

200 19 719 IV
KOJ/ZID/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. Juni 2020

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwältin C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. August 2019



Sachverhalt:

A.

Dem 1964 geborenen A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde auf Anmeldung vom Dezember 2002 hin (Akten der IV-Stelle [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 7) gestützt auf ein Gutachten der MEDAS D. _____ vom 11. Juli 2005 (AB 25) ab September 2002 eine ganze Invalidenrente zugesprochen (Verfügung vom 27. Oktober 2005; AB 28/3 f.). Diesen Rentenanspruch bestätigte die IVB wiederholt revisionsweise (AB 51 [2009], 61 [2011], 71 [2013]).

B.

Im Rahmen einer weiteren, im Februar 2016 von Amtes wegen eingeleiteten Revision ergänzte die IVB die Akten mit aktuellen Arztberichten (AB 77, 89, 94 f., 112, 125/5 ff.) und den in einem Strafverfahren ergangenen Gutachten der E. _____ vom 9. Oktober 2013 (AB 81.4) mitsamt Ergänzung vom 27. Mai 2015 (AB 81.2) sowie der F. _____ vom 23. November 2015 mitsamt Ergänzung vom 10. Februar 2016 (AB 81.3). Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 98) hin liess die IVB den Versicherten ihrerseits bidisziplinär (psychiatrisch/neuropsychologisch) begutachten (Expertise der MEDAS G. _____ vom 20. Oktober 2017; AB 118). Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs (AB 119, 125) sistierte sie die Rentenzahlungen mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 6. September 2018 (AB 126; vgl. auch AB 128) per sofort, da mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass der Rentenanspruch seit mehreren Jahren nicht mehr gegeben sei. Mit Vorbescheid vom 10. September 2018 stellte sie zudem in Aussicht, die Rente rückwirkend per 31. Oktober 2013 aufzuheben (AB 127), da spätestens seit Vorliegen des Gutachtens der psychiatrischen Dienste E. _____ vom 9. Oktober 2013 (AB 81.4) eine Verletzung der Meldepflicht vorliege. Auf Einwand des Versicherten (AB 132, 136) sowie Stellungnahmen des RAD (AB 140) und des Versicherten (zur Wahrung des rechtlichen Gehörs; AB 150) hin verfügte sie am 6. August 2019 wie angekündigt (AB 156).

C.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin C._____, mit Eingabe vom 16. September 2019 Beschwerde erheben und was folgt beantragen:

1. Es sei die Verfügung vom 6. August 2019 aufzuheben.
2. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen gemäss IVG, namentlich eine ganze Invalidenrente, auch über den 31. Oktober 2013 hinaus zu gewähren.
3. Es sei der Beschwerdeführer durch das Gericht medizinisch begutachten zu lassen.
4. Eventualiter sei die Sache zwecks Einholung eines Gutachtens und anschliessender Entscheidung über den Leistungsanspruch an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Gleichzeitig beantragte er die unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin C._____ als amtliche Anwältin.

Mit Beschwerdeantwort vom 18. Dezember 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 17. Januar 2020 bzw. Duplik vom 19. Februar 2020 sowie mit Eingabe vom 27. Februar 2020 (Triplik) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staats-

anwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 6. August 2019 (AB 156). Streitig und zu prüfen ist die rückwirkende Aufhebung der ganzen Invalidenrente des Beschwerdeführers per 31. Oktober 2013. Nicht zu prüfen ist eine allenfalls im Nachgang an den Vorbescheid vom 2. Dezember 2019 (AB 164) ergangene Rückerstattungsverfügung (vgl. auch Beschwerde, S. 10 Ziff. 19).

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

1.4 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbe-

reich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.1.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

2.1.2 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.1.3 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Ag-

gravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

2.1.4 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294).

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 bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und all-fälliger 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 Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

2.5 Ändert sich der Invaliditätsgrad 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).

2.5.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.5.2 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 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

2.5.3 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). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

2.6 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 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) 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; SVR 2012 IV Nr. 12 S. 62 E. 4.2.1).

2.7 Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten und Hilflosenentschädigungen erfolgt rückwirkend ab 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 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (aArt. 88^{bis} Abs. 2 lit. b IVV, in Kraft bis 31. Dezember 2014). Gemäss dem revidierten Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. b IVV (in Kraft seit 1. Januar 2015) erfolgt die rückwirkende Leistungsanpassung bei einer Meldepflichtverletzung oder bei einer unrechtmässigen Erwirkung der Leistung unabhängig davon, ob diese ein Grund für die Weiterausrichtung der Leistung war.

3.

Zu überprüfen ist die umstrittene (rückwirkende) Rentenaufhebung. Hierzu ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der Verfügung vom 27. Oktober 2005 (AB 28/3 f.; da anlässlich der Rentenbestätigungen gemäss Mitteilungen vom 5. Juni 2009 [AB 51], 25. Januar 2011 [AB 61] und 8. Mai 2013 [AB 71] keine umfassende Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen erfolgte, sind diese insoweit unbeachtlich [vgl. E. 2.5.3 hiervor]) mit demjenigen im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 6. August 2019 (AB 156) zu vergleichen und zu prüfen, ob in dieser Zeit eine Änderung insbesondere in den medizinischen Verhältnissen eingetreten ist, welche geeignet ist, den bisherigen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.1 hiervor). Sollte im massgebenden Vergleichszeitraum eine relevante Änderung eingetreten sein, wäre in einem weiteren Schritt zu prüfen, wie sich

diese auf den bisherigen Rentenanspruch auswirkt (vgl. E. 2.5.2 und 2.7 hiervor).

3.1 Die Ausrichtung der ganzen Rente erfolgte im Wesentlichen aufgrund der im interdisziplinären Gutachten der MEDAS D. _____ vom 11. Juli 2005 gestellten Diagnosen einer schizoaffektiven Störung, depressiv (ICD-10 F25.1; differentialdiagnostisch Schizophrenie [ICD-10 F20.00]; Pseudodemenz im Sinne einer ausgeprägten Minus-Symptomatologie), und eines dissoziativen Stupors (ICD-10 F44.2; AB 25/14 Ziff. 6). Aus den Ergebnissen der durchgeführten Explorationen und Untersuchungen hätten sich alle geltend gemachten Beschwerden vollumfänglich medizinisch begründen und damit als Beeinträchtigungen objektivieren lassen. Psychiatrisch bestehe eine schwere und seit 2001 weitgehend therapieresistente paranoid-halluzinatorische psychotische Symptomatik. Zusätzlich bestehe eine deutlich depressive affektive Störung. Differentialdiagnostisch könnten eine schizoaffektive Störung oder eine Schizophrenie diskutiert werden. Hinzu kämen schwere dissoziative Zustände stuporöser Ausprägung, welche zu einer vollständigen passageren Hilflosigkeit führten. Diese seien am ehesten im Zusammenhang mit wiederholten schweren psychischen Traumata zu sehen (Blutrache, Einzelhaft ohne Tageslicht unter dem L. _____-Regime). Eine genaue diagnostische Zuordnung sei für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit in diesem Fall nicht relevant, da die Störung psychopathologisch äusserst schwerwiegend sei und sogar eine selbständige Lebensführung weitgehend verunmögliche. Dies werde auch durch die schwer beeinträchtigten neuropsychologischen Testresultate zusätzlich belegt, indem aus neuropsychologischer Sicht ein schweres pseudodemenzielles Syndrom mit erheblichen Beeinträchtigungen nahezu aller kognitiven Funktionen habe festgestellt werden können. Neurologisch hätten sich keine Hinweise für eine – im herkömmlichen Sinne – hirnorganische Genese seiner schweren geistig-psychischen Störungen ergeben. Bezüglich der Beeinträchtigungen hätten sich weder nennenswerte Diskrepanzen noch Erweiterungen zu den schon vorliegenden Befundberichten (vgl. die forensisch-psychiatrischen Gutachten der H. _____ vom 24 Juni 2002 [AB 16/2 ff.] und des I. _____ vom 26. Februar 2003 [AB 16/19 ff.] sowie die Berichte der J. _____ vom 9. Juli 2003 [AB 10] und des behandelnden Psychiaters med. pract. K. _____ [im Medizinalberufere-

