

200 21 327 IV und
200 21 328 IV (2)
MAK/SHE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 2. September 2022

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügungen vom 19. März 2021 und 22. März 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im April 2001 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug (Rente) an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. Mai 2002 (AB 18) sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügungen vom 12. Juni 2002 (AB 21/2) und 17. Juli 2002 (AB 21/5) bei einem Invaliditätsgrad von 100% rückwirkend ab September 2000 eine ganze Invalidenrente zu. Dieser Anspruch wurde mehrfach revisionsweise bestätigt (vgl. Verfügung vom 4. März 2004 [AB 27] sowie Mitteilungen vom 6. Juli 2007 [AB 40], 6. Januar 2012 [AB 50] und 6. Mai 2013 [AB 57]). Hingegen verneinte die IVB mit Verfügungen vom 26. Mai 2004 (AB 30) und 21. Februar 2012 (AB 52) den Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung.

B.

Infolge eines anonymen telefonischen Hinweises im Februar 2017 (AB 116), wonach der Versicherte einen ...handel und ... am Wohnort betreibe, leitete die IVB im März 2017 ein weiteres Revisionsverfahren in die Wege (AB 58) und tätigte abermals berufliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere holte sie bei Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten vom 6. Juni 2018 (AB 77.1) ein. Gestützt auf dessen Erkenntnisse forderte die IVB den Versicherten mit Schreiben vom 29. August 2018 (AB 81) auf, sie bis zum 14. September 2018 zu kontaktieren, falls er an der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen interessiert sei. Weiter wies sie den Versicherten auf die Mitwirkungspflicht sowie die möglichen Rechtsfolgen im Unterlassungsfall hin. Da sich dieser nicht vernehmen liess, stellte die IVB mit Vorbescheid vom 21. September 2018 (AB 83) in Aussicht, keine

Kostengutsprache für berufliche Massnahmen zu erteilen, wogegen der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Einwände erheben liess (AB 85, 91). In der Folge holte die IVB bei den behandelnden Ärzten sowie beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Berichte ein (vgl. AB 92, 100, 102, 104, 106, 110, 112). Weiter tätigte sie Internetrecherchen (AB 118) und holte beim E._____ Auskünfte ein (AB 117). Mit Schreiben vom 19. November 2019 (AB 119) wurde dem Rechtsvertreter des Versicherten mitgeteilt, wegen Verdachts eines unrechtmässigen Leistungsbezugs werde in Betracht gezogen, die laufenden Rentenleistungen per sofort zu sistieren. Weiter wurde Frist zur Stellungnahme bzw. zur Beantwortung von Fragen gewährt. Nachdem der Rechtsvertreter am 5. Dezember 2019 (AB 121) Stellung bezogen hatte, verfügte die IVB am 19. Dezember 2019 (AB 122) die sofortige Sistierung der laufenden Rentenleistungen. Die Verfügung blieb unangefochten.

In der Folge tätigte die IVB weitere Abklärungen. Insbesondere holte sie auf Anraten des RAD (vgl. Bericht vom 30. April 2020 [AB 132]) bei Dr. med. D._____ ein psychiatrisches Verlaufsgutachten vom 8. Oktober 2020 (AB 152.1) ein. Mit Vorbescheid vom 6. Januar 2021 (AB 153) stellte sie in Aussicht, bei einem Invaliditätsgrad von 0% und einer Meldepflichtverletzung ab 1. Juli 2018 die Invalidenrente rückwirkend per 30. Juni 2018 aufzuheben und die seither bezogenen Leistungen zurückzuverlangen. Mit Vorbescheid vom 7. Januar 2021 (AB 154) stellte sie in Aussicht, wegen subjektiver Eingliederungsunfähigkeit den Anspruch auf berufliche Massnahmen zu verneinen. Nachdem der Versicherte gegen beide Vorbescheide Einwand erhoben hatte (AB 157 f.), holte die IVB bei Dr. med. D._____ eine ergänzende Stellungnahme vom 25. Februar 2021 (AB 161) ein. Wie angekündigt, verfügte sie am 19. März 2021 (AB 162) bei einem Invaliditätsgrad von 0% und einer Verletzung der Meldepflicht ab 1. Juli 2018 die Aufhebung der Invalidenrente rückwirkend per 30. Juni 2018. Mit Verfügung vom 22. März 2021 (AB 163) wies sie den Antrag auf berufliche Massnahmen ab. Letztere Verfügung blieb unangefochten. Ebenfalls mit Verfügung vom 22. März 2021 (AB 164) forderte die IVB vom Versicherten die zwischen Juli 2018 und Dezember 2019 bezogenen Invalidenrenten im Umfang von Fr. 20'796.-- zurück.

C.

Mit Eingabe vom 5. Mai 2021 erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. März 2021 (Renteneinstellung). Er beantragt, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien dem Beschwerdeführer weiterhin die gesetzlichen Rentenleistungen auszurichten.

Dieses Beschwerdeverfahren wurde im Geschäftsverzeichnis des Verwaltungsgerichts unter der Verfahrensnummer IV/2021/327 registriert.

D.

Ebenfalls mit Eingabe vom 5. Mai 2021 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde gegen die Rückerstattungsverfügung vom 22. März 2021. Er beantragt, das Beschwerdeverfahren bis zum Abschluss des Beschwerdeverfahrens betreffend Aufhebung der Invalidenrente zu sistieren.

Dieses Beschwerdeverfahren wurde im Geschäftsverzeichnis unter der Verfahrensnummer IV/2021/328 registriert.

E.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 9. Juni 2021 auf Abweisung der Beschwerden.

Mit prozessleitender Verfügung vom 15. Juni 2021 wurden die beiden Verfahren IV/2021/327 und IV/2021/328 vereinigt und es wurde festgestellt, dass die Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. März 2021 rechtzeitig erfolgte. Der Verfahrensantrag auf Sistierung des Beschwerdeverfahrens IV/2021/328 wurde abgewiesen.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtenen Entscheide sind in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtenen Entscheide berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG; vgl. Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG; vgl. auch Sendungsverfolgung der Schweizerischen Post [in den Gerichtsakten]) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerden einzutreten.

1.2 Anfechtungsgegenstand bilden die Verfügungen vom 19. März 2021 (Aufhebung der Invalidenrente; AB 162) und vom 22. März 2021 (Rückerstattung; AB 164). Streitig und zu prüfen sind die rückwirkende Aufhebung der Rente per 30. Juni 2018 sowie die Rückerstattung der zwischen Juli 2018 und Dezember 2019 bezogenen Rentenleistungen.

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

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

2.

Zu prüfen ist zunächst die Rechtmässigkeit der mit Verfügung vom 19. März 2021 (AB 162) per Ende Juni 2018 erfolgten Rentenaufhebung.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Leistungsanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen. Soweit die Rückforderung (vgl. E. 5 hiernach) betreffend, ist per 1. Januar 2021 eine Änderung der Verwirkungsfrist in Kraft getreten. Da der im vorliegenden Fall zur zu beurteilenden Rückforderung Anlass gebende Umstand (nicht gemeldete Tätigkeit) sich vor der am 1. Januar 2021 in Kraft getretenen Änderung vom 21. Juni 2019 des ATSG (AS 2020 5137 ff.) ereignet hat, sind die bis am 31. Dezember 2020 gültigen Bestimmungen anwendbar.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der

volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). 1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich 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 (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

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

2.5.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.5.2 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweismwürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt

worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2019 IV Nr. 68 S. 220 E. 2).

2.5.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

3.

3.1 Bei der Prüfung, ob ein Revisionsgrund vorliegt, ist der Sachverhalt zur Zeit der rentenzusprechenden Verfügungen vom 12. Juni 2002 (AB 21/2) und 17. Juli 2002 (AB 21/5) mit demjenigen, der sich bis zur angefochtenen Verfügung vom 19. März 2021 (AB 162) entwickelt hat, zu vergleichen (vgl. E. 2.5.2 hiervor). Die Mitteilungen und Verfügungen vom 4. März 2004 (AB 27), 6. Juli 2007 (AB 40), 6. Januar 2012 (AB 50) und 6. Mai 2013 (AB 57), mit welchen bei jeweils unverändertem Invaliditätsgrad von 100% die Weiterausrichtung der bisher bezogenen ganzen Invalidenrente bestätigt wurde, bilden keine Vergleichsbasis, erfolgte doch keine umfassende Überprüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114).

Mit der aktenkundigen, nach Angaben des Rechtsvertreters (AB 121/1) im Jahr 2013 aufgenommenen Handelstätigkeit des Beschwerdeführers mit ... und den damit verbundenen Einkünften liegt offensichtlich bereits in erwerblicher Hinsicht ein Revisionsgrund vor. Wie nachfolgend aufzuzeigen ist, ist darüber hinaus auch ein medizinischer Revisionsgrund zu bejahen.

