

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00136 vom 9. Juli 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-07-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00136

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00136 du 9 juillet 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00136 del 9 luglio 2024

Erwägungen

E. 1.1

Streitgegenstand bildet der in Wiedererwägung gezogene Anspruch auf eine Invalidenrente (Dauerleistung) ab dem 1. März 2014 (vgl. unten E. 3.3).

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; « Weiterentwicklung der IV ») mit der Einführung des stufenlosen Rentensystems in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtsätze 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).

Die

angefochtene Verfügung vom 2.

Februar 2023 (Urk. 2)

erging nach dem 1.

Januar 2022. Streitgegenstand bildet

die wiedererwägungsweise Einstellung der ab 1.

März 2014

ausgerichteten Rente. Vorliegend steht damit ein Anspruch auf Rente zur Diskussion, der bei Gutheissung der Beschwerde, das heisst bei Verneinung eines Rückkommenstitels, vor dem 1.

Januar 2022 entstanden wäre. Rentenansprüche, die vor dem 1.

Januar 2022 entstanden sind, werden nach dem im damaligen Zeitpunkt gültigen Recht beurteilt. Vorliegend gelangen somit die bis 31.

Dezember 2021 gültig gewesenen Bestimmungen zur Anwendung und werden in dieser Fassung zitiert, soweit nichts anderes angeführt wird (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_641/2023 vom 31. Januar 2024 E. 2.2.1 und 8C_744/2022 vom 12. Mai 2023 E. 2.2.; vgl. auch Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2024, Rz. 910 ff.).

E. 1.2

Mit prozessleitendem Zwischenentscheid hat das Gericht am 8. Februar 2024 die PTV Pensionskasse der Technischen Verbände (Urk. 22) zum Verfahren beigelegt (zur Rechtsnatur der positiven Beiladungsverfügung: Florian Brunner, Verfahren mit mehreren Parteien im öffentlichen Recht, Schulthess 2021, Rz . 399) . Diese legte mit Eingabe vom 7. März 2024 dar, dass der Beschwerdeführer nur vom 1. September bis 5. Dezember 2004 für berufliche Vorsorge versichert gewesen sei , und sie verneinte ein Interesse am Entscheid (Urk. 24) . Damit fällt in Übereinstimmung mit der Ansicht der Pensionskasse eine Betroffenheit durch das zu fällende Urteil, bei dem es um eine Invalidität ab 1. März 2014 geht, ausser Betracht; der prozessleitende Entscheid vom 8. Februar 2024 ist daher aufzuheben, die Pensionskasse ist als Beigeladene aus dem Rubrum zu entfernen und es ist ihr dieses Urteil nur auszugsweise zuzustellen. 2.

E. 1.3

Am 25.

August 2011 erlitt der Versicherte einen weiteren Auffahrunfall I, bei welchem ein Personenwagen in der gleichen Kolonne frontal auf das Heck des vom Versicherten gelenkten, stehenden Personenwagens auffuhr (Urk. 9/234/1, Urk. 9/234/48) .

Die Erstbehandlung nach dem Unfall fand gleichentags bei Dr. med. D.____ , Ärztin für Chirurgie, statt

(Bericht vom 25.

August 2011; Urk. 9/ 234/68-69). Die Weiterbehandlung erfolgte durch die

Hausärztin Dr. med. E.____ , praktische Ärztin , die eine Schmerzexazerbation bei vorbestehendem chronischem zervikozephalischem und -brachialem Schmerzsyndrom feststellte

(Urk. 9/234/6

E. 1.4

Am 20. September 2013 meldete sich der Versicherte wegen psychischen Beschwerden erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 9/115). Die IV-Stelle kündigte mit Vorbescheid vom 1. Oktober 2013 an, auf das neue Leistungsgesuch nicht einzutreten (Urk.

9/119). Daraufhin gab der Versicherte den Bericht des Ambulatoriums F.____ der G.____ vom 8. November 2013, visiert von Dr. med. H.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zu den Akten (Urk. 9/125). Mit Verfügung vom 25. November 2013 trat die IV-Stelle auf das Leistungsbegehren wie angekündigt nicht ein (Urk. 9/129). Dagegen erhob der Versicherte am 13. Januar 2014 beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Beschwerde (Urk. 9/133/3-10). Die IV-Stelle hob hierauf lite pendente (während des laufenden Gerichtsverfahrens Nr. IV.2014.00037) die Verfügung vom 25. November 2013 mit Verfügung vom 13. Februar 2014 auf und stellte eine materielle Prüfung des neuen Leistungsgesuchs in Aussicht (Urk. 9/134) , was sie dem Gericht mit Beschwerdeantwort gleichen Datums unterbreitete (Urk. 9/136) . Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich schrieb darauf hin den Prozess Nr. IV.2014.00037 mit Verfügung vom 25. Februar 2014 als gegenstandslos geworden ab (Urk. 9/137).

E. 1.5

Infolgedessen holte die IV-Stelle die von Dr. H.____ visierten Berichte des
Psychiatriezentrums I.____ der G.____ vom 5.

/ 13.

Juni 2014 (Urk. 9/144) und den Auszug aus dem individuellen Konto des Versicherten
(Urk. 9/141) ein. Mit Vorbescheid vom 12. August 2014 kündigte die IV-Stelle gestützt auf
die Stellungnahme von Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2
3. Juli 2014 vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD; Urk. 9/145/2) die Abweisung des
Leistungsbegehrens an (Urk. 9/146), wogegen der Versicherte mit Schreiben vom

E. 1.6

Im Juni 2019 eröffnete die IV-Stelle nach Eingang einer anonymen Meldung unter anderem
zum Reiseverhalten des Versicherten (Urk. 9/196) ein Rentenüberprüfungs- und
Revisionsverfahren (Urk. 9/184, Urk. 9/186, Urk. 9/189). Im Zuge der dazu
vorgenommenen Spezialabklärungen holte die IV-Stelle die Akten der
Krankenversicherung Assura, der Durchführungsstelle für Zusatzleistungen zur AHV/IV
der Gemeinde

L.____

und vom Motorfahrzeughaftpflicht-Versicherer, der Zürich Versicherungs-Gesellschaft
AG,

zum Unfall vom 25. August 2011 ein. Ausserdem führte sie

am 2. November 2020 ein Eröffnungsgespräch zum Abklärungsergebnis mit dem
Versicherten durch (Urk. 9/197 - 201, Urk. 9/233-234, Urk. 9/239/2). Mit Mitteilung vom
2. November 2020

kündigte

sie die Sistierung der Rente per Ende November 2020 an (Urk. 9/195), wogegen der
Versicherte am 9.

November 2020 und am 2.

Dezember 2020 Einwände erhob (Urk.

9/204, Urk. 9/212). Am 12. Januar 2021 verfügte die IV-Stelle die Sistierung der Rente per
Ende November 2020 (Urk. 9/213). In medizinischer Hinsicht hatte

die IV-Stelle

zudem den Verlaufsbericht des I.____ vom 9. September 2019 (Urk. 9/193)

und das Gutachten von Dr.

med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Juni 2021 (Urk. 9/221
/1-104) mit dem Untersuchungsbericht von lic.

phil. N.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, vom 25. Mai 2021

(Urk. 9/221/105-122) eingeholt. Mit Vorbescheid vom 30. Juni 2022 stellte die IV-Stelle
die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 1. Juni 2015 und der bisherigen
ganzen Rente in Aussicht (Urk.

9/240). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 30. September 2022 Einwände
(Urk.

9/247)

unter Beilage des Berichts vom 25. September 2022 von Dr. med. O.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

sowie leitende Ärztin und stellvertretende Chefärztin des I.____

(Urk. 9/246 ; vormals Dr. H.____, Urk. 9/221/77). Mit Verfügung vom 2. Februar 2023 hob die IV-Stelle wie angekündigt die Verfügung vom 1. Juni 2015 wiedererwägungsweise auf ; die bisherige ganze Rente hob sie auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (Urk.

9/250 = Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 6. März 2023 Beschwerde und beantragte, es sei ihm die bisherige Invalidenrente unverändert auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 15. Juni 2023 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Der Beschwerdeführer hielt in der Replik vom 16. August 2023 unter Beilage des I.____ - Berichts von Dr. O.____ vom 30. Mai 2023

(Urk. 12) an seinem Rechtsbegehren fest (Urk. 11 S. 3). In der Duplik vom 17.

Oktober 2023

stellte die Beschwerdegegnerin unter Beilage der RAD- Stellungnahme von Dr. med. P.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11.

September 2023 (Urk. 16) neu den Antrag, die bisherige Rente des Beschwerdeführers sei rückwirkend ab Rentenbeginn aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei dementsprechend eine Schlechterstellung (reformatio in peius) anzudrohen. Gleichzeitig hielt sie an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (Urk. 15 S. 6 f.). Der Beschwerdeführer hielt in der Duplik sinngemäss an seinem Antrag fest und beantragte zudem, es sei analog zu Art. 71 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV)

die Tonaufnahme des vollständigen Interviews der Begutachtung beim psychiatrischen Experten Dr.

M.____, Termin vom 10.

Mai 20201, herauszuverlangen, anzuhören und dementsprechend zu verwerten (Urk.

19). In der Stellungnahme dazu vom 11. Januar 2024 beantragte die Beschwerdegegnerin, auf diesen Antrag sei nicht einzutreten beziehungsweise dieser sei abzuweisen (Urk.

21 S. 1). Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 8. Februar 2024 zur Kenntnis gebracht ; ausserdem wurde die PTV Pensionskasse der Technischen Verbände SIA STV BSA FSAI USIC zum Prozess beigelegt (Urk. 22 S. 2). Dies verzichtete mit Eingabe vom 7. März 2024 auf eine Stellungnahme und verneinte ihre Betroffenheit als Versicherer für die berufliche Vorsorge mangels Zuständigkeit in der strittigen Sache (Urk.

24) , wovon die Parteien am 12. März 2024 in Kenntnis gesetzt wurden (Urk. 25) . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2

). Die IV Stelle holte weitere medizinische Berichte und das interdisziplinäre Gutachten des C.____

vom 15. August 2007 (Urk. 9/49) ein . Gestützt darauf wies die IV-Stelle das Rentenbegehren mit Verfügung vom 14. Januar 2008 bei einem Invaliditätsgrad von 20 % ab (Urk. 9/56). Die dagegen am 14. Februar 2008 erhobene Beschwerde (Urk.

9/ 58/3-10) wurde vom Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich im Verfahren Nr. IV.2008.00172 mit Urteil vom 20. August 2008 im Sinne einer Rückweisung zur ergänzenden medizinischen Abklärung gutgeheissen (Urk. 9 /6 8/ 11) , nachdem die IV-Stelle die Verfügung vom 14. Januar 2008 mit Verfügung vom 11.

Juli 2008 wiedererwägungsweise aufgehoben (Urk. 9/64) und bei Gericht mit der Beschwerdeantwort gestützt darauf die Abschreibung des Verfahrens zufolge Gegenstandslosigkeit beantragt hatte (Urk.

9/66).

In der Folge holte die IV-Stelle das C.____ -Gutachten vom 22. Oktober 2009 ein (Urk. 9/80/2-26). Gestützt darauf wies die IV-Stelle das Rentenbegehren

mit Verfügung vom 1. September 2010 bei einem Invaliditätsgrad von 28 % erneut ab (Urk. 9/100).

Die dagegen am 4. Oktober 2010 erhobene Beschwerde (Urk. 9/107)

wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich im Verfahren Nr. IV.2010.00944 mit Urteil vom 31. Dezember 2010 ab (Urk. 9/111/14).

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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. 2.2

).

Hierzu hat die Beschwerdegegnerin korrekterweise neue, ergänzende Abklärungen vorgenommen (vgl. E. 5). 5. 5. 1 5. 1 .1

In Bezug auf den

Unfall vom 25. August 2011 ergaben die neuen Abklärungen der Beschwerdegegnerin das Folgende :

Gemäss der Unfallmeldung des Beschwerdeführers an die Gesundheitsversicherung Provita vom 21.

September 2011 stand er

am 25.

August 2011 mit einem Personenwagen in einer Kolonne, als plötzlich der hintere Personenwagen in sein Heck prallte. V. vom Unfall betroffen gewesen sei der Nackenbereich mit Ausstrahlung zum Kopf und in die Arme. Die Erstbehandlung habe im Spital S.____ stattgefunden, die Weiterbehandlung sei durch seine Hausärztin Dr. T.____ (richtig: E.____)

erfolgt (Urk. 9/234/48-49). Laut dem Verkehrs unfall-Bericht vom 25.

August 2011 war an keinem der beiden beteiligten Fahrzeuge ein äusserer Schaden sichtbar (Urk. 9/234/50). Gemäss der Unfallanalyse des Motorfahrzeug haftpflicht-Versicherers, der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, vom 20. April 2012 war der Beschwerdeführer der Fahrzeuglenker und neben ihm sass eine Beifahrerin (Urk. 9/234/2). Ausgehend von einem achsparallelen Auffahren mit 100%iger Überdeckung und einem (zugunsten eines hohen Delta-v-Wertes für den gestossenen Peugeot des Beschwerdeführers) ungebremsten Anstoss habe die relative Kollisionsgeschwindigkeit des auffahrenden Fahrzeuges zwischen rund 5-9 km/h betragen und

die

kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) des Peugeot des Beschwerdeführers durch Heckanstoss zwischen 2,6 und 7,1 km/h. Die Insassen dieses Fahrzeuges hätten sich initial-kollisionsbedingt, relativ zum Fahrzeug, annähernd achsparallel nach hinten bewegt (Urk.

9/234/7-8).

Laut dem « Bericht für Patientenbesuche » vom 30. Dezember 2011 zum Besuch vom 27. November 2011 erklärte der Beschwerdeführer gegenüber dem Schadeninspektor des Haftpflichtversicherers, er habe seine Beifahrerin mit deren Fahrzeug in die Therapie nach U.____ fahren wollen (Urk.

9/234/36). Die Beifahrerin sei seine Mitbewohnerin, bei der er zur Untermiete wohne (Urk. 9/234/39). Es habe beim Aufprall einen ziemlichen « Chlapf » gegeben. Unmittelbar im Anschluss an den Aufprall sei er eventuell kurz « weggetreten » gewesen, da er sich nicht mehr an alle Details des Unfalls habe erinnern können. Verwirrtheit, Erbrechen oder Bewusstlosigkeit seien nicht aufgetreten (Urk. 9/234/36-37).

Im Bericht der erstbehandelnden Ärztin Dr. D.____ vom 25. August 2011 wurden ein HWS - Druck- und Stauchungsschmerz mit Ausstrahlung in die Arme und Hände mit Kribbelparästhesien beidseits festgehalten. Die Magnetresonanztomographie (MRT) habe keine ossären und keine Weichteilläsionen gezeigt. Die chronologische Befragung zum Unfallablauf habe keine Anhaltspunkte für eine Bewusstlosigkeit oder eine Gedächtnislücke ergeben. Im Rahmen einer vorläufigen Diagnose sei der Grad

III nach der Klassifikation der Québec Task Force (QTF)

festgestellt worden

(« Nackenbeschwerden und neurologische Befunde »). Eine weitere Diagnose sei nicht gestellt worden (Urk. 9/234/68-69). Gemäss dem Bericht der Hausärztin Dr. E.____ vom 27.

Dezember 2011, 27. März 2012 und 1.

Oktober 2012 litt der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 25.

