



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Gisela Bedognetti-Roth, Vorsitz  
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter  
Gerichtsschreiber: lic. iur. Albert Dormann

U R T E I L vom 6. April 2021  
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer  
vertreten durch RA lic. iur. B. \_\_\_\_\_

gegen

**IV-Stelle Zug**  
Beschwerdegegnerin

betreffend

Invalidenversicherung  
(Leistungen)

S 2019 122 (S 2017 7)

A. a) A. \_\_\_\_\_, geb. 1962, früher als Autoservicemann und zuletzt bis 31. Juli 2006 erwerbstätig als Betriebsmechaniker bei der C. \_\_\_\_\_ AG in D. \_\_\_\_\_, meldete sich am 17. April 2006 bei der IV-Stelle Zug zum Bezug von IV-Leistungen an, da er sich am 17. Dezember 2004 als Beifahrer bei einem Autounfall in E. \_\_\_\_\_ diverse Gesichtsverletzungen inkl. Augen- und Zahnverletzungen zugezogen habe und seither an Beschwerden im Rücken- und Rippenbereich und neuropsychologischen Störungen (Konzentration, Gedächtnis, Müdigkeit usw.) leide. Gemäss Ergänzungen zur Unfallmeldung an die Y. \_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2005 war der Fahrer in einem Sekundenschlaf nach rechts ausgeschert und in einen Baum gefahren; zwei weitere Beifahrer kamen beim Unfall ums Leben. Die IV-Stelle leitete umfangreiche berufliche Abklärungen ein. Am 30. Januar 2009 meldete sich A. \_\_\_\_\_ im Weiteren zum Bezug einer Hilflosenentschädigung an.

b) Die Y. \_\_\_\_\_ sprach A. \_\_\_\_\_ mit Verfügung vom 9. Februar 2009 für die verbleibende Beeinträchtigung aus dem Unfall eine Invalidenrente (Erwerbsunfähigkeit von 100 %) und eine Integritätsentschädigung (Integritätseinbusse 9,5 %) zu.

c) Mit Verfügung vom 30. Juni 2009 sprach die IV-Stelle A. \_\_\_\_\_ mit Wirkung ab 1. März 2008 (verspätete Anmeldung) eine leichte Hilflosenentschädigung infolge lebenspraktischer Begleitung zu und am 14. Juli 2009 wurde ihm schliesslich mit Wirkung ab 1. Dezember 2005 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen.

d) Im Rahmen eines Ende 2011 eingeleiteten Revisionsverfahrens teilte die IV-Stelle A. \_\_\_\_\_ am 8. Januar 2013 mit, zur Klärung der Leistungsansprüche sei eine umfassende medizinische Begutachtung in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie, Rheumatologie und Psychiatrie notwendig. Die Begutachtung fand am 13. März und 26. April 2013 am F. \_\_\_\_\_ in G. \_\_\_\_\_ statt. Im polydisziplinären Gutachten der F. \_\_\_\_\_ vom 25. Juni 2013 wurde A. \_\_\_\_\_ aus psychiatrischer/neuropsychologischer Sicht als zu 100 % arbeitsunfähig beurteilt. Auf Empfehlung von RAD-Arzt H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der das psychiatrische Teilgutachten vom 1. Mai 2013 aus versicherungspsychiatrischer Sicht als nicht überzeugend beurteilte, ordnete die IV-Stelle am 15. Januar 2014 zur Klärung der Leistungsansprüche eine neuropsychiatrische Untersuchung bei Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, RAD Zentralschweiz, an. Weiter wurde A. \_\_\_\_\_ darüber aufgeklärt, dass er wegen Verdachts auf unrechtmässigen

Leistungsbezug zwischen Oktober 2012 und April 2013 an unterschiedlichen Tagen observiert worden sei und dass sich das dokumentierte Verhalten nur bedingt mit den von ihm geschilderten Beschwerden vereinbaren lasse. Die Observationsunterlagen würden im Verlauf der weiteren Abklärungen in die Beurteilung miteinbezogen. Auf Einwand hin konfrontierte die IV-Stelle die F. \_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 4. Februar 2014 mit dem Observationsmaterial und Ergänzungsfragen. Nach Eingang der Beantwortung der Ergänzungsfragen durch die Gutachter am 14. April 2014 beharrte die IV-Stelle mit Schreiben vom 24. April 2014 und - nach der ablehnenden Mitteilung des Versicherten - mit Zwischenverfügung vom 11. Juli 2014 auf einer neuropsychiatrischen Untersuchung durch Dr. I. \_\_\_\_\_. Eine Beschwerde gegen diese Verfügung wies das Verwaltungsgericht mit rechtskräftig gewordenem Urteil vom 22. Januar 2015 ab (S 2014 117). Es erachtete darin im Wesentlichen eine neuropsychiatrische Untersuchung von A. \_\_\_\_\_ als angezeigt und notwendig.

e) Nachdem Dr. J. \_\_\_\_\_ dem RAD Zentralschweiz nicht mehr zur Verfügung stand, beauftragte die IV-Stelle den Psychiater Dr. med. K. \_\_\_\_\_ und den Neuropsychologen lic. phil. L. \_\_\_\_\_ mit einem bidisziplinären Gutachten, das diese am 11. bzw. 12. November 2015 erstatteten. Nachdem die RAD-Ärzte Dr. M. \_\_\_\_\_ und H. \_\_\_\_\_ Stellung zum Gutachten genommen hatten und Ergänzungsfragen der IV-Stelle von den Gutachtern beantwortet worden waren, teilte die IV-Stelle A. \_\_\_\_\_ mit Vorbescheid vom 15. März 2016 mit, dass er gemäss den Abklärungen mit einer Einschränkung von 25 % arbeitsfähig sei, wobei auf das Gutachten K. \_\_\_\_\_/L. \_\_\_\_\_ abgestellt werde und keine neuropsychologische Einschränkung mehr nachvollzogen werden könne. Vielmehr sei von einer ausgeprägten Aggravation auszugehen. Es sei ihm eine vollzeitliche Tätigkeit zumutbar, wobei aus psychiatrischen Gründen noch eine Leistungsminderung von 25 % berücksichtigt werden könne. Die Restarbeitsfähigkeit von 75 % könne seit dem Jahr 2012/2013 angenommen werden, die auch in seiner angestammten Tätigkeit als Betriebsmechaniker zu verwerten sei. Beim Einkommensvergleich stehe einem Valideneinkommen von Fr. 87'787.-- ein Invalideneinkommen von Fr. 54'711.-- (LSE 2012; ganzer privater Sektor Niveau 2 Männer; Tabelle triage\_skill\_level) gegenüber, was eine Erwerbseinbusse von Fr. 33'075.-- bzw. einen Invaliditätsgrad von 38 % ergebe. Ein Rentenanspruch bestehe daher nicht mehr, weshalb die Rente aufgehoben werde. A. \_\_\_\_\_ liess dagegen Einwand erheben, die Weiterführung der Rente und eventualiter ein Obergutachten beantragen, Arztberichte der Hausärztin Dr. med. N. \_\_\_\_\_ und des Ophthalmologen Dr. med. O. \_\_\_\_\_ beilegen und ein von ihm beim IIMB in Auftrag gegebenes Gutachten mit den Disziplinen

Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie in Aussicht stellen, das jedoch innert der von der IV-Stelle letztmalig gesetzten Frist bis 30. November 2016 nicht beigebracht werden konnte. Im Zusatz vom 30. November 2016 zum Einwand liess A. \_\_\_\_\_ die Entfernung sämtlichen Observationsmaterials beantragen und zum Gutachten K. \_\_\_\_\_ /L. \_\_\_\_\_ Stellung nehmen. Mit Verfügung vom 2. Dezember 2016 hob die IV-Stelle - wie im Vorbescheid angekündigt - die Rente bei einem Invaliditätsgrad von 38 % auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats, d.h. per Ende Januar 2017, auf und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung. Gestützt auf diese Verfügung reduzierte auch die Y. \_\_\_\_\_ mit Verfügung vom 9. Dezember 2016 die dem Versicherten zustehende Rente per 1. Januar 2017 von 100 % auf eine solche bei einer Erwerbsunfähigkeit von 38 %.

f) Gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 2. Dezember 2016 liess A. \_\_\_\_\_ am 11. Januar 2017 beim Verwaltungsgericht Beschwerde einreichen mit folgenden Anträgen:

- "1. Es sei die Verfügung vom 2.12.2016 aufzuheben und dem Beschwerdeführer auch weiterhin die bisherigen Rentenleistungen auszurichten.
2. Es seien sämtliche Observationsvideos sowie sämtliche Dokumente, welche sich mit den Observationsvideos befassen aus den Akten zu entfernen und es sei eventualiter im Nachgang ein gerichtliches Obergutachten einzuholen.
3. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten für die Expertise der P. \_\_\_\_\_ in der Höhe von Fr. 17'316.-- zu übernehmen.
4. Es sei der Beschwerde die aufschiebende Wirkung zuzuerkennen und dem Beschwerdeführer während des Beschwerdeverfahrens auch weiterhin die bisherigen Leistungen auszurichten.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin."

Zur Begründung wurde zunächst zum Antrag auf Entfernung sämtlicher Observationsunterlagen auf das Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 18. Oktober 2016 verwiesen, wonach der ursprüngliche Rechts- und Aktenzustand wiederhergestellt werden müsse, wie er sich ohne Observationsmaterial präsentieren würde. Mit der Beschwerde werde zudem gerügt, dass die IV-Stelle auf nicht beweiskräftige medizinische Unterlagen abstelle. Eine Änderung im Sachverhalt sei mit dem Gutachten K. \_\_\_\_\_ /L. \_\_\_\_\_ nicht erstellt. Es widerspreche im Übrigen auch jeglicher

medizinischer Erfahrung, dass sich der Zustand elf Jahre nach einem schweren Autounfall plötzlich derart verbessere, zumal selbst der RAD stets von einem unveränderbaren Zustand gesprochen habe. Allein dieser Umstand zeige, dass die Gutachter K. \_\_\_\_\_ und L. \_\_\_\_\_ bloss eine strengere Beurteilung eines unveränderten Zustands vorgenommen hätten. Zusammenfassend seien die Observationsunterlagen unwiderruflich aus den Akten zu löschen und der ursprüngliche Zustand wiederherzustellen. Eine Änderung im Gesundheitszustand sei ausserdem nicht erstellt. Die Gutachter K. \_\_\_\_\_ und L. \_\_\_\_\_ zeigten keine wirkliche Veränderung auf und stürzten sich auf vermeintliche Inkonsistenzen, die aber bei der ursprünglichen Rentenzusprache allseits bekannt und als unerheblich eingestuft worden seien. Es sei immer bekannt gewesen, dass der Beschwerdeführer Autofahren könne und über manuelles Geschick verfüge. Dies allein sage nichts über die Arbeitsfähigkeit aus.

g) Den Kostenvorschuss von Fr. 800.-- bezahlte der Beschwerdeführer fristgerecht. Sein Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde wurde mit Verfügung vom 20. Februar 2017 abgewiesen.

h) Mit Vernehmlassung vom 8. März 2017 beantragte die IV-Stelle die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde.

i) In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Anträgen und deren Begründung fest und in der Folge reichten sie weitere Stellungnahmen und Unterlagen ein.

j) Mit Urteil vom 20. Dezember 2018 wies das Verwaltungsgericht die Beschwerde ab und begründete dies im Wesentlichen damit, dass auf das Gutachten K. \_\_\_\_\_/L. \_\_\_\_\_ abgestellt werden könne und die dagegen vorgebrachten Rügen des Beschwerdeführers nichts an dessen vollem Beweiswert zu ändern vermöchten. Seit der ursprünglichen Rentenzusprache habe sich mithin in den Folgejahren offensichtlich eine relevante Verbesserung der gesundheitlichen Situation bzw. eine deutlich bessere Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung eingestellt; es handle sich dementsprechend auch nicht um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts, weshalb ein Revisionsgrund gegeben sei. Beim Beschwerdeführer bestehe in seiner angestammten Tätigkeit als Betriebsmechaniker wie auch in einer anderen leidensangepassten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht eine um nurmehr 25 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Auf der Grundlage dieser 25%igen

Einschränkung in der Leistungsfähigkeit sei im Folgenden die Berechnung des Invaliditätsgrades vorzunehmen. Die IV-Stelle sei von einem Valideneinkommen von Fr. 87'787.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 54'711.-- (LSE 2012, ganzer privater Sektor Niveau 2 Männer, bei einem 75 %-Pensum) ausgegangen und habe so eine Erwerbseinbusse von Fr. 33'075.-- bzw. einen Invaliditätsgrad von 38 % ermittelt (IV-act. 160). Diese Berechnung sei nicht zu beanstanden und werde vom Beschwerdeführer auch nicht substantiiert bestritten. Dem Beschwerdeführer stehe demnach per Ende des folgenden Monats, der auf die Zustellung der angefochtenen Verfügung folge, d.h. ab dem 1. Februar 2017 (Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. a IVV), eine Rente der Invalidenversicherung nicht mehr zu, weshalb sich die Beschwerde als unbegründet erweise.

k) Mit Urteil 9C\_113/2019 vom 29. August 2019 hiess das Bundesgericht die vom Beschwerdeführer gegen das Urteil des Verwaltungsgerichts erhobene Beschwerde teilweise gut, hob das vorinstanzliche Urteil auf und wies die Sache zu neuer Entscheidung im Sinne der Erwägungen an das Verwaltungsgericht zurück; im Übrigen wies es die Beschwerde ab. Zur Begründung führte das Bundesgericht aus, die Expertise K. \_\_\_\_\_/L. \_\_\_\_\_ vom 12. November 2015 erfülle zwar die Beweisanforderungen, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung massgebend wären. Allerdings hänge der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - eine erhebliche Änderung des Sachverhalts - beziehe. Im Lichte dieser Rechtsprechung sei der Expertise K. \_\_\_\_\_/L. \_\_\_\_\_ der Beweiswert abzusprechen: Die Gutachter hätten ihre Einschätzungen in der Expertise vom 12. November 2015 - weil von der Verwaltung gar nicht erst erfragt - ohne Bezugnahme auf die gesundheitlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache abgegeben. Erst am 15. Dezember 2015 habe die IV-Stelle entsprechende Ergänzungsfragen gestellt, welche die Gutachter am 17. Dezember 2015 und am 4. Januar 2016 beantwortet hätten; eine nochmalige Untersuchung oder eine erneute interdisziplinäre Absprache hätten nicht stattgefunden. Auch diese Ergänzungen würden nichts am fehlenden revisionsrechtlichen Beweiswert der Expertise als Ganzes ändern. Das (ergänzte) Gutachten K. \_\_\_\_\_/L. \_\_\_\_\_ sei damit für die massgebliche Frage einer revisionsrechtlich bedeutsamen Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse nicht beweiswertig. Mit Blick auf die gutachterlichen Ausführungen sowie die deutlichen Hinweise auf Inkonsistenzen und eine Aggravation beim Beschwerdeführer könne eine solche Verbesserung indessen nicht zum Vornherein ausgeschlossen werden. Daran ändere die vom Beschwerdeführer veranlasste Expertise der P. \_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2016 nichts. Mit Ausnahme der Bemerkung, die

neuropsychologischen Störungen seien überwiegend wahrscheinlich seit dem Unfall oder seit 2009 unverändert, finde in der Expertise keinerlei Auseinandersetzung mit der Frage einer revisionsrechtlich bedeutsamen Verbesserung im massgeblichen Zeitraum statt. Die Sache sei daher in teilweiser Gutheissung der Beschwerde zur Einholung eines Gerichtsgutachtens (unter Vorlage der vollständigen IV-Akten, einschliesslich der Observationsunterlagen) an die Vorinstanz zurückzuweisen. Nach erfolgter Begutachtung habe diese erneut über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung zu entscheiden. Die Vorinstanz habe im Weiteren zu Recht von der Kostenüberbindung des vom Beschwerdeführer veranlassten P.\_\_\_\_\_-Gutachtens abgesehen. Im Hinblick auf die offensichtliche Unangemessenheit einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit in Anbetracht der ärztlicherseits beschriebenen Residualbeschwerden, Inkonsistenzen und Aggravation würden die Parteien auf die Möglichkeit einer vergleichweisen Prozesserledigung (Art. 50 ATSG) hingewiesen.

l) Nach der Rückweisung der Angelegenheit durch das Bundesgericht eröffnete das Verwaltungsgericht das vorliegende neue Verfahren und erkundigte sich am 18. September 2019 bei den Parteien nach einer einvernehmlichen Prozesserledigung, die schliesslich jedoch nicht zustande kam.