3.2 Die Verfügungen vom 12. Juni 2002 (AB 21/2) und 17. Juli 2002 (AB 21/5) basierten im Wesentlichen auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 4. Mai 2002 (AB 18). Dieser stellte darin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 4.1):

1. Dysthym-neurasthenisches Syndrom (ICD-10 F34.1/F48.0; bestehend seit September 1999) bei subakuter Konversionsstörung mit:
 - schwerer hypochondrischer Störung (ICD-10 F45.2)
 - somatoform-autonomer Störung (ICD-10 F45.30/3)
 - dissoziativer partieller Amnesie (ICD-10 F44.0)
 - Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10 F44.6)
 - anamnestisch Trancezuständen (ICD-10 F44.3)
2. anamnestisch rezidivierende Depressionen, resp. Angst und depressive Störungen gemischt (seit September 1999 bestehend)
3. Verdacht auf Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, abhängigen und ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10 F61.0; seit der Kindheit bestehend)

Beim Versicherten sei es ohne eruierbare kindheitliche Hintergrundsbelastung, aber mit Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, ab September 1999 bei psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren (Migrationshintergrund, Angst um seine Angehörigen im ...-Krieg sowie nach Verlust der Arbeitsstelle im Januar 1999) zur Dekompensation einer schweren Konversionsstörung und zu rezidivierenden depressiven Episoden gekommen, die bis schwer (mit somatischem Syndrom, ohne Psychose) beschrieben worden seien und eine intensive medizinische „prise en charge“ nach sich gezogen hätten, unter welcher zur Zeit ein tendenzielles leichtes Konsolidierungsstadium vorliege. Der Versicherte zeige beginnende Einsicht in die eigentliche Natur der Krankheit. Hintergründig seien jedoch massive hypochondrische Fantasien immer noch vorhanden. In der Interviewer-Reaktion sei man zunächst genervt über seine drängend-ungeordnet und repetitiv vorgebrachte Beschwerdenkaskade, die scheinbar ohne viel affektive Beteiligung heruntergeleiert werde; später merke man, dass man ihm z.B. mit der Annahme einer vor allem demonstrativ-aggravatorischen Tendenzhaltung sehr unrecht täte, indem er offensichtlich tatsächlich unter seinen Symptomen leide, sich auf eine zwar etwas kindhaft-naive, aber ehrliche Art bemühe und viel Motivation in sein gegenwärtiges therapeutisches Setting stecke. Der fehlende Affekt bei der Beschwerdeschilderung könne geradezu pathognomonisch für die Art der Störung sein (*belle indifférence*) und bestätige, dass es sich um eine unbewusste Problematik handle. Zur Annahme einer neurotisch-persönlichkeitsgestörten Hintergrundproblematik würde der konstatierte

persönlichkeitsmässige Reifungsrückstand passen (DD Regression infolge der Krankheit). Die Chronifizierungsgefahr sei gross und rechtfertige den intensiven therapeutischen Einsatz. Seit vier Monaten laufe neben fach- und hausärztlicher psychotherapeutischer Behandlung eine rehabilitative Massnahme an der Tagesklinik F._____, die offenbar einen sehr günstigen Effekt habe.

Der Gutachter führte ferner aus, er erhalte gestützt auf die Äusserungen des Versicherten den Eindruck, dass dieser sehr wohl behandelbar sei und die Prognose sich nicht so düster zeige, wie von den involvierten Ärzten erwähnt, wenn auch mit Rückfällen und einer langen Dauer der Therapie gerechnet werden müsse. Auch wenn die komorbide Störung komplex und die emotionalen Ressourcen begrenzt seien, scheine der intelligente, noch junge Versicherte lernfähig und vor allem sehr kollaborationswillig und zeige durchaus ein ressourcenorientiertes Denken. Es sei vorstellbar, dass er nach längerer geduldiger therapeutischer Förderung durchaus in der Lage sein werde, in einem kleinen, tragenden Betrieb (z.B. ..., ...) rentenausschliessend oder voll reintegrierbar zu werden. Psychophysisch bestehe offenbar eine rasche Ermüdbarkeit im Rahmen des dysthym-neurasthenischen Syndroms. Geistig lägen keine organischen Beeinträchtigungen vor. Jedoch bestünden eine Konzentrationsstörung und eine psychogene partielle Amnesie infolge anhaltend-ängstlicher Beschäftigung mit den Körpersymptomen sowie eine Fixierung und Zentrierung auf die Beschwerden. Aus beruflicher Sicht habe der Versicherte zurzeit zwar bereits eine gewisse, aber noch zu geringe Distanz zu seiner überwertigen Symptomatik. Er sei noch in einem Ausmass krank, das mit der Aufnahme einer Tätigkeit nicht vereinbar sei. Zurzeit laufe eine medizinische Massnahme mit günstiger Wirkung. Welche Belastbarkeit diese schliesslich wieder herzustellen imstande sein werde, sei aus heutiger Sicht schwer abschätzbar. Bei optimalem Verlauf könne mit einer weitgehenden Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% oder mehr bestehe seit dem 7. September 1999. Die Beeinträchtigungen liessen sich durch die gegenwärtig laufende medizinische Massnahme verringern. Der Erfolg dieser Therapie könne in ein bis zwei Jahren beurteilt werden (S. 8 ff.).

3.3 Was die Entwicklung des Gesundheitszustands seit den Verfügungen vom 12. Juni 2002 (AB 21/2) und 17. Juli 2002 (AB 21/5) betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im psychiatrischen Gutachten vom 6. Juni 2018 (AB 77.1) diagnostizierte Dr. med. D. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1; S. 37 Ziff. 3.5). Bereits seit September 1999 und auch im Vergleich zum Referenzzeitpunkt (12. Juni 2002) zeigten sich eine durchgehend, in verschiedenen Berichten bzw. eine von verschiedenen Akteuren erhobene stabile Symptomatik und die sich daraus ableitenden Diagnosen. Trotz zahlreicher Behandlungsversuche und einer durchgehenden ambulanten psychiatrischen Behandlung habe keine Verbesserung des bereits initial beschriebenen Zustandsbildes erreicht werden können. Im Gegenteil müsse von einer über nahezu zwei Jahrzehnte stattgefundenen Chronifizierung des bestehenden Krankheitsbildes ausgegangen werden. Zudem zeige sich eine Verstärkung der Angst- und Paniksymptomatik in den zurückliegenden Jahren. Auch die in der vorliegenden Untersuchung erhobenen objektiven Befunde, als auch subjektiven Angaben des Versicherten deckten sich mit den Vorbefunden aus den zur Verfügung gestellten Akten. Ein Hinweis auf Aggravation bestehe nicht.

Aufgrund verschiedener vorliegender Faktoren ergebe sich jedoch eine zumindest medizinisch-hypothetische Wahrscheinlichkeit, trotz Annahme einer bereits eingetretenen Chronifizierung und der als äusserst ungünstig dargestellten Prognose eine Verbesserung des Zustandsbildes und eine damit verbundene Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Wichtigster Faktor sei dabei die Motivation des Versicherten. Im Gespräch habe sich dieser mehrfach geäussert, dass er aus seiner jetzigen Situation „unbedingt heraus wolle“. Gerade die Zukunfts-, Perspektiv- und Ausweglosigkeit seiner Situation stimme ihn verzweifelt und depressiv und nehme ihm jeglichen Antrieb und Motivation. Er würde „alles daran setzen“, wenn es eine Lösung gäbe. Überdies bestünden beim Exploranden durchaus – wenn auch nur wenige – Ressourcen. Immerhin sei er in seiner Jugend ein ... gewesen, der diszipliniert und mit Ausdauer einen ...

betrieben habe. Des Weiteren seien die Behandlungsmöglichkeiten in mehrfacher Hinsicht als noch nicht ausgeschöpft zu erachten. Zum einen sei das dreiwöchentliche Behandlungsintervall bei der beschriebenen Symptomatik als zu niedrigfrequent einzustufen. Hier wäre zum andern eine längerfristige Behandlung in einem tagesklinischen oder stationären Setting mit intensiver, störungsspezifischer psychotherapeutischer Behandlung (Wahrnehmung und Regulation von Emotionen; Expositionsverfahren, etc.) zu erwägen. Zudem müsse die bisher durchgeführte (Aktenlage) und gegenwärtig bestehende psychopharmakologische Behandlung als nicht ausgeschöpft betrachtet werden. Sowohl im Hinblick auf die bestehende depressive Symptomatik, die Angst-Panik-Symptomatik, als auch die beschriebenen Schlafstörungen bestehe bei einer Umstellung der Medikation – evtl. auch unter stationären Bedingungen – noch erhebliches Verbesserungspotential (S. 37 ff. Ziff. 3.6). Seit der rentenzusprechenden Verfügungen 2002 habe sich der Gesundheitszustand nicht verändert (S. 40). Im bisherigen Umfeld (... , ...) bestehe im ersten Arbeitsmarkt eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 47). Was eine Eingliederung anbelange, sei die seit nahezu zwei Jahrzehnten bestehende Symptomatik selbst qualifiziert, erhebliche Probleme bei der Eingliederung entstehen zu lassen. Vor allem die körperliche Symptomatik mit sich anschliessenden hypochondrischen Ängsten, als auch die spontan entstehenden Angst- und Panikattacken stünden im Vordergrund. Diesbezüglich sei bei der Eingliederungsmassnahme darauf zu achten, dass ein wohlwollender, verständnisvoller und respektvoller Umgang von Seiten der Vorgesetzten und Mitarbeiter mit solchen nicht unwahrscheinlichen Situationen vorhanden sei. Dem Versicherten müsse es auch jeder Zeit möglich sein, sich am Arbeitsplatz zurückzuziehen und/oder Unterstützung durch eine Bezugsperson zu erhalten. Es sollte mit einem geringen Pensum begonnen werden (20-40%) und entsprechend seiner gesundheitlichen Situation bzw. der Leistungsfähigkeit das Arbeitspensum nach Absprache mit ihm und dem/den Therapeuten stufenweise erhöht werden (S. 45 f.). Unter Einhaltung dieser Bedingungen sei eine angepasste Tätigkeit im Rahmen einer Eingliederungsmassnahme zumutbar (S. 48).