August 2011

unter einer Schmerzexazerbation bei vorbestehendem chronischem zerviko zephalum und -brachialem Schmerzsyndrom . Dieses sei

mittels Physiotherapie behandelt worden , was eine Minderung der Schmerzproblematik und eine Besserung der Kopf- und Körperhaltung gebracht habe. Es bestünden andauernde, dumpf drückende Schmerzen im Zentrum des Nackens, okzipital ausbreitend in den Schultergürtel und gegen den Kopf. Es könne durch körperliche Aktivitäten (bei plötzlichen Bewegungen oder Vibrationen beim Gehen) zu heftigen Schmerz exazerbationen bis zu mehrmals die Woche kommen. Ausserdem bestehe eine Überempfindlichkeit bezüglich sämtlicher äusserer Reize (Licht, Lärm) . Die Beweglichkeit im HWS- und Nackenbereich sei leicht eingeschränkt. Es würden belastungsabhängige Schmerzen persistieren (Urk. 9/234/52, Urk. 9/234/65-67). 5. 1 . 2

Damit liegen bezüglich Unfallhergang und Unfallschwere nunmehr hinreichende Angaben vor, welche erkennen lassen, dass es sich beim Unfallereignis vom 25.

August 2011 um einen leichten, wenig eindrücklichen Auffahrunfall ohne erhebliche somatische Unfallfolgen handelte , worauf insbesondere auch das Ergebnis der Unfallanalyse mit einer niedrigen kollisionsbedingten Geschwindig keitsveränderung von Delta-v

zwischen 2,6 und 7,1 km/h, mithin Delta-v unter 10 [bis 15] km/h ,

hinweist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_626/2009

vom 9.

November 2009 E. 4.2.2).

Festzuhalten ist weiter, dass der Beschwerdeführer durch den Unfall vom 25.

August 2011 keine Gehirnerschütterung respektive MTBI erlitt und im Anschluss daran auch keine HWS-Distorsion diagnostiziert wurde. Die von der Hausärztin im Anschluss an den Unfall festgestellte Schmerzexazerbation des vorbestehende n chronische n

zervikozepha le n und -brachiale n Schmerzsyndroms

konnte

mit

Physiotherapie

gemindert werden . Di e Diagnose eines zervikozepha len und -brachialen Schmerzsyndroms war zudem schon im C.____ -Gutachten vom 27.

Oktober 2009 festgehalten worden (Urk. 9/80/23) . Auch hatte der Beschwerdeführer bereits zurzeit der C.____ -Begutachtung im Jahr 2009 Nacken- und Kopf beschwerden mit Ausstrahlung in die Arme und Kribbelgefühl in den Händen sowie eine Zunahme bei Anstrengung und auslösenden Momenten angegeben (Urk.

9/80/13).

Gegenüber der Psychiaterin

Dr.

H.____, welche den Beschwerdeführer seit Anfang 2012 behandelt hatte, erklärte er zudem, die nach dem Unfall eingetretene Zunahme der Schmerzen sei vorübergehend gewesen (Bericht vom 13. Juni 2014, Urk.

9/144/8) . G egenüber dem Gutachten von

Dr.

K.____

berichtete der Beschwerdeführer

anlässlich der Untersuchung vom 24. Februar 2015 (Urk. 9/162/3) , dass er derzeit keine Nackenschmerzen habe, diese würden vor allem bei Belastung auftreten (Urk.

9/162/29) . A nlässlich der Untersuchung durch den psychiatrischen Gutachter Dr. M.____ vom 10. Mai 2021 (Urk. 9/221/1) erklärte der Beschwerdeführer ebenfalls, die Nacken- und Kopf - beschwerden seien etwas zurückgegangen; sie würden vor allem bei Aktivitäten zunehmen. Gerade habe er ganz leichte Schmerzen (Urk.

9/221/64-6 5).

5.1.3

Es ist somit festzuhalten, dass i n somatischer Hinsicht bei Erlass der angefochte nen Verfügung k eine

massgebenden Beschwerden und keine

erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestand. Etwas anderes

wird vom Beschwer deführer denn auch nicht geltend gemacht .

E. 2.2.1

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 Krank heit 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 Masstab 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. 2.2.2

G emäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickel ten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 142 V 342) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass

solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (sogenannte «Foerster-Kriterien», vgl. BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, je wiedergegeben in BGE 139 V 547 E. 5 mit weiteren Hinweisen).

Mit BGE 141 V 281 (Urteil vom 3. Juni 2015) hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnis offen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2).

Gemäss BGE 143 V 418 (E. 7) sind neu, mithin seit diesem Urteil vom 30. November 2017, sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 (E. 4.5.2) namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung).

E. 2.3.1

Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die unter anderem während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG).

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 IVG). 2.3.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 2.3.3

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3b/bb ;

Urteil des Bundesgericht 9C_571/2023 vom 11. Januar 2024 E. 6.1). 2.4.2.4.1

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von

Art. 17 Abs. 1 ATSG

gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5 , 113 V 273 E. 1a; siehe auch BGE 112 V 371 E. 2b und 387 E. 1b). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer

anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 133 V 108

E. 5.4 ; zum Ganzen: BGE 134 V 131 E. 3). 2.4.2

Bei einer Neuanschuldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine , 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen (Urteil des Bundesgerichts 9C_234/2023 vom 4. September 2023 E. 1.2, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a).

E. 2.5.1

Unabhängig von einem materiellen Revisionsgrund kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Überprüfung gebildet haben, zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn – was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft (BGE 119 V 475 E. 1c mit Hinweisen) – ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2, 138 V 147 E. 2.1). Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53

Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts (BGE 148 V 195 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_335/2022 vom 2. März 2023 E. 2.2).

Die Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG setzt voraus, dass kein vernünftiger Zweifel an der (von Beginn weg bestehenden) Unrichtigkeit der Verfügung möglich, also einzig dieser Schluss denkbar ist (BGE 148 V 195 E. 5.3). In diesem Sinne qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung, wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln beziehungsweise ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen zugesprochen wurde (BGE 141 V 405 E. 5.2, 140 V 77 E. 3.1 mit Hinweis). Gleiches gilt bei einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, insbesondere wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden (vgl. Art. 43 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_343/2021 vom 26. Oktober 2021 E. 3.1 mit Hinweisen). Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbescheinigung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteile des Bundesgerichts 8C_453/2021 vom 6. Oktober 2021 E. 2.1 und 9C_491/2017 vom 26. September 2017 E. 2, je mit Hinweisen). Soweit ermessens geprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungs zusprechung in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (BGE 148 V 195 E. 5.3 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_344/2023 vom 31. Januar 2024 E. 5.2).

E. 2.5.2

Bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG für ein wieder erwägungswises Zurückkommen auf eine formell rechtskräftige Verfügung (oder einen formell rechtskräftigen Einspracheentscheid) gilt es grundsätzlich, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen (Art. 85 Abs. 2, Art. 88 bis Abs. 2 IVV). Dabei ist – wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Verfügung zu ermitteln (BGE 144 I 103 E. 4.4.1 mit Hinweisen, 141 V 9 E. 2.3).

Stehen invalidenversicherungsrechtliche Aspekte zur Diskussion (vgl. dazu etwa BGE 119 V 431 E. 2, 110 V 298 E. 2, je mit Hinweisen), erfolgt die wiedererwägungswise Rentenaufhebung oder -herabsetzung in der Regel vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 85 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV; vgl. BGE 142 V 259 E. 3.2.1 mit Hinweisen; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_880/2015 vom 21. März 2016 E. 3.2 und 9C_258/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2, je mit Hinweisen). Eine rückwirkende Rentenaufhebung oder -herabsetzung kommt in diesem Bereich nur im Fall einer unrechtmässigen Leistungserwirkung oder einer Verletzung der Meldepflicht in Frage (Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV sowohl in der bis Ende Dezember 2014 als auch in der seither geltenden Fassung), wobei diese seit der Revision von Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV per 1. Januar 2015 für den unrechtmässigen Leistungsbezug nicht – mehr – kausal gewesen sein muss (BGE 142 V 259 E. 3.2.1 mit Hinweisen; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_813/2016 vom 10. März 2017 E. 5 und 8C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2). 2.

E. 5

-67).

E. 5.2.1

Hinsichtlich der psychischen Beschwerden tätigte die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die aktuellen Verhältnisse zusätzliche medizinische Abklärungen (E. 5.3 hernach). Aus den ausserdem vorgenommenen Spezialabklärungen, unter anderem betreffend soziale Interaktion, Mobilität und Reiseaktivitäten des Beschwerdeführers, geht

das Folgende hervor:

Im Fragebogen «Revision der Invalidenrente», unterzeichnet vom Beschwerdeführer am 24. Juli 2019, gab dieser an, er verbringe in der Regel den ganzen Tag zuhause. Am Nachmittag gehe er zuweilen auch einkaufen oder unternahme einen kurzen Spaziergang (Urk. 9/186/2). Zu den Zusatzfragen zur Leistungsprüfung führte der Beschwerdeführer ebenfalls am 24. Juli 2019 aus, er sei beim Gehen insofern eingeschränkt, als seit dem Autounfall im Jahr 2001 teilweise ansteigende Kopf-/Nackenschmerzen auftreten würden. Er lebe sozial zurückgezogen, sei meistens zuhause und vermeide den Kontakt zu Fremden und bekannten Personen. Er fühle sich rasch unwohl und habe Fluchtgedanken. Er verhalte sich fremden Leuten gegenüber distanziert. Er versuche täglich zirka eine halbe Stunde zu spazieren, je nach psychischem Zustand. Er fahre selbst Auto, meist kurze Strecken. Öffentliche Verkehrsmittel benütze er sehr selten zu niederfrequenten Zeiten. Er fühle sich durch Andere gestresst und habe kein Sicherheitsgefühl. Er sei in der Lage, mit dem Flugzeug nach Thailand zu reisen, mit Zwischenstopp, was zirka zweimal sechs Stunden dauere. Dort habe er ein höheres Sicherheitsgefühl, wobei ein Gangplatz wichtig sei. Medikamente nehme er keine ein (Urk. 9/189).

Gemäss der Fahrzeugankunft des Strassenverkehrsamtes des Kantons Zürich vom 28. Oktober 2021 hat der Beschwerdeführer dort

am 21. Dezember 2015 einen Personenwagen eingelöst, der bis zum Wechsel auf einen neuen Personenwagen per 30.

Juli 2020 angemeldet war (Urk. 9/227/2).

Aus den Akten der Durchführungsstelle für Zusatzleistungen zur AHV/IV der Gemeinde L.____ geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer im Jahr 2019 vom 19. März bis 18. April und vom 11. Juni bis 10. September mit einem Touristenvisum in Thailand aufgehalten hat (Urk. 9/199/27-30, Urk. 9/199/33-34). Auch in den Jahren davor, 2016 bis 2018, hatte er jeweils mehrere Wochen in Thailand verbracht (11.11.-08.12.16, 24.03.-19.04.16, 16.10.-14.12.17, 11.10.-9.11.18; Urk. 9/199/31-32, Urk. 9/197/3). Gemäss einer von der Beschwerdegegnerin zusätzlich eingeholten Passkopie hielt er sich im Jahr 2020

ebenfalls mehrere Monate in Thailand auf (Urk. 9/205/1).

Im ersten Teil der Befragung des Beschwerdeführers durch die Beschwerdegegnerin vom 2. November 2020

erklärte dieser auf Befragen, er sei bei Dr. H.____ zirka alle vier bis fünf Wochen einmal in psychotherapeutischer Behandlung. Er versuche, ohne Medikamente auszukommen, wenn er etwas nehme, dann höchstens gegen die Schmerzen. Am schlimmsten seien für ihn sein Allgemeinzustand und der psychische Druck, den er verspüre. Dazu kämen die Schmerzen.

Er fühle sich einfach nirgends so richtig wohl, er fühle sich beobachtet und bedrängt. Er habe Kopf- und Nackenschmerzen. Diese Beschwerden würden sich bei ihm so auswirken, dass er sich zurückgezogen habe, sich viel zuhause aufhalte, sich zu entspannen und abzulenken versuche. Einer Erwerbstätigkeit nachgehen könne er nicht wegen seines psychischen Gesundheitszustandes. Er vertrage einfach die Leute nicht. Den Haushalt könne er selbständig erledigen. Er habe ein Auto und fahre hauptsächlich damit, fast nie mit den öffentlichen Verkehrsmitteln. Den sozialen Kontakt brauche er nicht mehr, er sei belastend. Sein Gesundheitszustand habe sich in den letzten Jahren nicht verändert. Er pflege wenig Kontakt zu Menschen, er sei gerne für sich. Er pflege noch Kontakt mit einem alten Schulkollegen und mit zwei, drei anderen Kollegen, früher vielleicht wöchentlich, telefonisch oder per Nachricht, selten persönlich. Er habe zudem eine Freundin, die in Bangkok wohne. Er treffe sie, wenn er dort sei. Momentan sei sie gerade für zwei Monate bei ihm, sie kehre bald zurück; ansonsten würden sie übers Natel kommunizieren. Er habe sie vor zwei Jahren zufällig in Bangkok kennengelernt. Zuletzt habe er in Bangkok bei seiner Freundin Ferien gemacht. Er sei während fünf Monaten von Februar bis Juni (2020) dort gewesen, wegen des Coronavirus habe er nicht retour fliegen können; geplant seien drei Monate gewesen (Urk. 9/201/1-4).

Im zweiten Teil der Befragung erklärte der Beschwerdeführer nach Vorlage des Ergebnisses der Spezialabklärungen auf Befragen, die vorgehaltenen Reisen in den Jahren 2016 bis 2019 würden zutreffen. Das erste Mal sei er dorthin gegangen, weil er einen Kollegen habe besuchen wollen. Es sei wegen des Klimas und wegen der Leute angenehmer als hier. Es sei einfach eine Abwechslung. Derzeit sei umstände halber keine weitere Reise nach Thailand geplant, vielleicht nächstes Jahr wieder. In Thailand halte er sich jeweils in Bangkok in einer gemieteten Wohnung auf, dann wohne seine Freundin, die in Bangkok arbeite, bei ihm; oder er wohne bei der Freundin, die etwas ausserhalb von Bangkok wohne. Ausser dem Schweizer Kollegen habe er keine weiteren Leute dort. Dort verbringe er den Tag mehrheitlich zuhause, so wie in der Schweiz. In den ersten Jahren vor seiner Bekanntschaft mit seiner Freundin sei er schon etwas herum gereist («etwas rundum gegangen», Urk. 9/201/9). Aber seit er seine Freundin habe, sei er nur noch bei ihr beziehungsweise in Bangkok. Seine Freundin habe er per Zufall in einem Café kennengelernt. Sie seien ins Gespräch gekommen, es habe sich so ergeben. Er habe sich in diesem Moment wohl gefühlt (Urk. 9/201/6-7, Urk. 9/201/10).

E. 5.2.2

Vor diesem Hintergrund ist fest zu halten, dass der Beschwerdeführer seit 2016 mehrfach, ein- bis zweimal pro Jahr Reisen nach Thailand unternommen hat, wo er initial einen Kollegen besucht hat, zuweilen auch umher gereist ist, sich jeweils mehrere Wochen bis zu drei Monaten pro Jahr und im Jahr 2020 pandemie bedingt fünf Monate (Februar bis Juni) aufgehalten hat sowie wo er zirka im Jahr 2018 in einem Café seine zukünftige thailändische Freundin kennen gelernt hat, woraufhin er mit ihr teils in der von ihm gemieteten Wohnung in Bangkok, teils in der Wohnung der Freundin nahe Bangkok zusammengewohnt hat. Weiter steht fest, dass diese ihn im Herbst 2020 in der Schweiz besucht und zwei Monate bei ihm gewohnt hat. Ferner ist ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer ab Dezember 2015 bis 30.