m) Am 16. April 2020 erstattete Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, R.\_\_\_\_\_, im Auftrag des Gerichts sein Gutachten (act. 15), das den Parteien zur Kenntnis gebracht wurde und auf dessen Ergebnisse in den Erwägungen einzugehen sein wird.

n) In ihrer Stellungnahme vom 11. Mai 2020 beantragte die IV-Stelle erneut die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde und wies darauf hin, dass versicherungsmedizinisch gegenüber den Untersuchungen der IV-Stelle kein neuer Sachverhalt dargestellt werde. Seit spätestens 2006 habe sich der Gesundheitsschaden nicht mehr wesentlich verändert. Der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache (14. Juli 2009 mit Wirkung ab 1. Februar 2007), der Begutachtung durch Dr. K.\_\_\_\_ (12. November und 17. Dezember 2015) und der aktuellen Begutachtung vom 16. April 2020 seien vergleichbar. Die unterschiedliche Sichtweise auf die Verhaltensauffälligkeiten des Beschwerdeführers zeige letztlich, dass psychiatrische Phänomene in der Natur der Sache (diagnostisch) interpretierbar seien und oft nur Erklärungsmodelle darstellten, welche bei besserer Erklärung verworfen werden müssten. Was insbesondere konstant sei, seien die verdeutlichenden, aggravierenden

Verhaltensweisen des Beschwerdeführers. Der Stellungnahme zu den Observationsaufnahmen könne entnommen werden, dass sich der Beschwerdeführer unbeobachtet grundsätzlich ungezwungener, zielstrebig und grundsätzlich ohne Schwierigkeiten verhalte im Gegensatz zur Untersuchungssituation. Gutachter Dr. Q. \_\_\_\_\_ beschreibe das Verhalten des Beschwerdeführers als inkonsistent und bewusstseinsnah, mit zielgerichtetem Übertreiben, was in die Diagnose Aggravation/Simulation münde. Das damit beschriebene bewusste oder sehr bewusstseinsnahe Verzerren (oder Vortäuschen) der Beschwerden führe zur Frage, ob unter diesen Umständen zuverlässig ermittelt werden könne, wie gross die Einschränkung überhaupt sei. Immerhin halte der Gutachter fest, dass eine exakte Abgrenzung des hirnologischen Psychosyndroms von der Aggravation nicht möglich sei. Er halte zudem fest, dass die Beobachtungen hinsichtlich Aggravation und Simulation durch lic. phil. L. \_\_\_\_\_ und Dr. K. \_\_\_\_\_ sich mit seinen Einschätzungen deckten. Klar sei, dass Aggravation/Simulation keine invaliditätsrechtlich zu berücksichtigende Gesundheitsschädigung darstelle. Darauf basierende Schwierigkeiten, mit dem bestehenden hirnologischen Psychosyndrom umzugehen, seien nicht anzuerkennen. Zum Verlauf gebe der Gutachter an, der Abfall der Leistungsfähigkeit zwei Jahre nach dem Unfall 2004 sei, abgesehen vom Depressionsverlauf, nicht durch eine psychiatrische Krankheit erklärbar. Ob die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei bzw. ob das entsprechende Tätigkeitsprofil nicht dem Zumutbarkeitsprofil gemäss Gutachter Dr. Q. \_\_\_\_\_ entspreche, sei nicht sicher. Diesbezüglich dürfte weder Dr. Q. \_\_\_\_\_ noch Dr. K. \_\_\_\_\_ genaueste Kenntnis über die damalige Tätigkeit gehabt haben, zumal sie doch schon ein paar Jahre zurückliege. Es sei davon auszugehen, dass hier eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts vorliege. Im Ergebnis sei festzustellen, dass an der angefochtenen Verfügung festzuhalten sei. Der Einkommensvergleich zeige nämlich, dass auch bei Bezug des LSE-Lohnes Total privater Sektor, Männer, Niveau 1, 2016, mit einer Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden ein Einkommen von Fr. 53'443.– erzielt werden könne. Verglichen mit dem Valideneinkommen gemäss Verfügung von Fr. 87'787.– ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 39 %.

o) In seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 20. Mai 2020 liess der Beschwerdeführer darlegen, dass er nach Ansicht des Gutachters aufgrund des hirnologischen Psychosyndroms in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei. Dass im Gegenzug eine angepasste Arbeit zu 80 bis 100 % zumutbar sein solle, erweise sich als wenig plausibel, weshalb hier im Prinzip ein (weiteres) Obergutachten einzuholen wäre. Immerhin relativierten sich mit der Tatsache, dass die

angestammte Arbeit überhaupt nicht mehr zumutbar sei, die weiteren Aussagen des Gutachters bezüglich Aggravation, Inkonsistenzen usw. Denn die Tatsache einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Arbeit weise auf eine beträchtliche Einschränkung hin und nicht bloss auf eine leichte. Der Gutachter erkläre die von ihm ebenfalls festgehaltene Aggravation mit der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers. Damit beschreibe er dasselbe Beschwerdebild mit anderen Worten, welches bereits vom RAD im damaligen Zeitpunkt mit einer neurotischen Fehlentwicklung erfasst worden sei. Bereits bei der ursprünglichen Rentenzusprache sei bewusst offengelassen worden, ob die anhaltenden kognitiven Defizite organische Gründe hätten oder die Folgen einer neurotischen Fehlentwicklung seien. Entscheidend sei, dass der Gutachter eindeutig bestätige, dass der Gesundheitszustand seit Mitte 2006 stabil sei. Er habe sich zwischen August 2005 und April 2006 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr in arbeitsrelevanter Art verändert. Somit sei bereits im Zeitpunkt der damaligen Rentenzusprache und der Verfügung vom 14. Juli 2009 ein stabiler Gesundheitszustand vorhanden gewesen. Die Inkonsistenzen seien bereits damals bekannt gewesen, seien aber als zumutbar und zulässig erachtet worden. Jedenfalls könnten die als Inkonsistenzen gewerteten Fakten heute nicht als Begründung für eine Rentenrevision herangezogen werden. Somit mangle es an einem Revisionsgrund, da sich weder der Gesundheitszustand noch die Arbeitsfähigkeit, geschweige denn die erwerblichen Auswirkungen der Beeinträchtigungen verändert hätten. Rechtsprechungsgemäss falle eine Rentenrevision somit ausser Betracht, da eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands revisionsrechtlich unbeachtlich bleibe. Damit dürfe der vorliegende Fall insbesondere auch nicht umfassend und ohne Bindung an den früheren Entscheid beurteilt werden, insbesondere entfalle auch eine Prüfung der Standardindikatoren nach BGE 141 V 281, weil eine Rechtsprechungsänderung keinen Revisionsgrund darstelle.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1.

1.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (in casu: 2. Dezember 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei

sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

1.2 Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Dementsprechend sieht Art. 83 ATSG vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 11. Januar 2017 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültigen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

1.3 Angesichts der Rückweisung der vorliegenden Angelegenheit durch das Bundesgericht erübrigt sich die Prüfung der formellen Anforderungen. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2. Gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbstätigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG; SR 830.1) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Bei einer Invalidität von 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe, ab 60 % auf eine Dreiviertels- und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.1 Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Bei erwerbstätigen Versicherten wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades gemäss Art. 16 ATSG 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn

sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. Einkommensvergleich). Bei nichterwerbstätigen versicherten Personen, welche in einem Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich bzw. spezifische Methode; Art. 28a Abs. 2 IVG). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; sog. gemischte Methode). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt.

2.2 Ändert sich der Invaliditätsgrad 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). Die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an oder rückwirkend auf den Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung, wenn der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder seiner Meldepflicht nicht nachgekommen ist (Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. a und b der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, in der ab 1. Januar 2015 geltenden Fassung). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit zahlreichen Hinweisen). Identisch gebliebene Diagnosen schliessen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsver-

mögens (Arbeitsfähigkeit) grundsätzlich nicht aus. Dies gilt namentlich dann, wenn der Schweregrad eines Leidens sich verringert hat oder wenn es der versicherten Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen. Ob eine derartige tatsächliche Änderung vorliegt oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands, bedarf auch mit Blick auf die mitunter einschneidenden Folgen für die versicherte Person einer sorgfältigen Prüfung (vgl. Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 30-31 N 51). Soweit die gerichtliche Überprüfung ergibt, dass eine massgebende Änderung des Sachverhalts nicht eingetreten ist, kann eine Bestätigung der Anpassungsverfügung mit der substituierten Begründung erfolgen, die ursprüngliche (und in der Folge angepasste) Entscheidung sei bereits anfänglich zweifellos unrichtig gewesen (vgl. dazu Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 17 Rz. 8 mit zahlreichen Hinweisen). Bei dieser Ausgangslage muss im Gerichtsverfahren eine Änderung des Invaliditätsgrads nicht mehr vorliegen. Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Einstellung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich in dieser Konstellation durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d; 368 E. 2; 113 V 273 E. 1a; 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen). Als zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades gilt seit BGE 133 V 108 allerdings die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. zum Ganzen auch BGer 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.2).

2.3 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft die IV-Stelle die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Sie hat dabei die Aufgabe, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz richtig und vollständig abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (vgl. dazu Kieser, a.a.O., Art. 43 Rz. 13 ff.). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für

die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts oder eines Gutachtens kommt es entscheidend darauf an, ob die betreffenden Angaben für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1).

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. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung aber als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist namentlich den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber darf und soll der Richter in Bezug auf Berichte von Hausärzten – wie auch von behandelnden Fachärzten (BGer 8C\_812/2007 vom 6. Oktober 2008 E. 8.2) – der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der Verschiedenheit von Expertise und Therapie grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt, den behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutischen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welches die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (BGer 9C\_420/2008 vom 23. September 2008 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen). Nach den Richtlinien zur Beweiswürdigung weicht das Gericht praxisgemäss nicht ohne zwingende Gründe von Gerichtsgutachten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4; BGE 125 V 351 E. 3b/aa).

Damit messen die Richtlinien, die es wesensgemäss stets unter Vorbehalt abweichender Ergebnisse im Rahmen fallweiser pflichtgemässer Beweiswürdigung zu verstehen gilt, den Gerichtsgutachten höheren Beweiswert zu als den Administrativgutachten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/aa+bb). Das findet sich im Wesentlichen im Umstand angelegt, dass der Administrativgutachter anders als der gerichtliche Sachverständige nicht der Strafdrohung

(vgl. Art. 307 und 309 lit. a StGB) untersteht. Das kann sich auch in der aufzuwendenden Sorgfalt und damit im Arbeitsaufwand niederschlagen. Weit gewichtiger scheint hingegen der Umstand, dass sich in einem Gerichtsverfahren für die Gutachtenden erfahrungsgemäss in aller Regel komplexere Fragen stellen und insbesondere weit umfangreichere Akten zu bewältigen sind als auf Stufe Verwaltungsverfahren; meistens liegen zudem in dieser Verfahrensphase bereits gutachterliche Stellungnahmen vor, die ihrerseits gerade Anlass zum Gerichtsgutachten geben und die in diesem besonders einlässlich zu verarbeiten sind. Damit erfüllt das Gerichtsgutachten tatsächlich regelmässig die Funktion eines eigentlichen Obergutachtens (BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2). Immerhin verpflichtet aber jede substantiiert vorgetragene Einwendung den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob sie in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen eines vom Gericht oder von der Verwaltung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. zum Ganzen BGE 125 V 351 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen).

3. Der Beschwerdeführer bezog bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente der Invalidenversicherung, wobei die Rentenzusprache am 14. Juli 2009 rückwirkend ab 1. Dezember 2005 erfolgte. Der ursprünglichen Rentenverfügung der IV, die mangels einer in der Zwischenzeit erfolgten Revision als Referenzzeitpunkt im Vergleich zum Sachverhalt im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 2. Dezember 2016 zu berücksichtigen ist, lag die folgende Vorgeschichte mit den wesentlichsten vorwiegend ärztlichen Berichten zugrunde:

3.1 Mit Verfügung vom 9. Februar 2009 sprach die Y. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 100 % und eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 9,5 % zu. Sie stützte sich dabei auf diverse ärztliche Berichte und Konsilien, unter anderem auf folgende:

3.1.1 Im Austrittsbericht der Rehaklinik S. \_\_\_\_\_ vom 7. August 2006 werden folgende Diagnosen aufgeführt: 1. wahrscheinlich MTBI (leichte traumatische Hirnverletzung), 2. St.n. schwerer Contusio bulbi rechts mit Netzhautkontusion, 3. diverse Gesichtsverletzungen mit Jochbein- und Kieferfraktur rechts, 4. reaktive und wahrscheinlich auch somatisierte depressive Störung (ICD F32.8; IV-act. 40-207 ff.); enthalten war in diesem Bericht auch eine neuropsychologische Abklärung. Die Klinik

S.\_\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer sowohl für die angestammte als auch für eine leidensangepasste Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit.

3.1.2 Professor Dr. med. T.\_\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, diagnostizierte in seinem Bericht vom 14. November 2007 (IV-act. 40-86 ff.) einen ausgeprägten, invalidisierend wirksamen postcommotionellen Zustand (Schädel-Hirn-Trauma); ein lokalisiertes myotendinotisches bzw. myofasciales Syndrom des dorsalen und teils auch des ventralen Schultergürtel-Nacken-Suboccipitalbereichs rechts > links; ein ligamentäres Überlastungssyndrom der mittleren und oberen BWS und einen Verdacht auf ein positives Babinski-Zeichen bds..

3.1.3 In seiner psychiatrischen Beurteilung vom 30. Oktober 2007 (IV-act. 40-106 ff.) weist Dr. med. U.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, darauf hin, dass beim Beschwerdeführer eine eigentliche depressive Grundstimmung nicht feststellbar sei. Im Sommer 2006 sei eine depressive Episode (F32.8) diagnostiziert worden. Allerdings zeige die persönliche Exploration in psychopathologischer Hinsicht ein weitgehend unverändertes Zustandsbild im Vergleich zur Einschätzung des psychosomatischen Konsils im Sommer 2006. Erwähnt wird die äusserst erschwerte Akzeptanz des Beschwerdeführers an seinen gesundheitlich veränderten Zustand. Von einer weiteren psychiatrischen Behandlung sei keine Besserung zu erwarten und derzeit seien aus psychiatrischer Sicht keine weiteren Abklärungen nötig.

3.2 Im Austrittsbericht der Rehaklinik S.\_\_\_\_\_ vom 29. März 2006 (IV-act. 12-18) werden die folgenden Diagnosen aufgeführt: 1. Polytrauma am 17. Dezember 2004 (unter anderem wahrscheinlich MTBI, leichte traumatische Hirnverletzung), 2. Hypercholesterinämie, 3. Erhebliche Anpassungsstörung (F43.21), DD organisches Psychosyndrom nach Commotio cerebri (F07.2) 4. Vergesslichkeit, Verlangsamung, reduzierte Dauerbelastung, Augenproblematik mit trockenen Augen, Nackenschmerzen, BWS- und LWS-Schmerzen, Schulterschmerzen rechts und Kopfschmerzen im frontalen Bereich. Bei Austritt ging die Klinik S.\_\_\_\_\_ von einer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 50 % aus.

Dem Bericht der Rehaklinik S.\_\_\_\_\_ vom 18. Mai 2006 betreffend berufliche Standortbestimmung (IV-act. 15/1) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer sich angesichts seiner Arbeitsfähigkeit/Zumutbarkeit von mindestens 50 % bei der Arbeitslosenkasse anmelden sollte.

3.3 Am 3. Juli 2006 hielt RAD-Arzt Dr. med. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit fest (IV-act. 18).

3.4 Dem Schlussbericht des W. \_\_\_\_\_ vom 23. Februar 2007 (IV-act. 40-155) ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer vieles diffus und eine Beurteilung komplex sei. Er habe mit seinem Willen, aber auch mit seinem Schamgefühl, nicht zu seinen Schwächen stehen zu können, zum diffusen Bild beigetragen. Seinen Geschwistern erzähle er bis heute, im Auftrag seiner ehemaligen Arbeitgeberin einen Auftrag zu betreuen. Er könne die Wahrheit nicht preisgeben.

3.5 RAD-Arzt Dr. med. V. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, führte in seiner Stellungnahme vom 23. April 2009 aus, seines Erachtens könne der Y. \_\_\_\_\_ gefolgt werden. Aktuell sei von einer andauernden Erwerbsunfähigkeit auf Grund einer anhaltenden kognitiven Leistungsminderung, sei es als Folge einer organischen Hirnverletzung, sei es als Folge einer durch eine psychiatrische Behandlung nicht mehr veränderbaren schweren neurotischen Fehlentwicklung, auszugehen (IV-act. 53).

4.