3.3.2 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Schreiben vom 18. Februar 2019 (AB 102/2) an die IVB aus, er habe den Versicherten seit Sommer 2016 wiederholt wegen Schmerzen vor allem im Bereich des oberen Rückens mit muskulären Verspannungen und Schmerzausstrahlung gegen den Schultergürtel beidseits in seiner Sprechstunde gesehen. Ein Röntgenbild der Brustwirbelsäule (BWS) und der Halswirbelsäule (HWS) vom Dezember 2016 habe eine linkskonvexe thorakale Skoliose, eine Schiefhaltung der HWS nach rechts und eine Streckhaltung gezeigt. Es hätten sich keine wesentlichen degenerativen Veränderungen gezeigt. Im März 2018 und Januar 2019 sei der Versicherte zwei Mal auf der Notfallstation der Klinik H._____ gesehen worden mit ähnlichen Beschwerden. Im April 2017 sei auch ein MRI der linken Schulter angefertigt worden. Dieses habe eine AC-Gelenksarthrose und eine leichte Reduktion des Subakromialraumes als mögliche Impingementauslöser gezeigt (Ziff. 1). Die Arbeitsfähigkeit sei durch die Beschwerden an der HWS und BWS oder am Schultergürtel wohl nicht wesentlich beeinträchtigt (Ziff. 2).

3.3.3 Der behandelnde Psychiater Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Schreiben vom 5. März 2019 (AB 104) an die IVB aus, eine Intensivierung der ambulanten Psychotherapie habe bereits stattgefunden. Die Gespräche fänden aktuell zweiwöchentlich statt. Die Durchführung des ABCB1-Gentests habe eine verminderte Passage von Antidepressiva durch die Bluthirnschranke ergeben. Daher sei die Dosis gesteigert worden. Der Versicherte sei bereits seit 1999 in seiner ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung. Es seien verschiedene therapeutische Methoden angewendet worden. Auch seien verschiedenste Antidepressiva ausprobiert worden. Ein gewünschter Erfolg sei bis jetzt nicht eingetreten. Aufgrund der Chronifizierung sei die Prognose für eine Verbesserung des psychischen Zustandes äusserst ungünstig, obwohl während diesen 20 Jahren mehrmalig eine Intensivierung der Gesprächstherapiefrequenzen stattgefunden habe. Hospitalisationen in psychiatrischen Einrichtungen sowie tagesklinische Behandlungen hätten bis jetzt keinen erwünschten Erfolg gebracht.

3.3.4 Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie vom RAD, führte in der Stellungnahme vom 16. April 2019 (AB 106) aus, die vom behandelnden Psychiater eingeleiteten Massnahmen seien sinnvoll und würden den Vorgaben des Gutachters und ihm entsprechen. Eine Überprüfung des Serumspiegels des verordneten Antidepressivums sei nicht erfolgt. Daher sei der Versicherte zu einer einmaligen laborchemischen Untersuchung aufzubieten. Mit der Intensivierung der Behandlung könne bei günstigem Verlauf eine Arbeitsfähigkeit von 30-50% innerhalb eines Jahres erreicht werden (S. 4 Ziff. 1). Bezüglich somatischen Einschränkungen könne man sich an der Einschätzung des Hausarztes orientieren. Nach Rücksprache mit einem Somatiker des RAD ergebe sich folgendes Zumutbarkeitsprofil in Bezug auf die Schulterproblematik: zumutbar seien körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, zumeist ohne Heben und Tragen von schweren Lasten, mit maximaler gelegentlicher Gewichtsbelastung bis zu 20 kg, mit ausnahmsweiser (nicht repetitiver) Gewichtsbelastung bis zu 25 kg. In der Regel eher zu meiden seien rumpffernes Lastenheben, Heben von Lasten über Brusthöhe, armbelastendes Arbeiten über Bauchhöhe, manuelles Arbeiten über Schulterhöhe sowie das Besteigen von Leitern und Gerüsten. Eine diesem Zumutbarkeitsprofil angepasste Tätigkeit könne aus medizinischer Sicht ganztags und ohne Leistungsminderung ausgeübt werden (S. 4 f. Ziff. 2).

3.3.5 Dr. med. I. _____ postulierte im Verlaufsbericht vom 25. Juni 2019 (AB 112) einen stationären Gesundheitszustand (S. 2 Ziff. 1). Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittel- bis schwergradige Ausprägung ohne somatisches Syndrom und ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.1/F33.2), eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), eine arterielle Hypertonie, medikamentös noch nicht zufriedenstellend eingestellt, sowie Hyperlipidämie (Ziff. 3). Trotz Intensivierung der ambulanten Psychotherapie und Erhöhung der antidepressiven Medikation sei es zu keiner Verbesserung der depressiven Symptomatik gekommen. Sowohl die Ängste als auch die körperlichen Symptome seien im gleichen Masse vorhanden. Aufgrund jahrelanger Behandlung seien beide psychiatrischen Diagnosen nicht mehr wegzudenken. Ausserdem komme es trotz guter

medikamentöser Compliance wieder zu Panikattacken (Ziff. 4). Seit dem 29. Oktober 1999 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychiatrischen Diagnosen (S. 3 Ziff. 11 f.). Zum aktuellen Zeitpunkt seien dem Versicherten keine Tätigkeiten zumutbar (Ziff. 14).

3.3.6 Nachdem die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer am 19. November 2019 über den anonymen Hinweis und die ergänzenden Abklärungen zum ...handel informiert und die Sistierung der Rentenleistungen in Aussicht gestellt hatte, erklärte der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin am 21. November 2019 telefonisch, die Aktivitäten mit ... und deren ... seien nur ein Hobby, das er im Übrigen stets offengelegt habe (AB 120). Der Rechtsvertreter hielt in seiner Eingabe vom 5. Dezember 2019 fest, seit 2013 kaufe und verkaufe/tausche der Beschwerdeführer für sich oder andere Personen Dabei handle es sich um eine „Passion“. In den letzten drei Jahren habe er dabei ca. 40 ... verkauft bzw. getauscht (AB 121/1). Auch habe er ... (AB 121/2). Sofern es der gesundheitliche Zustand seines Mandanten zulasse, ... dieser an den Wochenenden eine bis zwei Stunden ..., ..., ... und Regelmässig bringe und hole er seinen Sohn zur bzw. von der Schule ab und laufe täglich am Abend eine Stunde (AB 121/3).

3.3.7 Dr. med. J. _____ führte im RAD-Bericht vom 30. April 2020 (AB 132) aus, es bestünden deutliche Diskrepanzen oder Inkonsistenzen. Insofern könne der gutachterlichen Einschätzung nicht gefolgt werden. Mit den nun vorliegenden Berichten über den An- und Verkauf von ... sowie die Freizeitaktivitäten könne klar eine schwere Ausprägung der psychiatrischen Störungsbilder ausgeschlossen werden. Mit der Passion des Versicherten in Bezug auf ... und dem damit verbundenen An- und Verkauf (unabhängig von einer noch zu prüfenden Gewerbmässigkeit) und der Anpassung seiner Flugängste an die jeweiligen Gegebenheiten (Rückflug aus ..., ...) würden sich deutlich umfangreichere Ressourcen abbilden. Wenn dem Versicherten etwas wichtig sei, könne er entsprechende Ressourcen aktivieren.

3.3.8 Daraufhin postulierte Dr. med. I. _____ im Verlaufsbericht vom 18. Mai 2020 (AB 144) einen verschlechterten Gesundheitszustand (S. 2 Ziff. 1). Neu bestehe mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auch eine

Agoraphobie (ICD-10 F40.0; Ziff. 3). Seit dem Bericht vom 25. Juni 2019 habe sich die psychische Situation des Versicherten schleichend verschlechtert. Die Ängste hätten zugenommen, die innere Unruhe und Angespanntheit sowie die depressive Symptomatik hätten sich bereits verschlechtert. Er komme nach wie vor alle vierzehn Tage zu ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesprächen, wirke jedoch kraftlos, besorgt, ängstlich und depressiv. Aufgrund der medikamentösen Behandlung der Depression und Hypertension sei es zu einer starken Gewichtszunahme gekommen. Die inzwischen etablierte antidepressive medikamentöse Therapie habe nicht den gewünschten Erfolg gebracht (Ziff. 4). Bis auf Weiteres bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 11). Beim Versicherten bestünden meistens psychische Einschränkungen, die aufgrund der Chronifizierung der Diagnosen, vor allem der Depression und der generalisierten Angststörung begleitet von Agoraphobie, das Krankheitsbild erschweren und die Prognose für eine Arbeitsfähigkeit stark minimierten (Ziff. 12). Auch eine leidensangepasste Tätigkeit sei zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich (Ziff. 14).