gister {www.medregom.admin.ch} ist kein Facharztstitel ausgewiesen] vom 19. Mai 2004 [AB 21]) ergeben (AB 25/13 Mitte). Unter Berücksichtigung dieser Beeinträchtigungen verblieben keine Funktionen und Belastbarkeiten für eine berufliche Tätigkeit (AB 25/14 unten).

3.2 Hinsichtlich der seither eingetretenen Entwicklung des Gesundheitszustandes lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.2.1 Mit Schreiben vom 31. Mai 2016 übermittelte die Staatsanwaltschaft des Kantons Bern, Besondere Aufgaben, unaufgefordert die Gutachten der E._____ vom 9. Oktober 2013 (AB 81.4) mitsamt Ergänzung vom 27. Mai 2015 (AB 81.2) sowie der F._____ vom 23. November 2015 mitsamt Ergänzung vom 10. Februar 2016 (AB 81.3), dies unter Hinweis auf die gutachterlichen Schlussfolgerungen, wonach sich keine erheblich schwere psychische Störung mit ausreichender Sicherheit diagnostizieren lasse (AB 81.1/1).

3.2.1.1 Im Gutachten der E._____ vom 9. Oktober 2013 wird eine psychiatrische Diagnose verneint, dies sowohl aktuell wie auch für den strafrechtlich relevanten früheren Zeitraum; als Ursache für das Gesamtbild komme am ehesten ein sekundärer Krankheitsgewinn (Vermeidung unangenehmer Handlungsfolgen [Inhaftierung, Prozess, finanzielle Vorteile]) in Frage, daneben sei auch wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer auf die initiale Inhaftierung mit einer depressiven Episode reagiert habe (AB 81.4/69, 81.4/76 Mitte). Hinsichtlich der Bandbreite der früher gestellten Diagnosen sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer bis ca. Ende 2001 offenbar kaum psychiatrische Auffälligkeiten mit Ausnahme einer Phase eines erhöhten Alkoholkonsums gezeigt habe. Ab Herbst 2001 sei eine depressive Symptomatik mit psychotischer Entwicklung beschrieben worden, im weiteren Verlauf dann auch Suizidalität. Es seien in der Folge Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis gestellt worden wie auch neurotische Entwicklungen mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), einer dissoziativen Amnesie und Stupor mit bis hin zu pseudodementiellen Zuständen und Änderung der Persönlichkeit nach Extrembelastungen, letztere ebenso unter der Annahme traumatischer Erlebnisse. Weiterhin sei eine Abhängigkeit von Alkohol beschrieben worden

mit dem Verdacht auf eine delirante Symptomatik im Rahmen eines Alkoholentzuges wegen der Inhaftierung im Jahr 2001 (AB 81.4/58 f. Ziff. 6.1). Gegen die Diagnose einer Schizophrenie würden das Alter der Erstmanifestation (37 Jahre), die situative Abhängigkeit der Symptome und das vollständige Nichtansprechen auf Medikamente oder andere therapeutische Massnahmen sprechen. Hinsichtlich des paranoid-wahnhaften Aspektes entstehe der Eindruck, dass der Diktator L. _____ insbesondere dann in Erscheinung trete, wenn der Beschwerdeführer auf deliktisches Verhalten angesprochen werde (AB 81.4/62). Zusammenfassend sei eher nicht davon auszugehen, dass die halluzinatorisch anmutenden Wahrnehmungen schizophren-psychotischen Ursprungs seien, letzteres vor allem aufgrund von Hinweisen auf einen nicht von der Hand zu weisenden Krankheitsgewinn durch die Symptomatik. Sprachverarmung, Apathie, sozialer Rückzug und Affektflachheit hätten weder im Gespräch bestanden noch ergäben sich Hinweise in der Vergangenheit (AB 81.4/63 oben). In Bezug auf eine (chronifizierte) PTBS handle es sich sowohl bei der Figur des Diktators als auch der Empfindung/Wahrnehmung der Schlange im Kopf um bewegte Bilder mit symbolhaften Attributen, die besonders in stressbesetzten Situationen zum Thema würden mit vager, inkonsistenter Beschreibung und gewisser Verbindung zur Biographie; beide seien offenbar gleichzeitig nach ca. zwei Monaten Haft im Jahr 2001 aufgetreten und zeigten funktionale, d.h. normalpsychologisch nachvollziehbare, sinnvolle Anteile. Zusammenfassend spreche sowohl der Zeitpunkt der Manifestation der Störung als auch ein zweckdienliches Auftreten gegen das Vorliegen einer PTBS. Sein Leiden führe der Beschwerdeführer primär auf die Angst vor der Verhaftung zurück und nur in geringem Ausmass auf früher erlebte traumatische Situationen. Insgesamt zeige sich für den Beschwerdeführer ein scheinbar unausweichlicher Konflikt in der Folge einer "Gesundung": Er wäre dann vernehmungs- und hafterstehungsfähig, was eine für ihn entsprechend negative Konsequenz bedeute. Dieser Umstand sei ihm mit einiger Sicherheit bewusst, ebenso die Tatsache, dass ihm in den vergangenen zehn Jahren vor dem Hintergrund psychischer Symptome eine Haftstrafe erspart geblieben sei (AB 81.4/64 f.). Es seien keine Hinweise für eine organische Ursache oder für Schäden durch Konsum illegaler Drogen oder Alkoholkonsum erkennbar, ebenso wenig für eine Persönlichkeitsstörung oder eine Intelligenzminderung (AB 81.4/69 Mitte).

Im Zusatzgutachten vom 27. Mai 2015 werden diese Schlüsse bestätigt; es bestünden keinen neuen Erkenntnisse, die zu einer Änderung der Beurteilung des Hauptgutachtens führten (AB 81.2/7 f.).