4.1 Im Rahmen des Ende 2011 eingeleiteten Revisionsverfahrens ordnete die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung durch die F. \_\_\_\_\_ an, die im Gutachten vom 25. Juni 2013 (IV-act. 102) – notabene ohne Kenntnis der Observation – eine organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F07.2) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden erwähnt: leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0), vasomotorische Kopfschmerzen, Status nach Verkehrsunfall mit Comotio cerebri, Gesichtsfrakturen rechtsseitig (Jochbein, Kiefer), Contusio bulbi mit Netzhautverletzung beidseits (17. April 2004), leicht ausgeprägte AC-Gelenksarthrose im linken Schultergelenk mit Zeichen einer Bursitis subakromial/subdeltoidal, ansatznahe Tendinopathie der Supraspinatussehne ohne Riss, ansatznaher Riss der intraartikulären Bizepssehne, zusätzliche Zeichen einer SLAP-Läsion (MRI vom 6. Mai 2013), chronischer morgendlicher Durchfall unbekannter Ätiologie sowie Hyperlipämie und Status nach Operation einer kombinierten, grossen Inguinalhernie rechts nach Lichtenstein (2. September 2008). Unter "Versicherungsmedizinische Beurteilung und Synthese" ist u.a. nachzulesen, dass bei den somatischen Untersuchungen in den Fachgebieten Neurologie und Orthopädie keine Beeinträchtigungen, die einen Einfluss auf

die zuletzt ausgeübte Tätigkeit haben könnten, festzustellen gewesen seien. Auf psychiatrischer Seite wurde eine organische Persönlichkeitsstörung attestiert, die eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % sowohl in der ursprünglichen wie in jeder Verweistätigkeit zur Folge habe. Zusammengefasst bestehe aus psychiatrischer Sicht ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit durch die neuropsychologischen Defizite in Verbindung mit den Auswirkungen der Persönlichkeitsstörung, die vermutlich organischen Ursprungs sei. Die leichtgradige depressive Episode und die chronische Schmerzproblematik würden dagegen die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigen. Sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. In der Zusammenfassung des neuropsychologischen Teilgutachtens von lic. phil. X. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer in einfachsten Alltagsanforderungen, beispielsweise bei der Orientierung innerhalb der Abklärungsräume, bereits überfordert wirke. Andererseits habe er die Strecke bis zur Abklärungsstelle mit dem Auto mit Hilfe eines Navigationsgerätes selbständig zurückgelegt. Im Gespräch sei der Redefluss zunächst verlangsamt gewesen und es hätten sich Wortfindungsstörungen gezeigt. Diese Auffälligkeiten hätten sich im Verlauf der Untersuchung gelegt. Der Beschwerdeführer habe im Gespräch strukturiert werden müssen, habe dazu geneigt, vom Thema abzuschweifen. In der Testabklärung habe er insbesondere bei sprachlichen Aufgaben sehr angestrengt und verlangsamt gewirkt. In der Symptomvalidierungstestung hätten sich grenzwertige bis auffällige Resultate gezeigt. Zusammen mit der Verhaltensbeobachtung spreche dies am ehesten für eine psychische Überlagerung der Befunde. Die aktuell erhobenen Resultate seien dementsprechend nur bedingt aussagekräftig. Aufgrund der psychischen Überlagerung könne das effektive kognitive Leistungsniveau nicht genau bestimmt werden. Aus rein neuropsychologischer Sicht könne aufgrund der nicht gesicherten Validität der aktuell erhobenen Befunde keine Aussage zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit gemacht werden (IV-act. 102-64/71 ff.). In der Zusammenfassung des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. Z. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, wird u.a. ausgeführt, die anamnestisch beschriebenen und auch in der Exploration beobachteten Auffälligkeiten der Persönlichkeit würden deutlich abhängige Anteile ausweisen, die das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung erreichten. Allerdings gebe es keine weiteren vorbestehenden Hinweise auf die Entwicklung einer abhängigen Persönlichkeitsstörung, weshalb unter diesem Aspekt zu vermuten sei, dass die Persönlichkeitsauffälligkeit im Sinne einer organischen Persönlichkeitsänderung zu verstehen und im Gefolge einer traumatischen Hirnschädigung durch den Unfall aufgetreten sei. Retrospektiv sei allerdings eine genaue Abgrenzung zwischen beiden Diagnosen schwierig. Zusammengefasst bestehe aus psychiatrischer Sicht ein Einfluss auf die Arbeitsfähig-

keit durch die neuropsychologischen Defizite in Verbindung mit den Auswirkungen der Persönlichkeitsstörung, die vermutlich organischen Ursprungs sei. Die effektive Arbeitsfähigkeit sei zwei Jahre nach dem Unfall in mehrmonatigen Abklärungen untersucht und mit weniger als 20 % beziffert worden. 2009 sei nach entsprechenden Abklärungen durch die IV eine Hilflosenentschädigung gewährt worden, also eine weitere Verschlechterung der Situation dokumentiert. Auch anhand der aktuellen Befunde könne eine Veränderung der Befunde nicht gesehen werden. Aus diesem Grund sei auch weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

4.2 Im Zeitraum zwischen dem 4. Oktober und dem 26. November 2012 sowie am 26. April 2013 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der IV-Stelle von der AA. \_\_\_\_\_ AG observiert. Der Ermittlungsbericht inkl. Fotodokumentation und DVD datiert vom 13. Mai 2013 (IV-act. 110).

4.3 RAD-Arzt Dr. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, führte in der Stellungnahme vom 12. August 2013 (IV-act. 104) ohne Kenntnis der Observationsergebnisse aus, die gutachterlicherseits aus psychiatrischer/neuropsychologischer Sicht attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit gelte es seines Erachtens angesichts der im Gutachten wiederholt aufgeführten Auffälligkeiten/Inkonsistenzen (grenzwertige bis auffällige Resultate in der Symptomvalidierung, welche nicht eindeutig in Bezug auf Beeinträchtigungen der Arbeits-/Leistungsfähigkeit qualifiziert werden könnten, abhängige vs. organische Persönlichkeitsstörung) fachärztlich psychiatrisch zu prüfen.

4.4 RAD-Arzt H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 26. August 2013 (IV-act. 105) – und unabhängig von den Observationsergebnissen – dahingehend Stellung, dass das psychiatrische Teilgutachten von Dr. Z. \_\_\_\_\_ vom 1. Mai 2013 nicht überzeugend sei und als Entscheidungsgrundlage nicht empfohlen werden könne. Während Dr. Z. \_\_\_\_\_ im Psychostatus im Bereich Persönlichkeit von klaren Zeichen einer abhängigen Persönlichkeitsstörung, auch im Sinne der ICD-10, spreche, diagnostiziere er dann im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit eine organische Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F07.2. Er begründe dies ebenfalls nicht schlüssig mit deutlichen Problemen mit Aufmerksamkeit und Konzentration sowie mit auffälligen Verhaltensweisen während der Untersuchung. Letztlich sei ihm aber eine klare Abgrenzung zwischen der von ihm postulierten abhängigen Persönlichkeitsstörung und einer durch den Unfall 2004 bedingten organischen Persönlichkeitsstörung nicht möglich. Die von ihm attestierte weiter bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % begründe er dann doch mit neu-

ropsychologischen Defiziten (obwohl diese im Rahmen des ihm vorliegenden neuropsychologischen Gutachtens nicht wirklich hätten objektiviert werden können) in Verbindung mit einer Persönlichkeitsstörung, die aber auch ungeklärt bleibe, und mit dem Verlauf bei der IV zwischen 2006 und 2009. Es erfolge keinerlei Diskussion über offensichtliche Inkonsistenzen, die sich in der neuropsychologischen Untersuchung, aber auch durch die Angaben des Versicherten selbst (wonach er sich auch für angepasste Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig fühle, aber problemlos Auto und Motorrad fahren könne) gezeigt hätten. Er empfehle eine psychiatrisch-neuropsychiatrische Abklärung des Versicherten.

4.5 Die IV-Stelle konfrontierte in der Folge die Gutachter der F. \_\_\_\_\_ mit den Observationsergebnissen und forderte sie auf, Ergänzungsfragen zu beantworten:

4.5.1 Psychiater Dr. Z. \_\_\_\_\_ hielt im Schreiben vom 14. April 2014 (IV-act. 118-1 ff.) im Wesentlichen fest, ein Unterschied zwischen dem Verhalten auf den eingereichten Videos und während der Exploration sei aus psychiatrischer Sicht nicht feststellbar. Aussagen über Konzentrations-, Organisations- oder Planungsfähigkeit liessen sich anhand der Videodokumentation nicht machen. Auch könne er aufgrund des Videomaterials keine Ergänzungen/Anmerkungen zu den bestehenden Einschränkungen betreffend Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Wahrnehmung machen. Die Tätigkeit am Untersuchungstag – d.h. die selbständige Autofahrt nach G. \_\_\_\_\_ und zurück und das selbständige Finden der Adresse des F. \_\_\_\_\_ – sei aus psychiatrischer Sicht vereinbar mit den geltend gemachten Einschränkungen. Die Videoaufnahmen hätten keinen Einfluss auf die Beurteilung betreffend Arbeitsfähigkeit und die gestellten Diagnosen aus psychiatrischer Sicht. Hinweise auf eine Aggravation oder Simulation seien aus psychiatrischer Sicht während der Exploration nicht nachzuweisen gewesen. Das Videomaterial liefere aus psychiatrischer Sicht ebenfalls keine Hinweise auf eine entsprechende Aggravation oder Simulation. Auch die begutachtende Neurologin Dr. AB. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, stellte sich auf den Standpunkt, dass sich aus dem Videomaterial weder Aussagen über Konzentrations-, Organisations- oder Planungsfähigkeit noch Ergänzungen/Anmerkungen zu den bestehenden Einschränkungen betreffend Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Wahrnehmung machen liessen. Die Tätigkeit am Untersuchungstag sei mit den geltend gemachten Einschränkungen nicht vereinbar. Die Video-Aufnahmen hätten keinen Einfluss auf die neurologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit respektive der Diagnose. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

4.5.2 Die Neuropsychologin lic. phil. X.\_\_\_\_\_ führte am 11. März 2014 aus (IV-act. 118-7/10 ff.), der Versicherte habe sich bei den Abklärungsterminen nicht so präsentiert wie auf den eingereichten Videos. Er habe in der Untersuchungssituation unsicher gewirkt, insbesondere in der Orientierung innerhalb der Abklärungsräume. Er habe sich mehrmals innerhalb des Gebäudes verlaufen. Auf den Videos zeige er nie eine Orientierungsreaktion, wirke sehr zielsicher, gehe beim Einkauf zielstrebig voran, schaue sich nie um und benutze für das Finden der Abklärungsstelle und das Wiederfinden seines Autos in G.\_\_\_\_\_ weder einen Plan noch eine Karte oder ein Navigationsgerät. In einfachen Arbeitsabläufen (Demontieren und Reinigen von Fensterläden) sei die Planungsfähigkeit auf dem Video uneingeschränkt. Auch in der neuropsychologischen Abklärung sei die Planungs- und Organisationsfähigkeit knapp im Normbereich. Hier ergebe sich kein Widerspruch zur neuropsychologischen Testung. In der neuropsychologischen Testung seien in der standardmässig angewandten Symptomvalidierungsprüfung grenzwertige bis leicht auffällige Werte aufgefallen. Dies bedeute, dass vom Versicherten vermutlich aus psychischen Gründen keine ausreichende Anstrengungsbereitschaft habe aufgebaut werden können, sodass die Aussagekraft der erhobenen neuropsychologischen Befunde nicht gesichert sei. Entgegen seinen Angaben, wonach er den Weg nach G.\_\_\_\_\_ nur dank seines Navigationsgerätes gefunden habe, könne sich der Versicherte auch in wenig bekannter Umgebung (in der Stadt G.\_\_\_\_\_) sicher, zielgerichtet und ohne Hilfsmittel (Plan, Navigationsgerät) bewegen. Die neuropsychologischen Befunde seien deshalb als nicht aussagekräftig zu beurteilen und Aggravationstendenzen wahrscheinlich.

4.6 Am 13. Mai 2015 ordnete die IV-Stelle eine bidisziplinäre medizinische Untersuchung bei Dr. med. K.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie) und lic. phil. L.\_\_\_\_\_ (Neuropsychologie) an (IV-act. 137).

4.6.1 Am 12. November 2015 erstattete Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Zusammenarbeit mit lic. phil. L.\_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, im Auftrag der IV-Stelle und in Kenntnis der Observationsergebnisse ein interdisziplinäres Gutachten (IV-act. 142 und 145), dem verschiedenste Tests, insbesondere auch neuropsychologischer Art, zugrunde lagen. Darin wird als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig leichtgradige Ausprägung (ICD-10 F33.9), festgehalten. Als psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden eine Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen und histrionischen Zügen (ICD-10 Z73.1), bestehend seit der Adoleszenz, und

seit Jahren bestehender schädlicher Gebrauch von Tabak (ICD-10 F17.1) erwähnt. Als weitere Diagnosen, deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht beurteilt würden, werden aufgeführt: vasomotorische Kopfschmerzen; Status nach Verkehrsunfall mit Commotio cerebri, Gesichtsfrakturen rechtsseitig (Jochbein, Kiefer), Contusio bulbi mit Netzhautverletzung beidseits am 17. April 2004; leicht ausgeprägte AC-Gelenksarthrose im linken Schultergelenk mit Zeichen einer Bursitis subacromial/subdeltoïdal, ansatznahe Tendinopathie der Supraspinatussehne ohne Riss, ansatznaher Riss der intraartikulären Bizepssehne, zusätzliche Zeichen einer SLAP-Läsion; Hyperlipidämie; Status nach Operation einer kombinierten grossen Inguinalhernie rechts nach Lichtenstein am 2. September 2008 (IV-act. 145-38 und 39).

In Würdigung der Untersuchung und der Testergebnisse gelangte Dr. K. \_\_\_\_\_ zur Feststellung einer Aggravation beim Beschwerdeführer im Sinne eines bewusst übertriebenen Betonens von vorhandenen Krankheitssymptomen. Diese Aggravation müsse bei der Beurteilung der Ausprägung seiner psychiatrischen Symptomatik und auch bei der Beurteilung der allfällig daraus resultierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zwingend mitberücksichtigt werden.

Unter dem Titel Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. K. \_\_\_\_\_ als Beeinträchtigungen (qualitativ und quantitativ) auf der psychisch-geistigen Ebene fest, dass sich beim Versicherten im Mini-ICF-APP-Rating mittelgradige Defizite in den Bereichen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit und Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie leichte Defizite in den Bereichen Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Kompetenz- und Wissensanwendung, Proaktivität und Spontanaktivitäten und Selbstbehauptungsfähigkeit zeigten. Im sozialen Bereich bestehe bei ihm eine Einschränkung der sozialen Kompetenzen. Er weise in Bezug auf den Umgang mit sich selbst Defizite in den Bereichen Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit, Selbstbeobachtung und Eigenverantwortung auf. In der bisherigen Tätigkeit bestehe aus rein psychiatrischer Sicht aktuell durch die rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtige leichtgradige Ausprägung, eine leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die neuropsychologische als auch die psychiatrische Komponente beinhalte, könne beim Versicherten derzeit für die bisher ausgeübten Tätigkeiten vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychiatrischer Sicht abgestützt werden. Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar. Dem Versicherten sei aus rein psychiatrischer Sicht ein volles zeitliches Arbeitspensum zumutbar bei einer

Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 25 %. Diese medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr bestehe seit dem Jahr 2006. Der Grad der Arbeitsfähigkeit sei aus rein psychiatrischer Sicht stationär. Seinem Arbeitsumfeld sei der Versicherte zumutbar.

Betreffend die Eingliederungsfähigkeit führte Dr. K. \_\_\_\_\_ aus, zum momentanen Zeitpunkt stehe aus seiner Sicht die adäquate Behandlung der rezidivierenden depressiven Störung im Vordergrund. Er empfehle auch die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit, was durchaus einen therapeutischen Effekt haben könne. Eine andere als die angestammte Tätigkeit seien dem Versicherten zumutbar. Aus rein psychiatrischer Sicht sei ihm ein volles zeitliches Arbeitspensum zumutbar, wobei eine verminderte Leistungsfähigkeit von maximal 25 % bestehe.

