

# GR\_GERICHTE S 2016 22 vom 13. Juni 2017

GR Gerichte, 2017-06-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2016\\_22](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2016_22)

FR: GR\_GERICHTE S 2016 22 du 13 juin 2017

IT: GR\_GERICHTE S 2016 22 del 13 giugno 2017

## Regeste

Versicherungsleistungen nach IVG | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 3

Im Rahmen eines im August 2014 eingeleiteten Revisionsverfahrens wurde durch das Institut für medizinische und ergonomische Abklärungen (IME) am 26. März 2015 ein bidisziplinäres Gutachten (Rheumatologie und Psychiatrie) inkl. EFL erstattet. Dieses kam zum Schluss, dass der rheumatologische Zustand im Wesentlichen unverändert sei und dass keine psychiatrische Diagnose mehr gestellt werden könne. Aus rheumatologischer Sicht bestehe für leichte wechselbelastende Tätigkeiten mit einer Gewichtsbelastung von 10 kg eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Darüber hinaus wurde eine ausgeprägte Symptomausweitung festgehalten, welche sich negativ auf die berufliche Wiedereingliederung auswirke. Mangels psychiatrischer Diagnose bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht mehr. Gestützt auf das entsprechende Gutachten kam C.\_\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst Ostschweiz (RAD) am 1. April 2015 zum Schluss, dass auf das bidisziplinäre Gutachten vom 26. März 2015 abzustellen sei, sich der Gesundheitszu-

- 3 - stand verbessert habe und die medizinischen Voraussetzungen für eine Rentenrevision gegeben seien, wobei seit dem 19. Dezember 2014 eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit bestehe.

### E. 4

Mit Vorbescheid vom 21. April 2015 stellte die IV-Stelle die Aufhebung der bisherigen Rente in Aussicht. Am 17. August 2015 nahm A.\_\_\_\_\_ Stellung zum Vorbescheid. Dabei wurden überwiegend die psychiatrischen Schlussfolgerungen des bidisziplinären Gutachtens vom 26. März 2015 kritisiert. Dazu wurde insbesondere auf einen Bericht vom 4. August 2015 des Hausarztes von A.\_\_\_\_\_, Dr. med. B.\_\_\_\_\_, den Kurzaustrittsbericht vom 13. August 2015 von D.\_\_\_\_\_ (Klinik Z.\_\_\_\_\_, Psychiatrische Dienste Graubünden [PDGR]) über die erfolgte stationäre Behandlung vom 13. Mai 2015 bis 13. Juli 2015 in der Klinik Z.\_\_\_\_\_ sowie einen Bericht vom 14. August 2015 von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ (Ambulanter Psychiatrischer Dienst [APD], PDGR) Bezug genommen. Der Einwand vom 17. August 2015 sowie die damit neu eingereichten Unterlagen wurden am 16. November 2015 Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zur Stellungnahme unterbreitet. Auf Ersuchen von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ wurde am 23. November 2015 noch der vollständige Austrittsbericht bzw. eine Zusammenfassung der Krankengeschichte der Klinik Z.\_\_\_\_\_ vom 25. September 2015 beim Rechtsvertreter von A.\_\_\_\_\_ eingeholt. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ äusserte sich am 30. November 2015 zu den kritisierten Punkten seines psychiatrischen Teilgutachtens vom 28.

Januar 2015.

#### **E. 5**

Mit Verfügung vom 12. Januar 2016 hob die IV-Stelle die Dreiviertelsrente per Ende Februar 2016 auf und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angeführt, dass im Rahmen der amtlichen Rentenrevision medizinische Abklärungen durchgeführt worden seien, die zwar zum Schluss gekommen seien, dass A.\_\_\_\_\_ die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Maschinist weiterhin nicht zumutbar sei. Allerdings habe eine Verbesserung des Gesundheitszustandes festgestellt werden können, womit für eine

- 4 - leidensangepasste leichte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe. Der Einkommensvergleich für das Jahr 2015 ergebe einen Invaliditätsgrad von 0 %, welcher unter dem für einen Rentenanspruch erforderlichen Mindestinvaliditätsgrad von 40 % liege. Ferner wurde noch sehr ausführlich zum Einwand vom 17. August 2015 Stellung genommen und insbesondere dargelegt, aus welchen Gründen auf das interdisziplinäre Gutachten inkl. EFL vom 26. März 2015 abzustellen sei.

#### **E. 6**

Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 15. Februar 2016 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden mit folgenden Anträgen: "1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 12. Januar 2016 sei aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer weiterhin eine IV-Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 60 % zuzusprechen; 2. eventualiter sei die Angelegenheit zur Neubeurteilung des Invaliditätsgrades und der daraus sich ergebenden IV-Rente an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; 3. dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren; 4. unter Entschädigungsfolgen (inkl. MWST) zulasten der Beschwerdegegnerin." Zur Begründung wurde unter anderem auf den ausführlichen Einwand vom 17. August 2015 verwiesen. Zudem wurde auf die im Rahmen des Vorbescheidverfahrens durch die IV-Stelle eingeholte Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 30. November 2015 eingegangen. Der Beschwerdeführer machte mit Verweis auf die Ausführungen von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ geltend, dass die Einschätzung von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, wonach beim Beschwerdeführer keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr gestellt werden könne und somit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes vorliege, nicht zutrefte. Somit erweise sich die Einstellung der Invalidenrente als un gerechtfertigt.

- 5 -

#### **E. 7**

In der Vernehmlassung vom 29. Februar 2016 beantragte die IV-Stelle die kostenpflichtige Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf die Akten sowie die Verfügung vom 12. Januar 2016.

#### **E. 8**

Mit Schreiben vom 14. März 2016 reichte der Beschwerdeführer einen bereits in der Beschwerde angekündigten Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ sowie des Psychologen G.\_\_\_\_\_ vom 26. Februar 2016 nach, gemäss dem beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert werden konnte. Am 7. April 2016 reichte die IV-Stelle eine ergänzende Stellungnahme des RAD-Arztes C.\_\_\_\_\_ vom 31. März

2016 ein. Mit Schreiben vom 23. Mai 2016 nahm der Beschwerdeführer zu den ergänzenden Ausführungen von RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ Stellung, zu der sich am 6. Juni 2016 wiederum die IV-Stelle äusserte. Schliesslich reichte die IV-Stelle dem Gericht am 30. Juni 2016 noch einen Informationsbericht der Fachstelle BVM vom 30. Juni 2016 inkl. Akten zur Kenntnisnahme ein. Mit Schreiben vom 16. August 2016 hielt der Beschwerdeführer fest, dass er den entsprechenden Informationsbericht samt Beilagen zur Kenntnis genommen habe. An der medizinischen Beurteilung ändere dies aber nichts, womit vollumfänglich an den bisherigen Ausführungen festgehalten werde. Ausserdem reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Schreiben vom 14. Juni 2016 noch seine Honorarnote ein. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften und in der angefochtenen Verfügung vom 12. Januar 2016 sowie auf die eingereichten Beweismittel wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

- 6 - Das Gericht zieht in Erwägung: 1. a) Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 12. Januar 2016, in welcher ein weiterer IV-Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint wurde. Eine solche Anordnung, die laut Bundesrecht der Beschwerde an das Versicherungsgericht am Ort der verfügenden IV-Stelle unterliegt, kann beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden als örtlich und sachlich zuständigen Versicherungsgericht angefochten werden (vgl. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; BR 370.100] i.V.m. Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] sowie Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Als formeller und materieller Verfügungsadressat ist der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung überdies unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung. Er ist daher zur Beschwerdeerhebung legitimiert (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Der Beschwerdeführer hat seine Beschwerde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 39 Abs. 1 ATSG sowie Art. 61 lit. b ATSG). Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. b) Strittig ist, ob die IV-Stelle aufgrund der erfolgten Abklärungen zu Recht davon ausgegangen ist, dass beim Beschwerdeführer eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes resp. der Arbeitsfähigkeit eingetreten sei und nunmehr ein Invaliditätsgrad von 0 % vorliege, womit kein Anspruch mehr auf die Dreiviertelsrente gemäss Verfügung vom