3.2.1.2 Auch gemäss Gutachten der F. _____ vom 23. November 2015 und Ergänzung vom 10. Februar 2016 lässt sich keine der früher gestellten Diagnosen bestätigen; weder seien die Kriterien einer PTBS noch die einer schizoaffektiven Störung, noch einer Alkoholkrankheit, noch die einer dissoziativen Störung überzeugend zu belegen (AB 81.3/56 Mitte). Erwähnt werden täuschende, histrionische und manipulative Anteile, welche im Rahmen einer Persönlichkeitsakzentuierung zu sehen seien, sich aber nicht einer schweren psychischen Störung zuordnen liessen (AB 81.3/60 f. Ziff. 1). Nur selten treffe man bei einer Person derart auseinandergehende psychiatrische Beurteilungen an wie im vorliegenden Fall. Festzuhalten sei zunächst, dass der Beschwerdeführer erst in Haft im Jahr 2001 und bei einer laufenden Strafuntersuchung wegen Drogenhandel psychische Symptome angegeben habe und zuvor noch nie in psychiatrischer Behandlung gewesen sei. Er sei in der Folge von den ihn ambulant und stationär behandelnden psychiatrischen Ärzten über Jahre hinweg als nicht einvernahme- und nicht verhandlungsfähig beurteilt worden, und dies auch dann noch, als er 2013 im Bereich Drogendelinquenz erneut in Erscheinung getreten sei und ein neues Strafverfahren habe eröffnet werden müssen (AB 81.3/52). In den folgenden Jahren sei es zu extrem diskrepanten ärztlichen Beurteilungen gekommen (keine psychische Störung einerseits bzw. schwere psychische Störung mit wechselnden Diagnosen aus ganz unterschiedlichen Störungsbereichen andererseits), was zunächst darauf zurückzuführen sei, dass der Beschwerdeführer zu unterschiedlicher Zeit unterschiedliche Symptome angegeben oder präsentiert habe (AB 81.3/53 Mitte). Der aktuelle Untersuchungsbefund sei nicht unauffällig, sondern es seien eine übermässige Theatralik, das demonstrative Einnehmen einer Opferrolle, eine zugleich sehr geringe Kooperation, ein "sich-nicht-in-die-Karten-gucken-lassen", ein hoch manipulatives Auftreten, ein Fassadäres, wie angelernt und abgespult wirkendes, dramatisierendes Auftreten festzuhalten. Es sei weiter zu sehen, dass sich der Beschwerdeführer zu den Themenbereichen jenseits angegebener Belastungen ausgesprochen bedeckt halte und wiederholt Nichterinnern geltend mache; wo er aber doch

etwas sage, tauchten neue Widersprüche zu früher gemachten anamnestischen Angaben auf (AB 81.3/56 unten). Das gezeigte Präsentieren von erheblich schweren Symptomen, die üblichen Plausibilitätskriterien nicht standhielten bzw. sich nicht einem der üblichen Krankheitsbilder zuordnen liessen, lasse nun von Simulation und Aggravation sprechen (AB 81.3/58 unten). Der Belastung durch Einvernahmen und der Strafandrohung versuche sich der Beschwerdeführer durch das Präsentieren einer vielfältigen Symptomatik zu entziehen (AB 81.3/61 Ziff. 5).

3.2.2 Nachdem der behandelnde Psychiater med. pract. K. _____ schon früher von einem stationären bzw. verschlechterten Gesundheitszustand (mitunter infolge Verfolgungsängsten bzw. paranoiden psychotischen Erlebens bzw. Zunahme der dissoziativen Zustände seit der [Video-]Überwachung der Ehefrau) ausgegangen war (AB 42, 49, 56, 60, 66), attestierte er auch in den Berichten vom 8. Oktober 2016 und 12. Mai 2017 einen stationären Zustand (AB 89/2 und 112/2 je Ziff. 1). Er diagnostizierte eine andauernde Persönlichkeitsveränderung mit dissoziativen Zuständen nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0; komplexes chronisches PTSD) und (differentialdiagnostisch) eine schizoaffektive Störung (ICD-10 F25.1, wobei die Kriterien für eine schizophrene Störung gegeben seien, aber die traumatisch bedingten Aspekte überwogen; AB 89/2 und 112/2 je Ziff. 3), dies mit dem Hinweis, dass im Laufe der Erkrankung seit 2001 verschiedene Aspekte des Krankheitsprozesses zu verschiedenen Diagnosen geführt hätten, die sich gegenseitig nicht ausschlossen (AB 89/2 Ziff. 3; vgl. auch AB 89/7 und 89/10). Der Beschwerdeführer leide nach wie vor an wahnhaften bzw. dissoziativen Zuständen mit visuellen und auditiven Halluzinationen (AB 89/2 und 112/2 je Ziff. 4). Diese Zustände seien wechselnd ausgeprägt und würden dann auftreten, sobald darauf fokussiert werde (z.B. Schlangen im Kopf oder Erscheinen von L. _____); so träten eine grosse Angst und ein Stupor bei der Vorstellung eines Gefängnisses auf (AB 89/4 Ziff. 6; vgl. auch AB 112/6 f.). Der Beschwerdeführer sei seit 2001 und bis auf weiteres voll arbeitsunfähig (AB 89/4 und 112/3 je Ziff. 11). In den (beigelegten) Berichten vom 10. März 2014, 18. Mai 2016 und 12. Mai 2017 wies der Psychiater zudem auf erneute Retraumatisierungen nach der erneuten Verhaftung 2013 (AB 89/11 oben), der bevorstehenden Gerichtsverhandlung (nach Verneinung einer psychischen Erkrankung durch

den forensischen Gutachter [vgl. E. 3.2.1 hiervor]; AB 89/7 unten) und der bevorstehenden Untersuchung (vgl. E. 3.2.5 nachfolgend) hin (AB 112/7).

3.2.3 Nachdem die J. _____ anlässlich der wiederholten stationären Behandlungen zunächst eine schizoaffektive Störung, schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3; AB 94/20 [2003]), später eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0; AB 94/3 [2005]) und alsdann eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.00 bzw. F20.02), eine anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) und aktenanamnestisch ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig (seit 2001) abstinent (ICD-10 F10.20), diagnostiziert hatten (AB 94/16 [2008], 94/10 [2009], 60/5 = 94/13 [2010; Zuweisung auf freiwilliger Basis], 94/7 [2013; Zuweisung auf freiwilliger Basis, nachdem der Beschwerdeführer erneut von der Polizei wegen Verdachts auf Drogenhandel inhaftiert wurde {vgl. AB 95/2 oben}]), vermerkte diese anlässlich der auf freiwilliger Basis erfolgten Hospitalisation vom 19. Mai bis 17. Juni 2016 einzig noch aktenanamnestisch eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0; Austrittsbericht vom 24. November 2016 [AB 95/1]). Bei Eintritt habe der Beschwerdeführer Ängste geäussert, es könnte etwas passieren, ferner Verfolgungsgefühle, Beeinträchtigungsgefühle sowie die wahnhafte Vorstellung, eine Schlange im Kopf zu haben, auch habe er Stimmenhören angegeben, ohne Genaueres darüber sagen zu können, und fraglich auch visuelle Halluzinationen (AB 95/2 unten). Kurz nach dem Klinikeintritt habe sich herausgestellt, dass vom 30. Mai bis 1. Juni 2016 eine Verhandlung bezüglich der Ereignisse aus dem Jahr 2001 stattfinden sollte. Nachdem er ihrerseits für verhandlungs- und einvernahmefähig befunden worden sei, habe sich sein Anwalt daraufhin telefonisch dahingehend geäussert, dass "die Einweisung in die Klinik in diesem Fall völlig sinnlos" gewesen sei (AB 95/3 oben).