Juli 2020 und ab dem 30.

Juli 2020 je einen Personenwagen beim Strassenverkehrsamt angemeldet hat und diesen im Alltag auch benutze.

E. 5.3.1

Den von der Beschwerdegegnerin getroffenen medizinischen Abklärungen zum psychischen Gesundheitszustand ist das Folgende zu entnehmen :

Gemäss dem I.____ - Verlaufsbericht von Dr.

H.____ vom 9. September 2019 (Urk. 9/193) war der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stationär. Sie führte im Wesentlichen

dieselben Diagnosen wie in ihrem letzten Bericht vom 5. /13. Juni 2014 (Urk.

9/144 /1) auf, und zwar eine schizotype Störung (ICD-10 F21), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittel gradige Episode (ICD-10 F33.0), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) , eine chronifizierte PTBS (ICD-10 F43.1), einen Status nach Auto unfällen mit jeweils HWS-Distorsionstrauma im Jahr 2001 und 2011 und einen Status nach schädlichem Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1), langjährig abstinent . Auch die Arbeits fähigkeit erachtete sie weiterhin als in jeglicher Tätig keit vollständig eingeschränkt . Die integrierte sozialpsychiatrische (seit Anfang 2012 bestehende, Urk. 9/144/2) Behandlung mit niederfrequenten, supportiv -begleitenden Gesprächen sei in einer Frequenz von zirka einmal alle sechs Wochen fortgesetzt worden. Es hätten sich psychopathologisch im Verlauf keine nennenswerten Veränderungen ergeben. Als Hauptdiagnose sei die schizotype Störung zu nennen. Der Beschwerdeführer lebe weiterhin sozial isoliert und es würden sich ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse zeigen (Gefühl, es sei jemand im Raum, es fahre ein Auto durch ihn durch usw.) mit quasi-psycho tischen Episoden (vor allem optische Halluzinationen). Die depressive Sympto matik sei schwankend (Urk. 9/193 /1-3).

E. 5.3.2

Diesem Bericht sind im Vergleich zu den ersten Berichten von Dr. H.____ vom 8.

November 2013 (Urk. 9/125) und 5. /

E. 5.4.1

Aus dem sodann neu eingeholten psychiatrischen Gutachten von Dr.

M.____ vom 25. Juni 2021 (Urk. 9/221/1-104) geht hervor , der Beschwerdeführer habe anläss lich der Untersuchung vom 10. Mai 2021 (Urk. 9/221/1) berichtet , er benötige seine Ruhe, sei viel für sich und meide den Kontakt zu Menschen. Er leide nebst den vor allem belastungsabhängigen Nacken- und Kopfbeschwerden (Urk. 9/221/64-65) an Depressionen und fühle sich einfach nicht wohl. Ab und zu sehe er Punkte oder Ob jekte, die wie vorbeihuschende Schatten

« durchschwir ren » würden , oder Flecken an der Wand . Er höre Stimmen, er höre, wie er gerufen werde, aber er wisse nicht von wem, und er höre Sirene n von Sanitätsautos , die nicht da sei en . Ferner fühle er sich beobachtet und verfolgt, beispielweise von Leuten auf der Strasse oder beim Autofahren . Dies und gewisse Situationen und Begegnungen mit

Gruppen von jungen Leuten würden ihm Angst machen (Urk. 9/221/63-65). Er denke, dass er wegen der Nacken- und Kopfschmerzen sowie wegen seiner psychischen Probleme nicht arbeiten könne. Er fühle sich sehr oft gestresst und finde keine Ruhe; er fühle sich verfolgt und wisse nicht von wem und wieso, was ihn fertig mache (Urk. 9/221/72-73).
Dr.

M.____ kam zum Schluss, die von den C.____ - Gutachtern (im Jahr 2009, Urk. 9/80/23) gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) sei weiterhin gerechtfertigt. Der Beschwerdeführer habe weiterhin chronische Schmerzen und es

bestünden weiterhin gewisse (allerdings diskrete) psychische Auffälligkeiten, die mit dieser Diagnose am besten ICD-10 konform erfasst werden könnten. Diese Diagnose umfasse eine gewisse Depressivität, welche die Kriterien einer affektiven Störung aber nicht erreiche, einen gewissen sozialen Rückzug, der aber nicht sehr stark ausgeprägt sei, eine gewisse Energielosigkeit und auch eine gewisse Verbitterung (Urk. 9/221/89-90).

Er, Dr. M.____, stimme ausserdem auch mit der Einschätzung der C.____ -Gutachter einer 20%igen anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit überein. Bereits in den C.____ -Gutachten (Urk. 9/49, Urk.

9/80/2-26) sei erwähnt worden, dass sich der Beschwerdeführer nicht eingliederungs- und arbeitsfähig sehe, weshalb eine Eingliederung auch nicht gelingen werde. An dieser Situation habe sich seither nichts geändert. Die regelmässigen Aufenthalte in Thailand mit dortiger Beziehung hätten gezeigt, dass der vom Gutachter Dr. K.____ und von Dr. H.____ beschriebene gravierende soziale Rückzug zumindest teilweise vom Beschwerdeführer überwindbar sei und dass die Einschränkungen jedenfalls so, wie von Dr. K.____ und Dr.

H.____ mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit beschrieben, nicht bestehen könnten. Die berufliche Anamnese und der Umstand, dass der Beschwerdeführer jahrelang keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen sei, bedeuten nicht zwangsläufig, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Es gebe dafür auch andere mögliche Erklärungen, beispielsweise motivationale, die schon zum Zeitpunkt der beiden C.____ -Gutachten bekannt gewesen seien

(Urk.

9/221/95-96).

Es bestehe keine gravierende psychiatrische Symptomatik. Seit vielen Jahren sei der Beschwerdeführer überzeugt, nicht arbeitsfähig oder nicht eingliederungsfähig zu sein. Diese Überzeugung lasse sich aber nicht mit einem psychischen Leiden von Krankheitswert begründen (Urk. 9/221/102). Teil der aktuellen Abklärung sei die neuropsychologische Untersuchung vom 21. Mai 2021 durch lic.

phil.

N.____ gewesen (Bericht vom 25. Mai 2021, Urk. 9/221/105-122), welche eine insgesamt normvariante Intelligenz und eine nur minimale neuropsychologische Hirnfunktionsschwäche mit leichtgradigen Schwächen im non-verbalen Langzeitgedächtnis und im Arbeitstempo ergeben habe (Urk. 9/221/90, Urk. 9/221/112).

Aus neuropsychologischer Sicht liessen sich keine weiteren Einschränkungen begründen. Insgesamt bestehe zufolge eines erhöhten Pausenbedarfs und eines teilweise etwas

reduzierten Arbeitstempos eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei ganztägiger Anwesenheit in jeder in Frage kommenden Tätigkeit in einem idealerweise wohlwollenden und unterstützenden Umfeld. Der Zustand habe sich aus psychiatrischer Sicht seit dem zweiten C.____-Gutachten (vom 22. Oktober 2009, Urk. 9/80/2-26) nicht verändert und die Arbeitsfähigkeit betrage seither bezogen auf ein 100%iges Pensum in einer solchen Tätigkeit unverändert 80 % (Urk. 9/221/97-99). 5. 4.2

Mit dem Gutachten von Dr. M.____ liegt in medizinischer Hinsicht eine umfassende psychiatrische Beurteilung für die streitigen Belange vor (Urk.

9/221/63-102), welche unter Berücksichtigung der neuen Aktenlage

und der Vorakten aus objektiver fachärztlicher Sicht überzeugend begründet Auskunft gibt über die aktuellen gesundheitlichen Verhältnisse. Er würdigte die fachärztlich erhobenen Befunde und die medizinischen

Vorakten

nachvollziehbar und eingehend unter Berücksichtigung

des Verhaltens des Beschwerdeführers, seiner sozialen Verhältnisse sowie sämtlicher geklagten Beschwerden.

Die medizinischen Zusammenhänge wurden bezüglich der psychischen Beschwerden nachvollziehbar aufgezeigt, die Beurteilung der medizinischen Situation ausführlich sowie schlüssig begründet dargelegt, und die getroffenen Schlussfolgerungen überzeugend erläutert. Es liegt damit ein fachärztlich-psychiatrisches Gutachten vor, das

alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen

(vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c) erfüllt.

Insbesondere ist mit dem Gutachten von Dr. M.____

auch schlüssig begründet dargetan, dass die von Dr.

H.____

und Dr. K.____

gestellten Diagnosen und die von diesen attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt werden können. So erläuterte er nachvollziehbar, dass die von Dr. H.____ im Bericht vom 8.

November 2013 gestellten Diagnosen einer schizotypen Störung (ICD-10 F21), einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), einer anhaltenden somatoformen Störung (ICD-10 F62.8) und einer PTBS (ICD-10 F43.1) sowie eines Status nach zweimaligen Autounfällen mit jeweils HWS-Distorsionsstrauma und MTBI im Jahr 2001 sowie im Jahr 2011 (Urk. 9/125) einer Diagnosekombination entspreche, die erstaune und den Eindruck erwecke, dass im Zweifelsfall jeweils die Maximalvariante gewählt worden sei. Zutreffend hielt Dr.

M.____

weiter fest, dass die MTBI, also eine leichte Gehirnverletzung respektive -erschütterung, nur von Dr. H.____ erwähnt und vorher von allen Somatikern nie erwähnt worden sei.

Ebenso schlüssig erklärte er, dass die Kombination der Diagnosen einer schizotypen Störung, einer Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom und einer PTBS respektive - gemäss Bericht von Dr.

H.____ vom 5. Juni 2014 (Urk. 9/144/1) - einer chronifizierten PTBS kaum nach definierten Kriterien begründet werden könne (Urk.

9/221 /82 -83) .

Bezüglich der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung sei davor aus psychiatrischer Sicht nie eine eindeutige depressive Episode geäussert worden . Dr. K.____ habe zudem im Gutachten vom 2.

März 2015 (Urk. 9/162/38) die Diagnose einer affektiven Störung trotz Vorhandensein einer gewissen Depressi vität ausgeschlossen (Urk.

9/221/82-83). In der aktuellen Untersuchung vom 10. Mai 2021 hätten sich keine eindeutigen Hinweise für das Vorliegen einer depressiven Episode (leicht, mittelgradig oder schwer) gefunden. Der Beschwerdeführer habe (unter anderem) nur über Stimmungsschwankungen berichtet, die stundenweise bis maximal tageweise andauern würden. Nach ICD-10 sei dagegen eine depressive Verstimmung in einer gewissen Ausprägung über mindestens vierzehn Tage anhaltend und nicht als Reaktion auf Lebensumstände bestehend vorausgesetzt (Urk.

9/221/88). Mangels eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes komme auch die Diagnose einer somatoformen Schmerz störung nicht in Frage (Urk.

9/221/89).

Auch die Diagnose einer PTBS verneinte Dr. M.____ mit schlüssiger Begründung. Und zwar hätten sich i n der aktuellen Untersuchung keine Hinweise für das Vorliegen einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störung, insbesondere auch nicht einer PTBS gefunden. Eine PTBS könne nur nach einem schweren Unfall (oder Naturereignissen, von Menschen verursachten Katastrophen, Kampf handlungen etc.) und nur, wenn die Symptomatik innerhalb eines halben Jahres auftrete , diagnostiziert werden . Im vorliegenden Fall sei bereits das Traumakrite rium zu hinterfragen , das Zeitkriterium aber sei ganz sicher nicht erfüllt. Darauf seien indes weder Dr. H.____ , noch Dr. K.____ eingegangen. Diese Diagnose sei von Dr. H.____ und Dr. K.____ kaum begründet worde n. Der Beschwerdeführer habe auch aktuell nicht über eine entsprechende Symptomatik berichtet, so dass die Diagnosen einer PTBS ausgeschlossen werden könne (Urk.

9/221/88-89).

In Bezug auf die

Diagnose einer schizotypen Störung zeigte Dr. M.____ über zeu gend auf , dass die Angaben des Beschwerdeführers zu seiner beruflichen Anamnese ihm, Dr. M.____ , gegenüber eine andere Sprache gesprochen hätten , als es sich aus der von Dr.

K.____ weitgehend im Konjunktiv formulierte n und/oder auf Vermutungen beruhende n Begründung ergeben habe . Und zwar sei dieser vo n einer beruflichen Geschichte bis im Jahr 2001 geprägt von vielen knapp kompensierten Unterbrüchen und Abbrüchen, von fehlendem Anschluss auf der Beziehungs- und sozialen Ebene sowie einer isolierten und zurückgezogenen, einer Art «Kümmerexistenz» ausgegangen. Dagegen habe der

Beschwerdeführer ihm, Dr.

M.____, gegenüber berichtet, er habe - nach dem Lehrabschluss zum Elektronikmonteur im August 1994 (Urk. 9/3/3, Urk. 9/221/69) - seine Stelle bei der V.____ AG (heute W.____ AG) nach einem Jahr gekündigt, weil er mit seinem Kollegen (von Dezember 1995 bis März 1996, Urk. 9/3/2) zusammen für drei Monate nach Australien gegangen sei. Wieder zurück habe er von der V.____ keine Stelle mehr erhalten. Die Stelle (ab April 1996 als Servicetechniker, Urk. 9/3/2) bei der AA.____

sei ihm nach vier Monaten gekündigt worden, das sei aber auch noch anderen passiert. Danach habe er keine längere Anstellung mehr gehabt, bis er 1999/2000 den Hanfladen geführt habe. Nachdem er den Laden wegen der Polizei habe schliessen müssen, habe er eine Stelle bei der (Genossenschaft) AB.____ gefunden (als Telematik-Monteur, Urk. 9/3/2), die er gekündigt habe, weil er eine andere Stelle bekommen habe. Er habe sich nicht mehr wohl gefühlt und etwas anderes machen wollen. Die neue Stelle habe er dann aber nicht bekommen, weil er sich in der letzten Woche bei der AB.____ den Fuss gebrochen habe. Er habe dann eine Temporärstelle bei der Z.____ gefunden und dort bis Weihnachten gearbeitet, dann hätten sie keine Arbeit mehr gehabt. Es hätten alle gehen müssen, er habe noch einen weiteren Monat bleiben können. In dieser Zeit habe er im Jahr 2001 einen Autounfall gehabt.

