hilflosenentschädigung erhöht, reduziert oder aufgehoben werden kann, ist eine erhebliche Veränderung des ihr zugrunde liegenden Sachverhalts erforderlich (Art. 17 Abs. 2 ATSG, Art. 35 Abs. 2 Satz 1 IVV; UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 2. Aufl. 2009, Art. 17 N. 43). Die zur Rentenanpassung entwickelten Grundsätze hinsichtlich der Vergleichszeitpunkte, des Grundsatzes der Anpassung für die Zukunft und des Verfahrens (vgl. E. 2.5 und E. 2.6 hiavor) gelten analog (KIESER, a.a.O., Art. 17 N. 44).

5.2 Vorliegend ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. September 2013 (act. IIA 114) mit demjenigen im Zeitpunkt der Verfügung vom 29. September 2011 (act. II 58) zu vergleichen (vgl. E. 2.6 i.V.m. E. 5.1.7 hiavor).

5.2.1 Dem anlässlich der erstmaligen Zusprache von Hilflosenentschädigung erstellten Abklärungsbericht vom 12. Juli 2011 (act. II 46) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen, d.h. insbesondere durch einen raschen Abbau der kognitiven Fähigkeiten wie auch durch einen psychischen Gesundheitsschaden, nicht mehr in der Lage war, alleine den Alltag zu meistern (vgl. S. 2 Ziff. 1). Insbesondere war er auf dauernde Pflege durch seine Ex-Ehefrau zur Einnahme der Medikamente angewiesen (S. 3 Ziff. 3), bedurfte dauernder persönlicher Überwachung, weil er nicht mehr in der Lage war, sein Handeln zu beurteilen (Ziff. 4), war auf Hilfe beim An-/Auskleiden, Essen, bei der Körperpflege und bei der Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte angewiesen (S. 4 f. Ziff. 6). Dadurch entstand ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung von durchschnittlich mindestens zwei Stunden pro Woche, welcher durch die Ex-Ehefrau abgedeckt wurde, mit welcher der Beschwerdeführer seit August 2010 wieder zusammenwohnte (S. 5 f. Ziff. 7). Als psychischen Gesundheitsschaden hatte der psychiatrische Gutachter Dr. med. E. _____ in seinem Gutachten vom 26. Januar

2011 (act. II 42.1) einen ängstlichen, zu Agitiertheit und Affektinkontinenz neigenden Regressionszustand mit/bei starkem Verdacht auf mittelgradige vaskuläre Demenz mit gemischter Symptomatik (ICD-10: F01.04/84) und einem Verdacht auf beginnende organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F07.0) diagnostiziert (S. 16 Ziff. 4.1).

5.2.2 Die damaligen Untersuchungsergebnisse inklusive die Diagnosen von Dr. med. E. _____ konnten von der RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ im Rahmen der Revision nicht bestätigt werden. Vielmehr ist gestützt auf die Ergebnisse der rechtmässig durchgeführten BvO (vgl. E. 3.4 hiervor) ein deutlich verbesserter Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mit entsprechenden positiven Auswirkungen auf die Hilflosigkeit des Beschwerdeführers erstellt und – wie beim Rentenanspruch (vgl. E. 3.5 hiervor) – ein Revisionsgrund gegeben, weshalb auch der Anspruch des Beschwerdeführers auf Hilflosenentschädigung frei zu prüfen ist (vgl. E. 2.6 i.V.m. E. 5.1.7 hiervor).