3.2.4 Nach Meinung des RAD-Arzttes Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 17. Januar 2017 (AB 98/3 f.) ist das Gutachten der MEDAS D. _____ vom 11. Juli 2005 (AB 25; vgl. E. 3.1 hiervor) nicht überzeugend und erst im Gutachten der E. _____ vom 9. Oktober 2013 (AB 81.4; vgl. E. 3.2.1.1 hiervor),

bestätigt durch das Gutachten der F. _____ vom 23. November 2015 (AB 81.3; vgl. E. 3.2.1.2 hiervor), werde überzeugend Stellung zum bisherigen Verlauf und zu den bisherigen, auch diagnostischen, Beurteilungen genommen. Diese beiden Gutachten schienen den ambulant behandelnden Psychiater jedoch nicht beeindruckt zu haben, zumal dieser in den nachfolgenden Berichten beharrlich an seinen Einschätzungen festhalte (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Hingegen schienen die J. _____ etwas kritischer gegenüber ihren früheren Beurteilungen geworden zu sein, sei doch im letzten Austrittsbericht vom 24. November 2016 nur noch aktenanamnestisch eine psychiatrische Diagnose angeführt worden (AB 95/1; vgl. E. 3.2.3 hiervor).

3.2.5 Im bidisziplinären (psychiatrischen/neuropsychologischen) Gutachten der MEDAS G. _____ vom 20. Oktober 2017 konnten keine Diagnosen gestellt werden. Bei gründlicher Auseinandersetzung mit allen Vorgutachten und den anamnestischen, fremd- und aktenanamnestischen Angaben sei in Übereinstimmung mit den Gutachten der E. _____ vom 9. Oktober 2013 (AB 81.4; vgl. E. 3.2.1.1 hiervor) und der F. _____ vom 23. November 2015 (AB 81.3; vgl. E. 3.2.1.2 hiervor) bei Nichtvorliegen einer psychiatrisch relevanten Störung eine ausgeprägte Ausgestaltungstendenz feststellbar. Die neuropsychologischen Testergebnisse seien aufgrund des aggravatorischen Verhaltens des Beschwerdeführers (auffälliges Antwortverhalten ausserhalb einer möglichen Zufallswahrscheinlichkeit) als nicht valide einzustufen (AB 118.1/6 f. Ziff. 5 f.). Im angewandten expliziten Beschwerdevalidierungstest (TOMM) seien in den drei Durchgängen durchschnittlich nur 85 % der Antworten richtig. Damit sei der "Cutoff" für eine wahrscheinlich verminderte Anstrengungsbereitschaft unterschritten. Zudem könnten selbst Patienten mit ausgewiesenen Gedächtnisdefiziten oder anderen Hirnfunktionsstörungen – bei gegebener Anstrengungsbereitschaft – durchschnittlich bessere Leistungen erzielen (AB 118.3/24 unten). Gemäss Wertungsalgorithmus nach SLICK ET AL. (1999) liege wahrscheinlich eine bewusste Aggravation vor. Aufgrund der wahrscheinlichen Aggravation könnten die testpsychologisch erhobenen Defizite nicht quantifiziert werden. Gemäss aktuellem psychiatrischem Fachgutachten bestünden keine Diagnosen, welche die Verhaltensauffälligkeiten in der neuropsychologischen Untersuchung sowie die kognitiven Defizite zu begründen ver-

möchten. Des Weiteren fänden sich in den Akten auch keine erklärenden Befunde für eine hirnorganische Ursache. Die neuropsychologischen Befunde seien nicht konsistent mit den akten- und eigenanamnestischen Angaben, wie auch nicht mit den medizinischen Diagnosen (AB 118.3/25).

Bei der psychiatrischen Untersuchung habe sich die Beurteilung als nicht einfach gezeigt, da der Beschwerdeführer angegeben habe, Gedächtnisprobleme zu haben, gleichzeitig aber Phasen seines Lebens detailgetreu geschildert habe. Sein völliges Unwissen betreffend die in detaillierten Berichten und Gutachten ausgeführten Vorgänge bezüglich vorgeworfenen Drogenhandels und Geldwäscherei seien unglaublich gewesen. Nachvollziehbar seien die Einschnitte in der Familiengeschichte mit dem Verlust des Vaters 1993 und später des Bruders sowie sein Aufenthalt im Militärgesängnis gewesen. Allerdings sei der Beschwerdeführer niemals in psychiatrischer Behandlung gewesen bis zur Festnahme wegen des Drogendelikts 2001 (AB 118.1/6 unten, 118.4/12 f. Ziff. 6.1). Daher stehe die vom Beschwerdeführer sehr spärlich angegebene Symptomentwicklung immer im Zusammenhang mit der Hafterstehungsfähigkeit; die von ihm geschilderten Symptome (Schlange im Kopf, Soldaten beim Einschlafen, von L. _____ geschickt) hätten genau die Funktion, ihn vor der Haft zu bewahren. Aufgrund seiner ausgeprägten Ausgestaltungstendenz bis hin zum gespielten Tremor, was mindestens als Aggravation wenn nicht als Simulation eingestuft werden müsse, könne jedoch eine verlässliche klinische Einordnung der möglicherweise teilweise vorhandenen Symptome nicht erfolgen (AB 118.4/13 Mitte). Eine depressive Störung habe zum Begutachtungszeitpunkt klar ausgeschlossen werden können. Die Diagnose einer Schizophrenie könne nach den ICD-Kriterien nicht gestellt werden. Der möglicherweise vorhandene Kern seiner Symptome entspreche am ehesten abendlichen Intrusionen. Die daraus resultierende Schlafstörung habe jedoch nicht das Ausmass, dass er nicht morgens um 08.00 Uhr pünktlich und ohne Morgentief beim Psychiater erscheinen könne (AB 118.1/6 unten, 118.4/13 unten). Die an Detailreichtum und Sorgfalt kaum zu übertreffenden Gutachten der E. _____ vom 9. Oktober 2013 (AB 81.4; vgl. E. 3.2.1.1 hiervor) und der F. _____ vom 23. November 2015 (AB 81.3; vgl. E. 3.2.1.2 hiervor) seien als voll gültig zu erachten und die Argumentation bezüglich fehlender Nachweisbarkeit verlässlicher ICD-10-Diagnosen