Dr. M.____ schloss daraus nachvollziehbar, dass diese berufliche Anamnese weder für eine « Kümmerexistenz », noch für einen gravierenden sozialen Rückzug oder Ähnliches spreche, noch dafür, dass dem Beschwerdeführer immer wieder aufgrund seiner Persönlichkeit gekündigt worden wäre. Weiter gab er zutreffend zu bedenken, dass die Diagnose der schizotypen Störung eine problematische Diagnose sei, die nach ICD-10 explizit nicht zum allgemeinen Gebrauch empfohlen werde, «da keine klaren Grenzen zur Schizophrenia

simplex oder zu den schizoiden oder paranoiden Persönlichkeitsstörungen vorhanden seien.» (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, a.a.O., S. 140). Das heisse, dass die Diagnose sehr gut begründet werden müsse. Von den typischen Diagnosemerkmalen müssten drei oder vier mindestens zwei Jahre lang, ständig oder episodisch vorhanden gewesen sein. Die Anforderung, dass drei der Kriterien erfüllt sein müssten, sei nicht besonders hoch. Man könne betreffend den Beschwerdeführer argumentieren, dass wenige soziale Bezüge und eine Tendenz zum sozialen Rückzug, ein eingeschränkter Affekt und gelegentlich quasi psychotische Erlebnisse bestünden, womit die Kriterien bereits erfüllt wären. Allerdings liesse sich damit noch keine gravierende Einschränkung begründen, wie dies in den Vorakten gemacht worden sei. Ausserdem könne man nicht von einer Störung mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens sowie der Stimmung ausgehen, die schizophren wirken würden; vor allem aber würden die Angaben des Beschwerdeführers teilweise nicht besonders glaubhaft wirken. Wenn dieser tatsächlich an einer schizotypen Störung litte, wäre es nicht denkbar, dass sich die Störung in der Schweiz stärker auswirke als in Thailand. Gerade dies werde vom Beschwerdeführer aber angegeben, indem er erklärt habe, hier in der Schweiz sei die Symptomatik sehr stark ausgeprägt, in Thailand deutlich weniger, möglicherweise positiv beeinflusst durch das Klima. Auffällig sei auch, dass die Angabe des Beschwerdeführers, dass er erlebe, es würden fahrende Autos durch ihn hindurch fahren, von Dr. H.____ als Hinweis für die schizotype Störung und von Dr. K.____ als Nachhallerinnerung interpretiert worden sei. Die Angaben des Beschwerdeführers seien indes nicht hinterfragt worden, sondern sowohl die behandelnde

Psychiaterin als auch der Vorgutachter hätten aus den teilweise vagen, unklaren und teilweise auch wohl zu hinterfragenden Angaben ein scheinbar konsistentes Bild konstruiert. Es stelle sich tatsächlich die Frage, ob der Beschwerdeführer alles so erlebt habe, wie er es berichtet habe. Denn es sei in der aktuellen Untersuchung, in welcher der Beschwerdeführer ebenfalls über gewisse Erlebnisse berichtet habe, die man als wahnhaft oder pseudopsychotisch interpretieren könnte, aufgefallen, dass seine Angaben insgesamt vage geblieben seien und er auf gezielte Nachfragen ausweichend geantwortet und teilweise auch gereizt reagiert habe. Jedenfalls habe er bei der Untersuchung nicht exzentrisch gewirkt, es sei kein magisches Denken festzustellen gewesen, auch ansonsten hätten sich keine eindeutigen Anomalien des Denkens gezeigt, die Stimmung habe nicht inadäquat gewirkt, er habe sich weder exzentrisch noch eigentümlich verhalten, er habe über keine seltsamen Glaubensinhalte berichtet und es habe kein zwanghaftes Grübeln ohne Widerstand mit oft dysmorphophoben, sexuellen und aggressiven Inhalten bestanden; auch die Sprache sei nicht vage, umständlich, metaphorisch gekünstelt, stereotyp oder anders seltsam gewesen. Die Diagnose einer schizotypen Störung sei somit sicherlich nicht gerechtfertigt. Der Beschwerdeführer nehme ferner eine Behandlung in nur grossen Abständen und keine medikamentöse Behandlung in Anspruch. Wenn er tatsächlich unter pseudo-psychotischen oder psychotischen Symptomen leiden würde, könnten dies auch (medikamentös) behandelt werden, was aber nicht geschehe (Urk.

9/221/83 - 88).

Zuzustimmen sind auch den Bemerkungen von Dr. M.____ zum Bericht von Dr. H.____ vom 9. September 2019 (Urk. 9/193/1-3), wenn er ausführte, darin sei eine wesentliche Tatsache unerwähnt geblieben, nämlich die regelmässigen Aufenthalte des Beschwerdeführers in Thailand, die auch der behandelnden Psychiaterin bekannt gewesen sein müssten, weil sie jeweils zu längeren Therapieunterbrüchen geführt hätten. Stattdessen habe sie einen unveränderten Zustand beschrieben. Zumindest stelle diese Tatsache die immer wieder als gravierend beschriebene soziale Isolation des Beschwerdeführers in Frage (Urk. 9/221/83, Urk. 9/221/87).

E. 5.4.3

) im Sinne von Art.

88 bis Abs.

2 lit .

b IVV

zu Unrecht erwirkt hat .

Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (Urk.

E. 5.4.4

Im Ergebnis ist auf die Einschätzung von Dr. M.____

gemäss dem beweiskräftigen psychiatrischen und neuropsychologischen Gutachten vom 5./25. Juni 2021 somit abzustellen und es ist nicht nur in somatischer, sondern auch in psychischer Hinsicht von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auch in der bisherigen Tätigkeit auszugehen, dies aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs und des teilweise reduzierten Arbeitstempos (Urk. 9/221/97

f.) . Ein wohlwollendes und unterstützendes Umfeld beschrieb

Dr. M.____

nicht als medizinisch unabdingbar, sondern als ideal, weshalb dies er Umstand nicht als eigentliche Voraussetzung an einen zumutbaren Arbeitsplatz betrachtet werden kann. Zudem wird selbst eine psychisch bedingt verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen rechtsprechungsgemäss nicht als eigenständiger Grund zum Abzug vom Tabellenlohn anerkannt (Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E.

3.4.2), sodass deswegen eine weitere Verminderung des anrechenbaren Invalideneinkommens ausser Acht fällt. 5. 5

Die Beschwerdegegnerin ging daher im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) gestützt auf das Gutachten von Dr. M.____

und von lic. phil. N.____

(Urk. 9/221) zu Recht davon aus, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist. Das ergibt einen Erwerbsausfall von 20 % , entsprechend einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad.

Dies führt wiederwägungsweise (Art. 53 Abs. 2 ATSG) zur Aufhebung der bisherigen ganzen Rente mit Wirkung für die Zukunft (ex nunc

et pro futuro) respektive auf Ende des der Verfügung vom 2. Februar 2023 (Urk. 2) folgenden Monats (Art. 85 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 88 bis Abs. 2 lit .

a IVV; vgl. BGE

142 V

259 E.

3.2.1) , wie dies die Beschwerdegegnerin richtig verfügt hat (Urk.

2 S. 1).

Die Prüfung, ob die Voraussetzungen für eine prozessuale Revision nach Art. 53 Abs. 1 ATSG vorliegen, ist vor diesem Hintergrund obsolet .

6.

E. 6

Gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG müssen formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war (sog. prozessuale Revision; BGE 143 V 105 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_206/2020 vom 1. Mai 2020 E. 4.1, je m.w.H.). 3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der mit Verfügung vom 2. Februar 2023 (Urk. 2) erlassenen rentenaufhebenden Wiedererwägung

aus,

die Verfügung vom 1. Juni 2015, mit welcher dem Beschwerdeführer nach dessen Neuanmeldung im September 2013 eine ganze Rente ab dem 1.

März 2014 zugesprochen worden sei, sei zweifellos unrichtig und - da sie ausserdem von erheblicher Bedeutung sei -, in Wiedererwägung zu ziehen. Denn

die ganze Rente sei infolge der psychiatrischen Begutachtung von Dr. K.____ zugesprochen worden, der gemäss dessen Gutachten vom 2. März 2015 aufgrund der Diagnosen einer schizotypen Störung und einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert habe. Dabei und bei Erlass dieser Verfügung seien indes die Schwere und der Hergang des entscheidrelevanten

Unfalls vom August 2011 nicht bekannt gewesen. Es seien - ausser den spärlichen Angaben des Beschwerdeführers gegenüber den Ärzten - keine Akten oder Angaben zum Hergang des Unfalls vom August 2011 vorzulegen, namentlich weder die Akten der damaligen Unfallversicherung noch ein Polizeirapport.

Indem keine weiteren Abklärungen zu diesem Unfall vorgenommen worden seien, sei der Untersuchungsgrundsatz verletzt worden. Zudem habe der RAD die gutachterliche Diagnosestellung und Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit von Dr. K.____

- soweit ersichtlich - unbesehen übernommen. Auf dessen Gutachten hätte jedoch nicht abgestellt werden dürfen, da dieser von vielen Annahmen ohne klare Grundlagen ausgegangen sei und die Diagnose einer schizotypen Störung auf Vermutungen basiere. Die Diagnose einer PTBS sei zudem offensichtlich unrichtig. Denn die Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten, sei ein Kernsymptom. Der Beschwerdeführer sei nach dem Unfall im August 2011 jedoch weiterhin Auto gefahren. Im Gutachten von Dr. K.____ seien zudem entgegen der damaligen Rechtsprechung und entgegen dem Gutachtensauftrag die sogenannten «Förster-Kriterien» nicht thematisiert worden, was der RAD zu Unrecht als unerheblich erachtet habe.

Vom RAD sei ferner nicht geprüft worden, ob eine erhebliche Veränderung vorliege oder ob es sich bei der Beurteilung von Dr.

K.____ um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes handle, obschon danach die schizotype Störung schon seit Jahren und die volle Arbeitsunfähigkeit wahrscheinlich seit Oktober 2004 bestanden hätten. Da die Verfügung vom 1.

Juni 2015 somit in Wiedererwägung zu ziehen sei, habe eine neue materielle Beurteilung zu erfolgen. Die diesbezüglichen (neuen) Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer bei m Unfallversicherer

Provita beziehungsweise (seit Januar 2024)

Swica unbekannt sei, dass es sich beim Unfallereignis (vom August 2011) gemäss den eingeholten Akten der Haftpflichtversicherung angesichts des Heckanstoßes mit einer relativen Kollisionsgeschwindigkeit von rund 5-9 km/h und einer kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung zwischen 2,6 und 7,1 km/h um ein

bagatellärstes

Auffahrunfall gehandelt habe, dass der Beschwerdeführer

gemäss der Auskunft des Strassenverkehrsamtes Zürich im Dezember 2015 ein Fahrzeug eingelöst habe, dass er seit 2016 mehrfach nach Thailand gereist sei, wo er sich bis zu drei

Monate am Stück aufgehalten und mit seiner thailändischen Freundin zuweilen eine Wohnung gemietet habe und dass diese ihn im Jahr 2020 in der Schweiz besucht sowie mindestens zwei Monate bei ihm gewohnt habe. Vor dem Hintergrund dieses nunmehr bekannten Ergebnisses der Spezialabklärungen seien die im IV-Verfahren und in der Begutachtung bei Dr. K.____ geltend gemachten Beschwerden sowie die im Jahr 2015 gestützt darauf gestellten Diagnosen nicht nachvollziehbar und eine anhaltende 100%ige Erwerbsunfähigkeit nicht mehr glaubhaft. Gemäss dem in der Folge in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten von Dr.

M.____ (vom 25. Juni 2021, Urk. 9/221)

mit dem Untersuchungsbefund des Neuropsychologen hätten die früher gestellten Diagnosen nicht bestätigt werden können und es habe keine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes festgestellt werden können. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom gestellt und gleich wie von den C.____ -Gutachtern im Jahr 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 80

% attestiert worden. Der Bericht von Dr.

O.____ vom 25.

September 2022 vermöge das Gutachten von Dr. M.____ nicht in Frage zu stellen. Bezüglich der Stellungnahme von Dr. O.____ vom 30. Mai 2023 werde auf die Stellungnahme des RAD vom 11. September 2023 verwiesen, wonach - wie schon von

Dr. M.____ festgestellt - weder die Kriterien für eine schizotype Störung noch diejenige für eine PTBS erfüllt seien (Urk. 15 S. 1 ff.). Ausgehend davon, dass der Beschwerdeführer gemäss dem C.____ -Gutachten vom Oktober 2009 in der angestammten und in jeder anderen leidensangepassten Tätigkeit

zu 80 % arbeitsfähig sei, bestehe kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad, weshalb die Rente für die Zukunft (ex nunc) aufgehoben werde (Urk. 2 S. 2 ff., Urk. 8 S. 2, Urk. 15 S. 1 ff.).

Zur Begründung des Antrages auf Aufhebung der Rente rückwirkend ab Rentenbeginn vom 1.

März 2014 führte die Beschwerdeführerin im Verfahren zudem aus, die Angaben des Beschwerdeführers zu seinen Beschwerden im Nachgang zum zweiten Unfall von 2011 seien vor dem Hintergrund der zwischenzeitlichen Erkenntnisse zum Unfallhergang als unwahr zu qualifizieren, so die gegenüber der behandelnden Psychiaterin und dem Gutachter Dr.

K.____ geklagten psychischen Beschwerden wie «akustische Sachen» und Flashbacks. Auch hätten seine Angaben nach dem Unfall dazu geführt, dass die behandelnde Psychiaterin und sein Rechtsvertreter von einem Distorsionsstrauma der Halswirbelsäule (HWS) und einer leichten Gehirnerschütterung (Mild Traumatic Brain Injury, MTBI) ausgegangen seien, was einen schweren Unfall impliziert habe. Der Beschwerdeführer habe damit die Zuschussung der Rente zu Unrecht erwirkt. Die in den letzten sieben Jahren ausbezahlten Rentenleistungen könnten zurückgefordert werden. Denn der Beschwerdeführer habe zumindest in Kauf genommen, durch seine unwahren beziehungsweise unvollständigen Angaben Rentenleistungen zu erwirken, die ihm nicht zugekommen seien. Damit habe er den Straftatbestand von Art. 87 Abs. 1 in Verbindung

mit Art.

E. 6.1

Eine rückwirkende Aufhebung der Rente , wie sie von der Beschwerdegegnerin mit der Duplik (Urk. 15 S. 6 f.) beantragt wurde, würde ab Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung erfolgen , wenn der Beschwerdeführer die Leistung zu Unrecht erwirkt hat oder wenn er der ihm nach Art. 77 IVV zumut baren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (Art.

88 bis Abs.

2 lit .

b IVV; zur Anwendbarkeit dieser Bestimmungen bei einer wiedererwägungsweisen Aufhebung: vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_877/2011 vom 22. Mai 2012 E. 3.3 mit Hinweis).

Seit der Novellierung dieses Absatzes per

1. Januar 2015 gilt dies unabhängig davon, ob die Verletzung der Meldepflicht oder die unrechtmässige Erwirkung ein Grund für die Weiterausrichtung der Leistung war (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_859/2017 vom 8. Mai 2018 E. 4.3 ; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_508/2019, 9C_516/2019 vom 22. Januar 2020 E. 3.2).

E. 6.2

hievor) nichts geändert. Ein allfällig

bloßer Versuch, die Weiterausrichtung der Leistung unrechtmässig zu erwirken, ist vom Wortlaut von

Art.

88 bis Abs.

2 lit .

b IVV

ferner nicht erfasst (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_508/2019, 9C_516/2019 vom 22. Januar 2020 E. 5.3 und 9C_338/2015 vom 12. November 2015 E. 4.1).

E. 6.3.1

Zu prüfen ist weiter, ob der Beschwerdeführer die Leistungen (von Beginn weg ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_561/2018, 9C_631/2018 vom 8. Februar 2019 E.

E. 6.3.2

Auch die Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin, die vom Beschwerdeführer gegenüber Dr. H.____ und Dr. K.____

geschilderten Wahrnehmungen (« akustische Sachen » , Martinshorn, Wiedererleben des Unfalls, Gefühl, dass Autos durch ihn durchfahren würden ;

Urk. 9/162/25, Urk. 9/162/28-29 , Urk. 9/162/30) seien schon deshalb unwahr, weil sie angesichts des - wie sich herausgestellt habe - geringfügigen Auffahrunfalls vom 25.

August 2011 nicht nachvollziehbar erscheinen würden (Urk.

E. 6.3.3

Angesichts dieser aktenmässig ausgewiesenen Umstände ist der Vorwurf einer unrechtmässigen Erwirkung von Rentenleistungen zu wenig gesichert; allein

im Raum stehendes, fraglich

aggravatorisches Verhalten und unterschiedliche Auffassungen über die Arbeitsfähigkeit genügen dafür nicht (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 9C_491/2012 vom 22. Mai 2013 E. 5.3 und 9C_508/2019, 9C_516/2019 vom 22.