## **E. 11**

April 2007 bestehe (vgl. IV-act. 68). 2. a) Anspruch auf eine Invalidenrente hat, wer im Sinne des Gesetzes invalid ist. Bei erwerbstätigen Versicherten gilt als Invalidität die durch einen körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden verursachte,

- 7 - voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 ATSG), welche die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Die Erwerbsunfähigkeit wiederum 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 Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Zur Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu berücksichtigen, wobei eine Erwerbsunfähigkeit zudem nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Keine Beeinträchtigungen der Gesundheit stellen

soziokulturelle Schwierigkeiten mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie psychosoziale Faktoren dar. Invaliditätsfremde Gründe sind darüber hinaus auch Aggravation und Simulation (vgl. zum Ganzen KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 7 Rz. 20 ff.; siehe bezüglich Aggravation und ähnlicher Erscheinungen auch BGE 141 V 281 E.2.2.1 f. und BGE 140 V 193 E.3.3). Der Invaliditätsgrad hinsichtlich eines Rentenanspruches ist aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG). Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad liegt vor, wenn eine versicherte Person ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern kann, während mindestens eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40 % im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich eingeschränkt gewesen ist und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ist (Art. 28 Abs. 1 IVG). b) Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 17 Abs. 1 ATSG, Art. 87, 88a und Art. 88bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Anlass für eine solche Revision

- 8 - geben Änderungen in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet sind, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist daher nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch etwa dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben oder eine andere Art der Invaliditätsbemessung zur Anwendung gelangt (vgl. BGE 134 V 131 E.3, 133 V 545 E.6.1, 130 V 343 E.3.5 f. sowie Urteile des Bundesgerichts 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E.3.1.1 und 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E.1.2; siehe aber für einen Statuswechsel wegen ausschliesslich familiär bedingten Gründen: BGE 143 I 50 und BGE 143 I 60). Dagegen bildet die unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung für sich alleine betrachtet keinen Revisionsgrund (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_552/2007 vom 17. Januar 2008 E.3.1.2). Auch geringfügige Änderungen statistischer Daten führen nicht zu einer Revision von IV-Renten, selbst wenn durch solche Veränderungen ein Schwellenwert über- oder unterschritten wird (BGE 133 V 545 E.7; MEYER/REICHMUTH, in: STAUFFER/CARDINAUX [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 30-31 Rz. 15). c) Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (vgl. KIESER, a.a.O., Art. 17 Rz. 37 sowie BGE 133 V 108 E.5; Urteile des Bundesgerichts 9C\_646/2014 vom

- 9 - 17. Dezember 2014 E.2.2, 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E.3.1.2 und 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E.3.1). Wird bei dieser Gegenüberstellung festgestellt, dass der Invaliditätsgrad im zur Beurteilung stehenden Zeitraum keine rechtserhebliche Änderung erfahren hat, bleibt es beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichtes

8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E.3.1.3). Andernfalls ist das Vorliegen eines Revisionsgrunds zu bejahen und die zugesprochene Rente entsprechend der festgestellten Sachverhaltsveränderung abzuändern (vgl. BGE 141 V 9 E.2.3; MEYER/REICHMUTH, in: STAUFFER/CARDINAUX [Hrsg.], a.a.O., Art. 30-31 Rz. 13). d) Um beurteilen zu können, ob sich der Gesundheitszustand eines Versicherten in anspruchserheblicher Weise geändert hat, sind die Verwaltung und das im Beschwerdefall angerufene Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung stellen. Dabei besteht die Aufgabe des Arztes darin, den Gesundheitszustand zu beurteilen und – wenn nötig – seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden Befunde zu erheben und gestützt darauf eine Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Arzt seine originäre Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall das Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgeabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt dem Arzt keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Er gibt aber eine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit ab, welche er aus seiner Sicht so substanzvoll wie möglich begründet. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E.3.2, 132 V 93 E.4 und 125 V 256 E.4). e) Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichts-

- 10 - beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise grundsätzlich frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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 125 V 351 E.3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a mit Hinweisen). 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 (siehe BGE 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c mit Hinweisen). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E.3b, 118 V 286 E.1b, 112 V 30 E.1a mit Hinweisen). Den im Rahmen des Beschwerdeverfahrens 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 Zu-

- 11 - verlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E.1.3.4, 125 V 351 E.3b/bb). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E.4.3.2, 4.4 und 4.5, 125 V 351 E.3b/cc). Sodann kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (vgl. zum Ganzen BGE 125 V 351 E.3b/ee, 122 V 157 E.1c). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.3.2 und 4.4; Urteil des Bundesgerichtes 8C\_245/2011 vom 25. August 2011 E.5.3). 3. a) Es stellt sich also vorliegend die Frage, ob die IV-Stelle zu Recht gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten inkl. EFL des Institutes für medizinische und ergonomische Abklärungen (IME) vom 26. März 2015 (IV-act. 118, S. 51 ff.) sowie der eingeholten versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahme (siehe dazu insbesondere die Abschlussbeurteilung durch RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ vom 1. April 2015 [IV-act. 142, S. 13 f.]) einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG bejaht und die bisherige Rente aufgehoben hat. Von besonderer Bedeutung dafür wird sein, ob aufgrund des von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psycho-

- 12 - therapie, Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM) sowie H.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Rheumatologie, Facharzt für Innere Medizin, Manuelle Medizin SAMM, Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM) erstellten bidisziplinären Gutachtens vom 26. März 2015 eine rentenrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers oder eine andere Änderung der rentenrelevanten Umstände erstellt ist. b) Der massgebliche zeitliche Referenzpunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse bildet im vorliegenden Fall die Verfügung der IV-Stelle vom 11. April 2007, mit welcher dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 60 % eine Dreiviertelrente ab 1. September 2004 zugesprochen wurde (IV-act. 68). Grundlage dafür war insbesondere das Gutachten der Klinik Valens vom 7. August 2006, umfassend eine rheumatologische Begutachtung durch Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin FMH Innere Medizin und Rheumatologie (IV-act. 45, S. 1 ff.), das psychiatrische Teilgutachten der Dres. med. K.\_\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_\_ vom 26. Juli 2006 (IV-act. 45, S. 30 ff.) sowie dem Bericht vom 20. März 2006 zur Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; siehe IV-act. 45, S. 57 ff.). Dieses Gutachten stellte insbesondere die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (siehe dazu IV-act. 45, S. 19 f.): ■ Ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom seit 17. August 2003 infolge Verbetrauma. ■ Chronisches zervikozephal und zervikospondylogenes Syndrom anamnestisch seit August 2003 progredient. ■ Mittelgradige depressive Episode bestehend seit März 2006 (ICD-10 F 32.11). ■ Status nach Anpassungsstörung gemäss Aktenlage bestehend seit 2003 (ICD-10 F 43.23). Die bisherige Tätigkeit im Baugewerbe wurde infolge der rheumatologi-

schen Beschwerden als nicht mehr zumutbar beurteilt. Aus den objektiven rheumatologischen Befunden wurde aus medizinisch-theoretischer Sicht bei einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit mit Gewichtsbelastungen bis 10 kg eine ganztägige Arbeitsfähigkeit von 100 % festgehalten.

