

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00450 vom 8. Februar 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-02-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00450

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00450 du 8 février 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00450 del 8 febbraio 2023

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da die angefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2022 erging, sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden (BGE 148 V 174 E. 4.1).

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]).

E. 1.4

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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche

Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuschussung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch 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 (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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 Hinweisen).

E. 1.5

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung

(IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 1.6

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die

Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 1.7.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.7.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener

Leidens druck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 2.

E. 2

Eventualiter sei dem Beschwerdeführer bis zum 31. Dezember 2019 eine ganze Rente auszurichten.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2019 (Urk. 2/2) aus, die Rentenzusprache habe sich in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf das Gutachten von Dr. Z.____ vom 19. Januar 2011 gestützt. Anlässlich der damaligen Begutachtung habe sich der Psychostatus des Beschwerdeführers eingeschränkt gezeigt. Im Gegensatz dazu sei der psychiatrische Befund anlässlich der aktuellen Begutachtung durch Dr. C.____ weitgehend un auffällig gewesen. Der Vergleich der erhobenen Befunde zeige, dass sich die gesundheitliche Situation massgebend verbessert habe. Aus den Observationsunterlagen werde ersichtlich, dass der Beschwerdeführer sich in der Öffentlichkeit und an stark frequentierten Orten habe aufhalten können. Der Beschwerdeführer habe zudem eine Therapiepause eingelegt. Dies spreche ebenfalls für eine Verbesserung. Ein Revisionsgrund sei ausgewiesen, der Rentenanspruch könne umfassend neu geprüft werden. Dr. C.____ gehe in seinem Gutachten von keiner Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus. Es sei kein relevantes Leiden mehr ausgewiesen. Die eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustandes habe der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin nicht gemeldet, obwohl er auf seine diesbezügliche Pflicht hingewiesen worden sei. Es liege eine schuldhaftige Meldepflichtverletzung vor. Die Rente sei daher rückwirkend per Ende Juni 2018 einzustellen. Da eine Verbesserung erst per Juni 2018 ausgewiesen sei, falle eine prozessuale Revision nicht in Betracht. Zudem könne offen bleiben, ob ein Wie dererwägungsgrund ausgewiesen wäre. Es liege aktuell beim Beschwerdeführer kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor.

E. 2.2

Demgegenüber führte der Beschwerdeführer aus, er habe keine Meldepflichtverletzung begangen, weshalb die rückwirkende Aufhebung der Invalidenrente durch die Beschwerdegegnerin in jedem Fall rechtswidrig sei. Die Beschwerdegegnerin habe die Rente zu Unrecht aufgehoben. Das Gutachten von Dr. C.____ sei qualitativ ungenügend, es könne daraus keine Verbesserung des Gesundheitszustandes abgeleitet werden. Die Verwendung des Observationsberichtes sei erstens unzulässig und zweitens bestätige er, dass der Beschwerdeführer nach wie vor arbeitsunfähig sei (Urk. 2/1 S. 4).

E. 2.3

Gemäss Urteil des Bundesgerichtes vom 9. Juni 2021 (Urk. 1) liess das hiesige Gericht bei der Beurteilung des Gutachtens von Dr. C.____ ausser Acht, dass dieser vor seiner Untersuchung im Juni 2018 keine Kenntnis vom verkehrsmedizinischen Gutachten der Universität H.____ vom 25. April 2018 gehabt habe. In diesem Gutachten sei beim Beschwerdeführer mittels chemisch-toxischer Haaranalyse für den Zeitraum von Mitte November 2017 bis Mitte März 2018 ein starker, chronischer Alkoholkonsum beweiskräftig dokumentiert worden. Die Beschwerdegegnerin habe es in der Folge insbesondere unterlassen, den RAD zu konsultieren. Angesichts des erwähnten Untersuchungsbefundes

des IRM könne nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass die gutachtliche Beurteilung auch unter Berücksichtigung der verkehrsmedizinischen Abklärung gleichermassen ausgefallen wäre. Daran könne nichts ändern, dass der Gutachter selber keine entsprechenden Auffälligkeiten habe feststellen können. Dass der Gutachter über das Ausmass der Alkoholproblematik nicht vollständig dokumentiert gewesen sei, falle umso mehr ins Gewicht, als er die anamnestisch berichteten Komorbiditäten der PTBS sowie psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol bei seiner Einschätzung der Ressourcen sehr wohl mitberücksichtigt habe. Es lasse sich daher nicht ausschliessen, dass er die Gesundheitsschädigung bei vollständiger Aktenkenntnis insgesamt anders beurteilt hätte. Indem das hiesige Gericht dennoch auf das Gutachten abgestellt habe, habe es die zu beachtenden Beweiswürdigungsregeln verletzt. Es fehle dem Gutachten von Dr. C.____ an hinreichender Beweiskraft. Damit mangle es auch an einer verlässlichen Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den Rechtsanwender (Urk. 1 S. 5 f.). 3.

E. 2.4

Mit Urteil vom 17. Oktober 2020 hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich die Beschwerde vom 27. November 2019 in dem Sinne teilweise gut, dass in Abänderung der angefochtenen Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 31. Oktober 2019 die Invalidenrente des Beschwerdeführers per 31. Dezember 2019 (statt per Ende Juni 2018) aufgehoben wurde. Im Übrigen wurde die Beschwerde abgewiesen. In Gutheissung der Beschwerde vom 5.

Dezember 2019 hob das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 4. Dezember 2019 betreffend Rückforderung auf (Urk. 2/10).

E. 2.5

Mit Urteil 8C_752/2020 vom 9. Juni 2021 hob das Bundesgericht das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 17. Oktober 2020 auf und wies die Sache zu neuer Entscheidung an das Sozialversicherungsgericht zurück (Urk. 1). 3.

Mit Beschluss vom 12. Oktober 2021 ordnete das Sozialversicherungsgericht die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens an und stellte den Parteien in Aussicht, mit der Begutachtung Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, damit zu beauftragen (Urk. 5). Mit Stellungnahme vom 20. Oktober 2021 erklärte sich der Beschwerdeführer mit der Begutachtung und den vorgesehenen Fragen einverstanden. Die vorgesehene Gutachterin Dr. F.____ lehnte er hingegen ab (Urk. 7). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 28. Oktober 2021 auf Ergänzungsfragen und machte keine Ablehnungsgründe gegen Dr. F.____ geltend (Urk. 8). Mit Beschluss vom 5. November 2021 wurde der Antrag des Beschwerdeführers auf Ernennung eines anderen Gutachters abgewiesen und Dr. F.____ definitiv zur Gutachterin ernannt (Urk. 9). Am 31. Januar 2022 wurde Dr.

F.____ der Auftrag zur Erstellung des Gutachtens erteilt (Urk. 11). Am 20. August 2022 erstattete Dr. F.____ ihr Gutachten (Urk. 17). Der Beschwerdeführer nahm am 15. September 2022 (Urk. 23) und die Beschwerdegegnerin bzw. Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie vom RAD nahm am 14. bzw. 11. November 2022 (Urk. 27) Stellung. Die Stellungnahmen wurden am 15. November 2022 der jeweiligen Gegenpartei zugestellt (Urk. 28).

E. 3

Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu erstellen.