3.3.9 Im Verlaufsgutachten vom 8. Oktober 2020 (AB 152.1) diagnostizierte Dr. med. D._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0), eine phobische Störung (ICD-10 F40) sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01; S. 37 Ziff. 6.1.1). Es ergäben sich mehrere gravierende Inkonsistenzen zwischen der geschilderten und dokumentierten Symptomatik bzw. Diagnosen und dem Aktivitätsniveau, das durch die neu vorliegenden Akten belegt und in der Eigenanamnese erhoben worden sei. Die seit 2001 durch den behandelnden Psychiater durchgehend dokumentierten mittelgradigen bzw. mittel- bis schwergradigen depressiven Zustände seien mit den vorhandenen Ressourcen und bestehenden Aktivitäten nicht in Einklang zu bringen.

So habe der Versicherte bereits seit 2013 entsprechend seiner Passion ... verkauft und getauscht. In den Jahren 2017 bis 2019 seien dies ca. 40 ... gewesen. Er habe die ... auch für andere Personen inseriert und habe „...“. Zudem verbringe er nach eigenen Angaben eine halbe Stunde pro Tag mit ..., indem er ... mache und Er gehe ein bis zwei Mal pro Woche mit

seiner Ehefrau zum Einkaufen, manchmal jeden Tag für ein bis zwei Stunden ... und bringe bzw. hole „regelmässig“ seinen Sohn zur Schule bzw. dort ab.

In Bezug auf die vom Versicherten beschriebene und in den Akten dokumentierte Angstsymptomatik müsse unter Zugrundelegung der dokumentierten sozialen Aktivitäten davon ausgegangen werden, dass er durchaus über Ressourcen verfüge, um diese von ihm als invalidisierend geltend gemachte Symptomatik zu kontrollieren bzw. zu regulieren. Die Ressourcen zur Regulation der geschilderten Angstzustände würden sowohl durch die Angaben des Versicherten in der Untersuchungssituation als auch in den Akten sichtbar. So sei er in der Lage, „regelmässig“ seinen Sohn zur Schule zu bringen und dort abzuholen. Mit seiner Ehefrau verbringe er ein bis zwei Mal pro Woche ein bis zwei Stunden ... beim Einkaufen. Während der Reisen ..., die er ein bis zwei Mal im Jahr für vier Wochen unternehme, könne er ... bzw. ... km mit dem Auto am Tag zurücklegen. „Grundsätzlich“ trete er die Reisen ... nur per Auto an. Obwohl er „unter extremer Flugangst“ leide, habe er 2018 die Heimreise per Flugzeug bewältigen können (S. 43 f. Ziff. 7.3).

Aufgrund der bestehenden erheblichen Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und dem gezeigten Verhalten bzw. der Symptomatik während der Exploration einerseits und den in den Akten dokumentierten sowie eigenanamnestisch erhobenen Befunden in Bezug auf das Aktivitätsniveau und der bestehenden Ressourcen sei von einer leichtgradigen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde auszugehen. Zudem zeige sich ebenfalls aufgrund der Inanspruchnahme der ambulanten psychiatrischen Therapie, die selbst nach Intensivierung lediglich mit zweiwöchentlicher Frequenz durchgeführt werde, eine erhebliche Inkonsistenz gegenüber den geschilderten und in den Akten dokumentierten Auswirkungen des Gesundheitsschadens. Eingliederungsmassnahmen, die aufgrund des bestehenden Gesundheitszustandes und dessen Ausprägung durchaus als zumutbar einzustufen gewesen wären bzw. seien, hätten bisher aufgrund der mangelnden Kooperation des Versicherten bzw. dessen Krankheitsüberzeugung nicht durchgeführt werden können. Eine

Behandlungsresistenz könne beim vorliegenden Gesundheitsschaden nicht angenommen werden, da dieser therapeutisch weiterhin als durchaus angebar einzuschätzen sei (S. 45 f. Ziff. 1).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... im ...bereich bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 47 Ziff. 8.1.1). Eine angepasste Tätigkeit müsse ein wohlwollendes, verständnisvolles Umfeld mit direktem Ansprechpartner, mit möglichst wenig Kundenkontakt (z.B. Verkauf, Service) und wenig Verantwortung, bieten. Es müsse sich um einfache, überschaubare Tätigkeiten mit der Möglichkeit zu vermehrten kurzen Pausen und Rückzug handeln (Ziff. 8.2.1). Aufgrund der bestehenden Ressourcen sowie der dokumentierten Fähigkeit, die bestehende Angstsymptomatik bei entsprechender Motivation in Bezug auf die jeweiligen Ziele auch über längere Zeiträume zu regulieren, bestünden keine Einschränkungen der Präsenz, so dass ein normaler Arbeitstag von acht Stunden möglich sei (Ziff. 8.2.2). Während dieser Anwesenheitszeit bestehe aufgrund der geringen Funktionseinschränkungen keine Herabsetzung der Leistungsfähigkeit (S. 47 f. Ziff. 8.2.3) und es liege eine Arbeitsfähigkeit von 100% vor (S. 48 Ziff. 8.2.4). Dies gelte (mindestens) seit 2013 (Ziff. 8.2.5 sowie S. 50 Ziff. 8.4).

3.3.10 Dr. med. I. _____ führte im Brief vom 19. Januar 2021 (AB 157/3) an den Rechtsvertreter des Versicherten aus, aufgrund der Chronifizierung der Depression und immer wieder wechselnden Phasen der rezidivierenden depressiven Störung sei es wiederholt zu Verschlechterungen und leichten Verbesserungen der depressiven Symptomatik gekommen. Es habe jahrelang Phasen von mittelgradiger Ausprägung der Depression und immer wieder auch eine Verschlechterung des depressiven Zustandsbildes mit suizidalen Gedanken gegeben. Die Agoraphobie und generalisierte Angststörung seien beim Versicherten dauerhaft vorhanden.

Aufgrund der jahrelang vorhandenen und chronifizierten Depression, die bereits seit 1999 vorhanden sei, sei der Gesundheitsschaden nicht mehr therapeutisch angebar und die Prognose sei äusserst ungünstig. Die psychiatrische, psychotherapeutische und medikamentöse antidepressive Behandlung sei bis jetzt immer entsprechend der S3-Leitlinien betreffend

Behandlung von Angststörungen durchgeführt worden. Trotz mehreren Hospitalisationen und verschiedensten Antidepressiva sei es aber bis jetzt zu keinem Erfolg gekommen.

Weiter nahm Dr. med. I. _____ Stellung zum Verlaufsgutachten: Es sei erstaunlich, dass der Gutachter im ersten Gutachten eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) diagnostiziert habe, im Verlaufsgutachten dann aber eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), welche nicht auf objektiven Befunden, sondern nur auf Erkenntnissen der IVB basiere. Die objektiven Befunde seien im Verlaufsgutachten im Vergleich zum ersten Gutachten gleich geblieben. Bereits dem Beschrieb seines Tageablaufs im Verlaufsgutachten sei aber zu entnehmen, dass dieser trotz schlaffördernder Medikation einen gestörten Schlaf habe und er nur bei gutem psychischen Zustand „andere Tätigkeiten“ erledige. Es sei keine Rede von regelmässiger Aktivität und regelmässigem Tagesablauf, sondern es hänge vom psychischen Zustand und dem allgemeinen Wohlbefinden des Versicherten ab. Dass er anlässlich der Verlaufsbeurteilung über Selbstmordgedanken und Ängste davor berichtet habe, werde in den objektiven Befunden vom Gutachter nicht gewürdigt. Einerseits beziehe sich der Gutachter auf den Zeitpunkt der Untersuchung, als keine Selbstmordgedanken vorhanden gewesen seien, und andererseits gehe er von den zur Verfügung gestellten neuen Erkenntnissen der IVB und den Aussagen des Rechtsvertreters aus.