- 13 - Aufgrund der mittelgradigen depressiven Störung wurde eine solche Tätigkeit im Rahmen von 50 %, also 4 Stunden täglich, als zumutbar erachtet. Als massgeblich für die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit wurde also im Wesentlichen die theoretisch reversible mittelgradige depressive Störung angeführt, wobei allerdings die Prognose momentan als eher ungünstig beschrieben wurde. Darüber hinaus wurde festgehalten, dass eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung indiziert und notwendig sei, um depressive und suizidale Exazerbationen rechtzeitig erkennen und behandeln zu können (vgl. zum Ganzen IV-act. 45, S. 24 ff.). c) Um beurteilen zu können, ob sich die gesundheitliche Verfassung des Beschwerdeführers im Vergleich zu dem der Verfügung vom 11. April 2007 zugrunde liegenden Gesundheitszustand in einer für den Rentenanspruch massgeblichen Weise verbessert hat, holte die IV-Stelle neben dem Verlaufsbericht vom 13. Oktober 2014 des behandelnden Arztes Dr. med. B.\_\_\_\_\_ (IV-act. 113) auch das bidisziplinäre IME-Gutachten vom 26. März 2015 (IV-act. 118, S. 51 ff.) ein. Dieses basierte neben der rheumatologischen Untersuchung durch H.\_\_\_\_\_ auch auf dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 28. Januar 2015 (IV-act. 118, S. 1 ff.) sowie dem EFL-Bericht vom 7. Januar 2015 (IV-act. 119). Die Gutachter kamen bei interdisziplinärer Betrachtungsweise zum Schluss, dass die gesundheitlichen Einschränkungen in rheumatologischer Hinsicht weitgehend unverändert seien und keine psychiatrische Diagnose mehr gestellt werden könne. Aus rheumatologischer Sicht bestehe für leichte wechselbelastende Tätigkeiten mit einer Gewichtsbelastung vom 10 kg eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Mangels psychiatrischer Diagnose bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht mehr (IV-act. 118, S. 87 ff.). Des Weiteren wurde im Rahmen der Exploration am 19. Dezember 2014 durch den psychiatrischen Gutachter festgehalten, dass in Anlehnung an die internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F) klinisch diagnostische Leitlinien, sich keinerlei Hinweise für das Vorliegen einer organischen,

- 14 - einschliesslich einer symptomatischen psychischen Störung, einer Störung durch psychotrope Substanzen, einer Schizophrenie, einer schizotypen oder wahnhaften Störung fänden. Die Grundstimmung des Beschwerdeführers sei zwar teilweise zum depressiven Pol hin verschoben gewesen, aber die Auslenkbarkeit zum positiven Pol hin nicht eingeschränkt. Ferner habe der Beschwerdeführer die Meinung geäussert, dass er nicht psychisch krank sei. Es hätten sich viele Hinweise auf Aggravation und teilweise auch auf falsche Aussagen ergeben. Ausserdem sei der Beschwerdeführer zwar sehr klagsam gewesen, die Angaben darüber aber sehr vage geblieben. Zudem bestehe ein Widerspruch darin, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration spontan keine psychischen Symptome beklagt habe, bei der Erhebung des Psychostatus sowie der Hamilton Depressionsskala (Punktezahl 15, was einem nicht sehr hohen Wert entspreche), wo verschiedene psychische Symptome suggestiv gefragt werden, aber häufig mit "Ja" geantwortet habe. Dies sei auch nicht vereinbar mit dem Umstand, dass er gemäss Laborbefund sowie gegenteiliger Aussagen keine Antidepressiva einnehme. Ausserdem liessen sich keine Hinweise auf neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störungen finden, wobei speziell eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung schon früher immer wieder ausgeschlossen

worden sei. Zudem nehme der Beschwerdeführer trotz angegebener Schmerzen die Schmerzmittel nicht ein, obwohl er gegenteilige Aussagen gemacht habe. Dies ergebe sich daraus, dass in seinem Blut keines der angeblich eingenommenen Medikamente in ausreichendem Masse habe nachgewiesen werden können (siehe IV-act. 118, S. 38 ff.). Auch dem rheumatologischen Teil des Gutachtens lässt sich ein sehr auffälliges Schmerzverhalten entnehmen, welches sich gemäss dem rheumatologischen Gutachter weder durch die erhobenen Befunde noch generell durch somatische Befunde erklären liesse (siehe dazu IV-act. 118, S. 76 bis 79). Im EFL-Bericht vom 7. Januar 2015 (IV-act. 119) wurden eine erhebliche Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenzen festgehalten. In der interdisziplinären Beurteilung (IV-act. 118, S. 87 ff.) wurde zur Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers angeführt, dass die subjektive Selbsteinschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit nicht bestätigt werden könne. In psychiatrischer Hinsicht hätten sich viele Hinweise auf starke Aggravation und teilweise auch auf falsche Aussagen ergeben. Hinsichtlich der früheren medizinischen Begutachtungen wurde festgehalten, dass insbesondere die rheumatologische Beurteilung der Klinik Valens plausibel und nachvollziehbar sei. Die hausärztliche Einschätzung von Dr. med. B.\_\_\_\_\_, welche eine anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten attestiere, könne hingegen nicht bestätigt werden. Des Weiteren beschreibe der Hausarzt seit der interdisziplinären Begutachtung in der Klinik Valens am 7. August 2006 wiederholt ein chronifiziertes depressives Zustandsbild und attestiere seither eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. dazu insbesondere die Ausführungen hinsichtlich einer Wiedereingliederung in den Arztberichten von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 22. November 2008 [IV-act. 85, S. 1 ff.] und

### **E. 13**

Mai 2015 bis 13. Juli 2015 (vgl. auch vorstehende Erwägung 4a/cc). Darin wurde ausführlich über den Status bei Eintritt, die Anamnese, den Psychostatus bei Ein- und Austritt sowie die durchgeführte Behandlung und Diagnostik berichtet. Als Hauptdiagnose wurde eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) gestellt. Als Nebendiagnose wurden Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage (ICD-10 Z59) festgehalten. ff) Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm Dr. med. F.\_\_\_\_\_ am 30. November 2015, unter Berücksichtigung der Zusammenfassung der Krankengeschichte der Klinik Z.\_\_\_\_\_ vom 25. September 2015, Stellung zur im Einwand vom 17. August 2015 geäusserten Kritik (siehe IV-act. 136; IV-act. 139, S. 6 ff.; IV-act. 140). Dr. med. F.\_\_\_\_\_ wies einleitend darauf hin, dass der behandelnde Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ kein Facharzt für Psychiatrie sei und dementsprechend keine fachärztliche psychiatrische Behandlung stattgefunden habe. Des Weiteren sei aufgrund der fehlenden Blutspiegelkontrollen unklar, ob überhaupt eine medikamentöse Behandlung stattgefunden habe. Klar sei nur, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung im Dezember 2014 keine medikamentöse

- 18 - Behandlung nachweisbar gewesen sei, obwohl dies vom Beschwerdeführer angegeben worden sei. Die Testergebnisse der Hamilton-Depressionskala seien im vorliegenden Fall zu hinterfragen, weil bei der psychiatrischen Diagnostik wesentlich auf subjektive Angaben der Exploranden abgestützt werden müsse. Dies bedinge aber, dass die gemachten Angaben zuverlässig seien. Im Falle des Beschwerdeführers ergebe sich eine Vielzahl an Hinweisen, dass die entsprechenden Angaben nicht zuverlässig seien. Es müsse also davon ausgegangen werden, dass die bei der Erhebung der Hamilton

Depressionsskala genannten Beschwerden so gar nicht erlebt wurden, denn spontan habe er keine solchen Beschwerden beklagt (IV-act. 140, S. 2 f.; siehe IV-act. 118, S. 39 f.). Dr. med. F.\_\_\_\_\_ äusserte sich auch dahingehend, dass Dr. med. E.\_\_\_\_\_ selbst eingestehe, dass er keine fundierte Beurteilung des Gutachtens vorgenommen habe und den Beschwerdeführer nur eine halbe Stunde gesehen habe. Zum Vorhalt von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, dass das psychiatrische Teilgutachten nicht konsistent sei, verwies Dr. med. F.\_\_\_\_\_ auf die mangelhafte Mitwirkung des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung und dementsprechend habe keine psychiatrische Diagnose gestellt werden können. Es hätten sich zu dieser Zeit keine sicheren Hinweise auf eine affektive Erkrankung finden lassen, was aber natürlich nicht ausschliesse, dass der Beschwerdeführer früher unter depressiven Episoden gelitten habe (IV-act. 140, S. 3 f.). Zur Feststellung von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer aufgrund eines aktuellen mittelgradig bis schwer depressiven Zustandbildes an einer chronisch rezidivierenden Störung leide, hielt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ fest, dass dieser Begriff in sich widersprüchlich sei. "Rezidivierend" bedeute das wiederholte Auftreten von depressiven Episoden, unterbrochen von symptomfreien Intervallen. Eine chronische, also anhaltende mittelgradige bis schwere depressive Verstimmung trete nur sehr selten auf. Der Beschwerdeführer sei im Zeitpunkt der Begutachtung nicht depressiv gewesen, womit eine chronische mittelgradige bis schwere depressive Verstimmung gar nicht bestehen könne. In der Zusammenfassung der Krankengeschichte der Klinik