könnten bestätigt werden (AB 118.4/14). Im Austrittsbericht der J. _____ vom 24. November 2016 werde als Diagnose "aktenanamnestisch paranoide Schizophrenie" angegeben (AB 95/1; vgl. E. 3.2.3 hiervor) und somit keine eigene Diagnose gestellt; diese Diagnose sei aufgrund der beiden vorausgehenden forensisch-psychiatrischen Gutachten und der eigenen Untersuchung als nicht plausibel einzustufen. Die vom behandelnden Psychiater angegebenen Diagnosen (vgl. E. 3.2.2 hiervor) hätten nicht mit den ICD-10-Kriterien belegt werden können und seien nicht plausibel (AB 118.1/6 ff., 118.4/14 ff.). Von diesem fehlten Diskussionen der symptomaufrechterhaltenden Faktoren im Sinne des sekundären Krankheitsgewinns, Haftvermeidung, Vermeidung von Verantwortungsübernahme, Realitätserkennung, Bereitschaft, sich auch negativen Konsequenzen eigenen Verhaltens zu stellen. Auch würden von ihm keinerlei Inkonsistenzen diskutiert, was die Aussagekraft seiner Berichte stark einschränke (AB 118.4/24 Mitte). Es hätten sich im Laufe der Exploration ungewöhnlich viele Inkonsistenzen ergeben. Die Angaben zur Herkunft und zur früheren Geschichte sowie zur Blutrache seien rein subjektiv. Die Angaben des Beschwerdeführers in der Anamnese seien aufgrund äusserst geringer Kooperationsbereitschaft inhaltlich dürftig. Diese geringe Auskunftsbereitschaft wirke willentlich zielgerichtet. Vor allem die angegebenen Amnesien und das völlige Unwissen über ein angeblich vierjähriges Geschichtsstudium bezüglich einfachster Details der ... Geschichte stünden im Widerspruch zwischen logischer Kombinationsfähigkeit und Korrekturen seines Übersetzers, während dieser für ihn übersetzt habe. Der hier erhobene psychiatrische Befund widerspreche den Darstellungen in vielen Vorberichten. Beim Vergleich mit dem neuropsychologischen Gutachten zeige sich eine Diskrepanz zum psychopathologischen Befund; dort habe sich der Beschwerdeführer in deutlich schlechterem Zustandsbild gezeigt. In der Gesamtschau all dieser Aspekte müsse von einer ausgeprägten bewusstseinsnahen zielgerichteten Aggravation ausgegangen werden (AB 118.1/8 Ziff. 6.5, 118.4/21 ff. Ziff. 6.6). Aufgrund der grossen Widersprüche im Berichtswesen und der fast unmöglichen Anamneseerhebung für den Zeitraum 2013 bis 2016 könne zur Arbeitsfähigkeit retrospektiv keine sichere Aussage gemacht werden. Aufgrund der beiden sehr detaillierten und exakt recherchierten sowie bezüglich Beschwerdevalidierung sauber ausgearbeiteten Gutachten von 2013 und 2015 (vgl. E. 3.2.1 hiervor) sei von einer

vollen Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich ab dem ersten Gutachten vom 9. Oktober 2013 auszugehen (AB 118.1/9 Ziff. 6.7, 118.4/24 unten).

3.2.6 In Bezug auf das Gutachten der MEDAS G._____ (AB 118; vgl. E. 3.2.5 hiervor) bemängelte med. pract. K._____ in den Berichten vom 19. Juli und 7. Oktober 2018 im Wesentlichen, dass die schweren Folgen von sequentiellen Traumatisierungen (Terror durch Diktator und Blutrache mit dauernder Angst, ermordet zu werden) und der Beginn einer Störung durch Alkohol nicht berücksichtigt worden seien und dazu auch keine Fremdanamnese gemacht worden sei. Seiner Meinung nach handle es sich nicht um eine theatralische Darstellung, sondern um traumatisch bedingte Dissoziationen natürlich auch im Zusammenhang mit Angst vor dem Gefängnis (AB 125/5 = 136/2, 132/17). Der Beschwerdeführer möchte arbeiten, aber sein psychischer Zustand erlaube zurzeit eine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt nicht (AB 125/12 = 136/9, 132/18).

3.2.7 Die die Ehefrau des Beschwerdeführers behandelnde Dr. med. N._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, bezeugte im Bericht vom 28. September 2018, dass dieser an einer schweren psychischen Störung leide und daher nicht in der Lage sei, einer Berufstätigkeit nachzugehen. Seine wechselhaften Stimmungen mit psychotischen und paranoiden Anteilen belasteten auch das Zusammenleben in der Familie sehr (AB 132/13).

3.2.8 Mit Stellungnahme vom 28. Januar 2019 verwies der RAD-Arzt Dr. med. M._____ auf seine Einschätzung vom 17. Januar 2017 (AB 98/3 f.; vgl. E. 3.2.4 hiervor). Aus RAD-psychiatrischer Sicht habe keine Indikation für eine Einholung einer Fremdauskunft von med. pract. K._____ bestanden, da dessen Einschätzungen (vgl. E. 3.2.2 hiervor) hinlänglich bekannt gewesen seien (AB 140/5 f. je oben). Im Vergleich zum behandelnden Arzt sei gutachterlich eine Konsistenzprüfung durchgeführt und es seien die wesentlichen Inkonsistenzen zusammengefasst worden. Es sei gutachterlich ausführlich begründet worden, warum zumindest von einer bewussten/bewusstseinsnahen Aggravation, wenn nicht sogar von einer Simulation habe ausgegangen werden müssen. Den im Rahmen der Anhörung eingegangenen Berichten des behandelnden Psychiaters (vgl. E.

3.2.6 hiavor) seien keine neuen medizinischen Tatsachen zu entnehmen, welche eine Änderung der Beurteilung im Gutachten der MEDAS G. _____ (AB 118; vgl. E. 3.2.5 hiavor) bedingen würden. Aus RAD-psychiatrischer Sicht sei nicht auszumachen, inwiefern dieser die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und dessen Verhaltensweisen jemals kritisch hinterfragt habe und die offensichtlichen zahlreichen Inkonsistenzen jemals in dessen Beurteilungen miteinbezogen worden wären. Stattdessen sei ein häufiger Wechsel der diagnostischen Einschätzungen im Behandlungsverlauf auffällig. Es sei nicht überraschend, dass der Beschwerdeführer zur Aufrechterhaltung seines Krankheitsgewinns und der damit einhergehenden Vorteile bei anderen Personen Unterstützung suche und auch finde. Die Ehefrau des Beschwerdeführers habe gemäss Akten zumindest vorübergehend eine halbe Invalidenrente bezogen und sei im Auftrag einer Versicherung observiert worden, wobei anzunehmen sei, dass es Gründe hierfür gegeben habe. Insofern stelle sich die Frage, wie zuverlässig ihre Angaben seien. Dem Schreiben von Dr. med. N. _____ vom 28. September 2018 (AB 132/13; vgl. E. 3.2.7 hiavor) sei nicht zu entnehmen, ob der Beschwerdeführer von ihr jemals persönlich untersucht worden sei. Zusammenfassend könne aus RAD-psychiatrischer Sicht festgehalten werden, dass das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS G. _____ schlüssig und nachvollziehbar sei und weiterhin vollumfänglich darauf abgestellt werden könne. Aus RAD-psychiatrischer Sicht sei von einem ausgeprägten (sekundären) Krankheitsgewinn und zumindest von einer bewussten/bewusstseinsnahen Aggravation wenn nicht sogar von einem Vortäuschen einer Krankheit auszugehen (AB 140/6 f.).