4.6.2 Im neuropsychologischen Gutachten (IV-act. 142) führte lic. phil. L. \_\_\_\_\_ als Beurteilung aus, dass sich in der neuropsychologischen Untersuchung in kognitiver Hinsicht ein schwierig zu interpretierendes Befundbild mit einer Reihe von Einschränkungen, einer Reihe von erhaltenen Leistungen sowie Hinweisen auf eine teilweise vorhandene Verdeutlichungstendenz zeige. Bei den drei angewandten Symptomvalidierungstests habe der Versicherte allerdings nur bei einem Test eine knapp auffällige Leistung gezeigt. In den Vorberichten und in der jetzigen Untersuchung fänden sich eine Reihe von Diskrepanzen, die als Unfallfolgen schwer erklärbar seien und insgesamt auf eine Aggravation oder Simulation hinwiesen: 1. Als organisch bedingte Unfallfolge sei nicht erklärbar, weshalb die Leistungsfähigkeit des Versicherten nach dem Unfall immer mehr abgenommen habe; bei einer Hirnverletzung wäre der typische Verlauf umgekehrt (zuerst eine stark verminderte Leistungsfähigkeit, die sich im weiteren Verlauf verbessere, bis sich nach spätestens ca. zwei Jahren ein stabiler Zustand einstelle). So habe der Arbeitgeber im Juni 2005 berichtet, dass der Versicherte an seinem bisherigen Arbeitsplatz mit einem zeitlichen Pensum von 100 % und einer Leistung von 90 % arbeite. Im Oktober 2005 habe der Arbeitgeber angegeben, dass die Leistung 75 % betrage. Im April 2006 habe die Y. \_\_\_\_\_ angegeben, eine Leistung von 50 % werde vom Versicherten kaum erreicht. Im Februar 2007 habe die AC. \_\_\_\_\_ berichtet, er könne lediglich ein zeitliches Arbeitspensum von drei Stunden pro Tag bewältigen, dabei betrage seine qualitative Leistungsfähigkeit lediglich 40 % in einer angepassten Tätigkeit. 2. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der Schwere des beim Unfall von 2004 erlittenen Schädelhirntraumas und den vom Versicherten schon recht früh und bis heute beklagten, sehr deutlich ausgeprägten und weite Bereiche umfassenden Einschränkungen und Beschwerden. 3. Es bestehe

auch eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Schweregrad der bei den verschiedenen neuropsychologischen Untersuchungen gezeigten Schweregraden an kognitiven Einschränkungen ("leicht bis mittelschwer") und dem vom Versicherten beklagten, sehr beträchtlichen Ausmass der berichteten kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen. 4. Merkwürdig und kaum nachvollziehbar muteten auch die variierenden Gesichtsfeldausfälle an. 5. Ebenfalls merkwürdig und schwer nachvollziehbar mutete eine Reihe von pathologischen Befunden an, die der Versicherte bei einer neurologischen Untersuchung vom Januar 2006 durch Dr. AD.\_\_\_\_\_ gezeigt habe; so hätten sich damals im Neurostatus ein deutliches Schwanken im verschärften Romberg, ein sehr schlecht gelungenes Hüpfen einer komplexen Figur beidseits usw. gezeigt. 6. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen einer vom Versicherten beanspruchten lebenspraktischen Begleitung und Hinweisen auf gut erhaltene Fähigkeiten anhand anderer Informationen. So habe die Sozialarbeiterin AE.\_\_\_\_\_ 2009 berichtet, dass der Versicherte u.a. in folgenden Bereichen auf eine regelmässige lebenspraktische Begleitung angewiesen sei: Post und Briefe lesen und bearbeiten, telefonische Auskünfte einholen, Terminorganisation, Pausen einlegen, Unterstützung in der Umsetzung der Tagesstruktur. Auch 2012 sei er noch lebenspraktisch begleitet worden. 2009 habe er sogar eine leichte IV-Hilflosenentschädigung erhalten, weil bei ihm eine Hilflosigkeit im Lebensbereich "Fortbewegung" vorhanden sei; in Diskrepanz dazu stehe, dass 2012 von den Ambulanten Psychiatrischen Diensten berichtet worden sei, dass er immer wieder für mehrere Wochen nach E.\_\_\_\_\_ oder AF.\_\_\_\_\_ reise. In Diskrepanz zu den behaupteten lebenspraktischen Einschränkungen stehe auch, dass der Versicherte im April 2013 alleine mit dem Auto von AG.\_\_\_\_\_ nach G.\_\_\_\_\_ zu einer F.\_\_\_\_\_ -Untersuchung und danach wieder nach Hause gereist sei. 7. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen Angaben des Versicherten, er leide unter einer Konzentrationsschwäche und könne sich nur kurz (ca. zehn Minuten) konzentrieren, und der Konzentrationsfähigkeit während der aktuellen Untersuchung, die nicht auffällig gewesen sei (normgemässe Leistungen in der selektiven und geteilten Aufmerksamkeit); zudem seien während der ersten ca. 1 1/2 Stunden der Untersuchung keine Hinweise auf eine erhöhte Ermüdbarkeit erkennbar gewesen, dann sei es ab und zu zu demonstrativ wirkenden Erholungspausen vor Aufgabendurchgängen gekommen.

Wegen der Hinweise auf eine zumindest in einzelnen Testverfahren vorhandene Verdeutlichungstendenz könne nicht mit genügender Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die Testresultate der aktuellen Untersuchung die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit des Versicherten und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit adäquat

wiederspiegeln. Dies gelte auch für die zwei bisherigen neuropsychologischen Voruntersuchungen. Es könne jedoch gesagt werden, dass schon mit den bei den bisherigen neuropsychologischen Untersuchungen gezeigten kognitiven Einschränkungen (insgesamt höchstens leicht bis mittelschwer) die ausgeprägten kognitiven Beschwerden und die in den Arbeitsversuchen ab Mitte 2006 gezeigte sehr starke Leistungseinschränkung nicht erklärt werden könnten.

Als neuropsychologische Diagnose hielt lic. phil. L. \_\_\_\_\_ Hinweise auf eine Lese- und Rechtschreibschwäche, eventuell Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0) fest. Bei den Auswirkungen der Störungen auf die bisherige Tätigkeit gelte es zu beachten, dass der Versicherte diese Tätigkeit nicht mit einer qualifizierten Berufslehre erlernt habe, sondern diesbezügliche Berufskennnisse "on the job" erworben habe, was möglicherweise zu Schwierigkeiten bei anspruchsvollen beruflichen Aufgabenstellungen führen könnte. Die Lese- und Rechtschreibschwäche bzw. -störung erschwere sämtliche Aufgaben, bei denen Informationen übers Lesen aufgenommen werden müssten und bei denen korrektes Schreiben wichtig sei; so wären damit beispielsweise vom Arbeitgeber im Juni 2005 geschilderte Schwierigkeiten im Lesen von schriftlichen Sachen und im korrekten Eingeben von Codes erklärbar. Weitere Aussagen bezüglich der Auswirkung von kognitiven Beeinträchtigungen auf die bisherige Tätigkeit seien wegen der nicht gesicherten Validität der kognitiven Befunde nicht möglich. Es seien auch keine gesicherten Angaben über die Auswirkungen allfälliger kognitiver Einschränkungen auf die zeitliche Zumutbarkeit und die qualitative Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit möglich. Die zur Verfügung stehenden Informationen deuteten jedoch darauf hin, dass die zeitliche Zumutbarkeit und qualitative Leistungsfähigkeit wesentlich höher liegen dürfte, als vom Versicherten behauptet und bisher angenommen. So sei er 2013 in der Lage gewesen, alleine mit dem Auto von AG. \_\_\_\_\_ nach G. \_\_\_\_\_ zu einer SMAB-Untersuchung und wieder zurück zu fahren und danach noch Arbeiten am Haus zu erledigen, was gegen eine starke Ermüdbarkeit und starke Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit spreche.

4.7 Am 23. November 2015 hielt RAD-Arzt Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, zusammenfassend fest, dass bezugnehmend auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten der F. \_\_\_\_\_ AG vom 25. Juni 2013 aus orthopädischer Sicht eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestehe (IV-act. 146). Auf internistisch/neurologischem Fachgebiet hätten sich ebenso keine gesundheitlichen Störungen von Belang finden lassen. Das psychiatrische Gutachten habe nicht zu überzeugen ver-

mocht, weshalb denn auch eine neuerliche Begutachtung (inkl. Neuropsychologie) erfolgt sei.

Auf neuropsychologischem Fachgebiet sei die Diagnose einer vorbestehenden Lese- und Rechtschreibschwäche (möglicherweise gar -störung) gestellt worden, während unabhängig hiervon aufgrund zahlreicher Diskrepanzen Hinweise für eine Aggravation oder Simulation vorliegen würden. Der psychiatrische Gutachter stelle abweichend zur Vor-Begutachtung die Diagnose einer rezidivierend depressiven Störung i.S. einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig leichtgradige Ausprägung, welche die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit indes höchstens leichtgradig beeinträchtige. Die Diagnose einer Persönlichkeitsauffälligkeit i.S. einer organischen Persönlichkeitsänderung (posttraumatisch) werde nicht bestätigt.

4.8 RAD-Psychiater H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fasste die wesentlichen Befunde des neuropsychologischen Gutachtens L.\_\_\_\_\_, das formal und inhaltlich überzeugend und nachvollziehbar sei, mit Stellungnahme vom 30. November 2015 (IV-act. 147) wie folgt zusammen: 1. vorbestehende Lese- und Rechtschreibschwäche, möglicherweise sogar Lese- und Rechtschreibstörung gemäss ICD-10 F81.0; 2. Hinweise für eine Aggravation oder Simulation: Verlauf der Entwicklung der Leistungsfähigkeit nach dem Unfall untypisch; deutliche Diskrepanz zwischen dem ermittelten Schweregrad der kognitiven Einschränkungen und den vom Versicherten beschriebenen Funktionseinschränkungen; deutliche Diskrepanz zwischen der vom Versicherten beanspruchten lebenspraktischen Begleitung und Hinweisen auf gut erhaltene Fähigkeiten; 3. aus den Ergebnissen der bisherigen neuropsychologischen Abklärungen und den Ergebnissen der aktuellen Untersuchung könnten keine gesicherten Angaben über die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gemacht werden; 4. die in den Arbeitsversuchen seit 2006 gezeigte sehr starke Leistungseinschränkung könne jedoch bereits mit den Ergebnissen der früheren neuropsychologischen Untersuchungen nicht erklärt werden.

Das psychiatrische Gutachten Dr. K.\_\_\_\_\_ erfülle formal und inhaltlich die Anforderungen an ein Gutachten. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit halte Dr. K.\_\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig leichtgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.9) fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei gemäss Dr. K.\_\_\_\_\_ eine Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen und histrionischen Zügen (ICD-

10 Z73.1) und ein schädlicher Gebrauch von Tabak (ICD-10 F17.1). Gutachter K.\_\_\_\_\_ beschreibe zahlreiche Inkonsistenzen und eine Aggravation im Sinne eines bewusst übertriebenen Betonens von vorhandenen Krankheitssymptomen. Weiterhin bestünden ein Verharren in der Krankenrolle, ein erheblicher Krankheitsgewinn und eine Selbstlimitierung. Doktor K.\_\_\_\_\_ setze sich auch ausführlich und nachvollziehbar mit früheren Untersuchungen, speziell auch mit dem polydisziplinären Gutachten F.\_\_\_\_\_ auseinander. Die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit erachte Dr. K.\_\_\_\_\_ als noch zumutbar, in einem vollen zeitlichen Arbeitspensum mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von max. 25 %. Diese Einschätzung bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits seit 2006, jedoch spätestens seit der polydisziplinären Begutachtung vom 25. Juni 2013.

RAD-Arzt H.\_\_\_\_\_ empfahl, beide Gutachten als medizinische (neuropsychologische und psychiatrische) Grundlage für die weiteren Entscheide der IV-Stelle anzuerkennen.

4.9 Auf Rückfrage der IV-Stelle, ob Veränderungen im medizinischen Sachverhalt seit Beginn des Anspruchs auf die ganze IV-Rente ab Dezember 2005 festzustellen seien oder ob seine Beurteilung denselben Gesundheitszustand wie damals abbilde, er diesen aber anders als die damaligen Ärzte beurteile, antwortete Dr. K.\_\_\_\_\_ am 17. Dezember 2015 (IV-act. 150 f.) dahingehend, als Gutachter gehe er davon aus, dass sich durchaus Veränderungen im medizinischen Sachverhalt ergeben hätten (IV-act. 150). Eine "organische Persönlichkeitsstörung", wie sie im Gutachten des F.\_\_\_\_\_ diagnostiziert worden sei, könne er nicht bestätigen, sondern nur eine Persönlichkeitsakzentuierung. Im IV-Arztbericht des AH.\_\_\_\_\_ vom 18. April 2012 würden im Psychostatus unter anderem ausgeprägte kognitive Defizite wie Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen beschrieben und ausgeführt, dass der Versicherte im Gespräch häufig den Faden verliere und Wortfindungsstörungen und Wortperseverationen auffielen. Derart ausgeprägte kognitive Defizite habe er bei seiner Begutachtung nicht mehr feststellen können. Wortperseverationen hätten keine mehr bestanden und die Tendenz, zeitweise nach Worten zu suchen, habe auf ihn angesichts der ansonsten flüssigen Schilderung durchaus demonstrativ gewirkt. Von Dr. AD.\_\_\_\_\_ von der Rehaklinik S.\_\_\_\_\_ seien im Bericht vom 9. Januar 2006 "mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörungen" beschrieben worden, die er selber bei der aktuellen gutachterlichen Untersuchung klinisch nicht habe feststellen können und die auch lic. phil. L.\_\_\_\_\_ in seiner neuropsychologischen Begutachtung nicht habe bestätigen können. Auch Prof. Dr. T.\_\_\_\_\_ habe in seinem Arztbericht vom 14. November 2007 "erhebliche

neuropsychologische Kapazitätseinschränkungen samt einer allgemeinen mentalen Verlangsamung im Rahmen eines vordiagnostizierten, möglichen hirnrorganischen Psychosyndroms" diagnostiziert, die sich - auch unter Hinweis auf das Gutachten L. \_\_\_\_\_ - mittlerweile nicht mehr eindeutig objektivieren liessen. Die von ihm selber festgestellte ausgeprägte Aggravation des Versicherten, die er in seinem Gutachten ausführlich beschrieben habe und die auch von lic. phil. L. \_\_\_\_\_ diskutiert worden sei, stelle zudem ebenfalls eine erhebliche Veränderung im medizinischen Sachverhalt dar, denn eine solche Aggravation sei in den vorliegenden Berichten bzw. Gutachten nie erwähnt resp. diskutiert worden.

Ebenfalls auf Nachfrage der IV-Stelle antwortete lic. phil. L. \_\_\_\_\_ am 4. Januar 2016 (IV-act. 154), bezüglich der in seiner neuropsychologischen Untersuchung festgestellten Einschränkungen des Lesens und Rechtschreibens sei davon auszugehen, dass es sich um eine vorbestehende Entwicklungsbeeinträchtigung im Sinne einer Lese- und Rechtschreibschwäche, möglicherweise sogar einer Lese- und Rechtschreibstörung gemäss ICD-10-Kategorie F81.0 handle. Diesbezüglich sei nicht davon auszugehen, dass sich der medizinische Sachverhalt seit Dezember 2005 verändert habe. Allerdings seien diese Einschränkungen für die damalige Berentung gar nicht relevant gewesen. Bezüglich der übrigen vom Versicherten in der von ihm vorgenommenen Untersuchung gezeigten kognitiven Beeinträchtigungen in den Testverfahren sei wegen einer von ihm dabei gezeigten teilweisen Verdeutlichungstendenz eine gesicherte Aussage zu Veränderungen seit Dezember 2005 nicht möglich.

4.10 Am 14. Dezember 2015 bzw. am 1. Februar 2016 nahm RAD-Psychiater H. \_\_\_\_\_ nochmals Stellung zu den Ergänzungen der Gutachter K. \_\_\_\_\_ und L. \_\_\_\_\_ (IV-act. 155 und 156). Der Rentenentscheid sei 2006 auf der Grundlage der RAD-Stellungnahme von Dr. V. \_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2006 erfolgt. Der RAD sei zum damaligen Zeitpunkt aufgrund der medizinischen Abklärungen der Y. \_\_\_\_\_ von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten wie in einer angepassten Tätigkeit von 50 % ausgegangen. Im Zeitraum von August 2006 bis Februar 2007 seien berufliche Eingliederungsmassnahmen erfolgt, die eine praktische Umsetzung dieser Einschätzung nicht habe realisieren können. Danach seien weitere Abklärungen durch die Y. \_\_\_\_\_ erfolgt, die im Februar 2009 zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % geführt hätten. RAD-Arzt V. \_\_\_\_\_ habe am 23. April 2009 die Übernahme dieser Y. \_\_\_\_\_ - Einschätzung empfohlen, ohne dass die IV weitere eigene Abklärungen unternommen habe. Diese seien dann erst im Rahmen der Revision 2012 erfolgt mit der

polydisziplinären Begutachtung 2013, deren psychiatrischer Teil von seiner Seite als nicht fachgerecht eingeschätzt worden sei. Daraufhin seien eine zusätzliche psychiatrische und neuropsychologische Begutachtung im August und November 2015 erfolgt.