Bezüglich der gutachterlichen Feststellung, wonach das Antidepressivum nicht im Referenzbereich gelegen habe, sei auch der Zeitpunkt der Blutentnahme sehr wichtig, um die richtigen Werte des Antidepressivums festzustellen. Was die Fahrten ... betreffe, sei zu erwähnen, dass der Versicherte immer einen Bekannten oder Verwandten mitgenommen habe, damit dieser lenke und dass er selber meistens auf dem Hintersitz liege. Zur gutachterlichen Feststellung, dass der Versicherte trotz Flugangst per Flugzeug aus ... in die Schweiz zurückgekehrt sei, müsse erwähnt werden, dass dies für ihn nur möglich gewesen sei, weil er vor dem Flug ein Medikament eingenommen habe, um den Flug mindestens durchzustehen, dies sei aber nur selten der Fall gewesen. Die im Verlaufsgutachten

erwähnte „Passion für ...“ sei keine Ressource, sondern eine Liebe zu Objekten, die dem Versicherten auch geholfen habe, bis jetzt keine schwerwiegenden Handlungen gegen sich zu unternehmen.

Betreffend Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei das Verlaufsgutachten völlig unrealistisch. Der Versicherte sei weiterhin zu 100% arbeitsunfähig. Der Versicherte sei aufgrund seiner psychischen Störung, die ihn seit über 21 Jahren begleite, auch nicht in der Lage, berufliche Massnahmen durchzuführen. Unzutreffend sei auch die Auffassung des Gutachters, dass die neuen Erkenntnisse der IVB die Ressourcen des Versicherten sichtbar gemacht hätten. Wenn der Druck von der IVB her weiterhin erhöht bleibe, bestehe die Gefahr, dass reaktive Handlungen sich etwas anzutun, sich zu suizidieren, nicht auszuschliessen seien.

3.3.11 Dr. med. G. _____ führte im Schreiben vom 3. Februar 2021 (AB 157/7) an den Rechtsvertreter aus, die Aussagen von Dr. med. I. _____ würden auch seiner eigenen Wahrnehmung entsprechen. Er habe den Versicherten in den letzten zwölf Jahren unzählige Male notfallmässig in seiner Sprechstunde gesehen mit Angst und Panikattacken, die verschiedenste körperliche Symptome auslösten. Insbesondere klagte dieser immer wieder über Schmerzen im Bereich der Brust mit einer grossen Angst, an einem schweren Herzleiden erkrankt zu sein. Vor einigen Jahren sei dann eine arterielle Hypertonie diagnostiziert worden, die nun medikamentös behandelt werde; ebenso bestehe eine Dyslipidämie. Im Frühling 2017 sei die Diagnose eines schwergradigen obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms gestellt worden und eine Therapie mit APAP-Beatmung eingeleitet worden. Nach einem initial frustrierten Therapieversuch sei im Frühling 2020 die Beatmungstherapie wieder aufgenommen worden, diesmal mit gutem Erfolg. Die schweren Ängste und die depressiven Zustände des Versicherten seien absolut glaubwürdig und nachvollziehbar. Er erscheine sehr zuverlässig zu seinen Terminen und halte sich an die verschriebenen Therapien. Er sei mit seinem psychischen Leiden und den körperlichen Auswirkungen seiner Angsterkrankung anhaltend zu 100% arbeitsunfähig.

3.3.12 In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. Februar 2021 (AB 161) führte Dr. med. D. _____ aus, er sei in seinem Gutachten aus dem

Jahr 2018 aufgrund der subjektiven Schilderungen des Versicherten und der damals bestehenden Aktenlage von einer „ausgeprägten Interessenlosigkeit“, einer „starken Verminderung des Antriebs, der Motivation sowie einer ausgeprägten Lust- und Freudlosigkeit“ ausgegangen. Diese psychopathologischen Befunde seien schliesslich auch – entsprechend den Kriterien der ICD-10 – in die damals gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) eingeflossen. Im Schreiben vom 5. Dezember 2019 habe der Rechtsvertreter die Aktivitäten des Versicherten in Bezug auf den „Kauf, Tausch, Verkauf“ und die „...“ ausführlich dokumentiert. Diese Ressourcen seien zum Zeitpunkt der Gutachtenserstellung im Juni 2018 weder bekannt noch ersichtlich gewesen. Zum Zeitpunkt der Verlaufsbeurteilung seien sie dagegen objektiv und ausführlich dokumentiert gewesen. Die Aktivitäten seien mit den im ersten Gutachten angenommenen psychopathologischen Befunden einer „starken Verminderung des Antriebs, der Motivation sowie einer ausgeprägten Lust- und Freudlosigkeit“ nicht in Einklang zu bringen, denn sie setzten Freude, Lust, Motivation und Antrieb voraus; überdies gingen sie weit über ... hinaus. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit seien diese Ressourcen und die daraus resultierende Funktionalität durchaus relevant für die Prüfung der Arbeitsfähigkeit.

Dass die objektiven Befunde im Verlaufsgutachten von 2020 genau gleichgeblieben seien wie jene im Gutachten von 2018, wie Dr. med. I. _____ erkläre, sei somit unzutreffend. Im Verlaufsgutachten seien die nun hinzugetretene, objektiv dokumentierte Alltagsfunktionalität bzw. das daraus abgeleitete Aktivitätsniveau in Bezug zu der subjektiv geschilderten Symptomatik entsprechend gewürdigt und gewichtet worden.

Überdies stütze er sich im Verlaufsgutachten nicht „ausschliesslich auf Erkenntnisse der IV sowie die Ausführungen des Rechtsanwaltes vom 05.12.2019“, wie Dr. med. I. _____ in seinem Schreiben vom 19. Januar 2021 insinuiere. Vielmehr beziehe er diese lege artis als weitere Informationsebene ein; dies diene der Validierung der durch die Untersuchung erhobenen Befunde auf Kohärenz und Widersprüche. Die Erschliessung verschiedener Informationsquellen bilde die Voraussetzung für eine umfassende Analyse des Versicherten in seiner Situation. Neben

den Eigenangaben des Versicherten könnten eben gerade Fremangaben wertvolle Informationen bezüglich der Symptombelastung und Alltagsfunktionalität liefern, um Fehlerquellen, insbesondere im Hinblick auf die Informationsvarianz, zu reduzieren. Dabei sei die Informationsquelle nebensächlich, sofern die Informationen als valide und zuverlässig einzustufen seien (was vorliegend durch die Ausführungen des Rechtsvertreters vom 5. Dezember 2019 angenommen werden könne). Insofern seien die Diagnosen im Verlaufsgutachten auch nicht „widersprüchlich zum Gutachten von 2018“ erstellt worden, sondern durch die neu hinzugetretenen objektiven Informationen validiert.

Dr. med. I. _____ gehe davon aus, der Versicherte liege während der Fahrten ... „meistens auf dem Hintersitz“ und fahre „nicht selber Auto“; während der Exploration zum Verlaufsgutachten habe der Beschwerdeführer aber explizit angegeben, dass er – wenn auch in Begleitung – die Strecke selbstständig fahre. Unzutreffend sei auch die Erklärung von Dr. med. I. _____, wonach eine leitliniengerechte Behandlung erfolgt sei: Aktenanamnestisch sei zu keinem Zeitpunkt die Durchführung eines Expositionstrainings oder eines Ausdauertrainings als ergänzende Massnahme dokumentiert; ebenso wenig sei eine psychopharmakologische Behandlung mit Citalopram, Escitalopram, Paroxetin oder Sertralin durchgeführt worden. Dies, obwohl im Bericht der psychiatrischen Dienste K. _____ vom 9. Februar 2017 darauf hingewiesen worden sei, dass bezüglich der Angstsymptomatik primär ein psychotherapeutischer Ansatz gewählt und eine Umstellung von Amitriptylin auf ein SSRI hätte diskutiert werden sollen. Aktenanamnestisch seien jedoch diesbezüglich lediglich Saroten bzw. Tryptizol, Efexor und Valdoxan dokumentiert worden. Insgesamt sei daher davon auszugehen, dass die therapeutischen Optionen nicht ausgeschöpft seien.

3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen,

ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

3.5 Aus somatischer Sicht steht aufgrund des Berichts des behandelnden Hausarztes Dr. med. G. _____ vom 18. Februar 2019 fest, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die Beschwerden an der HWS, BWS oder am Schultergürtel nicht wesentlich beeinträchtigt ist (AB 102/2). Nach unwidersprochen gebliebener Einschätzung des RAD sind dem Beschwerdeführer in Bezug auf die Schulterproblematik körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags und ohne Leistungsminderung zuzumuten, dies zumeist ohne Heben und Tragen von schweren Lasten, mit maximaler gelegentlicher Gewichtsbelastung bis zu 20 kg, mit ausnahmsweiser (nicht repetitiver) Gewichtsbelastung bis zu 25 kg, in der Regel eher ohne rumpffernes Lastenheben, Heben von Lasten über Brusthöhe, armbelastendes Arbeiten

über Bauchhöhe, manuelles Arbeiten über Schulterhöhe sowie das Besteigen von Leitern und Gerüsten (AB 106/4 f.). Damit ist erstellt, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit als ... zu 100% arbeitsfähig wäre.