- 19 - Z.\_\_\_\_\_ vom 25. September 2015 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 13. Mai 2015 bis 13. Juli 2015 sei beim Eintritt insbesondere auf eine psychosoziale Belastung aufgrund der drohenden Einstellung der Rentenzahlung hingewiesen worden. Konsequenterweise sei dann auch neben einer mittelgradigen depressiven Episode auch diese psychosoziale Belastungssituation diagnostisch als Z59 ("Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage") erfasst worden. Dies bestätige indirekt, dass der Zustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Begutachtung sehr viel besser gewesen sei, weil sich die genannten Symptome entwickelt, also vorher nicht bestanden hätten. Eine weiterhin anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liesse sich nicht begründen und die von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit lasse sich nicht medizinisch-theoretisch abstützen (IV-act. 140, S. 4 f.). gg) Auch im Hinblick auf die Beschwerde vom 15. Februar 2016 äusserte sich Dr. med. B.\_\_\_\_\_ mit Schreiben vom 27. Januar 2016 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers zur angefochtenen Verfügung vom 12. Januar 2016. Dr. med. B.\_\_\_\_\_ verneinte die zwingende Notwendigkeit einer Diagnosestellung nach ICD zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Diese sei im Rahmen einer integrativen Patientenbeurteilung bloss ein Hilfsmittel. Des Weiteren wurde auf eine gegenwärtig durchgeführte medikamentöse antidepressive Therapie inkl. Medikamentenspiegelbestimmung sowie eine regelmässige psychologische Betreuung durch den ambulanten psychiatrischen Dienst des Kantons Graubünden verwiesen. hh) Dr. med. E.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ vom APD bestätigten am 26. Februar 2016 (siehe Beilage 1 zum beschwerdeführerischen Schreiben vom

#### **E. 14**

März 2016) gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers im Wesentlichen, dass sie beim Beschwerdeführer eine rezidivierende

- 20 - depressive Störung (ICD-10 F33.0) diagnostizierten. Ausserdem lagen dem Bericht die letzten Medikamentenspiegelbestimmungen bei. ii) Am 7. April 2016 reichte die

IV-Stelle die Stellungnahme des RAD-Arztes C.\_\_\_\_\_ vom 31. März 2016 beim Gericht ein, welche sich zur geäusser- ten Kritik am psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 28. Januar 2015 äusserte. RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ führte insbesondere aus, dass aufgrund der Kritik am psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zu untersuchen sei, ob im entsprechenden Gutachten ein dia- gnostischer Fehler begangen worden sei oder es aufgrund der Aktenlage zulässig gewesen sei, dem Beschwerdeführer keine psychiatrische Dia- gnose (mehr) zu stellen. Damit seien die Überlegungen zur Thematik Si- mulation, Aggravation oder anderer nicht versicherter Zustände und die Abgrenzung zur IV-rechtlich relevanten Verdeutlichung eng verbunden. Im Einzelnen nahm RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ jeweils detailliert Stellung zum Schreiben von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 4. August 2015, zum Kurzaustritts- bericht vom 13. August 2015 von D.\_\_\_\_\_, zum Schreiben von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 14. August 2015, zur Zusammenfassung der Krankenge- schichte der Klinik Z.\_\_\_\_\_ vom 25. September 2015, zur Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 30. November 2015, zum Schreiben von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 27. Januar 2016 sowie zum Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ des APD vom 26. Februar 2016. Ferner wies er bezüglich psychischer Erkrankungen darauf hin, dass ohne wahrheits- gemässe Angaben des Exploranden zum Gesundheitszustand keine Dia- gnose gestellt werden könne, die als Basis für einen Leistungsentscheid des Rechtsanwenders tauglich sei. Im vorliegenden Fall fänden sich in den Akten erdrückend viele Hinweise von verschiedenen Beurteilern hin- sichtlich Inkonsistenzen, demonstrativem Schmerzverhalten, Selbstlimitie- rungen, mangelnder Bereitschaft etc. Es sei die Pflicht eines Gutachters, wenn er anlässlich der Begutachtung ein solches Verhalten feststelle, dies zu beschreiben und seine Schlüsse aufgrund der Aktenlage und den selbst erhobenen Befunde zu ziehen. Zudem äusserte sich RAD-Arzt

- 21 - C.\_\_\_\_\_ auch ausführlich zu den Voraussetzungen einer rezidivierenden depressiven Störung. Er wies auch darauf hin, dass Dr. med. E.\_\_\_\_\_ trotz der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.0) die begriffsnotwendigen symptomfreien Episoden nicht weiter er- läutert habe. Zusätzlich habe der Beschwerdeführer und der behandelnde Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ in der Vergangenheit immer nur eine Ver- schlechterung geltend gemacht, aber nie eine Verbesserung bzw. Symptomfreiheit. Auch wenn die neue Diagnose (ICD-10 F33.0), welche eine leichte Episode codiere, sich erst auf den Zeitpunkt ab dem IME- Gutachten vom 26. März 2015 beziehe, stelle sich schon die Frage, war- um dann während des immerhin zweimonatigen stationären Aufenthaltes (13. Mai bis 13. Juli 2015) nicht schon dort die Diagnose von ICD-10 F32.1 auf ICD-10 F33.0 geändert worden sei, sondern erst nach einer halbstündigen Konsultation bei Dr. med. E.\_\_\_\_\_ im genannten Schrei- ben an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers. Dies werfe kein gu- tes Licht auf diese Angaben und untermauere das psychiatrische Gutach- ten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_. Auch die von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ ab Dezember 2014 dokumentierten Medikamentenspiegel wiesen überwiegend zu nied- rige Dosierungen der verordneten Medikamente aus und vorgängig gros- se zeitliche Lücken auf, obwohl auch ein Medikament mit enger therapeu- tischen Breite eingesetzt worden sei. Ausserdem stellte er illustrativ den Gesundheitszustand "alt" und "neu" einander gegenüber, woraus sich ein wesentlich verbesserter Gesundheitszustand ergebe. Schliesslich wurden auch noch umfangreiche Ausführungen zur Thematik Aggravation ge- macht und diesbezüglich auch auf das strukturierte Beweisverfahren im Sinne der (neuen) bundesgerichtlichen Rechtsprechung hingewiesen und der vorliegende Fall hinsichtlich Plausibilität bzw. Konsistenz bewertet. Dabei wurde insbesondere hervorgehoben, dass

gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vorliege, wenn Leistungseinschränkungen auf Aggravation oder ähnlichen Erscheinungen beruhen. Dies treffe gemäss Bundesgericht namentlich zu, wenn erhebliche Diskrepanzen zwischen geschilderten