3.3 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 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.1 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Der Beweiswert von RAD-Untersuchungsberichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353) vergleichbar, sofern sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219; SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

3.3.2 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.4 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 anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung (AB 156) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das bidisziplinäre (psychiatrische/neuropsychologische) Gutachten der MEDAS G. _____ vom 20. Oktober 2017 (AB 118; vgl. E. 3.2.5 hiervor) abgestellt. Dieses erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen an eine versicherungsexterne medizinische Expertise (vgl. E. 3.3 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben sich in ihrer Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf eigene Untersuchungen und die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis von den Vorakten und würdigten die ihnen zur Verfügung stehenden Informationen einlässlich. Soweit der Beschwerdeführer diesbezüglich die unterlassene Fremdanamnese durch die Gutachter der MEDAS G. _____ (Beschwerde, S. 21 Ziff. 43) und die kurze Explorationszeit (Beschwerde, S. 22 Ziff. 44) bemängelt, ist auf ein Mehrfaches hinzuweisen: Praxisgemäss ist im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese entscheidend. Eine Fremdanamnese und (schriftliche oder mündliche) Auskünfte der behandelnden Arztpersonen sind häufig wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich. Anfragen beim behandelnden Arzt oder bei der behandelnden Ärztin sind u.a. wertvoll, wenn sie erweiterte Auskünfte über Persönlichkeit und Compliance der zu explorierenden versicherten Person erwarten lassen, was vorliegend offensichtlich nicht der Fall war (vgl. AB 140/5 f. je oben). Die Notwendigkeit der Einholung solcher Fremdanamnesen ist in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens. Auch aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ergibt sich in dieser Hinsicht nichts anderes (SVR 2019 IV Nr. 41 S. 134 E. 5.2.2.1). Sodann kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche

Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Wie hoch dieser im Einzelfall zu veranschlagen ist, unterliegt letztlich aber der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des damit befassten Experten (SVR 2017 IV Nr. 75 S. 232 E. 4.3, 2016 IV Nr. 35 S. 110 E. 3.2.2). Im Rahmen der Begutachtung durch die MEDAS G._____ ist der Beschwerdeführer zweimalig untersucht worden (AB 118.1/3 Ziff. 1.2). Im Gutachten sind die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend sowie die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet; insbesondere weisen die Gutachter auf erhebliche Inkonsistenzen wie auch auf die festgestellte Aggravation (AB 118.1/8 Ziff. 6.5, 118.4/21 ff. Ziff. 6.6; vgl. auch AB 81.3/58 unten) hin. Die gutachterlichen Schlüsse werden vom RAD-Arzt Dr. med. M._____ mit ausführlicher Begründung bestätigt (AB 140; vgl. E. 3.2.8 hiervor) und überdies durch die Ergebnisse anderer Begutachtungen gestützt (AB 81; vgl. E. 3.2.1 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hält somit in der Beschwerdeantwort, S. 2 lit. C Ziff. 3, zu Recht fest, dass alle Gutachten seit 2013 übereinstimmend keine Hinweise auf eine schwere psychische Erkrankung bzw. keine Diagnose mit Krankheitswert enthalten. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen:

3.5.1 Die J._____ haben zwar in Berichten zu früheren Aufenthalten des Beschwerdeführers (bis 2013) psychiatrische Diagnosen gestellt (AB 94). Im letzten Bericht vom 24. November 2016 (AB 95; vgl. E. 3.2.3 hiervor) wird aber lediglich eine aktenanamnestische Diagnose erwähnt (AB 95/1 Mitte). Zudem liess sich der Beschwerdeführer damals im Vorfeld einer Strafverhandlung freiwillig zuweisen (AB 95/1 unten) und nachdem die J._____ dessen Verhandlungs- und Einvernahmefähigkeit bestätigt hatten, erklärte der Anwalt des Beschwerdeführers, dass die Einweisung diesfalls völlig sinnlos gewesen sei (AB 95/3 oben). Der damalige stationäre Aufenthalt war somit nicht primär gesundheitlich motiviert. Seither ist keine stationäre Behandlung mehr erfolgt.

3.5.2 Was die Berichte des behandelnden med. pract. K._____ (AB 89, 112, 125, 132, 136, 151; vgl. E. 3.2.2 und 3.2.6 hiervor) betrifft (vgl. dazu Beschwerde, S. 13 ff. Ziff. 26 ff.), ist darauf hinzuweisen, dass dessen

anderslautenden Einschätzungen den Gutachtern der MEDAS G. _____ hinlänglich bekannt waren, diese sich damit eingehend auseinandergesetzt haben (AB 118.1/6 ff., 118.4/14 ff., 118.4/24 Mitte) und der Behandler denn auch keine neuen Aspekte benennt, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. E. 3.3.2 hiavor). Insbesondere bestätigten weder die Gutachter der MEDAS G. _____ 2017 noch die Vorgutachter 2013 und 2015 in nachvollziehbarer Weise psychogene Störungen bzw. die Diagnose einer dissoziativen Störung (vgl. aber die sich darauf stützenden Ausführungen in der Beschwerde, S. 13 ff. Ziff. 26 ff., S. 18 ff. Ziff. 37 ff. und S. 22 f. Ziff. 44, sowie in der Replik, S. 2 Ziff. 4). Die Einschätzungen des behandelnden Psychiaters stützten sich offensichtlich mehr auf – vage, inkonsistente und widersprüchliche (vgl. AB 81.4/64 unten, 81.3/56 unten, 95/2 unten, 118.1/8 Ziff. 6.5, 118.4/21 ff. Ziff. 6.6, was denn auch den in der Beschwerde, S. 3 ff. Ziff. 4 ff., wiedergegebenen Sachverhalt relativiert) – anamnestische Angaben des Beschwerdeführers denn auf fachpsychiatrisch objektive Befunde, hat doch der Behandler keine Konsistenzprüfung vorgenommen (vgl. AB 140/6 oben), was die Aussagekraft seiner Berichte zutreffenden Feststellungen der Gutachter der MEDAS G. _____ zufolge stark einschränkt (AB 118.4/24 Mitte). So stellt es eine der Expertentätigkeit inhärente und unabdingbare Voraussetzung dar, dass die Experten die vom Beschwerdeführer geschilderten Befindlichkeiten nicht unbesehen bzw. unkritisch als gegeben erachten, sondern die subjektiven Angaben kritisch abgleichen und gestützt darauf eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgeben (vgl. Ziff. 6.2 der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, 3. Aufl. 2016, wonach die Prüfung der Authentizität von Beschwerden, von präsentierten Symptomen oder von Leistungseinschränkungen Bestandteil eines jeden versicherungspsychiatrischen Gutachtens ist). Entsprechend 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; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3), was nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt gilt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensver-

hältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). In diesem Zusammenhang erwähnte med. pract. K. _____ explizit, dass eine sichere, tragende Beziehung zu seinem Klienten ein zentraler therapeutischer Ansatz sei (AB 125/9 unten; vgl. auch AB 150/7 Mitte), weshalb es wenig wahrscheinlich ist, dass er im IV-Verfahren Angaben zu Ungunsten des Beschwerdeführers macht.