E. 3.1

Laut dem Abschlussbericht des Ambulatoriums der psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals I.____ vom 20. November 2009 (Urk. 2/ 6/8/6-10) wurde der Beschwerdeführer vom 23. Juli bis zum 9. November 2009 in der Sprechstunde für Belastungsreaktionen, PTBS, ambulant behandelt. Der Beschwerdeführer habe als Folge von Kriegstraumatisierungen und des Aufenthalts in einem Kriegsgefangenenlager 1992 in Bosnien die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung präsentiert. Er sei am 9. November 2009 zu einer stationären psychiatrischen traumaspezifischen Behandlung in die Klinik J.____ eingetreten.

E. 3.2

Im Bericht der J.____ vom 6. Januar 2010 (Urk. 2/ 6/15) wurde beim Beschwerdeführer eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (DESNOS) mit hochgradiger dissoziativer und phasenweise mittelgradiger depressiver Komorbidität (ICD-10: F43.1) diagnostiziert. Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 9. November 2009 in stationärer Behandlung. Er sei im Jahr 1992 in seinem Heimatland durch bosnische Serben gefangen genommen worden und habe sich 219 Tage in einem Kriegsgefangenenlager aufgehalten. Dort habe er schwerste traumatische Erlebnisse von Folter und Missbrauch erlitten und er sei Zeuge von Folter, Gewaltanwendung und Tötungen anderer Menschen geworden. Ende des Jahres 1992 sei er in die Schweiz gekommen. 1996 habe er geheiratet, mit seiner Ehefrau habe er drei gemeinsame Kinder (zwei 1997 und 2005 geborene Töchter, einen 1999 geborenen Sohn). Bis 2003 habe der Beschwerdeführer im Service als Kellner gearbeitet, danach als Zusteller bei Y.____. Seit Juli 2009 sei er zu 100 % arbeitsunfähig. Er habe am 10. Juli 2009 eine schwere Panikattacke erlitten. Seit diesem Ereignis seien die traumatisierenden Erfahrungen des 7 monatigen Aufenthalts im Kriegsgefangenenlager wieder aufgebrochen. Die Arbeit als Kellner habe er aufgegeben, weil der Alkohol zunehmend ein Problem geworden sei. Die jetzige Arbeitsunfähigkeit beruhe auf der mangelnden Konzentration und Übermüdung. Der Beschwerdeführer berichte von ausgeprägten Ängsten vor Menschenmengen, er habe auch Angst vor öffentlichen Verkehrsmitteln und leide unter plötzlich auftretenden Panikattacken mit vegetativer Symptomatik (Luftnot, Schwitzen, Herzklopfen, etc.). Bezüglich der traumatisierenden Erlebnisse im Kriegsgefangenenlager bestünden visuelle, olfaktorische und auditive Intrusionen sowie eine erhebliche konstruktive Symptomatik. Der Beschwerdeführer vermeide über das Erlebte zu sprechen. Es bestünden ein sozialer Rückzug und ein ausgeprägtes Hyperarousal (erhöhte Schreckhaftigkeit sowie auch eine ausgeprägte Hypervigilanz). Es gebe Hinweise auf eine Veränderung des Selbstbildes mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Initiativverlust, Scham, Schuldgefühl und Selbstanklage, ebenso einer Veränderung der sozialen Beziehungen mit Isolation und Rückzug. Es könne von einer günstigen Prognose ausgegangen werden, wenn der Beschwerdeführer störungsspezifisch weiterbehandelt werde.

E. 3.3

Dr. Z.____ stellte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 19. Januar 2011 (Urk. 2/ 6/36) beim Beschwerdeführer eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) fest. Seit dem 3. August 2009 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der

freien Wirtschaft. Anlässlich des ersten Begutachtungstermins am 14. Juli 2010 habe der Beschwerdeführer angegeben, er stimme der von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnose einer post traumatischen Belastungsstörung zu. Er vermute, dass seine Krankheit ausgebrochen sei, nach dem er seine sämtlichen Ziele wie Heirat, Gründung einer Familie und Kauf einer Eigentumswohnung erreicht habe. Zuvor habe er nie Zeit gehabt, über seine Vergangenheit nachzudenken. Beinahe täglich leide er unter Flashbacks an die belastenden Erlebnisse im Kriegsgefangenenlager K.____. Diese seien sehr realistisch, weshalb er jeweils meine, sich wieder im Lager zu befinden. Zudem würden die Flashbacks von olfaktorischen und somatischen Situationen begleitet. Der Beschwerdeführer versuche sie jeweils mit der Erinnerung an ein schönes Erlebnis zu unterbrechen. Er leide an diffusen Angstzuständen, einer Wut und einer inneren Anspannung bis zum Explodieren. Wenn er auf die belastenden Erlebnisse im Lager angesprochen werde, führe dies zu einer sprachlichen Blockade und zu einer inneren Leere. Er vermute, dass es für ihn befreiend sein könnte, über die belastenden Ereignisse zu sprechen, weshalb für Ende August 2010 ein weiterer stationärer Aufenthalt in der Klinik J.____ geplant sei. Er

leide stets unter einer inneren Anspannung. Fahrradfahren wirke sich darauf positiv aus. Gegenüber seinen Kindern empfinde der Beschwerdeführer aktuell keine Emotionen, lediglich Gleichgültigkeit, Taubheit und Leere. Er leide unter einer reduzierten Konzentrationsfähigkeit und Gedankenkreisen. Seit ungefähr zwei bis drei Jahren bestehe eine Durchschlafstörung. Infolge seiner inneren Anspannung leide der Beschwerdeführer unter ausgeprägten Muskelverspannungen respektive Muskelschmerzen, weshalb er sich aktuell auch in physiotherapeutischer Behandlung befinde. Wegen seiner Kinder stehe er jeweils um ca.

7.15

Uhr auf. Am Morgen sei er meistens guter Stimmung und nehme gemeinsam mit seiner Familie das Frühstück ein. In der Folge betreue er die jüngste Tochter oder bringe sie in eine Spielgruppe. Zudem unterstütze er seine Ehefrau bei den Hausarbeiten, was ihm das Gefühl vermitteln, nützlich zu sein. Nach dem Mittagessen schlafe er ungefähr eine Stunde, da er jeweils sehr müde sei. In der Folge fahre er meistens während zwei bis drei Stunden Fahrrad und «powere» sich dabei aus. Seine Gedanken würden dabei aber wiederholt abdriften, weshalb er sich häufig nicht mehr erinnere, wo er vorbei gefahren sei. Je nachdem unternahme er am Abend noch etwas. Er meide jedoch die Gesellschaft von mehr als sechs Personen gleichzeitig, weshalb er kein Kino oder Theater besuche. Er habe sich zu Hause eine kleine Werkstatt eingerichtet, da ihn die Beschäftigung mit Holzarbeiten mit Befriedigung erfülle. Zu seinen Eltern und seinem Bruder habe er einen guten Kontakt, ebenso zu der Herkunftsfamilie seiner Ehefrau. Er habe auch Kontakte mit seinen Nachbarn und zwei Kollegen. Zuletzt habe er im Sommer 2009 einige Tage in Bosnien verbracht. Infolge von Ängsten habe er sich jedoch nicht länger als eine Woche in Bosnien aufhalten können. Seine Sommerferien verbringe er meistens in Kroatien (Urk. 6/36/35-38).