- 22 - Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese bestünden, wenn intensive Schmerzen angegeben würden, deren Charakterisierung aber vage bleibe, wenn keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen werde, wenn demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirkten oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet würden, das psychosoziale Umfeld aber weitgehend intakt sei. Die Aggravation zeichne sich weiter durch Übertreibung oder Ausweitung von Beschwerden aus, indem diese bei tatsächlich vorhandenen Symptomen, zur Erreichung eines bestimmten Ziels, verstärkt würden. Je mehr Hinweise auf eine "bewusste" Symptomzeugung hindeuteten, desto eher liege Aggravation und nicht bloss eine Verdeutlichungstendenz vor. Bedeutende Hinweise ergäben sich aus ärztlichen Schilderungen von Diskrepanzen zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und objektivierbarer Befunde über einen längeren Beobachtungszeitraum, wie wenn beispielsweise eine demonstrative Schmerzausgestaltung aufgefallen sei oder während längerer Zeit geeignete Therapievorschlüsse abgelehnt worden seien. Weitere Hinweise könnten sich aus der Bestimmung von Medikamentenspiegeln ergeben. Der Beschwerdeführer sei über einen Zeitraum von mehreren Jahren durch verschiedene Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen begutachtet worden, wobei die Auffälligkeiten über die Jahre konstant geblieben seien. Insbesondere in den durchgeführten Evaluationen der funktionellen Leistungsfähigkeit seien die Inkonsistenzen detailliert aufgeführt worden. So beispielsweise Unterschiede in beobachteten und unbeobachtet geglaubten Situationen, was für ein gesteuertes Verhalten spreche. Zudem wurde auf eine, für die vorgebrachte Krankheit, nicht angemessene medizinische Behandlung und auf die Ergebnisse der Medikamentenspiegelbestimmungen hingewiesen, welche keine oder insuffiziente Wirkstoffspiegel ergeben hätten. RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ äusserte sich zur vorliegenden Angelegenheit auch unter dem Gesichtspunkt eines strukturierten Beweisverfahrens, wie es für somatoforme Leiden verwendet wird, zu den Thematiken: funktioneller Schweregrad, Behandlungs-, Eingliederungs-

- 23 - folg resp. -resistenz/Komorbiditäten, Persönlichkeit (persönliche Ressourcen) und sozialer Kontext sowie der Konsistenz. Eine erneute Begutachtung erachtete RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ aufgrund der Beschränkung des Streitpunktes auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ sowie aufgrund des Umstandes, dass auch beim vorliegenden Gutachten ein ausgeprägtes aggravierendes Verhalten bei einer gewissen depressiven Symptomatik des Beschwerdeführers festgestellt worden sei, als untauglich. Bei einer erneuten Begutachtung sei kein anderes Verhalten des Beschwerdeführers zu erwarten, allenfalls sogar noch in ausgeprägterem Masse. Im Ergebnis halte er an seiner Abschlussbeurteilung vom 1. April 2015 (siehe IV-act. 142, S. 13 f.) fest. Mit Schreiben vom 9. Mai 2016 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (siehe Beilage 1 zur beschwerdeführerischen Stellungnahme vom 23. Mai 2016) äusserte sich Dr. med. B.\_\_\_\_\_ auch noch zur Stellungnahme von RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ vom 31. März 2016. Dr. med. B.\_\_\_\_\_ wies darauf hin, dass RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ bloss eine Aktenbeurteilung vorgenommen habe. Zudem wurde noch hinsichtlich der fehlenden fachpsychiatrischen Behandlung im Zeitraum vor der Einleitung der vorliegend zu beurteilenden

Rentenrevision auf die damaligen Umstände der psychiatrischen Behandlung hingewiesen. Des Weiteren sei die psychiatrische Betreuung von Patienten in der hausärztlichen Praxis in der Schweiz weit verbreitet. Zudem betreue er den Beschwerdeführer seit längerer Zeit und sei mit dem Verlauf der Krankheitsgeschichte bestens vertraut. Auch im Rahmen von zufälligen Begegnungen in der dörflichen Umgebung habe er beim Beschwerdeführer keine Diskrepanzen in der Verhaltensweise zu derjenigen anlässlich von Konsultationen feststellen können. b) In seiner Beschwerde vom 15. Februar 2016 setzt sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen mit der im Rahmen des Vorbescheidverfahrens

- 24 - eingebrachten Stellungnahme von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ 30. November 2015 auseinander (siehe vorstehende Erwägung 4a/ff). aa) Dr. med. F. \_\_\_\_\_ verkenne, dass der Beschwerdeführer regelmässig von Hausarzt Dr. med. B. \_\_\_\_\_ gesehen worden sei und eine gesprächstherapeutische sowie auch eine medikamentöse psychische Begleitung bestanden habe. Darüber hinaus sei von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar begründet worden, warum im Zeitpunkt der Begutachtung keine sicheren Hinweise für eine affektive Erkrankung bzw. eine depressive Episode vorlägen. Die Einwendung zum Begriff "chronisch rezidivierend", welcher von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ verwendet worden sei, sei unbehilflich. Es sei klar, dass damit wiederkehrende depressive Episoden gemeint seien. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ stelle zudem auch die Ausführungen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ gemäss Schreiben vom 14. August 2015 (IV-act. 136, S. 10 f.) nicht in Abrede, wonach der Beschwerdeführer im damaligen Zeitpunkt eindeutig ein mittelgradiges bis schwer depressives Zustandsbild gezeigt habe. Dementsprechend habe, in einem noch nachzureichenden Bericht, Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) und nicht bloss eine depressive Episode (ICD-10 F32) diagnostiziert, wobei der rezidivierenden depressiven Störung rechtsprechungsgemäss ein invalidisierender Charakter zukommen könne. Hinsichtlich der Äusserungen von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zur Zusammenfassung der Krankengeschichte der Klinik Z. \_\_\_\_\_ vom 25. September 2015, wonach beim Eintritt in die Klinik Z. \_\_\_\_\_ insbesondere auf eine psychosoziale Belastung aufgrund der drohenden Einstellung der Rentenzahlung hingewiesen worden sei und konsequenterweise neben einer mittelgradigen depressiven Episode auch diese psychosoziale Belastungssituation diagnostisch als Z59 ("Kon-taktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage") erfasst worden sei, wurde festgehalten, dass die angeführten psychosozialen Faktoren nichts an der Hauptdiagnose (mittelgradige depressive Episode [ICD-10 F32.1]) änderten. Aus der erwähnten Zusammenfassung der Krankengeschichte lasse sich auch nicht ableiten, dass im

- 25 - Zeitpunkt der Begutachtung der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sehr viel besser gewesen sei. Des Weiteren ändere auch eine allfällige Remissionsphase im Zeitpunkt der Begutachtung nichts am Umstand, dass aufgrund der mehrfach bestätigten depressiven Episoden von einer rezidivierenden Störung gemäss ICD-10 F33 auszugehen sei. Zudem wies der Beschwerdeführer darauf hin, dass sich aus dem IME-Gutachten vom 26. März 2015 ergebe, dass der rheumatische Gesundheitszustand sich nicht verändert habe. bb) Ausserdem wird auf die Begründung gemäss Einwand vom 17. August 2015 verwiesen (beschwerdeführerische Beilagen [Bf-act.] 2; IV-act. 136) und zum integrierenden Bestandteil der Beschwerde erklärt. Darin hatte der Beschwerdeführer bereits in Abrede gestellt, dass die Beurteilung von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, wonach keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr gestellt werden könne, zutreffe. Den gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ sei zu entgegnen, dass der

Beschwerdeführer sich gemäss Verlaufsbericht von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2014 (IV-act. 113) sehr wohl einer Schmerz- und antidepressiven Therapie unterzogen habe. Der gutachterliche Vorhalt, dass eine ungenügende Therapiedokumentation seit der Begutachtung im Jahre 2006 vorliege und es an einer adäquaten Behandlung gefehlt habe, werde im Bericht vom 4. August 2015 von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ (IV-act. 136, S. 6 f.) widerlegt. Die Behandlung sei beim Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ erfolgt, da eine erneute Zuweisung an einen Psychiater keine neuen diagnostischen oder therapeutischen Gesichtspunkte erwarten liessen. Die Äusserung des Beschwerdeführers anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vom 19. Dezember 2014 durch Dr. med. F.\_\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer gemäss eigener Einschätzung nicht an einer psychischen Erkrankung leide, wurde mit soziokulturellen Gegebenheiten des Herkunftslandes begründet. Zudem kritisierte der Beschwerdeführer mit Verweis auf die Ausführungen von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 4. August 2015 die Infragestellung der Ergebnisse