Der ergänzende Bericht von lic. phil. L. \_\_\_\_\_ vom 4. Januar 2016 stelle nochmals fest, dass eine vorbestehende Lese-Rechtschreib-Schwäche, möglicherweise auch eine Lese-Rechtschreib-Störung nachgewiesen werden könne. Dies habe sich seit Dezember 2005 sicher nicht verändert, sei aber auch nicht relevant für die Rentenzusprache gewesen. Doktor K. \_\_\_\_\_ verweise in seiner Antwort teilweise auf die Untersuchungen von lic. phil. L. \_\_\_\_\_ und spreche klar von einer ausgeprägten Aggravation. Früher beschriebene neuropsychologische Einschränkungen könne er in seinem Gutachten nicht mehr bestätigen. Dies könne dahingehend interpretiert werden, dass zwischen 2012/2013, also zwischen den Berichten des APD bzw. der F. \_\_\_\_\_, eine Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten sei, was aber nicht wirklich plausibel sei. Vielmehr müsse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass bereits 2012 und 2013 eine ausgeprägte Aggravation bestanden habe, die jedoch in den beiden Berichten nicht erfasst bzw. beschrieben worden sei.

4.11 Nachdem die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 15. März 2016 die Einstellung der Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von nurmehr 38 % angekündigt hatte, liess er Einwand erheben und eine Stellungnahme seiner Hausärztin Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, vom 8. April 2016 zu den Gutachten K. \_\_\_\_\_/L. \_\_\_\_\_ einreichen (IV-act. 167 - 3 f.), in der sie das Unfallereignis und die nachfolgende Hospitalisation als extrem schlecht dokumentiert und unvollständig sieht. Die von den einzelnen Experten gestellten Diagnosen seien auch nicht konsistent. Zudem liess der Beschwerdeführer einen Arztbericht des Ophthalmologen Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom 8. April 2016 (IV-act. 167 - 5) einreichen mit der Diagnose eines Status nach Schädelhirntrauma und schwerer Contusio mit Gesichtsfeldausfall rechts, der jedoch im Januar 2016 nicht mehr zum Ausdruck komme.

4.12 Gestützt auf das Gutachten K. \_\_\_\_\_/L. \_\_\_\_\_ hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. Dezember 2016 die Rente wie im Vorbescheid angekündigt auf. Sie ging dabei von einer um 25 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus. Eine neuropsychologische Einschränkung könne nicht mehr nachvollzogen werden; es sei vielmehr von einer ausgeprägten Aggravation auszugehen. Gemäss Begutachtungsergebnis sei dem Versicherten eine vollzeitliche Tätigkeit zumutbar, wobei

aus psychiatrischen Gründen noch eine Leistungsminderung von 25 % berücksichtigt werden könne. Die Restarbeitsfähigkeit von 75 % könne seit dem Jahr 2012/2013 angenommen werden und sei auch in seiner angestammten Tätigkeit als Betriebsmechaniker zu verwerten. Der Einkommensvergleich ergebe bei einem Valideneinkommen von Fr. 87'787.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 54'711.-- eine Erwerbseinbusse von Fr. 33'075.-- bzw. einen Invaliditätsgrad von 38 %. Für das Invalideneinkommen sei auf die LSE 2012, ganzer privater Sektor Niveau 2 Männer; Tabelle triage\_skill\_level, abzustellen.

4.13 Mit der Beschwerde liess der Beschwerdeführer ein interdisziplinäres Gutachten der Unabhängigen medizinischen Gutachtenstelle P. \_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2016 einreichen, erstellt von den Gutachtern Dr. med. Al. \_\_\_\_\_ (neurologisches Teilgutachten und Hauptgutachter), Dr. med. AJ. \_\_\_\_\_ (psychiatrisches Teilgutachten) und Dr. phil. AK. \_\_\_\_\_ (neuropsychologisches Teilgutachten; BF-act. 3).

Aus neurologischer Sicht wurden keine Hinweise auf eine zentrale oder periphere Läsion des Nervensystems, keine Lateralisation, keine sensomotorischen Ausfälle festgestellt. Es gebe eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS nach links, mässige Druckdolenzen im Bereich des linken Musculus levator scapulae und am C3-Querfortsatz links. Es gebe Wortfindungsstörungen, manchmal Gedächtnislücken, der Patient wirke manchmal bedächtig und verlangsamt. Als Beurteilung wird ausgeführt, vor seinem Unfall vom 17. Dezember 2004 sei er einerseits als Betriebsmechaniker voll arbeitsfähig seit mehreren Jahren, andererseits als Spitzensportler tätig gewesen. Beim Unfall in E. \_\_\_\_\_ habe er eine Schädel-Hirn-Verletzung mit Bewusstlosigkeit und Amnesie mit Symptomenkomplex aus cervico-cephalen, musculo-skelettalen, neurovegetativen, neuropsychologischen und psycho-traumatologischen Störungen erlitten, ohne sensomotorische fokale neurologische Ausfälle, jedoch mit signifikanten neuropsychologischen Störungen. Als neurologische Diagnose wurde festgehalten: Status nach Verkehrsunfall vom 17. Dezember 2004 mit Polyblessuren, Schädel-Hirn-Trauma und entsprechenden neuropsychologischen Defiziten.

Aus psychiatrischer Sicht würden sich gemäss Dr. AJ. \_\_\_\_\_ in der Anamnese leicht- bis mittelgradige kognitive Schwächen im Bereich der Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisleistungen ergeben. Diese seien jedoch im Psychostatus aus rein klinischer Sicht nicht objektivierbar, wobei diesbezüglich auf die neuropsychologische

Teilbegutachtung verwiesen sei. In der Exploration finde sich eine leichtgradig erhöhte psychomotorische Anspannung und eine leichtgradig verminderte Stimmungslage sowie eine ebenfalls leicht verminderte affektive Modulationsfähigkeit. Ebenfalls finde sich eine Perspektive- und Hoffnungslosigkeit hinsichtlich der beruflichen Zukunft. Insgesamt wirke der Versicherte ängstlich-angespannt bei, wenn auch knapp, erhaltenem Antrieb. Aufgrund des Unfallhergangs und des erlittenen Schädel-Hirn-Traumas sei aufgrund der kognitiven Funktionseinschränkung mit grösster Wahrscheinlichkeit eine organische Persönlichkeitsstörung anzunehmen, wobei die Symptomatologie bei diesem Krankheitsbild sehr schwankend sein könne und die vom Patienten berichteten Krankheitssymptome nicht in jedem Fall und im gleichen Ausmass klinisch festgestellt werden könnten. Dazu sei auf das neuropsychologische Teilgutachten verwiesen, das möglicherweise nähere Aufschlüsse einerseits zur Krankheitssymptomatologie und andererseits zur Diagnose geben könne. Die im psychiatrischen Gutachten vom 12. November 2015 beschriebenen "zahlreichen Inkonsistenzen" seien aus derzeitiger psychiatrischer Sicht nicht schlüssig verwertbar. Auch bei Bestehen einer leicht- bis mittelgradigen organischen Persönlichkeitsstörung wäre es aus psychiatrischer Sicht denkbar, ein Auto zu lenken, dieses erfolgreich zu bedienen, eine Flugreise nach AF. \_\_\_\_\_ zu unternehmen und dergleichen. Letztlich habe der Gutachter in jenem Gutachten die zahlreichen Inkonsistenzen als Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen und histrionischen Zügen interpretiert, was aus derzeitiger psychiatrischer Sicht nur schwer nachvollziehbar sei. Als psychiatrische Diagnosen hält Dr. AJ. \_\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, derzeit leichtgradig ausgeprägt (ICD-10 F33.0), und den Verdacht auf organische Persönlichkeitsstörung nach Schädel-Hirntrauma (ICD-10 F07.2) fest. Aus rein psychiatrischer Sicht und bei Betrachtung der affektiven Störung isoliert könnte beim Versicherten eine nur leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit postuliert werden. Aufgrund der nun schon mehrjährig andauernden rezidivierenden depressiven Störung sei zu vermuten, dass sich das affektive und kognitive Funktionsniveau dermassen verschlechtert habe, dass sich dadurch mit grosser Wahrscheinlichkeit ein höherer Grad an Arbeitsunfähigkeit als Betriebsmechaniker ergeben habe. Aus derzeitiger psychiatrischer Sicht wäre eine leichte berufliche Tätigkeit in adaptierter Form in vermindertem Masse allenfalls möglich. Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei jedoch aufgrund der mehrjährigen Abwesenheit vom Arbeitsprozess nur schwerlich möglich, wobei diesbezüglich auch auf die neuropsychologische Teilbegutachtung verwiesen sei, die hinsichtlich der kognitiven Funktionslage und der damit verbundenen zu erhärtenden Diagnose einer organischen Persönlichkeitsstörung wichtige Hinweise geben könnte. Insgesamt könne aus derzeitiger psychiatrischer Sicht festgehalten werden, dass der Versicherte aufgrund

seiner mehrjährigen, derzeit allerdings nur leichtgradig imponierenden affektiven Defizite und aufgrund seiner kognitiven Funktionseinschränkungen sowohl in seinem herkömmlichen Beruf als Betriebsmechaniker wie auch in einer adaptierten beruflichen Tätigkeit aufgrund der verminderten Belastbarkeit und der mit grösster Wahrscheinlichkeit verlängerten Erholungszeit in vermindertem Masse arbeitsfähig sei. Allenfalls gebe das neuropsychologische Teilgutachten hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nähere Aufschlüsse, wobei aus psychiatrischer Sicht eine genauere Arbeits- und Leistungsbeurteilung in geschütztem Rahmen empfohlen sei.

Nach verschiedenen Tests gelangte die Neuropsychologin AK. \_\_\_\_\_ zu folgenden Befunden: Das allgemeine kognitive Leistungsprofil des Versicherten stelle sich insgesamt schwankend dar mit weitgehend unauffälligen nonverbalen Leistungen, jedoch teilweise erheblich beeinträchtigten sprachlichen und auditiven Informationsverarbeitungsleistungen. Auch unter Berücksichtigung eines eher tieferen prämorbidem kognitiven Leistungsniveaus mit wahrscheinlich vorbestehenden Lese- und Rechtschreib-Schwierigkeiten entspreche das sich heute manifestierende kognitive Leistungsprofil nur bedingt dem aufgrund der schulischen und beruflichen Ausbildung sowie der langjährigen beruflichen Tätigkeit als Auto- bzw. Betriebsmechaniker zu erwartenden Niveau. Es seien diverse Tests durchgeführt worden und er sei an beiden Untersuchungsterminen auch mit einem simulationssensiblen Testverfahren konfrontiert worden. Aufgrund der Ergebnisse könne eine Aggravationstendenz mit grösster Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Auch sonst hätten sich im Verlauf der Testung keine Hinweise auf testinterne Inkonsistenzen ergeben, weder in der Verhaltensbeobachtung noch in den Testergebnissen bzw. in der "eingebetteten" Validitätsprüfung der Testbatterie. Zusammenfassend wurde festgehalten, dass die Befunde aus neuropsychologischer Sicht auf eine leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung im Bereich links-fronto-temporaler Strukturen unter Einbezug rechtstemporaler Strukturen hinwiesen. Im Vordergrund der heute objektivierbaren kognitiven Defizite stünden deutliche Leistungsminderungen im Bereich der mnestischen Funktionen, insbesondere im sprachlichen Lern- und Neugedächtnisvermögen, wo sich sowohl beim Lernen als auch beim späteren Erinnern deutliche Schwierigkeiten zeigten, sowie im visuell-räumlichen Lernvermögen, wo sich aber stabile Behaltensleistungen beim späteren Abrufen manifestierten. Hinzu kämen erhebliche Leistungsminderungen im Bereich der verbalen Exekutivfunktionen, vor allem im sprachlichen Arbeitsgedächtnis, in der verbalen Ideenproduktion sowie in der visuell-verbalen Interferenzkontrolle und Suppressionsfähigkeit. Zudem manifestierten sich Auffälligkeiten in der Spontanansprache mit umständlichem, ausschweifendem und sprunghaftem Erzählen. Hinzu kämen Defizite im Bereich der

spezifischen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen, vor allem in der geteilten Aufmerksamkeit und im Arbeitsgedächtnis sowie eine insgesamt leicht reduzierte Belastbarkeit bei längerer konzentrativer Beanspruchung mit Provokation bzw. Verschlechterung der beklagten somatischen Beschwerden, vor allem der Kopfschmerzen.

Neuropsychologin AK. \_\_\_\_\_ diskutierte danach die früheren neuropsychologischen Gutachten und führte zusammenfassend aus, dass sich in drei früheren Untersuchungen (S. \_\_\_\_\_ vom 9. Januar 2006, F. \_\_\_\_\_ vom 25. Juni 2013 und in der aktuellen Untersuchung) ein konsistentes Befundprofil manifestiert habe, jedoch die Frage der Befundvalidität unterschiedlich beurteilt worden sei. Im neuropsychologischen Gutachten L. \_\_\_\_\_ vom 11. August 2015 hätten sich keine auffälligen (bzw. nur in einem von drei Verfahren grenzwertige) Symptomvalidierungsergebnisse manifestiert, dennoch sei dem Patienten eine Verdeutlichungstendenz unterstellt worden. Die vom Patienten aktuell beklagten Auffassungs-, Lern-, Merk- und Gedächtnisschwierigkeiten würden aufgrund der heute objektivierbaren Testergebnisse verständlich und erklärbar. Es sei davon auszugehen, dass die heute im Rahmen einer ruhigen, ablenkungsarmen, gut strukturierten Untersuchungsatmosphäre objektivierbaren, insgesamt als leicht bis mittelschwer zu beurteilenden kognitiven Minderleistungen sich unter Mehrfachbelastung, Ablenkung, Reizüberflutung, Zeitdruck und Stress noch intensivieren könnten. Aus rein neuropsychologischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit des Patienten in seiner langjährigen beruflichen Tätigkeit als Betriebsmechaniker aufgrund der insgesamt als leicht bis mittelschwer zu beurteilenden kognitiven, vor allem sprachlich-mnestischen, sprachlich-exekutiven sowie attentionalen Minderleistungen theoretisch nach wie vor zu ca. 40-50 % eingeschränkt. In Bezug auf eine neu anzutretende Stelle sei von einer 50%igen Leistungseinschränkung auszugehen, zumal es sich beim heutigen Arbeitsplatz um einen "geschützten Arbeitsplatz" handle, wo er aufgrund der sich manifestierenden Probleme und Leistungsdefizite bezüglich der Anforderungen schon nach kurzer Zeit habe herabgestuft werden müssen. Als fachspezifische Diagnose führte sie sodann eine leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung im Bereich links-fronto-temporaler unter Einbezug rechts-temporaler Strukturen auf.

Interdisziplinär wurden folgende Diagnosen festgehalten: Status nach Verkehrsunfall vom 17. Dezember 2004 mit Schädel-Hirn-Trauma (MTBI) mit Bewusstlosigkeit und Amnesie, Polyblessuren mit Kieferfraktur rechts, Bulbus und Netzhautkontusion rechts, Kontusion von Thorax und Lunge, mit posttraumatischer Cephalaea; leichter bis mittelschwerer kognitiver Funktionsstörung im Bereich links-frontotemporaler unter Einbezug rechts-tempo-

raler Strukturen; rezidivierender depressiver Störung, derzeit leichtgradig ausgeprägt (ICD-10 F33.0); Verdacht auf organische Persönlichkeitsstörung nach Schädel-Hirn-Trauma. Weitere Diagnosen betreffend HWS und Schulter seien der betreffenden Akte zu entnehmen. In der neurologischen Untersuchung seien keine zentralen oder peripheren fokalneurologischen Ausfälle zu verzeichnen, auch keine Lateralisation. Die resultierenden Pathologien nach Schädel-Hirn-Trauma seien schwergewichtig neuropsychologischer und psychiatrischer Natur, die bei der aktuellen Untersuchung als leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörungen hätten objektiviert werden können. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit betrage durchschnittlich 50 %. Im psychiatrischen Teilgutachten sei derzeit eine leichtgradig ausgeprägte rezidivierende depressive Störung und der Verdacht auf eine organische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Weder Aggravation noch Simulation hätten festgestellt werden können. Sodann wurde ausgeführt, dass die Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der beruflichen Tätigkeit als Betriebsmechaniker theoretisch 40-50 % aus neuropsychologischer Sicht betrage, wegen der leichten bis mittelschweren kognitiven, vor allem sprachlich-mnestischen, sprachlich exekutiven sowie attentionalen Minderleistungen. Bei einer neu anzutretenden Stelle sei von einer 50%igen Einschränkung auszugehen. Der Patient sei aus psychiatrischer Sicht wegen der verminderten Belastbarkeit in vermindertem Masse arbeitsfähig. Dies treffe auch aus neurologischer Sicht auf die Folgen von Schädel-Hirn-Trauma zu, mit der chronischen Cephalaea, Ermüdbarkeit, verminderter Konzentration und Ausdauer sowie der Belastungsfähigkeit für Stress. Hinzu komme, dass die Gutachtersituation die Anforderungen des Alltags in beschränktem Masse abbilde. In dieser Hinsicht gebe die laufende Arbeit im geschützten Rahmen beim AQ. \_\_\_\_\_ wertvolle Hinweise und Informationen über die Leistungsfähigkeit bei der Ausübung der Arbeit; leider seien die Resultate nicht gut und schlössen praktisch eine wirtschaftliche Verwertung der Leistung aus. Aus interdisziplinärer Sicht bei Status nach Schädel-Hirn-Trauma mit kognitiven und psychischen Defiziten sei neuropsychologisch von 50 % Leistungsminderung auszugehen, psychiatrisch sei der Patient in vermindertem Masse arbeitsfähig. Der Neurostatus selber zeige keine Ausfälle. Weitere Ressourcen beständen beim Patienten nicht. Die aktuelle Leistungsbeurteilung in einer geschützten Arbeitsstätte sei wie vor zehn Jahren ohne wirtschaftliche Verwertbarkeit. Es sei von einem Dauerzustand auszugehen. Der Gesundheitszustand habe sich seit dem Jahr 2009 überwiegend wahrscheinlich nicht verändert; es handle sich um bleibende Folgen des Schädel-Hirn-Traumas.