Am 6. Januar 2011 habe der Beschwerdeführer angegeben, er sei am 21. Dezember 2010 aus der Klinik J.____ ausgetreten. Seither fühle er sich wie verloren und leer und kämpfe darum, den Anschluss zu Hause zu finden. Sein einziger Halt seien seine Ehefrau und seine Kinder, für ihn selbst lohne es sich nicht weiterzuleben. Er habe bessere und schlechtere Tage. An schlechteren Tagen werde er durch irgendwelche Auslöser an seine traumatischen Erlebnisse erinnert. In der Klinik habe er versucht, über seine traumatischen Erlebnisse zu berichten, wobei er in Panik geraten und suizidal geworden sei. Er denke, wenn er in der

Lage wäre, über seine Erlebnisse zu berichten, würde er sich danach befreit fühlen. Er habe jedoch extreme Angst davor. Sein Sohn löse bei ihm Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse aus, weshalb er sich von ihm fern halten müsse. Phasenweise erkenne er seine Ressourcen, danach fühle er sich wieder nutzlos. Er könne sich über nichts mehr freuen. Wenn er Gefühle habe, werde er von diesen überschwemmt. Wenn er Trauer verspüre, fühle er sich wie gelähmt. Wegen Kleinigkeiten gerate er in Anspannung. Meistens könne er sich kontrollieren, manchmal erleide er aber einen Wutanfall und entschuldige sich danach bei seiner Familie. Er wolle nicht invalid sein und schäme sich, dass er seine Rolle als Familienernährer verloren habe. Er möchte gerne wieder arbeiten und ein normales Leben führen, er komme aber mit seinen Bemühungen nicht vom Fleck (Urk. 2/ 6/36/39-40).

E. 3.4

Laut dem Bericht der behandelnden Psychotherapeutin B.____ vom 11. August 2018 (Urk. 2/ 6/94) bestehen beim Beschwerdeführer eine chronische posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), ein Derealisations- und Depersonalisationssyndrom (ICD-10 F48.1), ein dissoziativer Stupor (ICD-10 F44.2), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwer gradige Episode (ICD-10 F33.10), eine Ein- und Durchschlafstörung (ICD-10 G47.0) sowie ein chronisches Müdigkeitssyndrom (ICD-10 G93.3). Der Beschwerdeführer sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Er besuche nach wie vor die traumaadaptierte ambulante Psychotherapie, aktuell in grösseren Abständen von ca. einem Mal pro Monat. Bis im Sommer 2017 sei der Beschwerdeführer maximal belastet gewesen durch seinen mutmasslich sehr verhaltensauffälligen Sohn, welcher die Familie angeblich eingeschüchtert und geängstigt habe. Dann habe sich die Situation durch den Umzug des Sohnes in ein sich im gleichen Haus wie die Wohnung des Beschwerdeführers befindendes Kellerstudio gebessert. Im Januar 2017 habe eine starke Zunahme der Schmerzsymptomatik stattgefunden. Diese sei im Zusammenhang mit der medialen Präsenz der Flüchtlingspolitik gestanden, welche ein starker Auslösereiz für seine eigenen Erinnerungen sei. Neben der Deeskalierung des Konflikts mit dem Sohn hätten auch die Ferien im Heimatland zur weiteren Stabilisierung des Beschwerdeführers beigetragen. Den noch sei ein hoher Leidensdruck aufgrund eines massiven Insuffizienz erlebens im Vordergrund geblieben. Anfang September 2017 habe der Beschwerdeführer einen Motorradunfall erlitten und sich dabei mehrere Frakturen am Unterschenkel zugezogen. Auf dieses Ereignis habe er erneut stark depressiv reagiert und er habe wegen eines erhöhten Suizidrisikos unterstützt werden müssen. Eine erneute Belastung sei im Frühjahr 2018 wegen eines schwer gradigen Unfalls der Tochter eingetreten. Ihr über raschend guter Genesungsprozess habe aber zur Minderung der depressiven sowie der Traumafolge symptomatik geführt. Die Benützung des öffentlichen Verkehrs führe zu Angst- und Paniksymptomen sowie zur Dissoziation. Das Warten an der Haltestelle sei für den Beschwerdeführer fast unmöglich, da er dann Flashbacks von Situationen aus dem Gefangenenerleben erlebe. Die Prognose sei schlecht, eine Besserung der Arbeitsfähigkeit sei nicht zu erwarten.

E. 3.5

Gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. C.____ vom 6. September 2018 (Urk. 2/ 6/102) besteht beim Beschwerdeführer keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden anamnestisch eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), ein Verdacht auf Panikstörung

(ICD-10: F41.0), psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, nach eigenen Angaben gegenwärtig abstinent, (ICD-10: F10.20) sowie in neuropsychologischer Hinsicht ein durchschnittliches (nonverbales) kognitives Leistungsniveau mit partiellen, leichten bis mittelgradigen attentionalen Minderleistungen (leicht erhöhte Ermüdbarkeit und mittelgradig reduzierte geteilte Aufmerksamkeit), sowie leichten exekutiven Minderleistungen (Urk. 2/ 6/102/22).

Inwieweit die Alkoholabhängigkeit als Komorbidität einer posttraumatischen Belastungsstörung einzuordnen sei, lasse sich deswegen nicht sicher klären, weil die Relevanz einer möglicherweise tatsächlich bestehenden posttraumatischen Belastungsstörung aufgrund der widersprüchlichen und teils mit fachlichen Mängeln behafteten Berichte der den Beschwerdeführer als einzige über viele Jahre behandelnden Psychotherapeutin nicht zu klären sei. Die Durchsicht der Berichte der behandelnden Psychotherapeutin lasse eine nicht nachvollziehbare Vernachlässigung stationär gesicherter Erkrankungen (Alkoholabhängigkeit) und eine Steigerung der Symptomatik mit Generalisierung von als dissoziative Zustände auslösenden Triggern erkennen, die mit dem Leben unvereinbar seien (Beisetzische, weggeworfene Nahrung, laute Stimmen, Details an Möbeln, Wänden und Böden). Die erste relevante, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Symptomatik sei eher typisch für eine Panikattacke/Panikstörung aber auch für ein Alkoholentzugssyndrom und eher untypisch für die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Bei der Diagnose respektive dem erstmaligen Auftreten einer Panikattacke sei der Alkoholkonsum, den der Beschwerdeführer berichtet habe, nicht als relevant erfasst worden. Im weiteren Verlauf sei der Schwerpunkt des angewandten psychotherapeutischen Konzeptes auf die dissoziativen Zustände gelegt worden, ohne dabei zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer viele Jahre bei Y. ___ als Zusteller gearbeitet habe und möglichst rasch in eine offensichtlich auch stabilisierende Berufstätigkeit hätte reintegriert werden müssen. Bei der Tätigkeit als Zusteller handle es sich um eine Tätigkeit, bei der es nicht typischerweise zu Konfrontationen mit Lagersituationen respektive vom Beschwerdeführer als traumatisierend beschriebenen Situationen komme. Es sei beim Beschwerdeführer weder ein Fähigkeitsprofil erstellt noch seien nachhaltige Rehamassnahmen durchgeführt worden. Eine Reevaluation der Arbeitsfähigkeit sei nicht erfolgt, nach nunmehr neun Jahren erwäge der Beschwerdeführer aber eine erneute Berufstätigkeit, im Gegensatz zu den Dramatisierungen der behandelnden Psychotherapeutin (Urk. 2/ 6/102/22-23).