- 26 - gemäss Hamilton-Depressionsskala durch den psychiatrischen Gutachter Dr. med. F.\_\_\_\_\_. Zusätzlich wurde auch auf den beigelegten Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ (Oberarzt, APD, PDGR) vom 14. August 2015 verwiesen (IV-act. 136, S. 10 f.). Dieser habe das psychiatrische Gutachten vom 28. Januar 2015 von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ im Rahmen einer ersten Beurteilung als nicht konsistent erachtet. Infolge von mehrfach fachärztlich festgestellten depressiven Episoden müsse von einer chronisch rezidivierenden Störung ausgegangen werden, auch wenn anlässlich der Begutachtung im Dezember 2014 eine Remission stattgefunden habe. cc) Der Beschwerdeführer kommt in seiner Beschwerde vom 15. Februar 2016 also zum Ergebnis, dass sich aus den dargelegten Gründen die Einstellung der Invalidenrente als ungerechtfertigt erweise und dementsprechend die Beschwerde gutzuheissen sei. c) Mit Eingabe vom 23. Mai 2016 führt der Beschwerdeführer zur ausführlichen Stellungnahme des RAD-Arztes C.\_\_\_\_\_ vom 31. März 2016 aus, dass bei der ursprünglichen Zusprache der Rente keine IV-relevante Aggravation festgestellt worden sei und das Gutachten der Klinik Valens werde von den neuen Gutachtern auch nicht in Frage gestellt. Der Beschwerdeführer sei regelmässig zur Behandlung bei seinem Hausarzt vorstellig geworden und durch diesen betreut worden. Dabei habe Dr. med. B.\_\_\_\_\_ auch im Rahmen von zufälligen Begegnungen in der dörflichen Umgebung keine Diskrepanzen zu den Wahrnehmungen anlässlich der Arzttermine machen können. Dass Hausärzte auch Depressionen behandelten, sei üblich und der Vorwurf, der Hausarzt des Beschwerdeführers (Dr. med. B.\_\_\_\_\_) verfüge über eine unzureichende Fachkompetenz für die Beurteilung psychiatrischer Krankheitsbilder, sei nicht gerechtfertigt. In der Beilage zu dieser Eingabe (Beilage 1 zur beschwerdeführerischen Stellungnahme vom 23. Mai 2016; siehe vorstehende Erwägung 4a/jj) führte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ aus, dass der Beschwerdeführer bis 2008 fachpsychiatrisch in betreut worden sei. Diese Betreu-

- 27 - ungsmöglichkeit sei dann aber infolge des Ausfalles der behandelnden Ärztin weggefallen. d) Die IV-Stelle bekräftigt mit Eingabe vom 6. Juni 2016, dass bei Aggravation bzw. Simulation keine ordnungsgemässe Diagnose gestellt werden könne. Es wird erneut auf die unzureichend durchgeführte Überprüfung der Medikamentencompliance und auf den Umstand hingewiesen, dass Dr. med. B.\_\_\_\_\_ die deutlichen Anzeichen von Aggravation verkenne. Ausserdem sei der Beschwerdeführer gar nicht mehr am ursprünglichen Wohnort in X.\_\_\_\_\_ wohnhaft, sondern seit dem 1. Mai 2015 in Y.\_\_\_\_\_ angemeldet. Auch wenn die letzte fachpsychiatrische Behandlung nicht im Jahre 2006,

sondern im Jahre 2008 gewesen wäre, stelle dies immer noch eine fehlende fachpsychiatrische Behandlung über einen Zeitraum von 8 Jahre dar. 5. a) Die Ausrichtung einer Invalidenrente setzt einen Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung voraus (vgl. vorstehende Erwägung 2a). Nach Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Die Frage, ob einer versicherten Person eine Arbeitsleistung zumutbar ist, muss nach einer objektiven Betrachtungsweise beantwortet werden und nicht nach dem subjektiven Empfinden der versicherten Person (KIESER, a.a.O., Art. 7 Rz. 56 ff.; BGE 141 V 281 E. 3.7.1). Das Bundesgericht entschied hinsichtlich leichter und mittelgradig psychischer resp. depressiver Störungen, dass diese nicht invalidisierend seien, solange sie noch therapeutisch angebar seien (BGE 140 V 193 E.3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_77/2015 vom 27. März 2015 E.5.4). Für den seltenen Fall einer ausgewiesenen Therapieresistenz müssten vorgängig die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sein (BGE 140 V 193 E.3.3 und BGE 137 V 64 E.5.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E.4.2). Diese Rechtsprechung kor-

- 28 - reliert hinsichtlich des Erfordernisses einer konsequenten Behandlung auch mit dem in BGE 141 V 281 begründeten strukturierten Beweisverfahren für somatoforme Leiden. Der im erwähnten Leiterteil BGE 141 V 281 formulierte Indikatorenkatalog besteht aus zwei Hauptkategorien, nämlich "funktioneller Schweregrad" (unterteilt in die Komplexe "Gesundheitsschädigung" [wiederum gegliedert in "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde", "Behandlungs- bzw. Eingliederungserfolg oder -resistenz", "Komorbidität"], "Persönlichkeit" und "Sozialer Kontext") und "Konsistenz" (gegliedert in die Indikatoren "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereich" und "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck"). Auch bei Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens für somatoforme Leiden stellt insbesondere die Aggravation ein Ausschlussgrund dar. Hinweise darauf ergeben sich namentlich bei erheblichen Diskrepanzen zwischen geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese, wenn intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung aber vage bleibt, wenn keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, wenn demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld aber weitgehend intakt ist (vgl. zum Ganzen BGE 141 V 281 E.2.2.1 f. und BGE 131 V 49 E.1.2). Des Weiteren weist die Art und Weise (motivierte Wahrnehmung oder Vernachlässigung) der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen auf einen bestehenden resp. fehlenden Leidensdruck hin, was unter auch dem Aspekt der Konsistenz von Bedeutung ist (BGE 141 V 281 E.4.4.2.). Der Indikator "Behandlungserfolg oder -resistenz" ist zudem ein Schweregradindikator aus dem Komplex "Gesundheitsschädigung". Wenn eine indizierte, lege artis und mit optimaler Kooperation der versicherten Person durchgeführte Behandlung definitiv scheitert, weist dies auf eine negative Prognose hin. Auch unter der geänderten Rechtsprechung bezüglich somatoformer Leiden ist von der grundsätzlichen Validität der die materielle Beweislast tra-

- 29 - genden versicherten Person auszugehen (BGE 142 V 106 E.4.3 f., 141 V 281 E.3.7.2, 139 V 547 E.8.1). b) Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ sowie die entsprechende Gesamtbeurteilung gemäss IME-Gutachten vom 26. März 2015 (IV-act. 118, S.

1 ff. und 87 ff.) erweist sich entgegen der beschwerdeführerischen Einwände für die strittigen Belange als umfassend, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Leiden und wurde unter Berücksichtigung der dazumal verfügbaren Vorakten verfasst. Die aus der fraglichen Begutachtung gezogenen Schlüsse basieren zudem auf einer eingehenden persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers einschliesslich einer EFL. Der Kritik seitens des behandelnden Hausarztes sowie den Berichten bzw. Schreiben des APD sowie der Klinik Z.\_\_\_\_\_, begegnete sowohl Dr. med. F.\_\_\_\_\_ als auch RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ jeweils mit einer überzeugenden und nachvollziehbaren Antwort (siehe vorstehende Erwägungen 4a/ff und 4a/ii). Andererseits erscheinen die Ausführungen von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ nicht ausreichend substantiiert. Wie RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ zu Recht ausführt, ist die von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 26. Februar 2016 gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.0; gegenwärtig leichte Episode) nicht besonders fundiert begründet, namentlich fehlen spezifische Aussagen bezüglich symptomfreier Zeiträume und es ist auch nur eine sehr kurze persönliche Begutachtung erfolgt. Ausserdem ist nicht ohne Weiteres ersichtlich, inwiefern die ICD-10-Codierung F33.0 mit den Feststellungen von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 14. August 2015 kongruent sein soll, wonach der Beschwerdeführer ein mittelgradig bis schwer depressives Zustandsbild zeige. Ausserdem wurde in der "Zusammenfassung der Krankengeschichte" der Klinik Z.\_\_\_\_\_ vom 25. September 2015 nach einem stationären Aufenthalt davon abweichend eine (mittelgradige) depressive Episode (F32.1) als Hauptdiagnose diagnostiziert. Zudem ist auch zu beachten, dass vor der Einleitung des Rentenrevisionsverfahrens im Jahre 2014 längere Zeit keine fachärztlich psychiatrische Behandlung