Januar 2020 E. 5.3, je mit Hinweis). Daran hat die auf den 1.

Januar 2015 erfolgte Novellierung von Art. 88 bis

Abs. 2 lit. b IVV (vgl. E.

E. 6.4

Nach dem Gesagten ist kein Tatbestand von Art. 88 bis

Abs. 2 lit. b IVV erfüllt.

Die

am 1. Juni 2015 per 1. März 2014 zugesprochene Rente (Urk. 9/173, Urk. 9/175) ist somit nicht rückwirkend, sondern - wie mit der angefochtenen Verfügung zutreffend erkannt (Urk. 2 S. 1) - in Anwendung von

Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV auf Ende März 2023 aufzuheben.

Bei diesem Ausgang fallen

(entgegen dem Antrag der Beschwerdegegnerin, Urk. 15 S. 6 f.) die Rückerstattung (Art. 25 ATSG) der erbrachten Leistungen und die Strafdrohung, welche mit den Tatbeständen von Art. 88 bis

Abs. 2 lit. b IVV

verbunden ist (Art. 70 IVG i.V.m. Art. 87 Abs. 1 und 9

des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, AHVG), ausser Betracht, wobei dies hier im Übrigen mangels Anfechtungsgegenstandes ohnehin nicht zu beurteilen wäre.

E. 6.5.1

Im Ergebnis erweist sich die angefochtene Wiedererwägungsverfügung vom 2. Februar 2023 (Urk. 2) als rechtmässig.

Von weiteren Beweismassnahmen, insbesondere dem beantragten Beizug der Tonaufnahmen zur gutachterlichen Untersuchung von Dr. M.____ (Urk. 19 S. 1 und S. 3), sind keine anderen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_320/2014 vom 14. August 2014 E. 11).

Der Begründung zum Beweisantrag des Beschwerdeführers, der Gutachter habe von seinen Verfolgungsängsten nichts wissen wollen (Urk. 19 S. 3), kann nicht gefolgt werden. Denn im Gutachten von Dr. M.____ vom 25. Juni 2021 wurden diverse Schilderungen zu gesteigerten Wahrnehmungen und Verfolgungsgefühlen aufgeführt («Der Expl. fühle sich

verfolgt und beobachtet, aber er wisse nicht, von wem. Es seien beispielsweise Leute auf der Strasse oder im Laden, die er auch sehe. Es sei auch so beim Autofahren, dass sie hinter ihm herfahren würden.... », «Gewisse Leute, die ihn verfolgen würden,..... würden ihm Angst machen.... » , Urk.

9/221/64-65 ; « Das Problem in den ÖV seien die jungen Leute , die seien unberechenbar. » , Urk. 9/22/76) . Dr. M.____ lagen zudem ärztliche Berichte vor, aus denen die vom Beschwerdeführer berichteten Verfolgungsängste und geschilderten gesteigerten Wahrnehmungen hervor gingen (Urk.

9/162/25-26 , Urk. 9/162/ 28-29, Urk.

9/144/2) . Aus dem Gutachten geht sodann nicht hervor, dass die psychiatrische Untersuchung vom 10. Mai 2021 (Urk. 9/221/1) aufgenommen wurde. Solches geht auch aus den übrigen Akten nicht hervor (gemäss der Auskunft der Beschwerdegegnerin liegen ihr keine solchen Tonaufnahmen vor, Urk. 21 S. 1) . Art. 44 Abs. 6 ATSG, wonach die gutachterlichen Interviews in Form von Tonaufnahmen zwischen der versicherten Person und dem Sachverständigen erstellt und in die Akten des Versicherungs trägers aufgenommen werden, sofern die versicherte Person nichts anderes bestimmt, war erst ab 1. Januar 2022 in Kraft, mithin erst nach der Begutachtung durch Dr. M.____ . Eine analoge Anwendung dieser Bestimmung respektive der ausführenden Verordnungsbestimmungen in Art. 7k-1 ATSV ist daher entgegen dem Antrag des Beschwerdeführers (Urk.

E. 6.5.2

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde somit abzuweisen.

7 .

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht beschliesst:

Der Entscheid vom 8. Februar 2024 betreffend Beiladung der Pensionskasse der technischen Verbände SIA STV BSA FSAI USIC wird aufgehoben ;

und erkennt sodann : 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2 .

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Maron - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Pensionskasse der Technischen Verbände SIA STV BSA FSAI USIC (auszugsweise bzgl. Erwägung 1.1 und 1.2 und bzgl. Dispositivabschluss) - Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an: - die Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4 .

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 Bundes

gesetzes 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, zuzu stellen.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrHartmann

E. 9

des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) und Art. 70 IVG erfüllt. Falls das Gericht die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung der rentenzusprechenden Verfügung vom 1.

Juni 2015 und insofern eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer unvollständigen Sachverhaltsabklärung verneine, sei die Rente aufgrund der prozessualen Revision im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG rückwirkend aufzuheben; dies angesichts der neu entdeckten Tatsache, dass es sich beim Unfall im Jahr 2011 um einen bagatellärsten Unfall gehandelt habe, wogegen im Vorfeld der Rentenzusprechung vom 1.

Juni 2015 die Angaben des Beschwerdeführers und seiner behandelnden Ärztin fälschlicherweise auf einen schweren Unfall hätten schliessen lassen. Auch hierzu sei eine Rückforderung der in den letzten sieben Jahren ausbezahlten Rentenleistungen anzudrohen (Urk.

15 S. 6 f.). 3.2

Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung seien nicht erfüllt. Die Rentenzusprechung im Jahr 2015 sei nach drei vorangegangenen Begutachtungen (zwei zuungunsten eines Rentenanspruchs, eine zu dessen Gunsten) und ausführlichen materiellen Verfahren erfolgt. Es sei nicht etwa bereits nach der Erstanmeldung im Februar 2005 zu einer Rentenzusprechung gekommen, sondern es sei zunächst zu einem Nichteintreten und hernach zu zweimaliger C.____-Begutachtung sowie zu zwei Prozessen am Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich gekommen, im Zuge welcher es gestützt auf das zweite C.____-Gutachten zu einer Leistungsablehnung gekommen sei. Nach der Neuanmeldung vom September 2013 habe er das Eintreten durch die Beschwerdegegnerin erneut gerichtlich erkämpfen müssen, worauf diese ihre Nichteintretensverfügung wiedererwägungsweise aufgehoben habe. Für das in der Folge beigezogene psychiatrische Gutachten vom 2. März 2015 habe Dr. K.____

46 Seiten benötigt. Der RAD habe sich mit dem Gutachten in der Stellungnahme vom 7.

April 2015 mittels des gutheissenden Kommentars von Dr. J.____ und visiert von Dr.

med. Q.____ auseinander gesetzt. Zusätzlich habe eine «Prüfung der Diagnosen durch den Rechtsanwender» stattgefunden, in welcher die Komorbidität geprüft worden sei und eine Person deren Vorliegen mit ausführlicher, einseitiger Begründung mit dem Visum «gem» bejaht habe. Erst nach dieser sehr umfangreichen, zähen und von Hin und Her geprägten Vorgehensweise habe sich die Beschwerdegegnerin nach umfangreichen Kämpfen im Jahr

2015 bewusst und ausführlich begründet hinter das Gutachten von Dr. K.____

gestellt, welches ihm eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinige, und habe sie ihm mit Verfügung vom 1.

Juni 2015 eine ganze Rente ab dem 1. März 2014 zugesprochen. Angesichts dessen könne sie sich heute trotz des nachträglich beigezogenen Gutachtens von Dr. M.____

nicht darauf berufen, das frühere Verfahren, das zu einer Rente geführt habe, habe an einer qualifizierten ursprünglichen Unrichtigkeit gelitten. Die Rente sei schon aus diesem formellen Grund weiter auszurichten. Das Argument der Beschwerdegegnerin der damals unvollständigen Sachverhaltsabklärung sei an den Haaren herbeigezogen, weil der Berentung eine prozessual erkämpfte, fachpsychiatrische Begutachtung vorausgegangen sei und zwei gegenteilige MEDAS-Begutachtungen vorgelegen hätten. Als ungenügende Sachverhaltsabklärung wäre im Gegensatz dazu zu sanktionieren, wenn entsprechend dem Urteil des Bundesgerichts 9C_19/2008 vom 29. April 2008 E. 2.1 die IV-Stelle bei der Entscheidung allein auf den Bericht des behandelnden Psychiaters abgestellt hätte.

Bezüglich des Unfalls vom 25. August 2011 sei gemäss den Akten des Haftpflichtversicherers zwar anzunehmen, dass es sich um einen leichteren Unfall oder einen solchen im unteren Bereich der mittleren Unfälle gehandelt habe, welche im Allgemeinen keine wesentlichen Schäden erwarten liessen. Jedoch könne niemand ausschliessen, dass eine Person insbesondere mit einer bestehenden psychischen Krankheit anders damit umgehe. Auch könne sich bei solchen Unfällen eine HWS-Distorsion ereignen. Er, der Beschwerdeführer, betone, dass nach dem Unfall vom 25. August 2011 keine Martinshörner zu hören gewesen seien. Dennoch höre er sie seit diesem Unfall. Vielleicht spiele ihm sein Gehirn einen Streich. Beim Unfall habe es einen «Chlapf» gegeben und er sei danach einige Zeit nicht ansprechbar gewesen. Es liege ihm in keiner Art und Weise daran zu übertreiben. Des Weiteren seien die Diagnosen einer schizotypen Störung und einer PTBS (und weiterer psychiatrischer Diagnosen) völlig zu Recht gestellt worden; er sei aufgrund dessen arbeits- und erwerbsunfähig. Diese Diagnosen seien von Dr. O.____ (zuvor

Dr.

H.____), welche ihn seit Januar 2012 behandle, bereits seit 2013 nach internationalen Standards sowie mit leitliniengerechtem Vorgehen gestellt sowie mit diversen weiteren Diagnosen referiert worden. Dieselben Hauptdiagnosen fänden im Gutachten von Dr. K.____ eine Stütze. Dr.

O.____ habe an diesen Diagnosen auch in ihrer Stellungnahme zum Gutachten von Dr. M.____

vom 25. September 2022 (Urk. 9/246) festgehalten und sich dabei unter anderem auf ihre früheren Abklärungen berufen. Bezüglich der Vorbringen zu diesem Gutachten werde zudem auf die Einwandschreiben vom 2.

und 30.

September 2022 (Urk. 9/244, Urk. 9/247) verwiesen.

Er, der Beschwerdeführer, fühle sich vom Gutachter in R.____ «nach Strich und Faden verarscht». Dieser habe von seinen Verfolgungsängsten nichts wissen wollen, als er bei der

Anfangsfrage nach seinem Befinden davon angefangen habe. Der Gutachter habe erklärt, er dürfe nur seine Fragen beantworten. Er habe danach aber ganz bewusst nie mehr nach den Verfolgungsängsten gefragt. Er, der Beschwerdeführer habe noch versucht, darauf einzuschwenken. Daher verlange er die Herausgabe der betreffenden Tonaufnahmen zur Begutachtung und deren Beizug als Beweismittel. Die Aussagen gemäss der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr.

P. ___ vom 23.

Dezember 2022 seien weitestgehend unbegründet und teilweise klar falsch. So müsste näher begründet werden, weshalb es nicht pathologisch sein sollte, dass er, der Beschwerdeführer, über 20

Jahre nach dem Überfall noch immer an Wahn- und Verfolgungsideen leide. Zu den Kriterien einer schizotypen Störung habe Dr.

P. ___ nur kurz erklärt, dass diese nicht erfüllt seien, was eine reine Behauptung darstelle. Wie sich aus den zahlreichen medizinischen Unterlagen ergebe, leide er an einem inadäquaten/ingeschränkten Affekt, wenig sozialen Beziehungen/Tendenz zu Rückzug, Misstrauen oder paranoiden Ideen und an vagem Denken sowie Sprechen, was sich im Verlauf der Freundschaften, dem Verfolgungswahn und der Idee, beobachtet zu werden, Halluzinationen, Lärm hören etc. sowie in seiner Einsilbigkeit zeige.

Dr. O. ___ habe schon in ihrer Stellungnahme vom 22. September 2022 (richtig: 25.

September 2022, Urk. 9/246/1) klar belegt, wie sie zu ihrer Diagnose gekommen sei und dass sie damit mit Dr. K. ___ übereinstimme. In ihrer Stellungnahme vom 30. Mai 2023 (Urk. 12) habe sie bekräftigt, dass die Diagnosekriterien einer schizotypen Störung nach DSM-5 und ICD-10 erfüllt seien. Insbesondere würden Halluzinationen bei schizotypen Störungen in Lehrbüchern beschrieben. Auch habe sie sich erneut zum aktenkundigen Überfall geäußert, der keinesfalls neu ins Feld geführt werde und auch nicht für die PTBS erhalten müsse. Abschliessend habe sie angeführt, dass er, der Beschwerdeführer, aktuell Abilify einnehme. Die Ausführungen von Dr. P. ___

(in der Stellungnahme vom 11. September 2023, Urk. 16) seien nichts als Wiederholungen bereits erfolgter Erörterungen. Auf eine neue Stellungnahme von Dr. O. ___ werde daher verzichtet, da diese gleich lauten würde wie ihre früheren. Es sei sodann bemerkenswert, dass die Beschwerdegegnerin völlig neu erst mit der Duplik eine « reformatio in peius » verlange, nachdem sie im angefochtenen Entscheid die Rente noch ex nunc aufgehoben und von strafbaren Handlungen nichts erwähnt habe. In den Akten befinde sich rein gar nichts, was auf ein strafrechtlich relevantes Verhalten seinerseits hinweise. Es sei zwar legitim danach zu fragen, was passiert sei und was gesagt worden sei. Eine fragwürdige Reaktion könne jedoch auch krankheitsbedingt sein. Die Anschuldigungen der strafbaren Handlungen seien unbegründet. Es seien keine Beweise dafür vorhanden. Er habe im ganzen Verfahren nie versucht, Leistungen unrecht mässig zu erwirken. Er habe IV-Leistungen beantragt, weil er krank sei. Im Übrigen sei, wenn sich eine Behörde einer Straftat sicher sei, konsequenterweise die Strafverfolgungsbehörde einzuhalten. Dies sei aus einsichtigen Gründen indes nicht erfolgt

(Urk.

1 S. 4

ff. , Urk. 11 S. 2 f., Urk. 19 S. 3 ff.).

Im Einwandschreiben vom 2.

September 2022 , auf welches in der Beschwerde verwiesen wurde (Urk. 1 S. 8), hatte der Beschwerdeführer zum Gutachten von Dr.

M.____ vom 25. September 2022 vorgebracht, dieses überzeuge nicht. Dr.

O.____ hab ihn dazu darauf hingewiesen, dass Dr. M.____ nicht exploriert habe, wie das Krankheitsbild zu einer Frau in Thailand und seinen damit zusammen hängenden Reisen zusammenpasse. Dr.