4.14 Am 29. März 2017 liess der Beschwerdeführer einen Operationsbericht vom 10. März 2017 einreichen (BF-act. 9), worin der operierende Orthopäde Dr. AL. \_\_\_\_\_

folgende Diagnosen stellte: obere Subscapularissehnenruptur und vordere Supraspinatussehnenruptur mit medialer Instabilität der langen Bicepssehne mit Zerreissung des Pulleysystems, schmerzhafte AC-Gelenksarthrose, SLAP 2-Läsion; cervicale Schmerzen mit degenerativen Veränderungen C6/C7 und foraminale Einengung beidseits, Status nach foraminale Infiltration C6/C7 links am 30. Juni 2016 (Dr. AM. \_\_\_\_\_), Status nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma im Rahmen eines Polytraumas 2004. Die am 10. März 2017 durchgeführte Operation sei durch langdauernde Schmerzen einerseits im Bereich des Schulterdachs und seitlich des Acromions und andererseits im Nacken indiziert worden. Die ausgedehnten Abklärungen auch mit Einbezug der Wirbelsäulenabteilung mit Infiltrationen hätten eine gemischte Ursache der Schmerzen einerseits im Bereich der Schulter, andererseits im Bereich des Nackens ergeben. Nach infiltrativer Therapie der HWS habe der Patient die operative Revision der Schulter gewünscht. Es sei mit ihm mehrmals ausführlich besprochen worden, dass eine vollständige Schmerzfreiheit wegen der zusätzlichen Nackenprobleme nicht zu erwarten sei, dass jedoch eine Funktionsverbesserung der Schulter wahrscheinlich sei.

4.15 Im Weiteren liess der Beschwerdeführer am 9. August 2017 im Beschwerdeverfahren einen Zwischenbericht der AN. \_\_\_\_\_ vom 2. August 2017 einreichen (BF-act. 10), worin Gruppenleiterin AO. \_\_\_\_\_ ausführt, dass der Beschwerdeführer am 3. Oktober 2016 - nach einer Schnupperwoche - in der Glaswerkstatt gestartet habe, wobei er jeweils von 8.00 bis 11.30 Uhr gearbeitet habe. Am 13. März 2017 sei er an der Schulter operiert worden und danach bis 2. Juli 2017 100 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 3. Juli 2017 arbeite er 50 % von 8.00 bis 10.30 Uhr; eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei zurzeit nicht möglich. Zum Arbeitsverhalten führt sie unter anderem aus, dass der Beschwerdeführer seit Arbeitsbeginn Konzentrationsschwierigkeiten aufweise. Er müsse vermehrt nachfragen, wenn man ihm etwas erkläre, könne nur mit Mühe einem Gespräch folgen und sei leicht ablenkbar. Somit falle es ihm sichtlich schwer, eine vorausschauende Arbeitsorganisation zu pflegen. Überschaubare, einfache Arbeiten gelängen ihm deutlich besser als umfassende, schwierige, die in mehreren Stufen erledigt werden müssten. Dabei habe er sehr hohe Ansprüche an sich selbst und er gehe an die Grenzen der Selbstüberforderung. Er könne sich die Namen von Fachpersonen und Mitarbeitenden nicht merken; er helfe sich, indem er Namen, Termine usw. in seine Agenda notiere. Als Fachperson nehme man wahr, dass er teilweise depressive Verstimmungen aufzeige und der Unfall mit den dazugehörenden Konsequenzen stetig präsent sei. Er vergleiche seine heutigen Fähigkeiten dauernd mit den Fähigkeiten von früher, was immer wieder Frustration und Trauer auslöse; er habe grosse Mühe, mit seinem jetzigen Zustand klarzukommen

und äussere immer wieder die Meinung, durch stetiges Training könnte er wieder "der Alte" werden, was unmöglich sei. Bei den persönlichen Kompetenzen führt AO. \_\_\_\_\_ Einschränkungen und Defizite im Bereich des Konzentrationsvermögens, der Aufmerksamkeit, der Lernfähigkeit, der Flexibilität, des Gedächtnisses und im Umgang mit der Behinderung an. Durch die unfallbedingte Veränderung habe er einen grossen Teil seiner früheren Beziehungen verloren; er vermittele durch sein Verhalten, dass er isoliert lebe. Mängel stellt sie auch fest in den sozialen und den Fachkompetenzen. Er arbeite motiviert, aber sehr langsam. Er brauche sehr viele Pausen und ein speditives, organisiertes Vorkommen sei unmöglich. Die zwei Arbeitsstunden seien für ihn viel, ermüdeten ihn sichtbar und die Leistungsfähigkeit nehme schon nach kurzer Zeit ab. Es werde daran gezweifelt, dass er in der Glaswerkstatt am richtigen Ort sei, da er kaum arbeitsfähig sei und eher in eine Beschäftigungssituation gehöre; eine Steigerung der Präsenzzeit sei nicht zu sehen. Er brauche sicher Beratung in der Planung seiner Zukunft, Unterstützung in administrativen Belangen und psychologische Hilfe, um seine Traumata aufzuarbeiten.

4.16 Im Auftrag des Gerichts erstattete Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie/Psychotherapie, am 16. April 2020 sein Gutachten (act. 15) und diagnostizierte ein leichtes hirnrnorganisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma mit möglicher leichter (bis mittelschwerer) neuropsychologischer Funktionsbeeinträchtigung nach Autounfall am 17. Dezember 2004 (ICD-10 F07.2). Diese Diagnose habe eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien dagegen folgende Diagnosen: Aggravation/Simulation von Beschwerden (F76.5), vorbestehende narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1), Lese- und Rechtschreibschwäche (DD Störung; F81.0) und ein Status nach depressiven Episoden.

Es sei - vor allem bei vorbestehender Belastung und mit dem diagnostizierten hirnrnorganischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma - nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer Beschwerden habe, in seiner Leistungsfähigkeit leicht beeinträchtigt und weniger konstant als vor dem Unfall sei. Das beklagte Ausmass der Beeinträchtigung und die Schwere der Beschwerden seien hingegen als direkte Unfallfolgen nicht erklärbar und, wie noch aufzuzeigen sei, diskrepant zu den ausgeübten Aktivitäten. Zusätzlich zur Aggravation sei beim wiederholten Ausschluss verschiedener beklagter Beeinträchtigungen auch bewusstes Vortäuschen von Beschwerden festzustellen.

Die Unfallfolgen hätten es dem Beschwerdeführer nicht mehr ermöglicht, die vor dem Ereignis möglichen körperlichen und kognitiven Leistungen im gleichen Umfang zu

erbringen. Die Genesung sei anfänglich wie erwartet positiv verlaufen. Der Beschwerdeführer sei in die angestammte Tätigkeit zurückgekehrt und habe über kurze Zeit eine 90 %-Leistung erreicht. Vor diesem Hintergrund, unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Abklärungsergebnisse und beim bekannten Aktivitätsniveau werde von einer unfallbedingten leichten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch das leichte hirnrnorganische Psychosyndrom ausgegangen. Es sei evident und anhand der dargestellten Dynamik nachvollziehbar, dass sich Aggravation und postkontusionelles hirnrnorganisches Psychosyndrom gegenseitig negativ beeinflussten und verstärkten. Eine wissenschaftlich exakte Abgrenzung der beiden Krankheitsbilder sei nicht möglich.

Eine krankheitswerte Depression habe in der aktuellen Abklärung nicht bestätigt werden können. Der Auftritt des Beschwerdeführers habe intendiert, nicht authentisch und darauf ausgerichtet gewirkt, den Begutachter von der Schwere seines Leidens zu überzeugen. Eine anhaltende Bedrücktheit oder eine konstante depressive Gehemmtheit seien nicht zu beobachten gewesen. Die präsentierte unzufriedene Verstimmung erfülle bei den beschriebenen Interessen und Aktivitäten klinisch nicht die Vorgaben für eine depressive Erkrankung. Bei der Einnahme eines Antidepressivums und der Beschreibung, sich damit besser zu fühlen, könne auch eine erfolgreiche Behandlung der ehemals leichten (bis maximal mittelschweren) Depression angenommen werden. Eine gewisse emotionale Labilität sei auch der Grunderkrankung des hirnrnorganischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma zuzuschreiben und könne sich jederzeit bemerkbar machen.

Hoher Ehrgeiz und (sehr) hohe Leistungsbereitschaft seien beim Beschwerdeführer prämorbid bekannt und hätten zu beruflichem, sportlichem und sozialem Erfolg geführt. Oft sei hinter der Fassade einer hohen Leistungsbereitschaft mit der Suche nach stetem Erfolg und Anerkennung eine Selbstwertproblematik verborgen. Als Erfolg und Anerkennung im gewohnten und für die psychische Stabilisierung erforderlichen Ausmass ausgeblieben seien und sich ein Scheitern in der bisherigen Tätigkeit abgezeichnet habe, habe er depressiv und gekränkt reagiert, mit einem Verlust von Selbstwert und Selbstsicherheit sowie sich abzeichnender Perspektivlosigkeit. Dem Beschwerdeführer sei klar geworden, dass er kaum mehr die vor dem Unfall mögliche Leistung erbringen könne. Anstatt sich auf die neue Situation einzustellen und das Beste aus den noch verbleibenden Möglichkeiten herauszuholen, sei er aus Wut und Enttäuschung in die Verweigerungshaltung gekommen, in welcher er seit dem 2. Halbjahr 2005 blockiert sei.

Der postakzidentelle Verlauf sei organisch-medizinisch nicht erklärbar. Es sei keine anhaltende kognitive Funktionsbeeinträchtigung im beklagten Umfang ausgewiesen. Die objektivierbaren Befunde hätten in drei neuropsychologischen Abklärungen die beklagte Leistungseinbusse nicht befriedigend zu erklären vermocht. Auch in der vorliegenden Abklärung seien die vorgetragenen Beschwerden nicht kongruent zum Verhalten während der Abklärung und dem bekannten Aktivitätsniveau. In sämtlichen bisherigen Abklärungen, inklusive der vorliegenden Untersuchung, hätten weder klinisch noch neuropsychologisch eine starke Ermüdung, kognitive Leistungsausfälle im beschriebenen Umfang oder eine Hilflosigkeit beobachtet werden können. Mit Ausnahme weniger Einschränkungen habe der Beschwerdeführer in den neuropsychologischen Abklärungen überwiegend durchschnittliche Leistungen erbracht. Es sei durchgängig von einer leichten bis maximal mittelschweren neuropsychologischen Funktionsbeeinträchtigung berichtet worden, die nicht zur beklagten Einschränkung und Hilflosigkeit führen könne. Auch im klinischen Gespräch und im Verhalten habe sich der Beschwerdeführer als adäquater Gesprächspartner präsentiert, der Fragen gut habe beantworten können. Lange Antwortlatenz und das Verhalten seien von Vorgutachtern wie auch bei der aktuellen Abklärung als intendiert, nicht authentisch wirkend und dramatisierend erlebt worden.

Im Unterschied zu früheren Abklärungen habe aktuell keine klinisch manifeste Depression festgestellt werden können. Es seien zahlreiche Inkonsistenzen vorhanden, sowohl in der aktuellen Begutachtung wie auch in früheren Abklärungen und Berichten. Als Konsequenz sei es zu abweichenden diagnostischen Beurteilungen und divergierenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit gekommen. Es sei zu einem nicht erklärbaren Leistungsabfall mit attestierter Arbeitsunfähigkeit im primären Arbeitsmarkt gekommen. Beim Studium der Überwachungsvideos sei der Eindruck entstanden, eine andere Zielperson als den untersuchten Beschwerdeführer zu sehen. Er habe sich spontan und vital präsentiert, habe dynamisch und zielorientiert gewirkt. Er sei aufrecht gegangen, habe sich rasch und flüssig bewegt und in seinen Aktionen zielstrebig und energisch gewirkt. Weder in Einkaufszentren noch im Strassenverkehr sei er durch Unsicherheit oder Orientierungsprobleme aufgefallen. Auch in Begleitung seiner Partnerin habe er offenbar in keiner Art und Weise Hilfe oder Unterstützung gebraucht. Er habe Produkte studiert und verglichen, habe ausgewählt, eingekauft, bezahlt und sei vorangegangen, was in keiner Art und Weise an eine Hilfs- oder Unterstützungsbedürftigkeit habe denken lassen. Bei der Begutachtung bei der F. \_\_\_\_\_ 2016 sei der Beschwerdeführer videodokumentiert mit seinem Auto nach G. \_\_\_\_\_ gefahren. Er habe sich unauffällig im Verkehr bewegt. Er habe sich der anspruchsvollen psychiatrischen und neuropsychologischen Abklärung bei

der F. \_\_\_\_\_ unterzogen, wo er teilweise als verhaltensauffällig und desorientiert beschrieben worden sei. Nach dem Verlassen der Gebäulichkeiten habe er sein Auto geholt, sei zurück nach Hause gefahren und habe im Anschluss noch Unterhaltsarbeiten an seinen Rollläden erledigt. Damit sei eine mindestens durchschnittliche Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit dokumentiert. Es hätten sich keinerlei Hinweise auf eine Ermüdung, eine nachlassende geistige Präsenz, mangelhafte Aufmerksamkeit oder fehlende Konzentration ergeben. Der Beschwerdeführer habe sich - unbeobachtet während - durchgängig unauffällig verhalten.

In der Konfrontation mit der Überwachung sei keine inhaltliche Stellungnahme erhältlich. Der Beschwerdeführer beklage sich einzig über die Tatsache, dass er so behandelt werde. Seine spätere Erklärung, dass er die Örtlichkeiten in G. \_\_\_\_\_ mit seinem Sohn vorgängig rekognosziert habe, vermöge bei der beklagten Konzentrations- und Aufnahmebeeinträchtigung nicht zu überzeugen. Auf die Frage, warum er mit dem Auto gereist sei, habe der Beschwerdeführer angegeben, dass Bahnfahren höhere Ansprüche an die kognitive Leistungsfähigkeit stelle. Auf Anmerkung des gerichtlichen Gutachters, dass seiner Meinung nach Autofahren und speziell das Fahren von Zweirädern (Töff und Velo) bedeutend höhere Ansprüche an Aufmerksamkeit, Konzentration und Koordination stellen würden als eine Zugfahrt, sehe der Beschwerdeführer dies auf die entsprechenden Einwände hin nicht ein und beharre auf seiner Haltung.

Die Mobilität und Reisetätigkeit des Beschwerdeführers (beschrieben seien Reisen nach AF. \_\_\_\_\_, E. \_\_\_\_\_ oder AP. \_\_\_\_\_) liessen nicht an eine schwere kognitive Beeinträchtigung im Ausmass einer Unterstützungs- oder Hilfsbedürftigkeit denken. Die vom Beschwerdeführer beklagten Beeinträchtigungen würden Hilfe bei der Planung und eine Reisebegleitung erfordern, von welcher nirgends die Rede sei. Psychiatrisch gebe es keine Diagnose ausser der Aggravation/Simulation, welche das Verhalten und die beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers zu erklären vermöge. Der Beschwerdeführer verharre in seiner Krankenrolle, zeige eine appellativ anmutende Selbstlimitierung mit hohem Leidensdruck und Schonverhalten, was nicht zu sehen sei, wenn er sich unbeobachtet fühle.