3.6 Aus psychiatrischer Sicht ergibt sich aus dem Verlaufsgutachten von Dr. med. D._____ vom 8. Oktober 2020 (AB 152.1) sowie dessen Stellungnahme vom 25. Februar 2021 (AB 161), dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mindestens seit 2013 wesentlich verbessert hat (AB 152.1/50 Ziff. 8.4). Gemäss Dr. med. D._____ bestehen eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0), eine phobische Störung (ICD-10 F40) sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01; AB 152.1/37 Ziff. 6.1.1). Dem Beschwerdeführer ist gemäss psychiatrisch-gutachterlicher Beurteilung zwar seine angestammte Tätigkeit als ... im ...bereich nicht mehr zumutbar (AB 152.1/47 Ziff. 8.1), wohl aber eine leidensangepasste Arbeit und zwar in einem Vollzeitpensum und ohne Leistungseinschränkung (AB 152.1/47 f. Ziff. 8.2).

Diese Beurteilungen erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 hiavor). Die Feststellungen von Dr. med. D._____ beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Frage nach einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Den Beurteilungen von Dr. med. D._____ kommt damit voller Beweiswert zu und es ist in der Folge darauf abzustellen.

Die Vorbringen in der Beschwerde sowie die übrigen medizinischen Berichte in den Akten vermögen – wie nachfolgend dargelegt (E. 3.7 f.) – an den Schlussfolgerungen nichts zu ändern. Der Sachverhalt erweist sich als genügend abgeklärt und von ergänzenden Abklärungen kann abgesehen werden (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

3.7 Der Beschwerdeführer bringt vor, das Verlaufsgutachten von Dr. med. D. _____ vom 8. Oktober 2020 sei nicht beweiswertig und es dürfe nicht darauf abgestellt werden, da es im Widerspruch stehe zu dessen Gutachten vom 6. Juni 2018. Dem kann nicht gefolgt werden. Der Umstand, dass der Gutachter zunächst zu anderen Schlüssen gekommen war, ist wie folgt zu erklären:

Anlässlich der ersten gutachterlichen Exploration bei Dr. med. D. _____ hatte der Beschwerdeführer erklärt, am Vormittag meistens einen 40-60-minütigen Spaziergang zu tätigen oder mit seiner Frau Der Haushalt würde weitestgehend von seiner Frau erledigt; er fühle sich meistens zu schwach. Die Ehefrau gehe keiner Arbeit nach, da er nicht alleine zu Hause bleiben dürfe. Am Nachmittag versuche er, mit seiner Frau einkaufen zu gehen. Nur in Begleitung von vertrauten Personen würde er ab und zu Kontakt ausser Haus pflegen (AB 77.1/35 Ziff. 3.2).

Diese Ausführungen deckten sich mit den damals verfügbaren Informationen in den Akten (vgl. u.a. AB 161/3 Ziff. 4): Im Revisionsfragebogen vom 21. März 2017 hatte der Beschwerdeführer angegeben, seit dem letzten Rentenentscheid habe sich sein Gesundheitszustand verschlechtert (AB 61/2 Ziff. 1.1) und es seien „starke Einschränkungen im Alltag vorhanden“ (AB 61/2 Ziff. 1.4). Den ganzen Vormittag über bleibe er meistens in der Wohnung, am Nachmittag mache er kurze Spaziergänge. Am Abend gehe er noch 30 Minuten ... und anschliessend sei er mit seiner Familie in der Wohnung (AB 61/3 Ziff. 1.5). Er gab an, nicht erwerbstätig zu sein (AB 61/3 Ziff. 2.1) und er könne sich auch nicht vorstellen, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen (AB 61/4 Ziff. 2.4).

Im Verlaufsbericht vom 22. August 2017 hatte der behandelnde Psychiater Dr. med. I. _____ einen stationären Gesundheitszustand postuliert und angegeben, die aufgrund der generalisierten Angststörung wie auch der mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom vorhandenen psychischen Einschränkungen würden eine Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten wie auch einer leidensangepassten Tätigkeit verhindern (AB 67/3 Ziff. 11 ff.). Der Beschwerdeführer sei nicht reisefähig; wenn er mit seiner Familie ... reise, schaue er immer, dass jemand, der

Auto fährt, organisiert werde, damit er nicht Autofahren müsse. Unter Umständen und wenn es die psychische Stabilität erlaube, könne er eine Autofahrt von bis zu 45 min. am Stück durchhalten (AB 67/4 Ziff. 15.4).

Anlässlich der Verlaufsbegutachtung verfügte Dr. med. D._____ über die Unterlagen, welche den telefonisch und anonym erfolgten Hinweis sowie die daraufhin getätigten Abklärungen belegen (vgl. AB 152.1 S. 7 ff. Ziff. 2).

Im Rahmen der Exploration zur Verlaufsbegutachtung gab der Beschwerdeführer an, manchmal könne er eine bis zwei Stunden „etwas machen“: ... oder ... „Grössere Sachen“... wie etwa „..., ... oder ...“ mache er mit einem Kollegen zusammen. Ein bis zwei Mal im Jahr reise er für Ferien Die Distanz von ... km lege er in zwei Tagen zurück. Er fahre „fast nie“ alleine; meistens sei noch ein Kollege oder der Sohn des Bruders dabei (AB 152.1/21). Weiter gab der Beschwerdeführer an, gelegentlich die Kinder am Morgen zur Schule zu bringen und fast immer am Mittag dort wieder abzuholen (Fusstrecke von ... km). Am Morgen gehe er ... oder laufe ein bis zwei Mal pro Woche mit der Frau ... zum Einkaufen. Drei Mal pro Woche gehe er alleine in einen nahgelegenen Laden einkaufen. ... er rund während einer bis zwei Stunden, manchmal täglich, manchmal aufgrund seiner Erkrankung eine Woche nicht. Wenn es ihm gut gehe, helfe er in der Küche beim Rüsten und Abwaschen. Die Nachmittage verbringe er oft im Garten. Manchmal könne er aber drei bis vier Tage die Wohnung nicht verlassen. Abends mache er dann noch einen Spaziergang von 40-60 Minuten. Alsdann ... er ... oder telefoniere mit seiner Mutter oder seinen Brüdern (AB 152.1/28 f. Ziff. 3.2.10).

Insgesamt ist somit festzuhalten, dass Dr. med. D._____ bei seiner ersten Begutachtung wesentliche Informationen nicht zur Verfügung standen. In der Verlaufsbegutachtung zeigte er denn auch überzeugend auf, dass die durch Dr. med. I._____ seit 2001 durchgehend postulierten mittelgradigen bzw. mittel- bis schwergradigen depressiven Zustände mit den folgenden Aktivitäten nicht in Einklang zu bringen sind: Verkauf und Tausch von ... seit 2013 bzw. von 40 ... in den Jahren 2017-2019, tägliche halbstündige ..., Einkaufen, ...arbeit, regelmässige Schulwegbegleitung des jüngsten Sohnes, Einkaufen ..., Reisen ..., dabei

Zurücklegen einer Strecke mit dem Auto von täglich ... bzw. ... km, Heimreise 2018 mit dem Flugzeug trotz Flugangst (AB 152.1/43 f. Ziff. 7.3 f.). Der Gutachter begründet damit einleuchtend, dass der Beschwerdeführer durchaus über (bisher nicht bekannte) Ressourcen verfügt, um die – von ihm als invalidisierend geltend gemachte – Symptomatik zu kontrollieren bzw. zu regulieren. Diese Ressourcen werden sowohl durch die Angaben des Beschwerdeführers in der Untersuchungssituation als auch in den Akten sichtbar.

3.8 Ebenso wenig vermögen die Berichte und Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, Dres. med. I._____ und G._____, den Beweiswert der gutachterlichen Einschätzungen zu schmälern.

Nachdem im Januar 2021 die rückwirkende Einstellung der Rentenleistungen per Ende Juni 2018 in Aussicht gestellt worden war (AB 153), erklärte Dr. med. G._____ im Bericht vom 3. Februar 2021, der Beschwerdeführer sei mit seinem psychischen Leiden und den körperlichen Auswirkungen seiner Angsterkrankung anhaltend zu 100% arbeitsunfähig (AB 157/8). Dr. med. G._____ verfügt gemäss Medizinalberuferegister über keinen Facharzttitel in Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. <https://www.medreg.admin.ch>). Für die Eignung eines Arztes oder einer Ärztin, in einer bestimmten medizinischen Disziplin stichhaltige Aussagen machen zu können, ist gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung jedoch ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender, spezialärztlicher Titel vorausgesetzt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. März 2010, 8C_83/2010, E. 3.2.3). Die fachfremden Ausführungen von Dr. med. G._____ vermögen die Beurteilung von Dr. med. D._____ daher nicht in Zweifel zu ziehen.