O.____ habe weiter exploriert und erfahren, dass die Freundschaft für ihn, de n Beschwerdeführer, wohl nicht das Übliche bedeute. Denn er fühle sich mit dieser Frau trotz Freundschaft nicht wohl und isoliert. Ähnliches gelte für den Schweizer Kollegen in Bangkok. Auf Nach frage von Dr. M.____ habe er denn auch erklärt, dass Treffen mit diesem Kollegen eine Abwechslung für ihn darstellen würde n . Generell zum Thema Bangkok habe er gesagt, dass er dort ja keinen Kontakt habe, zu praktisch niemandem . Daraus entstehe nicht der Eindruck einer real bestehenden näheren Beziehung, worauf auch die Wortwahl «Kollege» hindeute . Weiter sei zu bedenken, dass er im Jahr 1999 in seiner Videothek überfallen un d bis zur Bewusstlosigkeit gewürgt worden sei . Dr. M.____ habe die Folgen dieses Überfalles bei der Beurteilung der Diagnosen einer PTBS nicht geprüft, was nicht überzeuge. Es entspreche ferner nicht der Tatsache, dass er trotz des auch von der behandelnden Ärztin als schwer präsen tierten Krankheitsbildes ohne Medikamente auskomme. Es seien immer wieder Medikament e ausprobiert worden. Das Neuroleptikum Olanzapin habe er erst gerade am 1 8. Juli 2022 wegen starker Nebenwirkungen abgesetzt. Entgegen dem Gutachten von Dr. M.____ werde ausserdem an den Diagnosen einer schizotypen Störung und einer PTBS festgehalten, welche Dr. O.____ kürzlich (vor September 2022) mittels weiterer Diagnostikverfahren bestätigt habe (Urk. 9/244/4-6). 3.3

Strittig und zu prüfen ist im Folgenden, ob die Beschwerdegegnerin mit der ange fochtenen Verfügung vom 2. Februar 2023 (Urk. 2) zu Recht die Verfügung vom 1. Juni 2015 (Urk. 9/173, Urk. 9/175) in Wiedererwägung gezogen (Art. 53 Abs. 2 ATSG) und die damals mit Wirkung ab dem 1. März 2014 zugesprochene ganze Rente

per Ende März 2023 (Urk. 9/251/1) aufgehoben hat (Art. 85 Abs.

2 i.V.m . Art. 88 bis Abs. 2 lit . a IVV ; vgl. unten E. 4-5). Strittig ist ausserdem - im Sinne einer Schlechterstellung (reformatio in peius) - die rückwirkende Aufhebung der Rente ab Rentenbeginn (vgl. E. 6 hernach). 4. 4.1

Bezüglich der Wiedererwägung ist hier d ie Voraussetzung der erheblichen Bedeutung der Berichtigung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG aufgrund des Charakters der strittigen Invalidenrente als periodischer Dauerleistung ohne Weiteres erfüllt (BGE 119 V 475 E. 1c mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_342/2008 vom 20. November 2008 E. 5.1 mit Hinweisen).

Zu prüfen bleibt, ob die Verfügung vom 1. Juni 2015 (Urk. 9/173, Urk. 9/175) zweifellos unrichtig und daher der erfolgten Wiedererwägung zugänglich war.

Während bei einer prozessualen Revision auch später zu den Akten genommene Unterlagen herangezogen werden dürfen, sind die Wiedererwägungsvoraus setzungen anhand der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt des Verfügungserlasses - hier am 1. Juni 2015

(Urk. 9/173, Urk. 9/175) - präsentierten, zu beurteilen (BGE 144 I 103 E. 2.2; Urteil des Bundesgericht s 9C_544/2018 vom 5. Februar 2019 E. 6.2.1). 4.2 4.2.1

Die rentenzusprechende Verfügung vom

1. Juni 2015 (Urk. 9/173, Urk. 9/175) erfolgte, nachdem die am 1. September 2010 gestützt auf das C.____ - Gutachten vom 22. Oktober 2009 (Urk. 9/80/2-26) verfügte Abweisung des Rentenbegehrens (Urk. 9/100) mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2010.00944 vom 31. Dezember 2010 bestätigt worden war (Urk. 9/111/14) und sich der Beschwerdeführer am 20. September 2013 erneut zum Leistungsbezug angemeldet hatte (Urk. 9/115). Nach dieser Neuanmeldung galt es analog zu Art.

17 Abs.

1 ATSG festzustellen, ob und gegebenenfalls inwiefern sich der Sachverhalt seit der Verfügung vom 1. September 2010 anspruchrelevant verändert hat. 4.2.2

In der Verfügung vom 1. Juni 2015 (Urk. 9/175) respektive in der Begründung dazu wurde eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhaltes

seit der Verfügung vom 1. September 2010 indes rechtsfehlerhaft

weder geprüft, noch bejaht, sondern es wurden die Anspruchsvoraussetzungen wie bei einer Erst anmeldung dargelegt (Urk. 9/173). Auch aus dem F eststellungsblatt vom 10.

April 2015 (Urk. 9/163) geht keine eigentliche abschliessende Prüfung der Frage, ob eine erhebliche Änderung, namentlich des Gesundheitszustandes, im Sinne eines Revisionsgrundes nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (nach Neuanmeldung analog) vorliegt, hervor.

Im Vorbescheid vom 12. August 2014 war noch eine fehlende Veränderung des Gesundheitszustandes bei lediglich unterschiedlicher Beurteilung desselben Sachverhaltes gestützt auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. J.____ vom 23. Juli 2014 (Urk. 9/145/2) als Grund für die Abweisung des Rentenbegehrens angekündigt (Urk. 9/146) und mithin ein Revisionsgrund (analog Art. 17 ATSG) verneint worden. Nach dem Einwandschreiben vom 6. Oktober 2014 (Urk. 9/150), mit welchem abweichende medizinische Sachverhalte zwischen dem psychischen Gesundheitszustand

gemäss dem C.____ -Gutachten vom 22. Oktober 2009 (Urk. 9/80/2-26) und jenem gemäss dem neu vorgelegten Bericht von Dr. H.____ vom 5./13. Juni 2014 (Urk. 9/144) geltend gemacht worden waren, holte die Beschwerdegegnerin auf Empfehlung von Dr.

J.____ vom

E. 12

November 2014 (Urk. 9/163/2) das psychiatrische Gutachten von Dr. K.____ vom 2. März 2015 (Urk. 9/162) ein.

In der

Stellungnahme vom 7.

April 2015 führte der RAD-Arzt Dr. J.____ jedoch nunmehr nicht (mehr) aus, dass und inwiefern mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. K.____ eine Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes ausgewiesen sei. Er erklärte lediglich, dass aufgrund der (von Dr. K.____) gestellten Diagnose einer schizotypen Störung (ICD-10 F21) ein

Gesundheitszustand vorliege, der die Arbeitsfähigkeit langfristig beeinträchtigt, und dass diese Störung Grundlage der (von Dr.

K.____ attestierten) 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt sei sowie dass der Beginn der Arbeitsunfähigkeit spätestens seit 2012 anzunehmen sei (Urk. 9/163/3). Die zuvor von Dr. J.____

in der ersten Stellungnahme vom 23. Juli 2014 (Urk. 9/145/2) noch bejahte Frage, ob es sich dabei lediglich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes handle, wäre für eine nachvollziehbare ärztliche Stellungnahme, auf welche die Beschwerdegegnerin letztlich abstellte, indes erneut aus medizinischer Sicht auch im Hinblick auf das Gutachten von Dr. K.____

zu diskutieren gewesen; dies insbesondere auch deshalb, weil Dr.

J.____ in seiner ersten Stellungnahme vom 23. Juli 2014 (Urk. 9/145/2) diese Frage noch bejaht hatte, obschon Dr. H.____ im Bericht vom 5./13. Juni 2014 gleichermassen wie Dr. K.____ (Urk. 9/162/40-43) eine schizotype Störung (ICD-10 F21) und eine PTBS (ICD-10 F43.1) diagnostiziert sowie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert hatte (Urk. 9/144/1-4). Die zweite Stellungnahme von Dr. J.____ vom 7. April 2015 (Urk. 9/163/3) war in einer entscheidenden Frage somit nicht nachvollziehbar.

Dennoch stellte die Beschwerdegegnerin auf die Einschätzung von Dr. J.____ ohne Erläuterung und weitere Abklärungen zur Frage der gesundheitlichen Veränderung seit der C.____-Begutachtung im Herbst 2009 (Urk. 9/80/2-26) respektive seit der Verfügung vom 1. September 2010 (Urk.

9/100) ab. 4.3.4.3.1

Darüber hinaus war auch mit dem Gutachten von Dr.

K.____

vom 2. März

2015

(Urk. 9/162) eine

erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem 1.

September 2010, nach welcher

die Beschwerdegegnerin im Auftrag an Dr.

K.____

ergänzend zu den regulären Fragen

gefragt

hatte (Urk.

9/151/3, Urk. 9/162/2, Urk. 9/162/37),

nicht nachvollziehbar begründet und offensichtlich nicht ausgewiesen, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

Als Vergleichsbasis in Bezug auf den Gesundheitszustand

war die Einschätzung der C.____ -Gutachter vom 22. Oktober 2009 (Urk. 9/80/2-26) massgeblich, auf welche sich die Beschwerdegegnerin bei ihrem rentenabweisenden Entscheid vom 1. September 2010 gestützt hatte (Urk. 9/100, Urk. 9/88/2, Urk. 9/99/2). Die C.____ -Gutachter hatten die Diagnosen einer Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) und anamnestisch eines chronischen zerviko zephalen und zervikobrachialen Schmerzsyndroms ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M53.0/M53.1) bei/mit wahrscheinlich funktionell bedingter Einschränkung der Kopfbeweglichkeit, Status nach Heckauffahrkollision am 4. Dezember 2001, bislang ohne eindeutig fassbare strukturelle Alterationen (ICD-10 V43.5), und Verdacht auf inadäquate Schmerzverarbeitung mit Symptomausweitung gestellt, denen sie Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimassen

(Urk. 9/80/23). In einer körperlich schweren Tätigkeit schlossen die C.____ -Gutachter aus interdisziplinärer Sicht auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab Oktober 2004. In einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit, bei der eine Hebe- und Tragelimit von 15 Kilogramm nur ausnahmsweise überschritten werde und keine Zwangshaltungen des Nackens sowie keine länger dauernden Überkopfbewegungen der Arme vorkommen würden, bestehe aufgrund der psychiatrischen Diagnose einer Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) zufolge einer gewissen Verlangsamung des Arbeitstempos und eines etwas erhöhten Pausenbedarfs eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20% bei vollzeitlicher Präsenz, mithin eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/80/24-25).

Dr. K.____

hatte den Beschwerdeführer am

24. Februar 2015 untersucht (Urk. 9/162/21) und die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einer schizotypen Störung (ICD-10 F21) und einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) gestellt (Urk. 9/162/44) sowie aufgrund dessen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit seit spätestens Januar 2012 attestiert, welche wahrscheinlich aber schon seit Oktober 2004 bestanden habe (Urk. 9/162/43-44). Bereits daraus ist ersichtlich, dass Dr. K.____

- im Gegensatz zur Beurteilung der C.____ -Gutachter vom 22. Oktober 2009 (Urk. 9/80/23-26) - von einer psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung ausging, welche die Arbeitsfähigkeit anhaltend schon in der Zeit vor September 2010 vollständig eingeschränkt hatte.

4.3.2

Dementsprechend hielt Dr.

K.____ in der Begründung zur diagnostizierten schizotypen Störung (ICD-10 F21), welche im Vordergrund gestanden habe (Urk. 9/162/42),

fest,

es könne angesichts einer spätestens seit der Zeit der Lehre oder früher präsenten dysfunktionalen Persönlichkeitsentwicklung davon ausgegangen werden, dass die Pathologie nicht neueren Datums, sondern ein längerer Begleiter des Beschwerdeführers

sein dürfte. Er gehe davon aus, dass die schizotype Störung bereits vor den beiden Unfällen in den Jahren 2001 und 2011 bestanden habe. Diese habe sich im Arbeitsprozess in den vielen Wechseln und Abbrüchen sowie einem deutlich reduzierten bis aufgehobenem sozialen und Beziehungsleben gezeigt. Sie dürfte sich im Kontext der beiden Auffahrunfälle und weiteren traumatischen Erlebnissen, etwa des Überfalls in seinem Hanfladen im Jahr 1999 oder 2000, oder etwa der traumatischen Situation mit seiner vielleicht einzigen Freundin vor vielleicht vier Jahren, akzentuiert haben (Urk.

9/162/39).

Die soziale und berufliche Funktionsfähigkeit sei schon vor dem Jahr 2001 deutlich gestört gewesen. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit habe der Beschwerdeführer Limiten gezeigt, bezüglich des sozialen Funktionsniveaus dürften seit dem Jahr 2001 gar keine Veränderungen auszumachen sein, wenn man davon ausgehe, dass ein solches kaum je vorhanden gewesen sei (Urk. 9/162/40).

Die schizotype Störung dürfte seit der Adoleszenz vorliegen und den Beschwerdeführer auch beeinträchtigt haben. Unter den verschiedenen traumatischen Situationen dürfte sie sich wohl akzentuiert haben (Urk. 9/162/41). Weiter erklärte Dr.

K.____, die Frage nach der Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem 1.

September 2010 lasse sich nur schwer beantworten. Der Beschwerdeführer habe dazu nur vage Antworten zu geben vermocht und aus den Akten sei diesbezüglich nichts zu erfahren; es lägen auch keine Behandlungsberichte vor. Die Behandlungsaufnahme bei Dr. H.____, die im Wesentlichen die gleichen Diagnosen wie er, Dr. K.____, festgehalten habe, sei erst im Januar 2012 erfolgt. Mit den Berichten der Ärztin könne daher letztlich nicht beantwortet werden, ob sich der Gesundheitszustand seit dem September 2010 verändert habe. Wenn davon ausgegangen werde, dass die schon seit Jahren vorliegende schizotype Störung im Kontext der Unfallereignisse eine Verschlimmerung beziehungsweise Akzentuierung erfahren haben dürfte, könne oder solle davon ausgegangen werden, dass eine solche im Jahr 2001 und im Jahr 2011 erfolgt sei, womit sich der Zustand des Beschwerdeführers seit September 2010 im Sinne einer Verschlimmerung der Befunde verändert haben dürfte. Seit wann eine PTBS vorliege, könne er nicht sagen. Denkbar wäre, dass diese in subsyndromaler oder virulent-manifester Form auch schon bereits im Jahr 2001 vorgelegen habe oder aber sich erst im Kontext des zweiten Unfalls im Jahr 2011 in der heutigen Form entwickelt habe (Urk.

9/162/41 -42). Im Vordergrund stehe die schizotype Störung, welche im Zusammenspiel mit den Befunden der PTBS und des - wenn auch derzeit wenig relevanten - belastungsabhängigen (zervikozephalen und -brachialen) Schmerzsyndroms eine Arbeitsfähigkeit nicht mehr zulassen dürfte (Urk. 9/162/42).

Auch diese Ausführungen gehen von einer anhaltenden, schon vor September 2010 bestehenden und keiner neuen erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung aus. Zwar postulierte Dr. K.____ eine Verschlimmerung der Befunde seit September 2010 (Urk. 9/163/42) und eine Veränderung des Gesundheitszustandes aufgrund einer Akzentuierung der schizotypen Störung durch verschiedene traumatische Situationen. Jedoch verwendete er dazu

vage und hypothetische Formulierungen, die einzig auf Vermutungen schließen lassen. Seine Schlussfolgerung einer gesundheitlichen Veränderung stellt damit lediglich eine

Annahme im Sinne einer Möglichkeit und keine dem geltenden Beweismass genügende ,
überwiegende Wahrscheinlichkeit dar . Dies genügt zum Nachweis einer erheblichen
Sachverhaltsänderung von September 2010 (Urk. 9/100) bis Juni 2015 (Urk. 9/173, Urk.
9/175) indes zweifelsfrei nicht , zumal Dr. K.____ überdies die Arbeitsfähigkeit als
(«wahrscheinlich») bereits seit Oktober 2004 als vollständig eingeschränkt erachtete. 4.3.3

Das Gesagte gilt auch in Bezug auf die zweite Diagnose einer PTBS . Dazu bemerkte Dr.
K.____ lediglich , dass er nicht sagen könne, seit wann eine PTBS vorliege. Er hielt es
zudem lediglich für denkbar, dass sie in subsyndromaler oder virulent-manifester Form
auch schon bereits im Jahr 2001 vorgelegen habe oder aber sich erst im Kontext des zweiten
Unfalls im Jahr 2011 in der heutigen Form entwickelt habe (Urk. 9/162/4 0, Urk. 9/162/
42).