Der Beschwerdeführer habe ausgeführt, dass er von Mai bis Dezember 1992 während acht Monaten im Kriegsgefangenenlager K. ___ gewesen sei. Danach sei er in die Schweiz eingereist und nach sechs Monaten habe er die Erlebnisse in seinem Kopf verarbeitet und wieder Boden bekommen, sich an den Alltag in der Schweiz gewöhnt. Er habe angegeben, sich während vier Jahren mit ehemaligen Mithäftlingen getroffen zu haben, um sich über die Geschehnisse im Lager auszutauschen. Es könne somit davon ausgegangen werden, dass er massiven Hinweisreizen ausgesetzt gewesen sei, ohne die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung zu entwickeln. Der Beschwerdeführer habe angegeben, er habe während vier Jahren beinahe täglich Alkohol konsumiert, was eine Form von «Selbstmedikation» gewesen sei. Widersprüchlich sei in diesem Zusammenhang, dass er einerseits angebe, nach dem Konsum von Alkohol habe er sich lebendig und erleichtert gefühlt, er sich andererseits aber nur unter Alkoholeinfluss emotionslos mit anderen Kriegsgefangenen über die Erlebnisse im Lager unterhalten können. Es sei

nicht nachvollziehbar, dass in den früheren Berichten Alkoholmissbrauch respektive – abhängigkei t nicht als Diagnose aufge führt werde und Dr. Z. ___ in seinem Gutachten gar festgehalten habe, es bestü n den keine Hinweise auf das Vorliegen einer Sucht. Für eine post traumatische Belastungsstö rung untypisch sei, dass der Beschwerdefü hrer in der Schweiz während 15 Jahren in verschiedenen Tätigkeiten habe arbeiten können und dann unvermittelt unter ausgeprägter Atemnot und Erstickungs gefü hlen gelitten habe. Dies seien Symptome, die eher auf eine Panikstö rung hinweisen würden. Trotz dem habe man die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstö rung in den Vordergrund gestellt und den Beschwerdefü hrer in dieser Hinsicht behandelt, ohne aber eine schnellstmögliche berufliche Reintegration anzustreben. Es sei auch unberücksichtigt geblieben, dass sich der Beschwerdefü hrer während vier Jahren mit Mithäftlingen getroffen und sich über die Ereignisse ausgetauscht habe und zumindest erwogen werden könnte, dass sich «eigene Erinnerungen» und «fremde Erinnerungen» vermischt hätten. In der aktuellen Untersuchung habe der Beschwerdefü hrer neu und bisher unerwähnt berichtet, dass er im Gefangenlager täglich 100 Kühe gemolken habe und deswegen jetzt unter Arthrose in den Handgelenken leide. Für das tägliche Melken von 100 Kühen würden aber zirka 27 Stunden benötigt (Urk. 2/ 6/102/24-26).

Zu den Angaben, die der Beschwerdefü hrer betreffend die Ereignisse im Heimatland gemacht habe, würden fremdanamnestic Angaben fehlen, so dass bezüglich der Verursachung einer posttraumatischen Belastungsstö rung, insbesondere bezüglich einer damit möglicherweise verknüpften Arbeitsunfähigkeit, Plausibilitätsüberlegungen zum Tragen kommen müssten. Hierzu gehörten insbesondere, dass der Beschwerdefü hrer angebe, regelmässig in sein Heimatland zu reisen, und er gegenüber angegebenen Hinweisreizen völlig resistent sei (er fahre Motorrad und habe während der Untersuchung nicht mit Dissoziation reagiert). Es hätten sich sodann im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung Hinweise auf eine Verdeutlichungs tendenz ergeben. Die depressiven Symptome würden einer schweren Depression entsprechen, was aber mit dem weitgehend unauffälligen neuropsychologischen Befund nicht vereinbar sei. Die Angaben zum aktuellen Tagesablauf und zur aktuellen Lebenssituation enthielten keine Hinweise auf eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, der Beschwerdefü hrer fahre regelmässig 50 bis 60 km mit dem Velo als sportliche Aktivität (Urk. 2/ 6/102/32-33).

In der neuropsychologischen Untersuchung seien ausreichende Ressourcen für die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit festgestellt worden. Der Beschwerdefü hrer habe über einen längeren Zeitraum hinweg gearbeitet. Wenn er auch in seinem Heimatland den beschriebenen Belastungen ausgesetzt gewesen sei, so habe er doch nach seiner Einreise in die Schweiz über viele Jahre hinweg berufs tätig sein können, wobei nicht beurteilt werden könne, inwieweit es sich beim übermässigen Alkoholkonsum um eine eigenständige Stö rung handle. Panikattacken seien nicht typisch für eine posttraumatische Belastungsstö rung und könnten auch als eigenständiges Syndrom auftreten (Urk. 2/ 6/102/33).

Psychiatrischerseits könne der Beschwerdefü hrer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Zusteller, einer Tätigkeit mit vergleichbarem Anforderungsprofil oder auf dem allgemeinen freien Arbeitsmarkt sofort wieder mit einem Pensum von 100 % bei 100 % Leistung arbeiten, wobei ihm zur Eingewöhnung eine Frist von vier Wochen gewährt werden sollte. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei optimal angepasst, vermieden werden sollten Tätigkeiten, bei denen ein erhöhtes Risiko bestehe, dass der Beschwerdefü hrer mit Alkohol

in Kontakt komme (Urk. 2/ 6/102/34).

E. 3.6

Gemäss der Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. E.____ vom 11. März 2019 (Urk. 2/ 6/125/5) erscheinen die medizinischen Unterlagen, welche von der behandelnden Psychotherapeutin erstellt worden sind, zum Teil unglaubwürdig (während langer Zeit Arbeitstätigkeit problemlos möglich, plötzlich und ohne Auslöser die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, Verschlechterung der Traumafolgesymptomatik wegen Auffälligkeiten des Sohnes und Besserung durch dessen positive Entwicklung, nicht glaubhafte Dissoziationen mit nicht nachvollziehbaren Triggern). Die Observationen des Beschwerdeführers hätten ein unauffälliges, zielgerichtetes Verhalten gezeigt. Der Beschwerdeführer bewege sich ohne Anzeichen von Stress unter Menschen, wie zum Teil auch in öffentlichen Verkehrsmitteln. Er wirke unauffällig, nicht desorientiert oder geistig abwesend, sondern ständig wach und interessiert. Er zeige auch keine Ängstlichkeit oder Misstrauen. Er lache und unterhalte sich problemlos mit anderen Menschen. Aufgrund der Aufnahmen könne nicht von schwerwiegenden gesundheitlichen Einschränkungen ausgegangen werden. Das Gutachten von Dr. C.____ erfülle die Anforderungen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht werde empfohlen, vollumfänglich auf die Beurteilungen im Gutachten abzustellen. Es könne davon ausgegangen werden, dass aktuell und wahrscheinlich schon seit jeher kein Gesundheitsschaden mit langanhaltenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe oder bestanden habe.

E. 4

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Das Gericht holte

nach der Rückweisung der Sache durch das Bundesgericht zur Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mit unangefochtenen in Rechtskraft erwachsenem Beschluss vom 5. November 2021 (Urk. 9) ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. F.____ ein.