- 30 - stattgefunden hat (siehe IV-act. 118, S. 41, S. 88; Beilage 1 zur beschwerdeführerischen Stellungnahme vom 23. Mai 2016). Dass Dr. med. B.\_\_\_\_\_ gemäss seinen Angaben eine gesprächstherapeutische und medikamentöse Behandlung gewährleistet habe, ändert daran nichts, insbesondere weil auch keine entsprechende Medikamentenspiegelbestimmungen aktenkundig sind und gemäss RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ eine "Mitbetreuung" von Patienten mit psychischen Erkrankungen durch den Hausarzt zwar üblich ist, aber keinen Ersatz für eine fachpsychiatrische Expertise und Behandlung darstellt. Insofern ist nicht nachvollziehbar, warum bei den behaupteten invalidisierenden psychischen Beschwerden nicht eine fachärztliche psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen resp. fortgesetzt wurde. Eine entsprechende Behandlung wurde erst unter dem Eindruck der Rentenrevision 2014 wieder aufgenommen beziehungsweise in allgemeiner Weise ärztliche Untersuchungen intensiviert (siehe dazu Informationsbericht der Fachstelle BVM vom 30. Juni 2016, S. 3 sowie die dazugehörige Beilagen 11 und 12). Darüber hinaus gestand der Beschwerdeführer im Rahmen der Befragung durch die Fachstelle BVM am 7. Mai 2015 selber ein, dass er sich im Jahre 2014 während mindestens 6 Monaten nicht in der Schweiz aufgehalten habe (Informationsbericht der Fachstelle BVM vom 30. Juni 2016, S. 3 sowie die dazugehörige Beilagen 6 und 7). Wie unter diesen Umständen eine konsequente und lege artis durchgeführte psychiatrische Behandlung erfolgen konnte, ist nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer auch nicht dargelegt. Es mag bei einer medizinischen bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise zutreffen, dass, wie von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 27. Januar 2016 (Bf-act. 3) ausgeführt, für die (integrative) Beurteilung und Behandlung von Patienten im Rahmen der Hausarztstätigkeit eine Diagnosestellung nach ICD ein blosses Hilfsmittel darstellt. Aus rechtlicher Sicht hingegen ist eine lege artis gestellte Diagnose für eine leistungsbegründende Invalidität

vorausgesetzt (BGE 141 V 281 E.2). Zu- dem sind krankheits- und unfallbedingte Auswirkungen auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit von den Auswirkungen aufgrund von Invaliditäts-

- 31 - fremden Faktoren abzugrenzen, weil diese Faktoren nicht rentenbegründend sind (MEYER/REICHMUTH, in: STAUFFER/CARDINAUX [Hrsg.], a.a.O., Art. 28 Rz. 20 f.). Die Einschätzung von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ im Schreiben vom 4. August 2015 (IV-act. 136, S. 7), dass eine weitere fachärztlich psychiatrische Betreuung keine Vorteile gebracht hätte, stellt keine fachärztliche Beurteilung dar. Der Einschätzung von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ widerspricht insbesondere auch die fachärztliche Einschätzung im Kurzaustrittsbericht der Klinik Z.\_\_\_\_\_ vom 13. August 2015, wonach dem Beschwerdeführer zu jenem Zeitpunkt ein Eintritt in die Tagesklinik empfohlen wurde, dieser aber eine solche Behandlung ablehnte (siehe IV-act. 136, S. 9 und IV-act. 139, S. 10). Eine entsprechende fachärztliche psychiatrische Behandlung ist dem Beschwerdeführer aber zumutbar und in Nachachtung der Schadensminderungspflicht geboten (siehe BGE 127 V 294 E.4b/cc), auch wenn der Beschwerdeführer dagegen soziokulturelle Gegebenheiten seines Herkunftslandes vorbringt. c) Nicht ausser Acht zu lassen sind zudem auch die wiederholt aus den Akten ersichtlichen Beschränkungen der Leistungsfähigkeit anlässlich von Begutachtungen. Im Rahmen der Begutachtung in der Klinik Valens wurde eine deutliche Selbstlimitierung im Rahmen der EFL vom 15./16. März 2006 beobachtet (IV-act. 45, S. 18 und 58 ff.). Im IME-Gutachten vom 26. März 2015 wurde dies erneut im Rahmen der EFL festgestellt (IV-act. 119) und Dr. med. F.\_\_\_\_\_ berichtete unter anderem, dass beim Beschwerdeführer eine starke Klagsamkeit bestanden habe, die Antworten im allgemeinen aber sehr vage gewesen seien, spontan keine psychischen Symptome geklagt worden seien sowie eine mangelhafte Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen festzustellen sei. Daneben gäbe es weitere Hinweise auf starke Aggravation (vgl. dazu IV-act. 118, S. 38 ff.). RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ geht weiter zu Recht davon aus, dass bezüglich der rheumatischen Beschwerden die Konsistenz der Schilderungen bereits in der Vergangenheit schlecht war. Denn es finden sich tatsächlich wiederholt und über einen langen Zeitraum erhebliche Hinwei-

- 32 - se auf Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenzen in den Akten (siehe dazu beispielsweise IV-act. 20, S. 20 f., 26 f., 28 ff., 39 ff.; IV-act. 45, S. 18 und 58 ff.; IV-act. 118, S. 73 ff.; IV-act. 119). Für die damalige Rentenzusprache (Verfügung vom 11. April 2007 [IV-act. 68]) war aber im Wesentlichen die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht entscheidend. Bezüglich der psychischen Leiden wurde zwar die damalige Einschätzung der Klinik Valens vom 7. August 2006 anlässlich der Rentenzusprache im Jahre 2007 durch RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_\_ nicht retrospektiv in Frage gestellt. Es ist RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ jedoch zuzustimmen, soweit er ausführt, dass sich aus den Erkenntnissen von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ anlässlich seiner psychiatrischen Begutachtung im Dezember 2014 eine fortschreitende Symptomausweitung und erhebliche Verschlechterung der Konsistenz feststellen liesse. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ stellte zwar anlässlich der Begutachtung eine gewisse Verschiebung der Stimmung des Beschwerdeführers zum depressiven Pol hin fest, erachtete aber die Auslenkbarkeit zum positiven Pol hin als gegeben. Des Weiteren stellte er eine ausgeprägte Schmerzmittelmimik, starke Klagsamkeit, erhebliche Hinweise auf Aggravation sowie teilweise falschen Aussagen, unzureichenden Therapiebemühungen inkl. (fehlender) Bestimmung der Medikamentenspiegel fest. Die erreichte (nicht sehr) hohe Punktzahl auf der

Hamilton-Depressionsskala ist gemäss Dr. med. F.\_\_\_\_\_ kritisch zu würdigen, weil dabei suggestiv nach bestimmten Symptomen gefragt werde, der Beschwerdeführer aber die dabei bestätigten Symptome nicht spontan geklagt habe. Aufgrund dessen kam Dr. med. F.\_\_\_\_\_ im IME-Gutachten vom 26. März 2015 sowie seiner ergänzenden Stellungnahme vom 30. November 2015 nachvollziehbar und widerspruchsfrei zum Schluss, dass keine sicheren Hinweise auf eine affektive Erkrankung vorlägen und in dieser Situation keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (mehr) gestellt werden könne. Gemäss Auffassung des Beschwerdeführers sind die aus den Akten ersichtlichen Inkonsistenzen und Selbstlimitierungshinweise bis zum Jahre 2007 nicht mehr beachtlich, weil diese bereits in Gutachten der