Damit konnte von Dr. K.____

nicht konkretisiert werden , wann dieses Beschwerdebild nach seiner Einschät zung
erstmalig zufolge welches Ereignisses überwiegend wahrscheinlich auftrat und ob der
psychische Gesundheitszustand dadurch gegebenenfalls vor oder nach September 2010
zusätzlich - im Sinne einer erheblichen Verschlechterung - beeinträchtigt wurde

(vgl. auch E. 4 .4. 2 hernach). 4.3.4

Bezüglich der Frage nach Veränderungen des Gesundheitszustandes seit Septem ber 2010
führte Dr. K.____ ferner aus, in der Exploration sei auffallend gewesen, dass die
Schmerzsymptomatik überhaupt nicht im Zentrum gestanden habe beziehungsweise der
Beschwerdeführer spontan keine Schmerzen und auf Nachfrage über ein
belastungsabhängiges Schmerzgeschehen berichtet habe. Eine anhaltende somatoforme
Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sei daher und mangels eines quälenden Dauerschmerzes
nicht gegeben (Urk. 9/162/37-38). Diese Fest stellungen zur Veränderung des Sachverhaltes
waren mithin nicht relevant für die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit und zur
Begründung eines Renten anspruchs. Sie waren daher ebenfalls nicht geeignet, eine
anspruchs relevante Sachverhaltsänderung zu belegen. Soweit Dr. K.____ die anders
lautende diagnostische Einordnung der psychischen Beschwerden durch die C.____
-Gutachter (Urk. 9/80/23) sinngemäss als nicht und/oder nicht mehr zutreffend erachtete,
weil damals noch das Schmerzgeschehen im Vordergrund gestanden habe (Urk. 9/162/41),
war dies für einen allfälligen Revisionsgrund daher ohne Bedeu tung. 4.3.5

Somit war weder die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. J.____ vom 7. April 2015

(Urk. 9/163/3) , noch das Gutachten von Dr.

K.____

vom 2. März 2015 (Urk. 9/162) als Grundlage zur

Bejahung der Frage nach einer erheblichen Gesundheitsänderung seit der Verfügung vom 1.

September 2010 (Urk. 9/100) beweisrechtlich ausreichend. Dennoch hatte die
Beschwerdegegnerin ohne Weiterungen darauf abgestellt. 4.4 4.4.1

Das Gutachten von Dr. K.____ erfüllte zudem die damaligen Anforderungen an eine
medizinische Beweisgrundlage in wesentlichen Punkten nicht.

So setzte nach schon damals geltender Rechtsprechung eine rentenbegründende Invalidität
eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose voraus (BGE

130 V 396). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1.1 bezüglich einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung [ICD-10 F45.40]). Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich einschränkt (BGE 127 V 294 E. 5a ; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_725/2018 vom 6. März 2019 E. 5.3.1). In Bezug auf die von Dr. K.____ gestellten Diagnosen eine schizotypen Störung und einer PTBS erfolgte indes offenkundig keine nachvollziehbare Diagnosestellung, wie das Folgende zeigt. 4.4.2

Eine PTBS entsteht nach der Definition gemäss ICD-10 zu F43.1 als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über. Gemäss den diagnostischen Leitlinien soll diese Störung nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatischen Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist (Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel

V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 10. Aufl. 2015, S.

207 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2013 vom 25. Februar 2014 E. 4.3.2; BGE 142 V 342 E. 5.1) , was auch Eingang in die bereits damals geltende bundesgerichtliche Rechtsprechung gefunden hatte (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.3) .

Dr. K.____ begründete die Diagnose einer PTBS lediglich damit, dass der Beschwerdeführer in der Untersuchung, auch wenn er Angstträume verneint habe, Kernbefunde einer PTBS (ICD-10 F43.1) gezeigt habe, wie diverse Nachhallerinnerungen oder eine in der Untersuchung direkt zu beobachtende heftige psychovegetative Reaktion mit Vigilanzsteigerung , Erregung und Hyperventilation, als er ihn gezielt nach seinen Gefühlen und Ängsten beim Autofahren befragt habe. Das leichte depressive Bild sehe er am ehesten im Kontext der PTBS (Urk. 9/162/40). Damit führte Dr. K.____ bei der Begründung zur PTBS nur wenige typische Merkmale dieser Diagnose auf. Insbesondere äusserte er sich nicht zum auslösenden traumatischen Ereignis. Es wurde nicht nachvollziehbar begründet, wann sich die PTBS entwickelt haben soll und dass sie innerhalb von sechs Monaten oder ausnahmsweise aus bestimmten Gründen zu einem späteren Zeitpunkt nach einem traumatischen Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Die Bemerkung, dass er, Dr. K.____ , nicht sagen könne, seit wann eine PTBS vorliege (Urk. 9/162/ 42) , bestätigte, dass die PTBS entgegen der Diagnoseleitlinien keinem traumatischen Ereignis zugeordnet werden konnte, und stand einer rechtserheblich gesicherten Diagnose einer PTBS daher fraglos entgegen.

Wenn Dr. K. ___ zudem ausführte, dass er es für denkbar halte, dass eine PTBS in subsyndromaler oder virulent-manifester Form auch schon bereits im Jahr 2001 vorgelegen oder aber sich erst im Kontext des zweiten Unfalls im Jahr 2011 in der heutigen Form entwickelt habe (Urk. 9/162/ 42) , stellt dies lediglich eine Annahme dar. Ein Verdacht genügt indes nicht für die Begründung einer psychiatrisch, lege artis gestellten Diagnose . Dass und inwiefern der Auffahr unfall vom 25. August 2011 zudem ein traumatisches Ereignis von ausser gewöhnlicher Schwere gewesen sein soll, welches geeignet gewesen war, eine PTBS zu begründen, ist dem Gutachten nicht zu entnehmen und geht im Übrigen auch nicht aus den damaligen Akten hervor. Weder hatte die Beschwerdegegnerin Abklärungen zum Unfallereignis vom 25. August 2011 vorgenommen, noch wurden die genaueren Umstände des Unfalls vom Gutachter in der Exploration erfragt. Im Gutachten hielt Dr. K. ___ dazu allein fest, der Versicherte habe weiter über einen zweiten ähnlichen Auffahrnfall im Jahr 2011 berichtet, bei welchem «ihm einer hinten rein gefahren» sei, seither höre er immer wieder diese «akustischen Sachen» wie eine Polizeisirene oder ein Telefonklingeln (Urk. 9/162/25). Dr. K. ___ führte dazu nicht aus, dass und gegebenenfalls weshalb ausnahmsweise bereits ein allfälliger einfacher Auffahrnfall eine PTBS hätte auslösen können und überwiegend wahrscheinlich ausgelöst habe . Auch erklärte sich mit den Ausführungen von Dr. K. ___ nicht, wie der Umstand, dass der Beschwerdeführer weiterhin Auto fuhr und mit einem von einer Freundin ausgeliehenen Auto zur Begutachtung gelangte (Urk. 9/162/29), mit der Diagnose einer durch einen Auffahrnfall verursachten und/oder aktivierten PTBS zu vereinbaren sei, obschon ein typisches Merkmal dieser Diagnose das Vermeiden von Aktivitäten und Situationen

ist , die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten (vgl. zur Benutzung eines ausgeliehenen Autos bereits schon anlässlich der C. ___ -Begutachtungen im Juni 2007 und im September 2009: Urk. 9/49/10-11, Urk. 9/80/14).

Ein e Begründung der Diagnose einer PTBS unter Berücksichtigung und Erläuterung der klassifikatorischen Vorgaben lag damit

zweifels frei nicht vor. 4.4.3

Ferner berücksichtigte Dr.

K. ___ nicht, dass damals noch , im Zeitpunkt der Erstellung de s Gutachtens vom 2. März 2015 (Urk. 9/162), mithin kurz vor der Änderung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung mit dem Leitentscheid BGE 141 V 281 (Urteil vom 3. Juni 2015) , in Bezug auf die PTBS die sogenannte Schmerzstörungspraxis nach BGE 130 V 352 E. 2.2. 2 f.

zu

berücksichtigen war. Danach wurde im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen erkannt, dass die Überwindbarkeit des Leidens nur ausnahmsweise, unter bestimmten Voraussetzungen, zu verneinen sei. Diese Grundsätze wurden seither bei verschiedenen anderen psychischen Störungen für anwendbar erklärt sowie, in einer generellen Weise, bei sämtlichen patho genetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (sogenannte P äusbonog oder unklare Beschwerdebilder ; BGE 136 V 279 E.

3.2). Mehrfach erfolgte dies konkret auch in Bezug auf die PTBS (Urteil des Bundesgerichts 8C_483/2012 vom 4. Dezember 2012 E.

4 mit Hinweisen). Dr. K.____ wäre daher gehalten gewesen, zu den sogenannten «Überwindbarkeitskriterien» respektive «Förster-Kriterien» Stellung zu nehmen, was er indes nicht getan hat. Vielmehr erklärte er

unzutreffenderweise, eine Prüfung der Försterkriterien entfalle, da den «Päusbonog» zugehörige Diagnosen nicht vor lägen (Urk. 9/162/45).

Zwar beurteilten der RAD-Arzt Dr. J.____

in seiner Stellungnahme vom 7. April 2015 und die Beschwerdegegnerin in einer internen Prüfung vom 9. April 2015 aus rechtlicher Sicht (Urk. 9/163/3-4) die von Dr. K.____ gestellte Diagnose einer schizotypen Störung

als relevante psychische Komorbidität im Sinne von BGE 130 V 352 E. 2.2. 3. Jedoch übernahm der RAD-Arzt und mit ihm die Beschwerdegegnerin die Diagnose einer schizotypen Störung und die Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit von Dr.

K.____

ohne Weiteres.

Insbesondere hinterfragten Dr. J.____ und die Beschwerdegegnerin nicht, ob diese Diagnose lege artis, unter Berücksichtigung der massgeblichen klassifikatorischen Vorgaben gestellt worden sei.

Namentlich die nachfolgenden Unstimmigkeiten hätten Beachtung finden und zu weiteren Abklärungen und/oder zumindest zu weiteren Fragen an den RAD-Arzt führen müssen.

4.4. 4

Laut den diagnostischen Leitlinien zu ICD-10 F21 entspricht die Diagnose einer schizotypen Störung, welche gemäss Dr.

K.____ im Vordergrund stand (Urk.

9/162/42), einer Störung, die einen chronischen Verlauf mit unterschiedlicher Intensität zeigt und bei welcher sich kein klarer Beginn feststellen lässt sowie deren Entwicklung und Verlauf gewöhnlich einer Persönlichkeitsstörung

entsprechen

(Dilling / Mombour / Schmidt, a.a.O., S. 139). Gemäss ICD-10 F60 ist für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bezüglich Beginn und Entwicklung der Nachweis erforderlich, dass sie in der Kindheit oder Jugend beginnt und sich auf Dauer im Erwachsenenalter manifestiert hat (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, a.a.O., S. 277). Es handelt sich somit auch bei der schizotypen Störung (ICD-10 F21) um ein Beschwerdebild, welches schon vor September 2010 hätte manifest sein müssen.

Davon ging Dr. K.____

aus, indem er als Gründe für die Entwicklung einer schizotypen Störung eine traumatisierende Kindheit und den Unfall des Vaters in der Jugendzeit anführte sowie als Anzeichen für das Auftreten der Störung bereits vor den beiden Unfällen (2001 und 2011), viele Wechsel und Abbrüche im Arbeitsprozess sowie ein deutlich reduziertes bis aufgehobenes soziales und Beziehungsleben beschrieb (Urk.

9/162/39) . Jedoch ist augenfällig, dass Dr. K.____ auch im diesbezüglichen Sachverhalt und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen viele vage Formulierungen verwendet und dass er seiner Beurteilung

Vermutungen sowie Annahmen zugrunde legt. Namentlich führte er das Folgende aus: «Auffallend sind Akteninkongruenzen, wenn etwa im Gutachten des C.____ (Seite 8) steht, dass die Mutter Heimleiterin eines Pflegeheims gewesen sei. Denkbar wäre , dass der Versicherte nicht immer kongruente Angaben machte, was mit der Persönlichkeitspathologie zu tun haben könnte .», «...beruflichen Verhältnisse des Vaters... Denkbar wäre , dass es sich um einen Tabubereich handeln könnte .» (Urk.

9/162/ 32); «Auch dürfte dieses frühe traumatische Erleben zu Hause mit Gewalt und den damit verbundenen Ohnmachtsgefühlen gut zu der späteren ‘Mangelentwicklung’ des Versicherten passen.», «Wie er damals war, wissen wir nicht.», «...ereignete sich dann in seinem 16. Lebensjahr der Skiunfall des Vaters, welcher beim Vater eine volle Arbeitsunfähigkeit und eine Berentung zur Folge gehabt haben dürfte . Das Unfallereignis selber dürfte für den Versicherten traumatisch gewesen sein, zumal er unmittelbar mit dabei gewesen war, und möglicherweise auch schuldbeladen gewesen sein, da er selber - unverletzt - überlebte.», « Denkbar wäre weiter, dass die Aggressionen des Vaters ...durch den Unfall ein Ende gefunden haben, was dann die Schuldgefühle...weiter begünstigt haben könnte .», «Auffallend ist, dass es immer wieder zu Abbrüchen kam, weil er sich von den Vorgesetzten benachteiligt und hintergangen gefühlt habe. ... Auch dürfte er sich überfordert gefühlt habe. Er nannte zwar den Rücken, der nicht mitgemacht habe, doch ist auf Grund des heutigen Erlebens des Versicherten und der Befunde, davon auszugehen, dass der Versicherte in der Interaktion mit den Vorgesetzten und den Mitarbeitern erheblich limitiert gewesen sein dürfte . Wenn der Versicherte vielfach nur eine Teilzeitstelle wählte, dürfte oder könnte auch dies damit in Zusammenhang stehen.», «Wenn er über den beruflichen Weg seit dem Jahr 2001 nun aber nur noch sehr bruchstückhaft und mehrheitlich verwirrt Auskunft geben konnte, dürfte dies auf einen Bruch seiner psychischen Situation seit dem ersten Unfallereignis verweisen. Wenn er mir bezüglich seiner privaten Situation, seiner Beziehungen, seiner sozialen Situation durchgehend bzw. über all die Jahre seines Lebens praktisch keine Angaben machen konnte, dürfte dies auf eine dysfunktionale Entwicklungsstörung in diesen Bereichen und zwar seit frühester Zeit verweisen.», «...auf der Beziehungs- und sozialen Ebene dürfte er nie Anschluss an seine Umgebung bzw. die Mitmenschen gefunden haben, isoliert und zurückgezogen gewesen sein, eine Art ‘Kümmerexistenz’ geführt haben.», (Urk. 9/162/33-36); « Wenn wir - wie beschrieben - seit spätestens der Zeit der Lehre oder schon früher präsenten dysfunktionalen Persönlichkeitsentwicklung ausgehen, kann davon ausgegangen werden, dass die Pathologie nicht neueren Datums, sondern ein längerer Begleiter des Versicherten sein dürfte .» (Urk. 9/162/39); «Die schizotype Störung dürfte seit der Adoleszenz vorliegen und den Beschwerdeführer auch beeinträchtigt haben. Unter den verschiedenen traumatischen Situationen dürfte sie sich wohl akzentuiert haben » (Urk.