Auch die Stellungnahme von Dr. med. I._____ vom 19. Januar 2021 (AB 157/3 ff.) ist nicht geeignet, den Beweiswert der gutachterlichen Einschätzungen zu mindern. Was die darin postulierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes betrifft, fällt auf, dass Dr. med. I._____ seit der Rentenzusprache 2002 stets einen stationären Gesundheitszustand festgehalten hatte (vgl. Verlaufsberichte vom 28. Januar 2004 [AB 25/3], 29. Juni 2007 [AB 39/3], 22. April 2013 [AB 56/1], 22. August 2017 [AB 67/2], 25. Juni 2019 [AB 112/2]; dies mit Ausnahme des Verlaufsberichts

vom 15. April 2011 [AB 45/1], als eine Verschlechterung wegen einer seit 2008 bestehenden Angststörung festgehalten und gestützt darauf ein Anspruch auf lebenspraktische Begleitung geltend gemacht worden war [AB 43/2]). Erst nachdem die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente im Dezember 2019 sistiert hatte (AB 122), postulierte Dr. med. I. _____ im Verlaufsbericht vom 18. Mai 2020 eine seit Mitte 2019 sich schleichend entwickelnde Verschlechterung der psychischen Situation (AB 144/2 Ziff. 1), was aufgrund der gutachterlichen Ausführungen (vgl. hiervor) in keiner Weise überzeugt. Vielmehr ist bei diesen Ausführungen u.a. der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass ein behandelnder Psychiater (in Zweifelsfällen) eher zugunsten seines Patienten aussagt (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3; Entscheidung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. Februar 2021 (AB 161) hat zudem auch der Gutachter die Auffassung von Dr. med. I. _____ ausführlich und überzeugend widerlegt, worauf verwiesen werden kann (vgl. vorstehend E. 3.3.12).

3.9 Zusammenfassend ist eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erstellt und der Rentenanspruch ist in der Folge frei, d.h. ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (vgl. E. 2.5.3 hiervor).

4.

Aus somatischer Sicht besteht weder in der angestammten noch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit, was vom Beschwerdeführer zu Recht nicht in Frage gestellt wird. Aus psychiatrischer Sicht attestiert Dr. med. D. _____ in der angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, in einer leidensangepassten Tätigkeit dagegen eine vollständige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die psychiatrisch postulierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist nachfolgend anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu verifizieren, wobei hierfür der Beschwerdeführer die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308).

4.1 Da sich vorliegend aufgrund der gutachterlichen Exploration erhebliche Inkonsistenzen in Bezug auf die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden, die diagnostische Einschätzung sowie die daraus abgeleiteten Funktionseinschränkungen gegenüber dem sowohl in den Akten dokumentierten als auch durch die Eigenanamnese erhobenen Aktivitätenniveau in allen Lebensbereichen ergeben (vgl. u.a. AB 152.1/31 Ziff. 3.2.13, 152.1/46 Ziff. 2), stellt sich die Frage, ob Ausschlussgründe im Sinne von BGE 131 V 49 vorliegen, bei welchen regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vorliegt, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287). Die Frage braucht mit Blick auf das Ergebnis (vgl. E. 4.4) indes nicht abschliessend geklärt zu werden. So oder anders besteht gestützt auf die auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren erfolgte ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens – wie nachfolgend dargelegt – keine psychisch bedingte Invalidität.

4.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

4.2.1 Mit Bezug auf den Komplex "Gesundheitsschädigung" (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

4.2.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Die anlässlich der Verlaufsbeurteilung vom 24. August 2020 erhobenen Befunde (AB 152.1/32 ff. Ziff. 4) sind aufgrund der bestehenden erheblichen Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und dem gezeigten Verhalten bzw. der Symptomatik während der Exploration einerseits und den in den Akten dokumentierten sowie eigenanamnestisch erhobenen Befunden in Bezug auf das Aktivitätenniveau und der bestehenden Ressourcen als leicht ausgeprägt zu beurteilen (AB 152.1/45 Ziff. 1). Dies – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht erwähnt (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 5) – trotz der Tatsache, dass die Medikation deutlich unterhalb des

therapeutischen Referenzbereichs lag (vgl. auch AB 152.1/35 f. Ziff. 4.3.3). Folglich kann die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome jedenfalls nicht als schwer bezeichnet werden.

4.2.1.2 Sodann ist auf den Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder die -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f). Im psychiatrischen Verlaufsgutachten des Dr. med. D. _____ kam dieser zum nachvollziehbaren Schluss, dass sich aufgrund der Inanspruchnahme der ambulanten psychiatrischen Therapie, die selbst nach Intensivierung lediglich mit zweiwöchentlicher Frequenz durchgeführt wird, eine erhebliche Inkonsistenz gegenüber den geschilderten und in den Akten dokumentierten Auswirkungen des Gesundheitsschadens zeigt. Weiter ist aufgrund des Gutachtens erstellt, dass Eingliederungsmassnahmen, die aufgrund des bestehenden Gesundheitszustandes und dessen Ausprägung durchaus als zumutbar einzustufen gewesen wären bzw. sind, bisher aufgrund der mangelnden Kooperation nicht durchgeführt werden konnten. Eine Behandlungsresistenz kann beim vorliegenden Gesundheitsschaden nicht angenommen werden, da dieser therapeutisch weiterhin als durchaus angebar einzuschätzen ist (AB 152.1/45 f. Ziff. 1, vgl. auch AB 152.1/48 Ziff. 8.3.1 f.). Damit ist im vorliegenden Fall eine Behandlungsresistenz zu verneinen.

4.2.1.3 Was den Indikator Komorbiditäten anbelangt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3, S. 300 ff.), liegen keine relevanten Komorbiditäten vor, welche dem Beschwerdeführer Ressourcen rauben, was von ihm denn auch nicht behauptet wird.

4.2.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) legte der Gutachter dar, dass sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung bzw. akzentuierter Persönlichkeitszüge ergeben (AB 152.1/46 Ziff. 1).

4.2.3 Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist dem Verlaufsgutachten zu entnehmen, dass keine soziale Isolation bzw. kein sozialer Rückzug besteht. Dies begründet der Gutachter damit, dass der Beschwerdeführer Beziehungen innerhalb seiner Familie sowie

regelmässig zu Mitgliedern seiner Herkunftsfamilie und regelmässig Kontakte zu Kollegen, mit denen er gemeinsame Aktivitäten (vor allem bezüglich ...) unternimmt, pflegt. Zudem erhält er regelmässige Kontakte zu seiner Herkunftsfamilie ..., welche er mehrfach im Jahr besucht (AB 152.1/29 Ziff. 3.2.10, 152.1/46 Ziff. 1). Diese Schlussfolgerung überzeugt und steht im Einklang mit den Aussagen des Beschwerdeführers während der Exploration (AB 152.1/21 Ziff. 3.1, 152.1/24 f. Ziff. 3.2.3, 152.1/27 f. Ziff. 3.2.8, 152.1/35 Ziff. 4.3.2) sowie den übrigen Akten (vgl. u.a. AB 77.1/31 f. Ziff. 3.1, 77.1/35 f. Ziff. 3.2, 121).

4.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4. S. 303).

4.3.1 Bezüglich des Indikators "gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist den Akten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer (zumindest gelegentlich) die Kinder zur Schule begleitet und wieder abholt, ...arbeiten (... , ... , ...) erledigt, mit der Ehefrau zusammen oder alleine Einkaufen geht, Haushaltsarbeiten erledigt („Rüsten, Abwaschen“), spazieren geht, mit der Herkunftsfamilie telefoniert, zu Hause Freunde empfängt, ... (... , ... , ... und ...), mit einem Freund ... ausführt (... , ... , ...), bis zu mehreren Male im Jahr Ferien ... macht und dort seine Familie besucht, ... kauft, tauscht und verkauft (inkl. Inserieren im Internet, gezieltes Planen, Verhandeln, An- und Abmeldung beim E. _____, Kontakte mit potentiellen Interessenten und Verkäufern etc.), Auto fährt (auch längere Strecken wie z.B. ... oder an die Begutachtung), mit dem Flugzeug reist, etc. (AB 121/2 f., 152.1/21 Ziff. 3.1, 152.1/28 f. Ziff. 3.2.10, 152.1/32 Ziff. 4.1, 152.1/35 Ziff. 4.3.2, 152.1/44 Ziff. 7.4). Damit lassen sich die Freizeitaktivitäten und erhaltenen Fähigkeiten des Beschwerdeführers nicht mit der aus psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vereinbaren, wären diesfalls doch weitaus höhere Einschränkungen zu erwarten.