E. 4.2

Am 20. August 2022 erstattete Dr. F.____ ihr psychiatrisches Gerichtsgutachten (Urk. 17). Dabei konnte sie folgende Diagnosen stellen (S. 4

E. 4.3

Gemäss der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. G.____ vom

E. 9

, S. 69): - komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) bzw. Andauernde Persönlichkeitsänderung gemäss F62 nach ICD-10; differenzialdiagnostisch Borderline -Persönlichkeitsstörung, deren Kriterien gemäss F60.31 nach ICD-10 vollständig erfüllt werden - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere bis schwere Episode gemäss F33.1-2 nach ICD-10 - Schädlicher Gebrauch von Alkohol gemäss F10.1 nach ICD-10, differenzialdiagnostisch Alkoholabhängigkeit mit episodischem Konsum, derzeit in noch kontrollierbaren Mengen gemäss F10.26 nach ICD-10

Zur Biographie des Beschwerdeführers sei festzuhalten, dass er bis im April 1992 in Bosnien gelebt habe. Wegen den zunehmenden politischen Spannungen habe er beabsichtigt, etwa Mitte April 1992 in die Schweiz zu seinem bereits dort lebenden Vater zu übersiedeln. Dies sei ihm aber nicht gelungen und er sei am 10. Mai 1992 von bosnischen Serben verhaftet und ins Kriegsgefangenenlager K.____ deportiert worden. Sein Dorf sei vollständig zerstört worden. Am 23. Dezember 1992 habe der Beschwerdeführer in die Schweiz einreisen und Asyl beantragen können. Das Asyl sei ihm nach den üblichen Prüfungen am 4. Januar 1993 gewährt worden. Der Aufmerksamkeit von Dr. C.____ s cheine es entgangen zu sein, dass im Rahmen des Asylverfahrens die Angaben des Beschwerdeführers überprüft worden seien. Die Schilderungen des Beschwerdeführers über seine Erfahrungen im Kriegsgefangenenlager seien unstrittig. Nach seiner Einreise in die Schweiz habe der Beschwerdeführer zunächst 14 Monate kein Anrecht auf eine Arbeitsstelle gehabt. Danach sei er an verschiedenen Stellen im Gastgewerbe erwerbstätig gewesen. Weil er zunehmend Alkohol konsumiert habe, habe er sich entschieden, das Gastgewerbe zu verlassen und habe am 9. Juli 2003 die Stelle als Zusteller bei Y.____ angetreten. Der Beschwerdeführer sei seit dem 5. Mai 1997 verheiratet und habe mit seiner Ehefrau drei Kinder, eine 1997 geborene Tochter, einen 1999 geborenen Sohn und eine 2005 geborene Tochter. Der Sohn leide unter psychischen Problemen. Er lebe aktuell zuhause, völlig zurückgezogen in seinem Zimmer und stehe in psychiatrischer Behandlung einschliesslich Medikation (S. 49 ff.).

Bis zu seiner Heirat habe sich der Beschwerdeführer häufig mit ehemaligen Mithäftlingen getroffen, um sich mit ihnen auszutauschen. Dies habe einen gewissen therapeutischen Effekt gehabt, sei aber nur unter Alkoholkonsum möglich gewesen. Der Beschwerdeführer habe als eine Art Selbstmedikation beinahe täglich Alkohol konsumiert. Nach der Heirat habe er begonnen, den Alkoholkonsum zu reduzieren. Die weiterhin konsumierte Menge habe nicht ausgereicht, um sich lebendig zu fühlen, weshalb er ab 2002 den Drang verspürt habe, sich selbst zu verletzen. In der Folge habe er sich häufig mit Nadeln in die Arme gestochen. Diese Selbstverletzungstendenzen habe der Beschwerdeführer fortgesetzt, mit Nadeln und auch durch Kneifen und Klemmen mit einem Gummi. Auch habe er sich durch Zertrümmern von Mobiliar mit den Fäusten oberflächliche Wunden zugezogen und es sei zu fremdaggessiven Tendenzen gekommen. Diese Entwicklung unterstreiche, dass der Beschwerdeführer seine Erinnerungen an die KZ Erfahrungen und die wieder auftauchenden Bilder ohne Alkoholkonsum bis zur Dekompensation 2009 nicht bzw. kaum ertragen habe. Der Alkohol habe dazu beigetragen, die durchaus existente posttraumatische Symptomatik zu dämpfen. Dies alles spreche für die Plausibilität der Angaben des Beschwerdeführers (S. 51).

Beim Beschwerdeführer seien fünf

der sechs Symptomgruppen einer komplexen PTBS sicher, die sechste fraglich gegeben. Die Kriterien der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung seien damit vollständig erfüllt. Zur Schwere des Ereignisses sei auf die unzweifelhaft schwere, über sieben Monate anhaltende, kontinuierlich lebensbedrohliche Erfahrung der KZ-Haft hingewiesen, die der Beschwerdeführer unzweifelhaft durchgemacht habe. Es treffe zu, dass die komplexe posttraumatische Belastungsstörung in der ICD-10 nicht gesondert verschlüsselt werden könne. Dies gelte nicht für die ICD-11, welche aber noch nicht in deutscher Übersetzung vorliege. Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung müsse deshalb weiterhin in der ICD-10 eingeordnet werden. Es bestehe Uneinigkeit ob die Verschlüsselung unter F43.1

richtig sei. Dies sei insofern eine akademische Frage, als es sowohl bei der akuten als auch bei der komplexen bzw. chronischen PTBS um eine klinisch relevante Störung gehe mit einer relevanten bis sehr schweren Einschränkung. Die Unterscheidung sei aber insofern nicht nur akademisch, als die Symptomatik sich mit der Chronifizierung bzw. dem längeren Verlauf verändere, weg von den weit im Vordergrund stehenden Flashbacks und Intrusionen, hin zur häufigen Vertiefung der Depressivität, der Anhedonie, den Symptomen der Betäubtheit und bei einem relevanten Anteil der Betroffenen zu dissoziativen Symptomen. All das treffe auf den Beschwerdeführer sehr gut zu (S.

60 f.).

In der Regel werde die komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10 unter den Persönlichkeitsstörungen, speziell den kombinierten Persönlichkeitsstörungen, oder unter der andauernden Persönlichkeitsänderung gemäss F62 verschlüsselt. Spätestens seit 2009 fänden sich beim Beschwerdeführer eine deutliche Unausgeglichenheit in der Affektivität, dem Antrieb, ausgeprägt der Impulskontrolle und der Beziehung zu anderen, partiell auch in Wahrnehmung und Denken. Das Verhaltensmuster sei seitdem andauernd und nicht auf die depressiven Episoden begrenzt. Die Kriterien der Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 seien erfüllt. Es lasse sich die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gemäss F60.31 nach ICD-10 zuordnen, differenzialdiagnostisch einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62). Ausschlaggebend sei, dass die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung allgemein erfüllt würden, zumal eine klare Zuordnung zu einer spezifischen Persönlichkeitsstörung häufig nicht gelinge (S. 61 f.).

Es sei im Weiteren von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere bis schwere Episode auszugehen. Die Kriterien einer Somatisierungsstörung würden nicht erfüllt. Trotzdem seien die Somatisierungstendenzen so deutlich ausgeprägt, dass sie erklärungsbedürftig seien. Sie seien – wie die dissoziativen Symptome – der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung zuzuordnen. Es sei von einem schädlichen Gebrauch von Alkohol, differenzialdiagnostisch einer Alkoholabhängigkeit mit episodischem Konsum, derzeit in noch kontrollierbaren Mengen auszugehen (S. 64 f.).

Gesamthaft sei der Beschwerdeführer in für eine berufliche Tätigkeit relevanten Fähigkeiten eingeschränkt: leicht bis mittelschwer in der Selbstpflege und Selbstversorgung; mittelschwer in der Anpassung an Regeln und Routinen, der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Kompetenz- und Wissensanwendung, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Konversation und Kontaktpflege zu Dritten und der Mobilität und Verkehrsfähigkeit; mittelschwer bis schwer in der Selbstbehauptungsfähigkeit; schwer in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit und der Gruppenfähigkeit. Proaktivität und Spontanaktivitäten seien nahezu aufgehoben. Die Einschränkungen würden in ausgeprägter Weise auch den privaten Bereich betreffen (S. 68).