Die Beurteilung der Standardindikatoren sei aufgrund der Aggravation/Simulation mit Selbstlimitierung und Schonverhalten erschwert. Wie aufgezeigt, werde von einer leichten Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ausgegangen. Ein Behandlungs- oder Eingliederungserfolg sei ohne motivierte Mitwirkung des Beschwerdeführers nicht zu

erwarten, da er dazu sein Krankheitskonzept verlassen und die Krankenrolle aufgeben müsste. Eine schwere Komorbidität könne nicht festgestellt werden. Neben dem leichten posttraumatischen hirnorganischen Psychosyndrom bei vorbestehender Lese- und Rechtschreibe-Beeinträchtigung bestehe eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Beeinträchtigung, die aber mangels Befundkonsistenz schlecht zu quantifizieren sei. Damit sei auch deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nur unter Vorbehalt zu werten. Das Verhalten in der Abklärung, die teils widersprüchlichen Angaben des Beschwerdeführer und die beklagten Beschwerden mit ihren angeblichen Beeinträchtigungen seien diskrepant zu den Überwachungsergebnissen, zu den objektivierbaren Befunden, zum klinischen Gesamteindruck, zu den bekannten Aktivitäten und der beobachtbaren kognitiven Leistungsfähigkeit. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in sämtlichen Lebensbereichen sei nicht vorhanden. Der Beschwerdeführer erwecke den Eindruck, dass er bei alltäglichen sozialen und mit Freude ausgeübten Tätigkeiten deutlich weniger beeinträchtigt sei, als er vorgebe und als er sich bei einer möglichen Arbeit sehe. Der Leidensdruck sei beim Beschwerdeführer vorhanden, rühre aber schwergewichtig daher, dass er sich nicht genügend wahr- und ernstgenommen erlebe. Er sei bisher nicht in der Lage, die medizinisch leichten Unfallfolgen zu akzeptieren und erwarte, dass seine Sicht einer schweren unfallkausalen Beeinträchtigung mit anhaltender voller Arbeitsunfähigkeit vom Rechtsanwender übernommen werde.

In Beantwortung der vom Gericht gestellten Fragen führte Gutachter Dr. Q. \_\_\_\_\_ aus, die rezidivierende depressive Störung verschiedener Schwere habe sich zu einem nicht genauer bestimmbar Zeitpunkte 2005/2006 ursprünglich als Anpassungsstörung entwickelt, als sich das Scheitern der beruflichen Reintegration in der angestammten Tätigkeit abgezeichnet habe. Das hirnorganische Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma leichter Ausprägung habe sich im gleichen Zeitraum manifestiert. Es sei handlungs- und verhaltensrelevant geworden mit einer Krankheitsfehlverarbeitung nach dem Scheitern im beruflichen Reintegrationsprozess, ab ungefähr August 2005. Zur Entwicklung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit dem Unfallereignis vom 17. Dezember 2004 bis zum Zeitpunkt der Verfügung vom 2. Dezember 2016 führte der Gutachter aus, der Gesundheitszustand habe sich nach dem Unfallereignis gebessert, was zu einer 90%igen Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit im August 2005 geführt habe. Ab diesem Zeitpunkt habe die Leistungsfähigkeit abgenommen. Vorliegend werde das als Reaktion auf das sich abzeichnende Scheitern in der angestammten Tätigkeit gesehen. Die Enttäuschung und Kränkung über das sich abzeichnende Scheitern habe zu

einer depressiven Reaktion geführt, die am ehesten als Anpassungsstörung zu bezeichnen und so diagnostiziert worden sei. Die nachlassende Leistungsfähigkeit ab 2005 sei retrospektiv als Folge der Überforderung zu sehen mit einer Unfähigkeit, sich auf die neue Situation einzustellen. Mit Ausnahme des nicht rekonstruierbaren Depressionsverlaufs sei spätestens zwei Jahre nach dem Unfallereignis von einem stabilen und konstanten Gesundheitszustand auszugehen. Der starke Leistungsabfall mit nicht mehr im primären Arbeitsmarkt verwertbarer Arbeitsfähigkeit bei den anschliessenden Integrationsbemühungen sei durch keine bekannte psychiatrische Krankheit erklärbar, was zu Inkonsistenzen und abweichenden Beurteilungen geführt habe. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich nach dem Unfallereignis - wie zu erwarten - gebessert. Er sei mit der beruflichen Reintegration in der angestammten Tätigkeit ab ungefähr Mitte 2005 überfordert gewesen mit Leistungsabfall ab August 2005. Das habe zu einer vorübergehenden Verschlechterung unter dem Bild einer Anpassungsstörung/Depression und zu einer Unfallfehlverarbeitung geführt. Ab ungefähr Mitte 2006 sei von psychiatrischer Seite von einem stabilen Gesundheitszustand auszugehen. Dazu gehörten emotionale Schwankungen als Folge des hirnrorganischen Psychosyndroms und depressive Intervalle verschiedener Schwere und Dauer im Rahmen der nun erfolgreich behandelten rezidivierenden depressiven Störung.

In der vom Beschwerdeführer bisher ausgeübten Tätigkeit als Einrichter von Maschinen in der Industrie bzw. als angelernter Betriebsmechaniker sei von einer anhaltenden und vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Diese Arbeitsunfähigkeit werde datiert auf das Scheitern in der bisherigen Tätigkeit im August 2005. Damals habe die Y. \_\_\_\_\_ von einer 50%igen zeitlichen Präsenz gesprochen und zur Leistung keine Stellung bezogen, was der hier geäusserten Einschätzung nicht widerspreche. Demgegenüber sei in einer den leichten kognitiven Defiziten adaptierten Tätigkeit bei 100%iger Präsenz mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine hohe bis volle Leistungsfähigkeit von 80 bis 100 % zu erwarten. Als adaptierte Tätigkeit würden einfache, überschaubare, serielle, vorzugsweise handwerkliche Tätigkeiten gesehen, die der Beschwerdeführer ohne Zeitdruck im eigenen Arbeitstempo und mit klarer Instruktion ausüben könne. Denkbar wären beispielsweise einfache Reparatur- oder Unterhaltsarbeiten im Automobilgewerbe, als Fahrrad- oder Motorradmechaniker oder in einer vergleichbaren Tätigkeit. Wenig geeignet sei der Beschwerdeführer für Parallelaufgaben, komplexe Tätigkeiten und Abläufe, für Tätigkeiten, die regelmässiges Lesen und Schreiben erforderten, oder für Arbeiten unter Zeitdruck und mit hoher Entscheidungsintensität. Aufgrund der langen Abwesenheit vom primären Arbeitsmarkt sei eine mehrmonatige aufbauende Gewöhnung

an den Arbeitsprozess und Einarbeitung erforderlich, bis er seine volle Leistungsfähigkeit erreiche. Ob er diese ausschöpfen werde, bleibe ungewiss.

Rückblickend sei von einer Arbeitsfähigkeit im attestierten Umfang in leidensangepasster Tätigkeit seit August 2005 auszugehen. Seit diesem Zeitpunkt stünden motivationale Faktoren und die Aggravation/Simulation im Vordergrund und es sei nicht mehr von einer relevanten Veränderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

Medizinische Massnahmen könnten mit Ausnahme der antidepressiven Behandlung nicht empfohlen werden. An beruflichen Massnahmen wäre bei entsprechender Motivation ein berufliches Integrationsprogramm mit Eignungsabklärung und aufbauendem Belastungstraining, mit Einarbeitung und Gewöhnung an den Arbeitsprozess indiziert. Bei gänzlich fehlender Motivation für eine Berufstätigkeit sei von diesen Massnahmen kaum Erfolg zu erwarten, weshalb sie nicht empfohlen werden könnten. Schliesslich wies der Gutachter darauf hin, mit dem stark ausgeprägten subjektiven Krankheitskonzept und ungefähr 15-jähriger Absenz vom Arbeitsmarkt sei die Prognose für eine erfolgreiche berufliche Re-Integration im primären Arbeitsmarkt als ungünstig anzusehen.

Zu den Ergänzungsfragen des Beschwerdeführers betreffend AQ.\_\_\_\_\_ legte der Gutachter dar, aufgrund der Aggravation/Simulation und der fehlenden Motivation für eine berufliche Reintegration werde nicht von valablen Abklärungsergebnissen ausgegangen, welche die effektive Arbeits- und/oder Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers wiedergäben. Bei fehlender Arbeitsmotivation mit der subjektiven Gewissheit, gänzlich arbeitsunfähig und invalide zu sein, habe der Beschwerdeführer sein Potenzial nicht ausgeschöpft.

Zu den Ergänzungsfragen der IV-Stelle führte der Gutachter aus, das Untersuchungsergebnis sei in dem Sinne valide, als sämtliche zur Verfügung stehenden Informationen (Akten, Überwachungsdokumentationen, eigene Untersuchungen und Beobachtungen, Schrift- und E-Mail-Wechsel mit dem Beschwerdeführer) in die Beurteilung eingeflossen seien und zu einem klinisch-psychiatrisch schlüssigen Resultat nach der gängigen ICD-10 Klassifikation geführt hätten. Die Beurteilungen von lic. phil. L.\_\_\_\_\_ ("Verdeutlichungstendenz, Aggravation und Simulation") und von Dr. K.\_\_\_\_\_ ("ausgeprägte Aggravation" bzw. "Aggravation") würden sich mit seiner eigenen Einschätzung decken, wobei kritisch anzumerken bleibe, dass Dr. K.\_\_\_\_\_ es unterlassen habe, die von ihm monierte und beurteilungsrelevante Aggravation diagnos-

tisch festzuhalten. L. \_\_\_\_\_ habe die Verhaltensauffälligkeit festgehalten, aber keine psychiatrische Diagnostik vorgenommen.

Die Abklärungsergebnisse von Dr. K. \_\_\_\_\_ und lic. phil. L. \_\_\_\_\_ seien anhand der eigenen Befunde weitgehend zu bestätigen. Die nicht mehr diagnosewürdige Depression, im Unterschied zu Dr. K. \_\_\_\_\_, sei im Rahmen der krankheitsüblichen Fluktuation mit relativer Stabilität zu sehen. Im Unterschied zu Dr. K. \_\_\_\_\_ sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maschineneinrichter nicht mehr als gegeben anzusehen. Wegen Ermüdung, zunehmender Fehlerhäufigkeit unter Druck und relevanter Schwierigkeit beim Lesen und Schreiben sei der Beschwerdeführer einem Arbeitgeber als Einrichter nicht mehr zumutbar. Die erreichte 90 %-Leistung habe auf Dauer nicht erbracht werden können. Zur Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit habe Dr. K. \_\_\_\_\_ keine Stellung genommen.

Ein genauer Zeitpunkt für das Erreichen eines Endzustands könne retrospektiv nicht benannt werden. Aufgrund des Arbeitsfähigkeits- und Integrationsverlaufs sei rückblickend ein Knick im August 2005 zu erkennen, als sich ein Scheitern der beruflichen Reintegration in der bisherigen Tätigkeit abgezeichnet habe. Ab diesem Zeitpunkt seien aggravierende und motivationale Faktoren zunehmend in den Vordergrund getreten, ohne dass ein genauer Zeitpunkt bestimmt werden könne. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe sich der Gesundheitszustand seit einem nicht genauer zu bestimmenden Zeitpunkt zwischen ungefähr August 2005 und der Arbeitsaufgabe im April 2006 nicht mehr in arbeitsrelevanter Art verändert. Die fluktuierend verlaufende rezidivierende Depressivität bleibe ohne anhaltenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und sei anscheinend gut behandelbar.

4.17 In seiner versicherungspsychiatrischen Beurteilung vom 30. April 2020 führte RAD-Arzt AR. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, die diagnostische und versicherungsmedizinische Einschätzung von Dr. Q. \_\_\_\_\_ überzeuge mehr als das alleinige Vorliegen einer depressiven Störung, welche gemäss dem Gutachter Dr. K. \_\_\_\_\_ für eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit seit Jahrzehnten verantwortlich sein solle, und korreliere im Übrigen auch mit den von L. \_\_\_\_\_ festgestellten kognitiven Leistungseinschränkungen, die er allerdings als Folge einer seit der Kindheit bestehenden Sprachentwicklungsstörung interpretiert habe. Das erkläre indessen nicht den Leistungsknick für die bisherige Tätigkeit nach dem Unfall; insofern sei auch hier Dr. Q. \_\_\_\_\_ diagnostische Beurteilung logischer. Die psychodynamischen Aspekte,

welche durch das Erleben des Versagens nach dem Unfall resultiert hätten und die reaktiv maladaptiven Copingstrategien des Beschwerdeführers (phänomenologisch als Malingering beobachtet) würden durch die diagnostische Einschätzung einer hirnorganischen Beeinträchtigung am besten erklärt. Der Gesundheitszustand habe sich spätestens 2006 (zwei Jahre nach dem Schädelhirntrauma) nicht mehr wesentlich verändert und sei zum Zeitpunkt der Rentenzusprache, der Begutachtung bei Dr. K.\_\_\_\_\_ und zum Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung vergleichbar. Versicherungsmedizinisch werde letztendlich kein neuer Sachverhalt durch das Gutachten von Dr. Q.\_\_\_\_\_ geschildert. Die unterschiedliche Sichtweise auf die Verhaltensauffälligkeiten des Beschwerdeführers zeige lediglich auf, dass psychiatrische Phänomene in der Natur der Sache (diagnostisch) interpretierbar seien und oft (nur) Erklärungsmodelle darstellten, welche bei besserer Erklärung verworfen werden müssten (Beilage zu act. 17).

5. Streitgegenstand bildet die Aufhebung der ganzen Rente durch die IV-Stelle gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG bzw. die Frage, ob der Beschwerdeführer über den 31. Januar 2017 hinaus weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat.

In seinem Urteil S 2017 7 vom 20. Dezember 2018 stellte das Verwaltungsgericht im Wesentlichen auf die Expertise K.\_\_\_\_\_/L.\_\_\_\_\_ vom 12. November 2015 ab, welcher das Bundesgericht in seinem Urteil 9C\_113/2019 vom 29. August 2019 - zumindest aus revisionsrechtlicher Perspektive - einen Beweiswert absprach. Es hob das Urteil des Verwaltungsgerichts auf und beauftragte dieses, ein gerichtliches Gutachten einzuholen und danach erneut über die Leistungsfrage zu entscheiden. Die Frage der Überwachung im öffentlich frei einsehbaren Bereich und den Antrag des Beschwerdeführers auf Rückerstattung der Kosten für das von ihm in Auftrag gegebene Gutachten der P.\_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2016 zu Lasten der IV-Stelle beurteilte das Bundesgericht abschliessend (vgl. BGer 9C\_113/2019 vom 29. August 2019 E. 5.4 und 6.2), sodass sich diesbezügliche Weiterungen erübrigen.

In Nachachtung dieser Aufforderung beauftragte das Verwaltungsgericht den Psychiater Dr. Q.\_\_\_\_\_ mit der Erstellung eines Gutachtens. Das von ihm am 16. April 2020 erstattete gerichtliche Gutachten erfüllt die Vorgaben, die gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung an ein beweiskräftiges Gutachten zu stellen sind (vgl. E. 3.3 vorstehend), vollumfänglich. Das Gutachten ist umfassend, basiert auf Kenntnis sämtlicher Vorakten und beruht auf allseitigen Untersuchungen. Es berücksichtigt auch die vom

Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Die Schlussfolgerungen sind zudem begründet, einleuchtend und nachvollziehbar. Der Gutachter setzt sich mit den Ergänzungsfragen der Parteien auseinander und nimmt dazu umfassend und nachvollziehbar Stellung. Sodann nimmt er eine einlässliche Prüfung nach dem Indikatorenkatalog vor. Doktor Q. \_\_\_\_\_ würdigt auch eingehend und ausführlich die Entwicklung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit dem Unfallereignis vom 17. Dezember 2004 bis zum Zeitpunkt der Verfügung vom 2. Dezember 2016. Da das Gericht praxisgemäss nicht ohne zwingende Gründe von Gerichtsgutachten abweicht (vgl. E. 3.3 vorstehend), kommt seinem Gutachten grundsätzlich voller Beweiswert zu. Im Folgenden bleibt zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer gegen das Gutachten von Dr. Q. \_\_\_\_\_ vorgebrachten Rügen und Einwendungen stichhaltig sind und an dessen Beweiswert etwas zu ändern vermögen.