3.5.3 Die Beurteilung des Gutachtens wird auch nicht bereits dadurch in Zweifel gezogen, dass die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers den im Rahmen einer zweimaligen persönlichen Untersuchung (AB 118.1/3 Ziff. 1.2) erhobenen psychopathologischen Befund abweichend von den Experten interpretiert (vgl. Beschwerde, S. 19 ff. Ziff. 39 ff.), da dies ohnehin das medizinische Fachgebiet und nicht juristische Fragen betrifft.

3.5.4 Ebenso nichts zu ändern vermögen die Angaben der Ehefrau des Beschwerdeführers (AB 132/14 ff.; vgl. dazu Beschwerde, S. 23 Ziff. 45), da diese am Ausgang des vorliegenden Verfahrens ein eigenes Interesse hat, und ihrer behandelnden Ärztin (AB 132/13; vgl. dazu Beschwerde, S. 23 Ziff. 46), zumal letztere den Beschwerdeführer nicht selber untersucht hat und sie ihre Angaben auch nicht näher begründet (vgl. auch AB 140/6 f. Ziff. 17).

3.5.5 Ob der Beschwerdeführer seine Korrespondenz selber erledigen kann oder dies ein Nachbar von ihm übernimmt (vgl. dazu Beschwerde, S. 10 f. Ziff. 19 f., sowie Replik, S. 3 Ziff. 6, unter Hinweis auf Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 3), ist von untergeordneter Bedeutung und mit Blick auf die eindeutige medizinische Beweislage jedenfalls nicht entscheidend.

3.6 Nach dem Dargelegten erweist sich der Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweismassnahmen, namentlich die Einholung eines weiteren Gutachtens durch das Gericht oder die Verwaltung (vgl. dazu die Anträge Ziff. 3 und 4 in der Beschwerde, S. 2), kann in antizipierter Beweismässigkeit (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2) verzichtet

werden. Gestützt auf die Aktenlage ist eine massgebliche gesundheitliche Verbesserung erstellt: Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde, S. 12 f. Ziff. 23 f., ist dem voll beweistauglichen (vgl. E. 3.5 hiervor) Gutachten der MEDAS G._____ (AB 118; vgl. E. 3.2.5 hiervor) zufolge überwiegend wahrscheinlich (wieder) von einer vollen Arbeitsfähigkeit ab dem Gutachten der E._____ vom 9. Oktober 2013 auszugehen (AB 118.1/9 Ziff. 6.7, 118.4/24 unten), nachdem noch zur Zeit der Rentenzusprache (AB 28/3 f.) eine psychopathologisch äusserst schwerwiegende Störung vorgelegen hatte, die dem damaligen Gutachter zufolge sogar eine selbständige Lebensführung weitgehend verunmöglicht hatte (AB 25/13 unten; vgl. E. 3.1 hiervor), wobei sich die Verdeutlichung in Grenzen gehalten und sich keine Hinweise für Aggravation und Simulation gefunden hätten (AB 25/11 Mitte). Damit ist ein medizinischer Revisionsgrund erstellt (vgl. E. 2.5.1 hiervor). Infolgedessen kann offen bleiben, ob mit dem Vortäuschen kognitiver Beschwerden (vgl. Entscheid des BGer vom 6. März 2019, 8C_825/2018, E. 6.1) bzw. einem früher nicht gezeigten Verhalten (vgl. Entscheid des BGer vom 11. Oktober 2019, 8C_380/2019, E. 4.1) ein weiterer Revisionsgrund gegeben wäre. Folglich ist der Rentenanspruch frei zu prüfen (vgl. E. 2.5.2 hiervor).

3.7 Nachdem keine psychiatrische Diagnose (mehr) gestellt werden kann, fehlt von vornherein die Grundlage für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (vgl. E. 2.1.1 f. hiervor). Im Übrigen wäre auch der Ausschlussgrund der Aggravation (1. Ebene; vgl. E. 2.1.3 hiervor) gegeben (AB 81.3/58 ff., 118.1/6 f. Ziff. 6.1, 118.3/24 f., 140/7 Ziff. 18; vgl. dazu auch Beschwerdeantwort, S. 2 f. Ziff. 4). Eine Indikatorenprüfung (2. Ebene; vgl. E. 2.1.4 hiervor) erübrigt sich, ebenso ein Einkommensvergleich (vgl. E. 2.3 hiervor). Ein Rentenanspruch ist somit nicht mehr gegeben.

3.8 Was den Zeitpunkt der Rentenaufhebung betrifft (vgl. E. 2.7 hiervor), hat die Beschwerdegegnerin zu Recht angenommen, dass der Beschwerdeführer seiner Meldepflicht schuldhaft und damit zumindest leichtfahrlässig (vgl. E. 2.6 hiervor) nicht nachgekommen ist. Mit dem Gutachten der E._____ vom 9. Oktober 2013 (AB 81.4; vgl. E. 3.2.1 hiervor) wurde das Fehlen eines psychischen Gesundheitsschadens des Beschwerdefüh-

ersichtlich. Das musste der Beschwerdeführer selber (entgegen den Ausführungen in der Beschwerde, S. 28 Ziff. 61, sowie der Eingabe vom 27. Februar 2020, S. 2 f. Ziff. 2 ff.) bei der gebotenen Aufmerksamkeit ebenfalls erkennen (vgl. Entscheid des BGer vom 9. März 2016, 9C_582/2015, E. 3.3) und er hätte dies der Beschwerdegegnerin melden müssen, doch lagen aus seiner Sichtweise diverse, nicht nur auf den IV-Leistungsanspruch beschränkte Gründe (in Bezug auf die Vernehmungs- und Hafterstehungsfähigkeit sowie finanzielle Vorteile; vgl. AB 81.4/65 Mitte, 81.4/69 Mitte, 81.3/59 Mitte, 81.3/61 Ziff. 5, 118.4/13 Mitte) vor, dies schuldhaft zu unterlassen (vgl. auch Beschwerdeantwort, S. 4 Ziff. 13). Insoweit ist ihm mindestens eine pflichtwidrige Unvorsichtigkeit im Sinne von Fahrlässigkeit vorzuwerfen, womit der Tatbestand der schuldhaften Meldepflichtverletzung gemäss Art. 77 IVV erfüllt ist. Diese schuldhafte Verletzung der Meldepflicht hat eine rückwirkende Änderung der Leistung auf den Zeitpunkt des Revisionsgrundes – vorliegend auf das Ende des Monats der Erstattung des Gutachtens vom 9. Oktober 2013 (AB 81.4) – zur Folge (vgl. E. 2.7 hiervor). Die rückwirkende Rentenaufhebung per Ende Oktober 2013 ist somit nicht zu beanstanden.

4.

4.1 Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts ist bei Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll und die während mindestens fünfzehn Jahren eine Rente bezogen oder das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente auszurichten, bis mit Hilfe medizinisch-rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann, weil in jedem Einzelfall feststehen muss, dass die (wiedergewonnene) Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (erneut) verwertbar ist (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211).