Als psychosozialer Belastungsfaktor nenne Dr. C. ___ das Verhalten des Sohnes. Es treffe zu, dass Probleme und Ereignisse, die die Ehefrau und/oder die Kinder betroffen hätten, zu depressiven Einbrüchen bzw. übermässigem Alkoholkonsum geführt hätten, teils auch zu Wutausbrüchen und dissoziativen Zuständen. Die depressiven Episoden würden sich aber keineswegs auf Belastungen durch Angehörige beschränken. Der aktuelle Suizidversuch mache ausserdem plausibel das Triggern traumatischer Erfahrungen nachvollziehbar.

Hierbei von psychosozialen Belastungsfaktoren zu sprechen, treffe den Kern des Problems nicht (S. 69 f.).

Der Beschwerdeführer sei erheblich eingeschränkt in Aufmerksamkeit und Konzentration, nicht kurzfristig, aber bereits im Verlauf einer Stunde. Wesentliche Ressource sei seine Leistungsmotivation neben der tragfähigen Unterstützung und Begleitung seiner Familie. Der Familie sei es zu verdanken, dass der Beschwerdeführer nicht alle sozialen Kontakte verloren habe, dass er Betätigungen gefunden habe, für die er das Haus verlassen müsse, eine Tagesstruktur und einen sinnvollen Inhalt seiner Tage. Die Wahrscheinlichkeit, dass er ohne dieses Eingebettetsein erheblich mehr und häufiger Alkohol konsumieren würde, sei hoch (S. 73).

Es liege eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen vor. Der Leidensdruck sei hoch. Von Hinweisen auf Aggravation oder gar Simulation spreche ausschliesslich Dr. C.____, in Anbetracht der Videoaufnahmen. In der aktuellen Untersuchung habe es in der Exploration Hinweise auf Dissimulation gegeben (S. 74).

Der Beschwerdeführer sei im Zeitpunkt der Verfügung im November 2019 nicht in der Lage gewesen, als Kurierfahrer zu arbeiten. Er sei auch nicht in der Lage gewesen, einer irgendwie gearteten Tätigkeit nachzugehen. Er habe sich selbst zu betätigen bemüht. Diese Tätigkeiten könne er aber nur während einer kurzen Präsenzzeit durchhalten und er könne keine volle Leistung erbringen. Die aktuellen Tätigkeiten seien am besten angepasst. Sie erfüllten aber nicht die Kriterien einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Der Beschwerdeführer arbeite in einem familiären Umfeld, alleine mit minimalen Kontakten, ohne Leistungsdruck, bei freier Einteilung der Tätigkeiten, und bewältige die Arbeitswege ausschliesslich ausserhalb der Stosszeiten (S. 75).

Das Gutachten von Dr. Z.____ sei sorgfältig erhoben. Er habe ergänzende Informationen eingeholt, insbesondere auch Drittauskünfte. Diagnosestellung und Einschätzung der Leistungsfähigkeit seien aus psychiatrischer Sicht begründet und nachvollziehbar. Das Gutachten von Dr. C.____ werfe demgegenüber viele Fragen auf. Es beginne mit den Zweifeln Dr. C.____s an der Inhaftierung und Foltererfahrung des Beschwerdeführers. Diese sei belegt. Sodann habe Dr. C.____ Zweifel an der Krankheitsentwicklung geäussert. Es gehe klar aus den Schilderungen des Beschwerdeführers hervor, dass er den Alkohol genutzt habe, um in einen gewissen Zustand der Enthemmung zu kommen. Ausserdem ergebe sich, dass der Beschwerdeführer nicht durchgängig, sondern episodisch vermehrt bis exzessiv Alkohol getrunken habe, in den letzten Jahren regelmässig ausgelöst durch belastende Ereignisse. Es sei auch nicht ersichtlich, dass Dr. C.____ einen Versuch unternommen habe, um ihm nicht plausibel erscheinende Aussagen des Beschwerdeführers zu klären. Ausser aus dem Gutachten von Dr. C.____ ergebe sich aus sämtlichen Berichten, dass der Beschwerdeführer über viele Jahre nicht in der Lage gewesen sei, in nüchternem Zustand über seine Erfahrungen im Kriegsgefangenenlager zu sprechen. Zum psychopathologischen Befund von Dr. C.____ sei zu bemerken, dass er relativ kurz ausgefallen sei. Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers habe Dr. C.____ nicht in seinen Befund einbezogen. Die Angaben seien unvollständig und deshalb unzureichend. Weiter fänden sich im Befund einige Beschreibungen, die keine psychopathologische Zuordnung erlaubten. Bemerkenswert sei, dass Dr. C.____ unter dem psychopathologischen Befund festhalte, er habe dissoziative Zustände nicht beobachtet, obwohl er einen solchen Zustand beschrieben habe (S. 77 f.).

Nach den vorliegenden Informationen sei es zu einer diskreten Verbesserung bei einem insgesamt stark fluktuierenden

Verlauf gekommen. Einerseits sei der Beschwerdeführer immerhin in der Lage, den durch Bruder und Cousin geschaffenen Betätigungen nachzugehen und dafür das Haus zu verlassen. Die Wutausbrüche, Selbstverletzungen und die Zerstörung von Gegenständen seien zurückgegangen. Dissoziative Episoden würden weiterhin auftreten, aber der Beschwerdeführer sei während diesen Episoden nicht immer vollständig unerreichbar. Andererseits hätten die Symptome der emotionalen

Betäubtheit und die depressive Symptomatik zugenommen, es sei zu zwei Suizidversuchen gekommen. Die relativ häufigen Einbrüche wiesen auf die hohe Fragilität beim Zustand des Beschwerdeführers hin. Mit grosser Mühe könne er seinen Alltag – in der Regel und dank tragfähiger Unterstützung durch seine Familie – bewältigen. Es bedürfe jedoch nur einer kleinen Störung, um diesen Zustand zum Kippen zu bringen. Insofern habe sich die Symptomatik diskret verbessert, die Leistungsfähigkeit aber nicht relevant (S. 83).

E. 11

November 2022 (Urk. 27) erfüllt das Gutachten von Dr. F.____ die formalen Qualitätskriterien, sei aber nur teilweise nachvollziehbar und in seinen medizinischen Schlussfolgerungen nur teilweise plausibel. Die Gutachterin erwähne keine spezifischen quantitativen Angaben zur angepassten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in Prozent. Sie erwähne implizit, dass eine Erwerbsunfähigkeit vorliege, führe dies jedoch nicht explizit aus. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei insbesondere vor dem Hintergrund wichtig, dass der Beschwerdeführer für seine Familie sowohl diverse Tätigkeiten im Trockenbau eines Sanitärbetriebes als auch im Tennisgeschäft ausgeübt habe, geschätzt bis ca. 30 %. Weiter habe die Gutachterin keine Fremdanamnese bezüglich der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in seinen Tätigkeitsfeldern im Trockenbau und im Tennisgeschäft eingeholt, welche ebenfalls ein wichtiger Hinweis auf die tatsächliche Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gewesen wäre. Insbesondere um zu differenzieren, ob die erbrachte Leistung von ca. 30 % tatsächlich nicht einer Leistung von 30 % auf dem ersten Arbeitsmarkt entsprechen würde, wie von der Gutachterin vermutet. Darüber hinaus gebe die Gutachterin an, dass der Beschwerdeführer dissimuliere. Dies begründe sie mit den Aussagen der Ehefrau, welche stärkere Beschwerden und Einschränkungen postuliere als der Beschwerdeführer selber. Aufgrund der langlaufenden gerichtlichen Verfahren und etwaiger gemeinsamer Interessen müsste dies differenziert betrachtet und von einer möglichen Inkonsistenz abgegrenzt werden. Die Gutachterin habe auch lediglich einen Untersuchungszeitpunkt und nicht mehrere Untersuchungstermine gewählt, um in diesem komplexen Fall eine Beurteilung im Längsschnitt durchführen zu können. Im Rahmen der Befunde würden weitgehend die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers übernommen. Zudem würden die eingesetzten psychometrischen Testverfahren nicht ausreichend kritisch hinterfragt und in den Kontext mit den Observationen gesetzt. Insgesamt könne damit auf das Gutachten nicht abgestellt werden. 5. 5.1