5.3 Gestützt auf die eingeholten Berichte der RAD-Ärzte Dres. med. H. _____ vom 12. Februar 2013 (act. II 88) und J. _____ vom 21. März 2013 (act. II 96) bzw. vom 29. April 2013 (act. II 99) sowie des Neuropsychologen Dr. phil. I. _____ vom 26. Februar 2013 (act. II 91) bestehen weder aus neurologischer noch aus neuropsychologischer oder psychiatrischer Sicht irgendwelche Anhaltspunkte für eine Einschränkung in den für die Frage der Hilflosigkeit massgebenden Bereichen. Während im Abklärungsbericht vom 12. Juli 2011 (act. II 46) noch festgehalten wurde, dass der Beschwerdeführer sein Handeln nicht mehr beurteilen könne, dass er nur kurze Wege ausser Haus in Begleitung bewältigen könne, dass tagsüber die Haustüre abgeschlossen werden müsse, damit er nicht weglaufe (S. 3 Ziff. 4), dass der Beschwerdeführer sich weder selber anziehen noch selber essen könne und sich nur sehr wenige Informationen auf einmal merken könne (S. 4 Ziff. 6.1 bis Ziff. 6.4), dass er sich in der Stadt nicht wohl fühle und ihn die vielen Menschen überfordern würden (S. 6 Ziff. 7.1), dass er das Telefon nicht mehr benutze und dass er sich sozial zurückziehe und nur noch mit seiner Ex-Ehefrau kommuniziere (Ziff. 7.2), ist aus der Berichterstattung zur BvO (act. II 97) und aus den entsprechenden Videoaufzeichnungen klar ersichtlich, dass der Beschwerdeführer sich unge-

zwungen und ohne sichtbare Probleme sowohl alleine, wie auch mit seiner Ex-Ehefrau in der Öffentlichkeit bewegt, sich mit anderen Personen unbeschwert unterhält, selber und auch alleine sein Auto lenkt, längere Strecken (alleine) zu Fuss zurücklegt, sich Informationen wie offenbar den Sicherheitscode am Bancomat merken kann und telefoniert. Die in medizinischer Hinsicht gewonnen Erkenntnisse zur Verbesserung bezüglich der für eine Einschränkung in den für die Frage der Hilflosigkeit massgebenden Bereichen (act. II 88, act. II 91, act. II 96) wurden somit durch die Feststellungen anlässlich der BvO bestätigt (act. II 97). Offensichtlich entfällt damit ein Anspruch auf Hilflosenentschädigung. Bei dieser Aktenlage durfte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Hilflosenentschädigung auch ohne Einholen eines neuen Abklärungsberichtes Hilflosenentschädigung verneinen, zumal bei psychischen bzw. geistigen Störungen den ärztlichen Feststellungen ohnehin mehr Gewicht beizumessen ist als den im Haushalt durchgeführten Abklärungen (BGE 133 V 450 E. 11.1.1 S. 468).

Hinsichtlich des Anspruchs auf Hilflosenentschädigungen erweist sich deshalb sowohl der medizinische wie auch der tatsächliche Sachverhalt als genügend abgeklärt und es ist in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) davon auszugehen, dass von weiteren Beweismassnahmen, wie sie der Beschwerdeführer in der Beschwerde vom 22. Oktober 2013 (Verfahren IV/2013/930) implizit beantragt, keine zusätzlichen Erkenntnisse mehr zu erwarten sind.

5.4 Gestützt auf die Akten und insbesondere die Ergebnisse der BvO (act. II 97) ist eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits in der Zeit vor Januar 2012 ausgewiesen (vgl. E. 3.7 hiervor). Analog zum Rentenverfahren hat der Beschwerdeführer auch bezüglich der Hilflosenentschädigung diese Verbesserung nicht aus eigenem Antrieb gemeldet und damit mindestens in pflichtwidriger Unvorsichtigkeit im Sinne von Fahrlässigkeit den Tatbestand der schuldhaften Meldepflichtverletzung gemäss Art. 77 IVV erfüllt (vgl. E. 4.3.1 und E. 4.3.2 hiervor).

Die schuldhafte Verletzung der Meldepflicht hat eine rückwirkende Änderung der Leistung zur Folge und die Hilflosenentschädigung ist zu Recht rückwirkend per Ende des Vormonats, d.h. per 31. Dezember 2011, aufge-

hoben worden. Die gegen die rückwirkende Aufhebung der Hilflosenentschädigung erhobene Beschwerde vom 22. November 2013 ist unbegründet und damit abzuweisen.