4.3.2 Zum behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ist festzuhalten, dass zum Explorationszeitpunkt bei Dr. med. I. _____ alle

zwei bis drei Wochen Sitzungen stattfanden (AB. 152.1/30 Ziff. 3.2.11). Dr. med. D._____ postulierte einen besserungsfähigen Gesundheitsschaden, der auch weiterhin therapeutisch angebar ist. Er empfahl eine Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit einer Frequenz von einer Stunde pro Woche entsprechend der S3-Leitlinie bezüglich Behandlung von Angststörungen (AB 152.1/48 Ziff. 8.3.1 f.). Der behandelnde Psychiater widersprach in seinem Schreiben vom 19. Januar 2021 dieser Ansicht (AB 157/5), weshalb nicht davon auszugehen ist, dass die Therapiefrequenz nach der Begutachtung erhöht wurde. Weiter ist zu berücksichtigen, dass der Blutspiegel der verordneten antidepressiven Medikation anlässlich der Verlaufsbegutachtung 2020 im Vergleich zu 2019 deutlich unterhalb des therapeutischen Referenzbereichs lag. Bezüglich der Eingliederung führte Dr. med. D._____ nachvollziehbar aus, dass bisher aufgrund der mangelnden Kooperation des Beschwerdeführers keine beruflichen Massnahmen durchgeführt werden konnten (AB 152.1/49 Ziff. 8.4). So gab der Beschwerdeführer anlässlich der Verlaufsbegutachtung denn auch an, er könne sich vorstellen, eine Fahrtätigkeit mit dem Auto zu machen, z.B. nachmittags zwei Stunden. Eine bis zwei Stunden pro Woche, manchmal drei könne er „etwas kleines“ machen, da er keine „Regelmässigkeit aufbringen“ könne. Er möchte jedoch auch „keine Sachen“ machen und damit seinen Gesundheitszustand gefährden (AB 152.1/30 Ziff. 3.2.12). Diese Ansicht entspricht eindeutig einer Krankheitsüberzeugung, welche Eingliederungsmassnahmen verunmöglicht. Einen Anspruch auf berufliche Massnahmen verneinte die Beschwerdegegnerin denn auch mit Verfügung vom 22. März 2021 (AB 163) wegen subjektiver Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers. Hiergegen hat dieser nicht opponiert und die Verfügung erwuchs in der Folge unangefochten in Rechtskraft. Zusammenfassend ist damit nicht von einem grossen Leidensdruck auszugehen.

4.4 In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Vor diesem Hintergrund ist auf die ärztlicherseits attestierte Arbeitsunfähig-

keit aus rechtlicher Sicht nicht abzustellen, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu verneinen ist.

4.5 Da es dem Beschwerdeführer inzwischen an einem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden fehlt, ist der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung weggefallen. Die Beschwerdegegnerin hat die Rente zu Recht aufgehoben. Zu prüfen ist weiter, ob sie die Rente rückwirkend per Ende Juni 2018 aufheben durfte.

4.5.1 Gemäss dem revidierten Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. b IVV (in Kraft seit 1. Januar 2015) erfolgt die rückwirkende Leistungsanpassung bei einer Meldepflichtverletzung oder bei einer unrechtmässigen Erwirkung der Leistung unabhängig davon, ob diese ein Grund für die Weiterausrichtung der Leistung war. Nach Art. 77 IVV haben der Berechtigte oder sein gesetzlicher Vertreter sowie Behörden oder Dritte, denen die Leistung zukommt, jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung, namentlich eine solche des Gesundheitszustandes oder der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit, unverzüglich der IV-Stelle anzuzeigen. Darauf wurde auch in den Verfügungen und Mitteilungen vom 4. März 2004 (AB 27), 6. Juli 2007 (AB 40), 2. Juni 2010 (AB 41), 6. Januar 2012 (AB 50) und 6. Mai 2013 (AB 57) verwiesen. Für den Tatbestand der Meldepflichtverletzung ist ein schuldhaftes Fehlverhalten erforderlich, wobei nach ständiger Rechtsprechung bereits leichte Fahrlässigkeit genügt (Entscheid des BGer vom 8. Juli 2020, 8C_196/2020, E. 3.2.3).

4.5.2 Der Beschwerdeführer betreibt gemäss den Aussagen des Rechtsvertreters seit 2013 einen Handel (Kauf, Tausch, Verkauf) mit Dass diese umfangreichen und regelmässigen Tätigkeiten, mit denen der Beschwerdeführer offensichtlich auch Einkommen erzielte, mit einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit und einem Invaliditätsgrad von 100% in keiner Weise zu vereinbaren sind, musste ihm bewusst sein. Damit ist eine (zumindest leichtfahrlässige) Meldepflichtverletzung zu bejahen (vgl. E. 4.5.1 hiavor). Dass die Beschwerdegegnerin die Meldepflichtverletzung gestützt auf ihre Abklärungen erst per Juli 2018 als erstellt ansah und die Rente erst per Ende Juni 2018 einstellte, wirkt sich zu Gunsten des Beschwerdeführers aus.

Bei dieser Sachlage war die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. b IVV zu einer rückwirkenden Leistungsaufhebung per Ende Juni 2018 berechtigt. Einer vorgängigen Durchführung von Eingliederungsmassnahmen (vgl. BGE 141 V 5 E. 4.2.1 f. S. 7 f.) bedurfte es nicht, denn es fehlt vorliegend an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit (vgl. u.a. E. 4.2.1.2 und 4.3.2 hiervor). Somit war die Beschwerdegegnerin gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 7. Januar 2019, 8C_611/2018, E. 6.1) berechtigt, die Rentenleistungen ohne vorgängige Prüfung von Massnahmen der (Wieder-)Eingliederung und ohne Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens aufzuheben, was vom Beschwerdeführer denn auch nicht gerügt wird. Des Weiteren blieb auch die Verfügung vom 22. März 2022 (AB 163), mit welcher der Anspruch auf berufliche Massnahmen verneint wurde, unangefochten (vgl. auch E. 4.3.2 hiervor).

4.6 Aufgrund des Dargelegten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Rentenleistungen mit Verfügung vom 19. März 2021 (AB 162) per Ende Juni 2018 aufhob.

5.

Zu prüfen bleibt schliesslich die Rechtmässigkeit der Rückforderung über Fr. 20'796.-- für die im Zeitraum vom 1. Juli 2018 bis zum 31. Dezember 2019 bezogenen Rentenleistungen (AB 164).

5.1

5.1.1 Unrechtmässig bezogene Leistungen sind zurückzuerstatten (Art. 25 Abs. 1 Satz 1 ATSG). Die rückwirkende Korrektur eines unrechtmässigen Leistungsbezugs mittels Rückforderung bedarf auch im Bereich der Invalidenversicherung eines entsprechenden Titels. Im Einzelnen braucht es dazu einen Rückkommenstitel im Sinne von Art. 53 Abs. 1 oder 2 ATSG (Wiedererwägung oder prozessuale Revision). In

Frage kommt jedoch auch eine Revision nach Art. 17 ATSG, falls sie gemäss Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. b IVV i.V.m. Art. 77 IVV rückwirkend erfolgt (Entscheid des BGer vom 26. Oktober 2018, 8C_285/2018, E. 2.3).

5.1.2 Der Rückforderungsanspruch erlischt mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung. Wird der Rückerstattungsanspruch aus einer strafbaren Handlung hergeleitet, für welche das Strafrecht eine längere Verjährungsfrist vorsieht, so ist diese Frist massgebend (aArt. 25 Abs. 2 ATSG).

Verfügt die Versicherungseinrichtung über hinreichende, aber noch unvollständige Hinweise auf einen möglichen Rückforderungsanspruch, hat sie allenfalls noch erforderliche Abklärungen innert angemessener Zeit vorzunehmen. Unterlässt sie dies, ist der Beginn der Verwirkungsfrist auf den Zeitpunkt festzusetzen, in welchem die Verwaltung ihre unvollständige Kenntnis mit dem erforderlichen und zumutbaren Einsatz so zu ergänzen im Stande war, dass der Rückforderungsanspruch hätte geltend gemacht werden können. Ergibt sich jedoch aus den vorliegenden Akten bereits die Unrechtmässigkeit der Leistungserbringung, beginnt die einjährige Frist, ohne dass Zeit für eine weitere Abklärung zugestanden würde (BGE 112 V 180 E. 4b S. 182; SVR 2013 IV Nr. 24 S. 67 E. 4).

5.2 Die Beschwerdegegnerin hob den Rentenanspruch zu Recht rückwirkend per Ende Juni 2018 auf (vgl. E. 4.5). Somit besteht hinsichtlich der von Juli 2018 bis Dezember 2019 bezogenen Rentenleistungen ein Rückforderungsanspruch (vgl. E. 5.1 vorne).

Dem stehen die Verwirkungsfristen nicht entgegen: Die Beschwerdegegnerin hatte frühestens mit Vorliegen des psychiatrischen Verlaufsgutachtens vom 8. Oktober 2020 inkl. ergänzender Stellungnahme vom 25. Februar 2021 hinreichende und vollständige Kenntnis über Bestand und Höhe des Rückforderungsanspruchs (vgl. E. 5.1.2 vorne). Die am 22. März 2021 (AB 164) und damit gut einen Monat bzw. fünfeinhalb Monate später ergangene Rückerstattungsverfügung erfolgte demnach

innert der einjährigen relativen Verwirkungsfrist. Auch die absolute Verwirkungsfrist von fünf Jahren ist gewahrt.

In masslicher Hinsicht wird die Rückforderung nicht bestritten und es besteht insoweit kein Anlass für Weiterungen (BGE 110 V 48 E. 4a S. 53). Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht die zwischen Juli 2018 und Dezember 2019 ausgerichteten Rentenleistungen im Betrag von Fr. 20'796.-- zurückgefordert.

6.

Zusammenfassend sind die Verfügungen vom 19. und vom 22. März 2021 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobenen Beschwerden sind abzuweisen.

7.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

7.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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