Nach den Richtlinien zur Beweiswürdigung weicht das Gericht praxisgemäss nicht ohne zwingende Gründe von Gerichtsgutachten ab (BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2, 135 V 465 E. 4.4). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in

überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne eine solche vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa; Urteil des Bundesgerichts 8C_487/2020 vom 3. November 2020 E. 4). 5.2

Vorliegend besteht kein Grund, um vom Gutachten von Dr. F.____ abzuweichen.

Deren psychiatrische Expertise vom August 2022 entspricht sämtlichen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vgl. vorstehend E. 1.6 und 5.1). Sie beruht auf für die strittigen Belange umfassenden Untersuchungen und berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden in angemessener Weise. Sodann wurde sie in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet, insbesondere auch der beiden vorbestehenden Gutachten von Dr. Z.____ und von Dr. C.____ (vgl. Urk. 17 S. 75 ff.).

Der konkreten medizinischen Situation trägt das Gutachten Rechnung. Dr. F.____ setzte mehrere Selbst- und Fremdbewertungsinstrumente ein (vgl. S. 45 ff.) und leitete die gestellten Diagnosen nach ausführlicher psychopathologischer Befundaufnahme anhand der ICD-Kriterien sorgfältig her (vgl. S. 60 ff.). Die Einschränkungen in den einzelnen für eine berufliche Tätigkeit relevanten Bereichen wurden mittels Bezug der Mini-ICF-APP eingehend dargelegt (S. 65 ff.). Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenannten Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 5.3

Soweit die Beschwerdegegnerin durch RAD-Arzt Dr. G.____ vorbringen lässt, dass auf das Gutachten nicht abgestellt werden könne (Urk. 27), ist festzuhalten, dass grundsätzlich sie die Beweislast dafür trägt, dass ein Revisionsgrund im Sinne einer anspruchserheblichen Tatsachenänderung vorliegt und gemäss Entscheidung des Bundesgerichts dieser Beweis von der Beschwerdegegnerin nicht erbracht worden ist, insbesondere nicht durch das Gutachten von Dr. C.____ (Urk. 1). Es trifft sodann nicht zu, dass Dr. F.____ keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in den von ihm noch ausgeübten Tätigkeiten im Trockenbau des Sanitätsbetriebes und im Tennisgeschäft macht, beziffert sie diese doch auf 20 bis 30 % (Urk. 17 S. 75). Sie führt ausserdem klar aus, dass der Beschwerdeführer gemäss ihrer Einschätzung nur unter den speziellen Bedingungen in den von Verwandten geführten Betrieben arbeiten könne, wogegen sie ihm im ersten Arbeitsmarkt keine verwertbare Arbeitsfähigkeit attestiert, da es keine Stellen gebe, welche die Kriterien (familiäres Umfeld, Arbeiten allein bzw. nur mit minimalen Kontakten, kein Leistungsdruck, freie Einteilung der Tätigkeiten und Zurücklegen des Arbeitswegs ausschliesslich ausserhalb der Stosszeiten) erfüllen würden. Dass die Gutachterin bei den «Arbeitgebern» des Beschwerdeführers

keine Auskünfte eingeholt hat, stellt keinen wesentlichen Mangel dar. Dies gilt umso mehr, als es sich dabei durchwegs um Verwandte bzw. Bekannte des Beschwerdeführers handelt und somit fraglich erscheint, ob sie dessen Leistungsfähigkeit objektiv einschätzen können. Ebenso erscheint es nicht zwingend notwendig, dass die Gutachterin die Tatsache, dass die

Ehefrau des Beschwerdeführers stärkere Beschwerden und Leistungseinschränkungen postuliert hat als der Beschwerdeführer,

eingehender hätte diskutieren müssen. Dr.

F. ___ hat den Beschwerdeführer anlässlich einer Untersuchungstermin insgesamt während 4 Stunden und 45 Minuten einschliesslich kurzen Pausen befragt und untersucht (Urk. 17 S. 41). Damit hat sie genügend eigene Untersuchungen vorgenommen. Es lag in ihrem Ermessen, einen weiteren Untersuchungstermin anzusetzen, falls sie dies für notwendig gehalten hätte. Es lässt sich hingegen nicht feststellen, dass in komplexen Fällen grundsätzlich mehrere Untersuchungstermine anzusetzen wären, um auch eine Beurteilung im Längsschnitt durchführen zu können. Ein solcher Standard wird auch von der Beschwerdeführerin selber üblicherweise nicht verlangt. Inwiefern Dr.

F. ___ die eingesetzten psychometrischen Testverfahren nicht ausreichend kritisch im Rahmen der Begutachtung hinterfragt und in den Kontext mit den Observationen gesetzt haben soll, legt Dr. G. ___ schliesslich nicht dar, insbesondere zeigt er auch nicht auf, zu welchen anderen Ergebnissen Dr.

F. ___ bei seiner Meinung nach ausreichend kritischer Würdigung der psychometrischen Testverfahren und Herstellung eines genügenden Kontextes zu den Observationen hätte gelangen können bzw. müssen. Insgesamt sind damit die gegen das Gutachten von Dr. F. ___ vorgebrachten Einwände nicht stichhaltig und es ist vollumfänglich auf das Gutachten abzustellen. 5.4

Eine entsprechende Prüfung ergibt sodann auch, dass die psychiatrische Gutachterin die heute massgebenden Standardindikatoren (vorstehend E. 1. 7) in ihre Beurteilung in genügendem Umfang einbezogen hat (Urk. 17 S. 69 ff.). So hat sie sich einlässlich mit den diagnostisch relevanten Befunden und deren Ausprägung auseinandergesetzt (S. 60 ff.), ebenso mit dem bisherigen Behandlungserfolg (S. 70 ff.). Die Einschränkungen seien teils mittelschwer, teils schwer, gesamthaft schwer ausgeprägt (S. 69). Bezüglich der psychosozialen Belastungsfaktoren hielt die Gutachterin fest, dass es zutreffe, dass die Ehefrau und die Kinder betreffende Ereignisse beim Beschwerdeführer zu depressiven Einbrüchen bzw. übermässigem Alkoholkonsum, teilweise auch zu Wutausbrüchen und dissoziativen Zuständen, geführt hätten. Die depressiven Episoden und Einbrüche hätten sich aber keineswegs auf Belastungen durch die Angehörigen beschränkt, sondern sie seien auch durch andere Ereignisse ausgelöst worden wie z.B. durch Fernsehsendungen über die Kriegereignisse in der Ukraine und auch durch seinen eigenen Rollerunfall. Im Hinblick auf die Verhaltensweisen des Sohnes sei speziell darauf hinzuweisen, dass Angriffe des Sohnes mit dem Messer wie das viele Blut nach der Selbstverletzung das Triggern traumatischer Erfahrungen plausibel nachvollziehbar machen würden. Hierbei von psychosozialen Belastungsfaktoren zu sprechen, treffe den Kern des Problems nicht. Hinzu komme, dass bei ausgeprägten psychischen Störungen zusätzliche akute Belastungen in der Regel und nicht im Ausnahmefall Auslöser für depressive Episoden seien (S. 69 f.).