4.2 Sogar wenn der Beschwerdeführer insoweit grundsätzlich Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen vor der Rentenaufhebung (BGE 141 V 5 E. 4.2.1 f. S. 7 f.) hätte, setzen Eingliederungsmassnahmen eine subjektive

Eingliederungsfähigkeit voraus (vgl. zum Ganzen: Entscheide des BGer vom 7. September 2015, 9C_231/2015, E. 4, und vom 20. Februar 2014, 9C_474/2013, E. 6.3), was hier fehlt. Die Arbeitsbiographie ist dahingehend erstellt, dass er vor der Migration in die Schweiz (am 8. April 1999; AB 118.1/2 Ziff. 1.1 lit. b) in ... als ... tätig war (AB 118.1/3 Ziff. 1.1 lit. d, 118.3/17 unten, 118.4/3 Ziff. 3.2, 81.4/39 oben) und alsdann in der Schweiz nur kurzzeitig temporär auf dem ... gearbeitet (AB 118.1/3 Ziff. 1.1 lit. d, 118.3/17 unten, 118.4/4 oben, 81.4/39 Mitte) und hiernach keine reguläre Tätigkeit mehr ausgeübt hat (AB 118.1/9 Ziff. 6.7, 118.3/17 unten). Organisiert durch die Klinik P._____ arbeitet er seit Jahren in einer ... an zwei Morgen je 2.5 Stunden (...), wobei er in diesem geschützten Umfeld oder gar im ersten Arbeitsmarkt mehr (sogar 100 %) arbeiten möchte (AB 118.3/17 f., 118.4/4 oben, 118.4/7 Ziff. 3.5, 81.3/37 f., 81.4/45 oben, 84.4/49 unten; vgl. auch Beschwerde, S. 27 Ziff. 56, und Replik, S. 3 Ziff. 7). Diesbezüglich führten schon die Gutachter der E._____ 2013 aus, eine Steigerung des Pensums und des geistigen Anspruchs der Arbeit wäre vielleicht möglich und würde wertvolle Hinweise auf sein Potenzial diesbezüglich geben, doch verhindere das Dilemma der vermuteten negativen Konsequenzen (neben Haft oder gar Ausschaffung vielleicht auch finanzielle Einbussen) – bei einer wie auch immer gearteten Verbesserung des Zustandsbildes – eventuell auch bei der Arbeitsleistung einen beobachtbaren Fortschritt (der eigentlich nach jahrelanger hochfrequentierter Einzeltherapie und immer wieder stationären Aufenthalten mit einem guten sozialen Netz zu erwarten wäre; AB 81.4/68 oben). Auch nach Meinung der Gutachter der MEDAS G._____ 2017 profitiert der Beschwerdeführer vom aktuellen geschützten Arbeitsplatz; andererseits habe trotz konsequenter Anbindung über Jahre mit überwiegend wöchentlicher Behandlungsfrequenz überhaupt kein Behandlungsfortschritt erzielt werden können, was am paradoxen Kontext liege, dass die Symptome völlige Straffreiheit garantierten und es keine intrinsische Motivation für Symptomverbesserung gebe. Dieser Widerspruch sei bisher nicht auflösbar gewesen und somit werde der Beschwerdeführer durch das Gesundheitssystem auf seine Symptome regelrecht konditioniert. Eine Behandlung, die eine Symptomverbesserung erziele, sei im Augenblick unter diesen Kontextfaktoren nicht möglich. Therapieziel müsste sein, dem Beschwerdeführer neben einem Störungsmodell des symptomaufrechterhaltenden Verhaltens vor

allem das Realitätsprinzip zu vermitteln, wonach Symptomfreiheit nur unter Anerkennung der realen Aussenbeziehungen, auch unter Verantwortungsübernahme für das eigene Handeln, möglich ist, wenn der sekundäre Gewinn aufgegeben wird (AB 118.4/25 unten). Bei einer unzureichenden Motivation und Compliance ergäben sich keine Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (AB 118.1/9 und 118.3/25 je unten). Aufgrund dessen (vgl. auch Beschwerdeantwort, S. 4 Ziff. 12) sowie aufgrund des aktenkundigen Verhaltens des Beschwerdeführers, namentlich die gutachterlich festgestellten täuschenden und manipulativen Tendenzen (AB 81.3/60 f. Ziff. 1), sowie des Fehlens jeglicher Versuche, die vorhandene Arbeitsfähigkeit (ausserhalb des geschützten Arbeitsplatzes in der ...) zu verwerten, ist auf mangelnde subjektive Eingliederungsfähigkeit zu schliessen. Folglich war die Verwaltung trotz des fortgeschrittenen Alters und des langen Rentenbezugs befugt, die Invalidenrente ohne Weiterungen aufzuheben.

5.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin die ganze IV-Rente zu Recht rückwirkend per 31. Oktober 2013 aufgehoben. Die angefochtene Verfügung vom 6. August 2019 (AB 156) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 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.

Vorliegend sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 6.3 nachfol-

gend) – dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

6.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

6.3 Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

6.3.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

6.3.2 Der Beschwerdeführer wird seit Oktober 2018 durch den Sozialdienst finanziell unterstützt (AB 139), weshalb seine Prozessarmut ausgewiesen ist. Das Verfahren erschien nicht zum vornherein aussichtslos und die rechtliche Vertretung ist angezeigt, so dass die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege erfüllt sind. Das entsprechende Gesuch des Beschwerdeführers ist somit gutzuheissen und es ist ihm Rechtsanwältin C._____ als amtliche Anwältin beizuordnen. Festzusetzen bleibt deren amtliches Honorar.

6.3.3 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen (vgl. auch Entscheid des BGer vom 10. September 2019, 9C_372/2019, E. 4). Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der

amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 17. Januar 2020 macht Rechtsanwältin C. _____ einen Zeitaufwand von 18.9 Stunden zuzüglich Barauslagen von Fr. 141.75 sowie die Mehrwertsteuer geltend. Dabei gilt es zu beachten, dass sie un-aufgefordert eine Replik sowie am 27. Februar 2020 eine weitere Eingabe (Triplik) eingereicht hat. Diese Aufwendungen waren für die Interessenwahrung nicht geboten. Entsprechend ist das amtliche Honorar auf der Basis des verbleibenden Zeitaufwands von 17.2 Stunden (unter Ausschluss der ab 13. Januar 2020 geltend gemachten Aufwendungen mit Ausnahme des Honorars für das Urteilsstudium und die Besprechung mit dem Klienten) zu bemessen, was im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen mit Blick auf die sich im vorliegenden Prozess stellenden Fragen als angemessen erscheint. Folglich ist Rechtsanwältin C. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 3'440.-- (17.2 h x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 141.75 und Mehrwertsteuer von Fr. 275.80 (7.7 % von Fr. 3'581.75), total somit eine Entschädigung von Fr. 3'857.55, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272; vgl. Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin C. _____ als amtliche Anwältin wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nach-

zahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Rechtsanwältin C._____ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'857.55 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
 - B._____, Rechtsanwältin C._____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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.