5.1 Der Beschwerdeführer weist in seiner Stellungnahme vom 20. Mai 2020 darauf hin, dass Gutachter Dr. Q. \_\_\_\_\_ für die angestammte Tätigkeit von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgehe. Demgegenüber erweise sich die angebliche Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit zu 80 bis 100 % als wenig plausibel, sodass hier "im Prinzip ein (weiteres) Obergutachten" einzuholen sei. Die Attestierung einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit weise auf eine beträchtliche Einschränkung hin, was die weiteren Aussagen des Gutachters betreffend Aggravation, Inkonsistenzen usw. relativiere.

Der Beschwerdeführer verzichtet auf eine konkrete und schlüssige Begründung, aus welchen Gründen die Begutachtung von Dr. Q. \_\_\_\_\_ betreffend die Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit wenig plausibel sein soll. Um nicht in Spekulation zu verfallen, was der Beschwerdeführer konkret gemeint haben könnte, ist an dieser Stelle lediglich darauf hinzuweisen, dass Dr. Q. \_\_\_\_\_ schlüssig und nachvollziehbar begründet, weshalb die angestammte Tätigkeit für den Beschwerdeführer nicht mehr geeignet ist und weshalb er ihm in einer leidensangepassten Tätigkeit bei 100%-iger Präsenz eine Leistungsfähigkeit von 80 bis 100 % attestiert (vgl. Gutachten Dr. Q. \_\_\_\_\_, S. 37, Ziff. 3.1 und 3.2). Ausserdem relativiert die Attestierung einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit keineswegs die vom Gutachter ebenfalls diagnostizierte Aggravation/Simulation bzw. die Inkonsistenzen. Der Gutachter begründet dies nämlich ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar dahingehend, dass die vom Beschwerdeführer behaupteten kognitiven

Funktionsbeeinträchtigungen schlicht und ergreifend nicht im beklagten Umfang ausgewiesen seien (Gutachten, S. 31). Schliesslich kann auf die Einholung eines weiteren Obergutachtens verzichtet werden, da daraus keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d).

5.2 Des Weiteren verweist der Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 20. Mai 2020 auf die Aussage des Gutachters, wonach sich eine Aggravation und das postkontusionelle hirnorganische Psychosyndrom gegenseitig negativ beeinflussen und verstärken würden. Eine wissenschaftlich exakte Abgrenzung der beiden Krankheitsbilder sei jedoch nicht möglich. Auch sei nochmals darauf hinzuweisen, dass zwei Symptomvalidierungstests bei L. \_\_\_\_\_ komplett unauffällig gewesen seien und nur ein Resultat knapp oberhalb des Grenzwerts gelegen habe. Dies werde vom Gutachter Dr. Q. \_\_\_\_\_ nur unzureichend berücksichtigt. Ausserdem erkläre der Gutachter das auffällige Verhalten des Beschwerdeführers mit dessen Persönlichkeitsstruktur (narzisstische Persönlichkeit, starke Kränkung nach dem Unfall mit Versagens- und Minderwertigkeitsgefühlen, Rückzug in die Krankenrolle bzw. dysfunktionale Verarbeitung der Unfallfolgen in nicht quantifizierbarem Umfang). Damit beschreibe der Gutachter dasselbe Beschwerdebild mit anderen Worten, das bereits vom RAD am 23. April 2009 (IV-act. 53) mit einer neurotischen Fehlentwicklung erfasst worden sei. Damals sei bewusst offengelassen worden, ob die anhaltenden kognitiven Defizite organische Gründe hätten oder die Folgen einer neurotischen schweren Fehlentwicklung seien.

Dem Beschwerdeführer ist diesbezüglich entgegenzuhalten, dass Dr. Q. \_\_\_\_\_ der verbleibende Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten in Kenntnis der Persönlichkeitsstruktur beurteilt hat. Wie bereits mehrfach erwähnt sind keine anhaltenden kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen in dem vom Beschwerdeführer behaupteten Ausmass objektivierbar, was auch für die erwähnten Symptomvalidierungstests von L. \_\_\_\_\_ (Gutachten, S. 13) gilt. Die objektivierbaren Befunde der neuropsychologischen Abklärungen können die beklagte Leistungseinbusse nämlich nicht befriedigend erklären. Auch in den Abklärungen von Dr. Q. \_\_\_\_\_ sind die vom Beschwerdeführer vorgetragene Beschwerden nicht kongruent zu seinem Verhalten während der Abklärung und seinem bekannten Aktivitätsniveau. In sämtlichen bisherigen Abklärungen konnten weder klinisch noch neuropsychologisch eine starke Ermüdung, kognitive Leistungsausfälle im beschriebenen Umfang oder eine Hilflosigkeit beobachtet werden. In den neuropsychologischen Abklärungen wurde durchgängig von einer leichten bis maximal mittelschweren neuropsychologischen Funktionsbeeinträchtigung berichtet,

die nicht zur beklagten Einschränkung und Hilflosigkeit führen kann (Gutachten Dr. Q. \_\_\_\_\_, S. 31). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die zahlreichen von Dr. Q. \_\_\_\_\_ und auch von anderen Gutachtern (beispielsweise Expertise K. \_\_\_\_\_/L. \_\_\_\_\_ vom 12. November 2015) festgestellten Inkonsistenzen ja gerade der Grund für die abweichenden diagnostischen Beurteilungen und divergierende Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit sind (vgl. Gutachten Dr. Q. \_\_\_\_\_, S. 32). Es bleibt mithin festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aus der - auch vom RAD am 23. April 2009 bereits festgestellten - Unmöglichkeit, die beiden Krankheitsbilder wissenschaftlich exakt abzugrenzen, nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermag. Trotz dieses Umstands begründet Dr. Q. \_\_\_\_\_ die dem Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit weiterhin zumutbare Arbeitsfähigkeit schlüssig und nachvollziehbar, sodass dieser aus seiner Rüge nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermag.

5.3 Der Beschwerdeführer macht schliesslich geltend, es mangle an einem Revisionsgrund, da sich weder der Gesundheitszustand noch die Arbeitsfähigkeit, geschweige denn die erwerblichen Auswirkungen der Beeinträchtigungen, verändert hätten. Es habe bereits im Zeitpunkt der damaligen Rentenzusprache und Verfügung vom 14. Juli 2009 ein stabiler Gesundheitszustand bestanden. Alle heute als Inkonsistenzen bezeichneten Fakten seien bereits damals bekannt gewesen und könnten daher nicht als Begründung für eine Rentenrevision herangezogen werden (vgl. Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 20. Mai 2020).

In Würdigung der vorliegenden Unterlagen bleibt festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem Unfallereignis vom 17. Dezember 2004 zunächst wie erwartet verbessert hat. Ab ungefähr Mitte 2005 war er jedoch mit der beruflichen Reintegration in der angestammten Tätigkeit überfordert und es erfolgte ab August 2005 ein Leistungsabfall. Dieser Umstand führte zu einer vorübergehenden Verschlechterung unter dem Bild einer Anpassungsstörung/Depression (vgl. dazu auch E. 3.1.1 vorstehend: somatisierte depressive Störung) und zu einer Unfallfehlverarbeitung. Doktor Q. \_\_\_\_\_ geht davon aus, dass ab ungefähr 2006 von psychiatrischer Seite grundsätzlich von einem stabilen und konstanten Gesundheitszustand auszugehen sei. Allerdings erwähnt er explizit die Ausnahme des nicht rekonstruierbaren Depressionsverlaufs. Als Folge des hirnorganischen Psychosyndroms habe es emotionale Schwankungen und depressive Inhalte verschiedener Schwere und Dauer im Rahmen der nun erfolgreich behandelten rezidivierenden depressiven Störung gegeben (Gutachten Dr. Q. \_\_\_\_\_ S. 35, Ziff. 2.3). Da Dr. Q. \_\_\_\_\_ im Unterschied zu früheren

Abklärungen - beispielsweise derjenigen von Dr. K. \_\_\_\_\_ - keine klinisch manifeste Depression mehr feststellen konnte, diagnostiziert er einen Status nach depressiven Episoden (Gutachten, S. 25 und 32). Entgegen der Befürchtung des Beschwerdeführers ist dieser Umstand - und nicht die Inkonsistenzen - als Revisionsgrund zu qualifizieren. Dem Gutachten von Dr. Q. \_\_\_\_\_ ist somit eindeutig und unmissverständlich zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache am 14. Juli 2009 und der Verfügung vom 2. Dezember 2016 verbessert hat. Angesichts dieser klar ausgewiesenen und relevanten Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im vorliegend massgebenden Zeitraum ist das Vorliegen eines Revisionsgrundes im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG zu bejahen.

5.4 Zusammenfassend lässt sich damit festhalten, dass die Rügen und Vorbringen des Beschwerdeführers insgesamt nichts am vollen Beweiswert des gerichtlichen Gutachtens von Dr. Q. \_\_\_\_\_ zu ändern vermögen und dass auf dieses Gutachten abgestellt werden kann. Seit der ursprünglichen Rentenzusprache hat sich mithin in den Folgejahren offensichtlich eine relevante Verbesserung der gesundheitlichen Situation bzw. eine deutlich bessere Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung eingestellt; es handelt sich dementsprechend auch nicht um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts, weshalb ein Revisionsgrund gegeben ist. Beim Beschwerdeführer besteht in seiner angestammten Tätigkeit als Betriebsmechaniker eine volle Arbeitsunfähigkeit. In einer anderen leidensangepassten Tätigkeit ist er aus psychiatrischer Sicht bei einer 100%igen Präsenz zu 80 bis 100 % leistungsfähig. Auf der Grundlage dieser höchstens 20%igen Einschränkung in der Leistungsfähigkeit ist in Erwägung 7 nachfolgend die Berechnung des Invaliditätsgrades vorzunehmen.

6. Der Vollständigkeit halber ist an dieser Stelle zu prüfen, ob die Verfügung der IV-Stelle vom 2. Dezember 2016 auch mit der substituierten Begründung der zweifellosen Unrichtigkeit (Art. 53 Abs. 2 ATSG) der ursprünglichen Rentenverfügung vom 14. Juli 2009 zu schützen wäre, falls das Vorliegen eines Revisionsgrundes zu verneinen (was vorliegend jedoch nicht der Fall ist) und die angefochtene Verfügung daher zu Unrecht auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützt worden wäre. Im Lichte der Sachlage und der massgebenden Rechtsprechung (vgl. E. 2.2 vorstehend) ist zu prüfen, ob die Annahme der IV-Stelle in der Verfügung vom 14. Juli 2009 "einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit" und die darauf basierende Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab 1. Dezember 2005 als zweifellos unrichtig einzustufen ist.

In Würdigung der in Erwägung 3 vorstehend dargelegten Unterlagen ist festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in den Berichten der Rehaklinik S. \_\_\_\_\_ vom 29. März, 18. Mai und 7. August 2006 uneinheitlich beurteilt worden ist. Im ersten Bericht ging die Klinik von einer Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 50 % aus und im zweiten von einer Arbeitsfähigkeit in gleicher Höhe, wobei offengelassen wurde, für welche Art von Tätigkeiten. Im dritten Bericht schliesslich ging die Klinik von einer vollen Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit aus. In keinem dieser Berichte wurde die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht beurteilt. Ausserdem sind die erwähnten Berichte aus der "Reha-Optik" und damit aus der Sicht behandelnder Fachärzte geschrieben worden, was für die Beweiswürdigung ihrer Aussagen die allseits bekannten und in Erwägung 2.3 bereits zitierten Folgen nach sich zieht. Jedenfalls handelt es sich dabei nicht um eine objektivierte gutachterliche Beurteilung einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit. Mangels angemessener Würdigung seiner Aggravation/Simulation aus psychiatrischer Sicht vermag der Beschwerdeführer aus den Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen der Rehaklinik S. \_\_\_\_\_ nichts zu seinen Gunsten abzuleiten.

Des Weiteren enthält der Bericht von Prof. Dr. T. \_\_\_\_\_ vom 14. November 2007 im Wesentlichen physikalische Diagnosen, eine Beschreibung des derzeitigen Beschwerdebildes und therapeutische Vorschläge betreffend das weitere Vorgehen, nicht jedoch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Auch Psychiater Dr. U. \_\_\_\_\_ verzichtet in seiner Beurteilung vom 30. Oktober 2007 auf eine konkrete Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Schliesslich verwies RAD-Arzt Dr. V. \_\_\_\_\_ am 23. April 2009 im Wesentlichen auf die Beurteilung der Y. \_\_\_\_\_, wonach von einer andauernden Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers auf Grund einer anhaltenden kognitiven Leistungsminderung, sei es als Folge einer organischen Hirnverletzung, sei es als Folge einer durch eine psychiatrische Behandlung nicht mehr veränderbaren schweren neurotischen Fehlentwicklung, auszugehen sei. Der RAD-Arzt verzichtet auf eine eigene konkrete und schlüssige Begründung seiner pauschalen Feststellung. Schliesslich ist beim Beschwerdeführer nach den Ausführungen des AS. \_\_\_\_\_ vieles diffus und seine Beurteilung komplex (vgl. Beurteilung vom 23. Februar 2007). Demgegenüber attestiert der gerichtliche Gutachter Dr. Q. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer in seinem voll beweiswertigen Gutachten in einer angepassten Tätigkeit eine Leistungsfähigkeit von 80 bis 100 % bei einer zumutbaren 100%igen Präsenz.

Es bleibt mithin festzuhalten, dass sich den vorliegenden Unterlagen keine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit in einem Ausmass entnehmen lässt, das die Annahme eines IV-Grades von 100 % und die Zusprechung einer ganzen Rente am 14. Juli 2009 rechtfertigen würde. Die zweifellose Unrichtigkeit (Art. 53 Abs. 2 ATSG) dieser Verfügung ist daher zu bejahen. Die angefochtene Verfügung vom 2. Dezember 2016 wäre daher auch mit der substituierten Begründung der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung vom 14. Juli 2009 zu schützen, falls das Vorliegen eines Revisionsgrundes zu verneinen und die angefochtene Verfügung daher zu Unrecht auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützt worden wäre. Auf das dem Beschwerdeführer diesfalls zu gewährende rechtliche Gehör (BGE 125 V 368 E. 4a) kann in casu verzichtet werden, da es sich lediglich um eine Eventualbegründung handelt und das Vorliegen eines Revisionsgrundes zu bejahen ist (vgl. E. 5 vorstehend).

7. In der angefochtenen Verfügung ist die IV-Stelle von einem Valideneinkommen von Fr. 87'787.- und einem Invalideneinkommen von Fr. 54'711.- (LSE 2012, ganzer privater Sektor Niveau 2 Männer, bei einem 75 %-Pensum) ausgegangen und hat so eine Erwerbseinbusse von Fr. 33'075.- bzw. einen Invaliditätsgrad von 38 % ermittelt (IV-act. 160). Diese Berechnung wird vom Beschwerdeführer nicht substantiiert bestritten. Allerdings ist er in einer angepassten Tätigkeit zu 80 bis 100 % (bei voller Präsenzzeit) leistungsfähig, sodass betreffend das Invalideneinkommen mindestens von der Zumutbarkeit eines 80 %-Pensums auszugehen ist. Im Vergleich zur angefochtenen Verfügung ergibt dies ein leicht höheres Invalideneinkommen (80 % statt 75 %-Pensum) und damit einen leicht tieferen Invaliditätsgrad.

In ihrer Stellungnahme vom 11. Mai 2011 hielt die IV-Stelle zudem fest, auch bei Bezug des LSE-Lohnes Total privater Sektor, Männer, Niveau 1, 2016, (TA1\_tirage\_skill\_level) mit einer Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden könne ein Einkommen von Fr. 53'443.- [80 %-Pensum] erzielt werden. Verglichen mit dem Valideneinkommen gemäss Verfügung von Fr. 87'787.- ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 39 %.

Gestützt auf beide nicht zu beanstandenden Berechnungen steht dem Beschwerdeführer per Ende des auf die Zustellung der angefochtenen Verfügung folgenden Monats, d.h. ab dem 1. Februar 2017 (Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. a IVV), eine Rente der Invalidenversicherung nicht mehr zu. Die Beschwerde erweist sich damit insgesamt als unbegründet und muss abgewiesen werden.

8. Das Verfahren ist gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG kostenpflichtig. Es ist demnach eine Spruchgebühr zu erheben, die auf Fr. 800.-- festzusetzen und dem Verfahrensausgang entsprechend dem Beschwerdeführer aufzuerlegen ist. Eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG ist nicht zuzusprechen. Die Kosten des von ihm selbst in Auftrag gegebenen P. \_\_\_\_\_-Gutachtens sind ihm – wie in E. 5.4 und 6.2 des bundesgerichtlichen Urteils abschliessend festgehalten – nicht von der IV-Stelle zurückzuerstatten; Weiterungen dazu erübrigen sich.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Dem Beschwerdeführer wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.- auferlegt, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet wird.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an die IV-Stelle Zug, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 6. April 2021

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Die Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am