Was den Behandlungsverlauf anbelange, so befinde sich der Beschwerdeführer seit 2009 in kontinuierlicher ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. In den Berichten der behandelnden Ärzte werde er stets als hoch motiviert beschrieben. Zweimal sei der Beschwerdeführer zudem auch in stationärer Behandlung gewesen. Seit Jahren sei eine medikamentöse Begleitbehandlung dokumentiert, welche durch die Blutspiegelbestimmung bestätigt werde. Die leitliniengerechte Behandlung habe Wirkung gezeigt. Sie sei erkennbar

am Einsatz erlernter Skills, an der Verbesserung der Impulskontrolle, dem etwas verbesserten Umgang mit Dissoziation, Depersonalisation und Derealisation. Ausserdem habe der Beschwerdeführer eine Tagesstruktur gefunden und könne sich während einzelner Stunden einer Aufgabe zuwenden. Durch die Behandlung nicht erreicht worden sei, dass der Beschwerdeführer wieder relevant leistungsfähig geworden sei. Dieser Verlauf sei angesichts der Vorgeschichte nicht ungewöhnlich (S. 70 f.).

Zu Eingliederungsmassnahmen sei es angesichts des Krankheitsverlaufs bisher nicht gekommen. Dank der Unterstützung durch den Bruder und den Cousin habe der Beschwerdeführer jedoch zwei Betätigungen finden können (S. 72). Er sei erheblich eingeschränkt in Aufmerksamkeit und Konzentration, nicht kurzfristig, aber bereits im Verlauf von bis zu einer Stunde. Weiter relevant eingeschränkt sei er durch Dissoziation, Depersonalisation und Derealisation, gelegentliche Panikattacken, Antriebshemmung und Impulskontrollprobleme. Wesentliche Ressourcen seien seine Leistungsmotivation und die tragfähige Unterstützung und Begleitung durch die Familie. Der Familie sei es zu verdanken, dass der Beschwerdeführer nicht alle sozialen Kontakte verloren und eine Betätigung gefunden habe. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Beschwerdeführer ohne diese Unterstützung erheblich mehr und häufiger Alkohol konsumieren und früher oder später hilflos würde, sei hoch (S. 73).

Es liege eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen vor. Der Leidensdruck werde durch die Akten abgebildet und sei nach wie vor hoch. Von Hinweisen auf Aggravation oder gar Simulation spreche ausschliesslich Dr. C.____, in Anbetracht der Videoaufnahmen. In der aktuellen Untersuchung gebe es Hinweise auf Dissimulation (S. 74). Wenn Dr. C.____ nach Eingang der Observationsergebnisse von Hinweisen auf Aggravation während der Exploration spreche, scheine er die von ihm selbst zuvor beschriebene dissoziative Episode nicht erkannt zu haben. Im Weiteren spreche er davon, dass Symptome simuliert würden und die Videoaufnahmen den Rückschluss auf bewusste Vorspiegelung von Einschränkungen zuliesse. Dabei nicht in Betracht gezogen zu haben scheine er, dass die therapeutischen Bemühungen über Jahre darauf hingeeicht hätten, dass der Beschwerdeführer die Wohnung verlasse, eine Tagesstruktur finde und eine sinnvolle Betätigung. Die kurzen Aktivitäten während des Beobachtungszeitraums der Observierung würden weder gegen die beklagten Schmerzen noch gegen die vielfach beschriebenen Einschränkungen sprechen. Zudem sei aus psychiatrischer Sicht angemerkt, dass psychische Beeinträchtigungen grundsätzlich Videoaufzeichnungen nicht zugänglich seien, abgesehen von einzelnen, seltenen Symptomen, um welche es beim Beschwerdeführer nicht gehe (S. 82). 5.5

Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob sich die Gutachterin an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist demnach zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Ausgangslage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit nachweisen. Mithin erfüllt das Gutachten sowohl die praxisgemässen herkömmlichen Anforderungen als auch diejenigen des strukturierten Beweisverfahrens. Somit ist betreffend die Diagnosen sowie die Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten abzustellen. 5. 6

Die abschliessende Würdigung des Beschwerdebildes anhand der Standardindikatoren ergibt, dass seit der Rentenzusprache im Jahr 2011 keine wesentliche Besserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und der damit verbundenen Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Der Beschwerdeführer ist weiterhin nicht in der Lage, auf dem ersten Arbeitsmarkt ein relevantes Erwerbseinkommen zu erzielen. Dementsprechend liegt kein Revisionsgrund vor. Die angefochtenen Verfügungen der Beschwerdegegnerin vom 31. Oktober 2019 und vom 4. Dezember 2019 sind demnach aufzuheben und es ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer nach dem 30. Juni 2018 weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 6. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als weitere Bemessungskriterien nennt § 7 GebV

SVGer den Zeitaufwand und die Barauslagen.

In Anwendung dieser Kriterien ist die Prozessentschädigung ermessensweise auf Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.3

In Bezug auf die Frage nach der Kostentragung des Gerichtsgutachtens von Dr. F.____ ist festzuhalten, dass die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden können, wenn ein Zusammenhang zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4). Dies ist unter anderem der Fall, wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 mit Hinweisen).

Das Bundesgericht gelangte mit Urteil vom 9. Juni 2021 zum Schluss, aufgrund der bis dahin vorhandenen Akten lasse sich nicht feststellen, ob der Beschwerdeführer Anspruch darauf habe, dass ihm auch über den 31. Dezember 2019 hinaus eine (ganze) Invalidenrente zustehe. Es hielt fest, dass das Gutachten von Dr. C.____ keine genügende Grundlage biete, um die Rente des Beschwerdeführers aufzuheben. Dr. C.____ habe sein Gutachten ohne vollständige Kenntnis der Vorakten erstellt und die Beschwerdegegnerin habe es insbesondere unterlassen, ihren Regionalen Ärztlichen Dienst zu konsultieren (Urk. 1 E. 5). Die Gutachterin Dr. F.____ gelangte denn auch zum Schluss, dass das Gutachten von Dr. C.____ zahlreiche Fragen aufwerfe und auf dessen Schlussfolgerungen nicht abgestellt werden könne (Urk.

17 S. 75 ff.). Damit sind die rechtsprechungs gemässen Anforderungen erfüllt, welche es rechtfertigen, der Beschwerdegegnerin die Kosten für das Gerichtsgutachten in der Höhe von Fr. 9'900.-- (Urk. 19) zuzüglich der Kosten für die Laboranalysen von Fr. 482.60

(Urk. 20), insgesamt Fr. 10'382.60 , zu überbinden. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerden vom 27. November 2019 und vom 5. Dezember 2019 werden die angefochtenen Verfügungen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 31. Oktober 2019 und vom 4. Dezember 2019 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer nach dem 30. Juni 2018 weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 4'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten des Gerichts-gutachtens von Fr. 10'382.60 zu erstatten. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Markus Krapf - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 6.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstBrügger

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