9/162/41) .

Aufgrund dieser lediglich vagen Ausführungen kann der Beginn einer schizotypen Störung bereits in jungen Jahren und die anhaltende Manifestierung dieses Beschwerdebildes schon vor September 2010 (Urk. 9/100) - ebenso wie bereits ausgeführt das Vorliegen einer gesundheitlichen Veränderung (vgl. oben E.

4.3.2) -

jedenfalls nicht als erstellt gelten .

Auch ist das von Dr. K.____ angenommene, bereits vor den Unfällen bestehende, deutlich reduzierte bis aufgehobene soziale L eben (Urk.

9/162/39) mit Blick auf die Vorakten nicht nachvollziehbar. Denn anlässlich de r

C.____ -Untersuchungen im Juni 2007 und im September 2009 hatte der Beschwerdeführer erklärt, das Auto, mit dem er zur Begutachtung gefahren sei, gehöre einer Kollegin, er sei zurzeit Untermieter bei einer Kollegin, wobei ein PC-Raum gemeinsam benutzt werde und er sich mit ihr gut verstehe, er besuche Kollegen, die er von früher kenne, respektive er werde einmal pro Woche von einem Kollegen besucht, mit dem er zwischenzeitlich auch via Internet telefoniere, gelegentlich treibe es ihn ins Casino, was ihn des Öfteren in finanzielle Schwierigkeiten bringe, und er besuche seine Eltern wöchentlich (Urk. 9/49/11, Urk. 9/80/14, Urk. 9/80/16). Vor dem Unfall (vom 4. Dezember 2001) sei er oft mit seinen Kollegen zusammen gewesen, sei geschwommen, Ski gefahren und mit den Kollegen in den Ausgang gegangen (Urk.

9/80/16). Anlässlich der Exploration durch Dr. K.____ in der Untersuchung vom 24.

Februar 2015 erklärte der Beschwerdeführer zudem, er habe als Kind/in der Jugend Kollegen gehabt, in der Lehrzeit sei er auf Abwege gekommen und habe viel gekiff't, teilweise habe er auch falsche Kollegen gehabt (Urk. 9/162/22), die Australienreise von Dezember 1995 bis März 1996 habe er zusammen mit zwei Kollegen gemacht und von 1998 bis 1999 habe er (bis zur Auflösung durch die Polizei) selbständig ein Hanflädeli gehabt (Urk. 9/162/23-24 i.V.m . Urk. 9/162/3).

Der Beschwerdeführer war somit durchaus sozial aktiv . Insbesondere auch das Reisen mit Kollegen und die Gründung sowie das Führen eines Geschäfts

bedingten den eigenständigen sozialen Umgang und die ständige Interaktion mit fremden Menschen, Kollegen, Kunden und Geschäftspartnern , was in der Beurteilung von Dr. K.____

- und im Übrigen auch in den Berichten von Dr. H.____

(vgl. E. 4.5.1) -

nicht berücksichtigt wurde.

Vor 2012 respektive vor dem Bericht vom 8. November 2013 von Dr. H.____ , die den Beschwerdeführer seit Anfang 2012 behandelte (Urk. 9/125/1), waren denn auch weder von den C.____ -Gutachtern, noch von den behandelnden Ärzten eine solche Störung

vom schizoiden Typ und auch keine andere wahnhaftige Störung nach ICD-10 F20-F29 diagnostiziert worden, auch nicht als Verdachts- oder als Differentialdiagnose. Auch exzentrische s Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken, welche zu den diagnostischen Kriterien einer schizotypen Störung (ICD-10 F21) gehören (Dilling / Mombour / Schmidt a.a.O., S. 139) , wurden vor 2012 weder von den C.____ -Gutachtern (Urk. 9/49/8-18, Urk. 9/80/13-26), noch von den damaligen behandelnden Ärzten (Urk.

9/9, Urk.

9/35/3-9, Urk.

9/46, Urk. 9/47/1-3, Urk. 9/80/28-30) und auch nicht im neurochirurgischen Gutachten von Dr. B.____ vom 31. August 2006 (Urk. 9/31) festgestellt. Da aber das Beschwerdebild mit genügenden Symptomen für die Diagnose einer schizotypen Störung (ICD-10 F21) überhaupt erst nach dem Auffahrunfall von 2011 manifest

und erkennbar wurde, widerspricht das der Diagnose mit frühem Beginn an sich .

Vor diesem Hintergrund war auch die zweite Diagnose einer schizotypen Störung (ICD-10 F21) nicht schlüssig . 4. 5 4.5.1

Insgesamt waren die von Dr. K.____ im Gutachten vom 2. März 2015 gestellten neuen Diagnosen einer schizotypen Störung (ICD-10 F21) und einer PTBS (ICD-10 F43.1) sowie die aufgrund dessen attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk.

9/162/40-43) somit nicht nachvollziehbar . Auch stellte das Gutachten eine gänzlich unzureichende

Grundlage für den Nachweis einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 1. September 2010 (Urk. 9/100) dar. Dr. K.____ hat vielmehr eine andere Beurteilung des schon 2009 bestehenden Gesundheitszustandes vorgenommen.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers vermag daran der Umstand, dass die Diagnosen einer schizotypen Störung und einer PTBS vor Dr. K.____ durch die behandelnde Psychiaterin Dr. H.____ gemäss ihren Berichten vom 8. November 2013 (Urk. 9/125) und vom 5./13. Juni 2014 (Urk. 9/144) gestellt worden waren, nichts zu ändern. Befunde und die typischen klassifikatorischen Diagnosekriterien zur PTBS wurden von Dr. H.____ in diesen Berichten nicht eindeutig zugeordnet (« Fraglich intrusive Erlebnisse in Form von Alpträumen und Flashbacks tagsüber über die Unfallereignisse.», Urk. 9/144/3) und das Auftreten innerhalb von maximal sechs Monaten nach einem auslösenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere respektive eine allfällige (ganz) ausnahmsweise längere Latenzzeit nicht aufgezeigt , so dass diese Diagnose unbegründet und nicht nachvollziehbar blieb . Sie ging zudem davon aus, dass die schizotypen Störung im

C.____ -Gutachten

(im Jahr 2007 und 2009; Urk. 9/49, Urk. 9/80/2-26) zu Unrecht nicht in die Beurteilung eingeflossen sei , was auf eine grundlegend andere Beurteilung desselben Gesundheitsleidens hindeutet.

Auch von ihr wurden sodann

die vor 2010 aktenkundigen sozialen Kontakte (vgl. oben E. 4.4.4) nicht respektive nicht nachvollziehbar gewürdigt, wobei aus ihren Berichten auch nicht hervorgeht, welche

Vorakten

ihr vorlagen .

Die von ihr postulierte Verschlechterung der Symptome der schizotypen Störung und der PTBS durch den Unfall vom 25. August 2011 (Urk. 9/125/2) erfolgte ferner ebenfalls ohne genaue Kenntnis und/oder Schilderung des Unfallherganges, wobei nach Angaben des Beschwerdeführers die nach dem Unfall eingetretene Zunahme der Schmerzen vorübergehend gewesen sei (Urk. 9/144/8) respektive diese sich nicht wesentlich verändert hätten .

Genauer zum Unfallhergang ist den Berichten von Dr. H.____ nicht zu entnehmen. Offen ist auch, aufgrund welcher Informationen sie als Diagnose n mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein HWS-Distorsionstrauma im Jahr 2011 (Urk.

9/144/1) und eine MTBI (Urk. 9/125/1) nannte . Eine Grundlage für den Nachweis einer erheblichen Veränderung seit September 2010 und der ab Behandlungsbeginn vom 17. Januar 2012 attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit

(Urk. 9/144/2-4) lag damit auch mit den Berichten von Dr.

H.____ nicht vor. Die Beschwerdegegnerin hatte bei Erlass der Verfügung vom 1. Juni 2015 (Urk. 9/173, Urk. 9/175) letztlich denn auch

nicht auf diese Berichte abgestellt , sondern infolge der Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. J.____ vom 23.

Juli 2014 (Urk. 9/145/2) und vom 12. November 2014 (Urk. 9/163/2) die Einholung des psychiatrischen Gutachtens von Dr. K.____

veranlasst.

4.5.2

Somit beruhte die damalige Invaliditätsbemessung, welche aufgrund der gutachterlich attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit mittels des Prozentvergleichs (vgl. dazu: Urteile des Bundesgerichts 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.1 und I 315/02 vom 9. Dezember 2003 E. 4.2) erfolgt war (Urk. 9/173/1) , auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit und zur

gesundheitlichen Veränderung und

war daher nicht rechtskonform erfolgt.

Indem die IV-Stelle in der Verfügung

vom 1. Juni 2015 (Urk. 9/173, Urk. 9/175) dennoch auf die Beurteilung von Dr. K.____

(Urk. 9/162/32-46) abstellte, führte sie die notwendigen fachärztlichen Abklärungen nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durch. Auch bezüglich des Hergangs

und der Folgen des Unfalls vom 25.

August 2011 unternahm sie keine weiteren Abklärungen, obschon Dr. K.____

im Kontext der Unfallereignisse in den Jahren 2001 und 2011 von einer (möglichen) «Verschlimmerung bzw. Akzentuierung» respektive Entwicklung der von ihm festgestellten Beschwerdebilder ausging (Urk. 9/162/42).

Mit der Beschwerdegegnerin ist das Vorliegen einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes daher zu bejahen (vgl. Art. 43 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2017 vom 2. August 2018 E. 3.2 mit Hinweisen).

Die Verfügung

vom 1.

Juni 2015 (Urk. 9/173, Urk. 9/175) ist

nach dem Gesagten zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_491/2017 vom 26. September 2017 E. 2 mit Hinweis und E.

4.1). 4.5. 3

Was der Beschwerdeführer dagegen des Weiteren vorbringt, führt zu keiner anderen Betrachtungsweise. Namentlich

kann er (Urk. 1 S. 5 ff., Urk.

11 S. 2) aus dem Verfahren, welches der Neuanmeldung vom 20.

September 2013 (Urk.

9/115) vorausging und in welchem das Rentenbegehren - gerichtlich bestätigt (Urk.

9/111/14) -

am 1. September 2010 zunächst

abgelehnt worden war (Urk. 9/100), nichts zu seinen Gunsten ableiten. Denn das damalige Verfahren

und die damalige Aktenlage besagten nichts über das Genügen oder Ungenügen der neuen Akten- und Beweislage, welche für die Beantwortung der Frage nach einer anspruchserheblichen Sachverhaltsänderung seither mit fachärztlich einwandfreier Entscheidungsgrundlage

hierzu und zur Arbeitsfähigkeit analog zu Art. 17 Abs. 1 ATSG benötigt wurde, sondern diente nur als Vergleichsbasis. Die Feststellung der (für die Wiedererwägung relevante) Verletzung des Untersuchungsprinzips bezieht sich mithin allein auf die - wie hiervor dargelegt - ungenügende Abklärung und Beweislage nach der Neuanmeldung vom 20. September 2013 (Urk. 9/115). 4.5. 4

Bei der - wie hier somit zutreffenden - Bejahung der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Leistungsverfügung (hier vom 1. Juni 2015) hat nunmehr eine in allen ihren Teilen neue Beurteilung der Rentenanspruchsvoraussetzungen nach den Verhältnissen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (hier vom 2. Februar 2023), mithin ohne Bindung an die ursprüngliche Verfügung frei - im Sinne einer erstmaligen Anspruchsbeurteilung - zu erfolgen, wofür es eine r

umfassende und aktuelle Sachverhaltsgrundlage bedarf (BGE

140 V 514

E.

5 und E. 6; Urteil des Bundesgerichts 9C_208/2016 vom 17. Juni 2016 E.

E. 13

Juni 2014 (Urk.

9/144; vgl. hiervor E. 4.5.1) - nicht geeignet.

E. 15

S. 6), ist nicht haltbar, zumal beim Beschwerdeführer bereits vor dem (zweiten) Unfall vom 25. August 2011 Beeinträchtigungen der psychischen und somatischen Gesundheit mit Beteiligung des HWS-Bereichs sowie der Persönlichkeit vor dem Hintergrund eines

chronischem Schmerz syndrom s bestanden hatten sowie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in einer schweren und (zufolge der psychischen Beschwerden) eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit attestiert worden waren (Urk. 9/80/25, Urk. 9/111/11) . Ausserdem fehlen in Bezug auf den zweiten Unfall und generell beweisrechtlich hinreichende Anhaltspunkte für eine bewusste Simulation respektive Falschangaben durch den Beschwerdeführer .

Von Dr. K.____ war im Gutachten vom 2. März 2015 lediglich festgehalten worden, der Blickkontakt sei bei der Untersuchung gemieden worden (Urk. 9/162/29), auffallend seien Akteninkongruenzen, wenn etwa im C.____ -Gutachten stehe, dass die Mutter Heimleiterin eines Pflegeheimes gewesen sei, wogegen der Beschwerdeführer bei ihm deren Beruf als Köchin angegeben habe (Urk. 9/162/32). Im C.____ -Gutachten vom 22. Oktober 2009 war ausgeführt worden, es bestünden - aus somatischer Sicht - erhebliche Diskrepanzen zwischen den anamnestischen Beschwerdeschilderungen und den objektiv i erbaren Befunden sowie den Schmerzäusserungen anlässlich der gutachterlichen Untersuchung. Insbesondere sei auffällig, dass der Beschwerdeführer angebe, den Kopf vor allem auf die rechte Seite kaum rotieren zu können, sich gleichzeitig jedoch in der Lage sah, auch auf längeren Strecken Auto zu fahren (Urk. 9/80/23).

Aus psychiatrischer Sicht wurde festgehalten, es bestehe eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung (Urk. 9/80/18). Auffälligkeiten, welche auf falsche Angaben des Beschwerdeführers hindeuteten, wurden nicht vermerkt. Dr.

M.____ stellte im Gutachten vom 25.

Juni 2021 zwar fest, die Beschwerdeschilderungen seien nicht ausführlich, oft vage und teilweise ausweichend, auf Nachfragen auch gereizt erfolgt (Urk.

9/221/79 , Urk. 9/221/95). Andererseits hat auch Dr. M.____ - wie schon die C.____ -Gutachter (Urk. 9/49/) - auf psychische Auffälligkeiten und eine Persönlich keitsänderung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geschlossen , welche eine gewisse Depressivität, einen gewissen sozialen Rückzug und eine gewisse Energielosigkeit und eine gewisse Verbitterung umfass e (Urk. 9/221/93 -94) . Die psychotische Symptomatik befand Dr. M.____ als fraglich und nicht wirklich valide nachvollziehbar (Urk. 9/221/95). Eine eigentliche Symptomsimulierung stellte aber auch Dr. M.____ nicht fest.

Die Rentenzuspr echung im Jahr 2015 war denn auch nicht aufgrund von

(nachweislich bewusst irreführenden) Falsch a ngaben des Beschwerdeführers unrechtmässig , sondern aufgrund der fehlenden weiteren Abklärungen der Beschwerdegegnerin zu einem offenkundig teils unvollständigen, teils unklaren Sachverhalt respektive der offenkundigen Verletzung des Untersuchungsgrund satzes erfolgt .

E. 19

S. 1) nicht angezeigt.

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