6.

Zu prüfen bleibt schliesslich die von der Beschwerdegegnerin am 31. Oktober 2013 verfügte Rückerstattung der seit Januar 2012 unrechtmässig bezogenen Rentenleistungen und Hilflosenentschädigungen.

6.1 Unrechtmässig bezogene Leistungen sind zurückzuerstatten. Wer Leistungen in gutem Glauben empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn eine grosse Härte vorliegt (Art. 25 Abs. 1 ATSG).

6.2 Nach dem Gesagten bezog der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2012 zu Unrecht eine IV-Rente (vgl. E. 4 hiavor) und eine Hilflosenentschädigung (vgl. E. 5 hiavor). Diese Leistungen unterliegen der Rückerstattungspflicht. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer ergänzenden Beschwerdeantwort vom 28. Januar 2014 im Verfahren IV/2013/1039 bzw. IV/2013/1040 (in den Gerichtsakten) ausgeführt, dass die Sistierung der Hilflosenentschädigung im Juli 2013 bzw. diejenige der Rente im September 2013 umgesetzt worden ist und zugleich die Berechnung der entsprechenden Rückforderungen im Gesamtbetrag von Fr. 54'672.– dargelegt. In den Akten finden sich keine Anhaltspunkte, dass diese Rückforderung betragsmässig nicht korrekt oder die Verfügung anderweitig mangelhaft sein könnte. Dies wird denn auch vom Beschwerdeführer nicht (substanziert) bestritten. Die Beschwerde vom 22. November 2013 ist damit bezüglich der Rückforderung der verschiedenen IV-Leistungen ebenfalls abzuweisen.

7.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin sowohl die bisher ausgegerichtete ganze IV-Rente wie auch die Hilflosenentschädigung bei Hilflosigkeit mittleren Grades zu Recht rückwirkend per 31. Dezember 2011 aufgehoben und einen Betrag von insgesamt Fr. 54'672.– für zu Unrecht ausge-

richtete Rentenleistungen bzw. Hilflosenentschädigungen zurückgefordert. Die Beschwerden vom 22. Oktober 2013 bzw. vom 22. November 2013 erweisen sich nach dem Gesagten hinsichtlich aller drei angefochtenen Verfügungen vom 20. September 2013 (act. IIA 114), vom 23. Oktober 2013 (act. IIA 116) und vom 31. Oktober 2013 (act. IIA 118) als unbegründet und sind abzuweisen.

8.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festzulegen.

8.1.1 Die Verfahrenskosten im Beschwerdeverfahren IV/2013/930 (Hilflosenentschädigung), gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.–, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Sie werden dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

8.1.2 Die Verfahrenskosten im Verfahren IV/2013/1039 bzw. IV/2013/1040 (Rentenaufhebung und Rückforderung) werden aufgrund des Prozessgegenstandes mit zwei angefochtenen und separat zu prüfenden Verfügungen gerichtlich festgesetzt auf Fr. 1'000.–. Sie werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

8.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g GSOG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Verfahren IV/2013/930 (Hilflosenentschädigung), IV/2013/1039 (Rentenaufhebung) und IV/2013/1040 (Rückforderung) werden vereinigt.
2. Die Beschwerden vom 22. Oktober 2013 im Verfahren IV/2013/930 und vom 22. November 2013 in den Verfahren IV/2013/1039 und IV/2013/1040 werden abgewiesen.
3. Die Verfahrenskosten im Verfahren IV/2013/930 von Fr. 700.– sowie in den Verfahren IV/2013/1039 und IV/2013/1040 von Fr. 1'000.– werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und den geleisteten Kostenvorschüssen in gleicher Höhe entnommen.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt und Notar B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.