- 33 - Klinik Valens vom 7. August 2006 sowie in der ursprünglichen Rentenverfügung vom 11. April 2007 mitberücksichtigt worden seien und dabei keine IV-relevante Aggravation festgestellt worden sei. Diese Argumentation erschliesst sich dem Gericht nicht. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ äusserte sich anlässlich der psychiatrischen Begutachtung in der Klinik Valens im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. Juli 2006 (IV-act. 45, S. 30 ff.) nicht in vergleichbarer Weise wie Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zur Thematik Inkonsistenz und Aggravation. Zudem ist zu beachten, dass die im Zeitpunkt des Gutachtens der Klinik Valens noch erfolgte adäquate fachärztlich psychiatrische Behandlung durch Dr. med. M.\_\_\_\_\_ (Klinik Z.\_\_\_\_\_/APD, PDGR), trotz Empfehlung im Gutachten der Klinik Valens (siehe dazu IV-act. 45, S. 26 f, 40 f. und 54), spätestens ab dem Jahre 2008 nicht mehr weitergeführt wurde und auch der Empfehlung der Klinik Z.\_\_\_\_\_ zum Eintritt in die Tagesklinik anlässlich der stationären Behandlung vom 13. Mai 2015 bis 13. Juli 2015 nicht gefolgt wurde (siehe IV-act. 136, S. 9 und IV-act. 139, S. 10). Dies weist neben der unzureichenden Medikamentencompliance auf einen fehlenden Leidensdruck hin. Insofern sind also seit dem Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache weitere gewichtige Aggravationshinweise hinzugekommen. Im Übrigen ist bei Vorliegen eines Revisionsgrundes im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG der Grad der Invalidität ohne Bindung an eine frühere Entscheidung (allseitig) zu prüfen und neu festzulegen (vgl. BGE 141 V 9 E.2.3). d) Die Schlussfolgerungen im IME-Gutachten vom 26. März 2015, wonach sich der Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht erheblich verändert habe, nunmehr keine psychiatrische Diagnose mehr gestellt werden könne und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt sei, sind in Anbetracht der vorliegenden Akten nicht zu beanstanden. Die fehlende Inanspruchnahme einer fachärztlichen psychiatrischen Behandlung zumindest seit 2008, die Widersprüche bezüglich der angegebenen Medikamenteneinnahmen hinsichtlich somatischer und psychischer Beschwerden, wobei die Medika-

- 34 - mentenspiegel erst in neuerer Zeit bestimmt wurden, sowie die weiteren bereits erwähnten Inkonsistenzen, lassen die Schlussfolgerung von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ als schlüssig und nachvollziehbar erscheinen. Insbesondere ein, den vorgebrachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen entsprechender Leidensdruck ist nicht erstellt. Dabei ist auch zu beachten, dass bei psychischen Erkrankungen nur eine begrenzte Objektivierbarkeit besteht und damit eine Verifizierung der Angaben als unabdingbar erscheint. e) Dieses Ergebnis wird auch nachvollziehbar vom RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ gestützt. Dieser führte dabei in Anlehnung an die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 in seiner Stellungnahme vom 31. März 2016 zusätzlich aus, dass hinsichtlich des funktionellen Schweregrades anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. F.\_\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer keine

Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden konnte. Dies sei ausführlich begründet worden, wobei die diagnostisch relevanten Befunde von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ als auch vom rheumatologischen Gutachter H.\_\_\_\_\_ aufgeführt worden seien. Bezüglich Aggravation und ähnlichen Konstellationen wies RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 31. März 2016, unter Berücksichtigung von ärztlichen Begutachtungsleitlinien, nachvollziehbar auf ein solches Verhalten hin. So beispielsweise auf das Vorhandensein von Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen, die sich in erheblichem Ausmass aus den Akten ergäben, die ungenügende Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe sowie die mangelhafte Medikamentencompliance im Zeitpunkt des Gutachtens. Aufgrund dieser Ausgangslage hat Dr. med. F.\_\_\_\_\_ auch nach Einschätzung des RAD-Arztes C.\_\_\_\_\_ zu Recht keine psychiatrische Diagnose (mehr) gestellt. RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ betonte eine ungenügende therapeutische Behandlung auch unter dem Indikator des Behandlungserfolges/-resistenz und verneinte eine Komorbidität mit Hinweis auf das Gutachten der Klinik Valens vom 7. August 2006, wo eine selbständige depressive Störung festgestellt worden

- 35 - sei (vgl. IV-act. 45, S. 19 ff.) sowie die Ausführungen im IME-Gutachten vom 26. März 2015, wonach keine psychiatrische Diagnose mehr mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne (siehe dazu IV-act. 118, S. 41 ff., 82 f. und 87 f.). RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ äusserte sich, soweit aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers überhaupt möglich, auch zu den Indikatoren Persönlichkeit und sozialer Kontext. Diesbezüglich sei festzuhalten, dass anlässlich der stationären Behandlung des Beschwerdeführers in der Klinik Z.\_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2015 bis 13. Juli 2015 beim Eintritt insbesondere auf eine psychosoziale Belastung aufgrund der drohenden Einstellung der Rentenzahlung hingewiesen worden sei (siehe dazu IV-act. 139, S. 6 f.). Im Wesentlichen legte er aber bezüglich der Beurteilungskategorie "Konsistenz" dar, dass sich infolge fortschreitender Symptomausweitung seit der letzten materiellen Rentenan spruchsprüfung die Konsistenz bezüglich psychiatrischer Beschwerden erheblich verschlechtert habe und aufgrund des nicht nachvollziehbaren Verhaltens des Beschwerdeführer, wie von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ festgestellt, keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (mehr) gestellt werden könne. Dies sei auch auf unvollständige bzw. unspezifische sowie nicht wahrheitsgemässe Angaben des Beschwerdeführers zurückzuführen. Aufgrund der fehlenden Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen im Zeitpunkt vor dem Rentenrevisionsverfahren (insbesondere mangelhaften Medikamentencompliance sowie [Wieder-]Aufnahme einer fachärztlichen psychiatrischen Behandlung erst unter dem Eindruck des eingeleiteten Revisionsverfahrens), sei ein entsprechender Leidensdruck nicht ausgewiesen. Ausserdem kann auch auf die Einschätzung des RAD-Arztes C.\_\_\_\_\_ im Abschlussbericht vom 1. April 2015 verwiesen werden (IV-act. 142, S. 13 f.), wonach die vom Beschwerdeführer demonstrierte Leistungsfähigkeit anlässlich der EFL vom 11./12. Dezember 2014 (siehe IV-act. 119) nicht einmal den Belastungen von alltäglichen Verrichtungen wie beispielsweise Einkaufen, Haushalt oder der Teilnahme am sozialen Leben entspreche.

- 36 - f) Der Beschwerdeführer rügt im Schreiben vom 23. Mai 2016, dass die von RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ angeführte Rechtsprechung nach BGE 141 V 281 nicht anwendbar sei, weil anlässlich der Rentenzusprache eine entsprechende Diagnose kein Thema gewesen sei oder später zum Thema geworden sei. Sofern aber eine Erkrankung aus diesem

Spektrum trotzdem von Relevanz wäre, müsse die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückgewiesen werden, um ein Gutachten gemäss einschlägigem Fragenkatalog einzuholen. Davon ist vorliegend abzusehen, denn wie vorstehend in der Erwägung 5a dargelegt, stellt auch beim entsprechenden Prüfraster gemäss BGE 141 V 281 die Aggravation ein Ausschlussgrund dar. Zudem hat RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ den vorliegenden Fall anhand der Beurteilungskategorien "Funktioneller Schweregrad" und "Konsistenz" gemäss BGE 141 V 281 nachvollziehbar bewertet (vgl. vorstehende Erwägung 4a/ii). Somit erübrigen sich ergänzende Abklärungen, weil davon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, welche mit dem erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu einem anderen Ergebnis führen würden (antizipierte Beweismässigkeit; vgl. BGE 134 I 140 E.5.3, 127 V 491 E.1b, 124 V 90 E.4b, 122 V 157 E.1d). g) Weder die hausärztlichen Berichte von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ noch die knapp gehaltenen Ausführungen in den Berichten resp. Zusammenfassung des Krankheitsverlaufes der Klinik Z.\_\_\_\_\_ sowie des APD erwecken an den Beurteilungen gemäss bidisziplinären IME-Gutachten vom 26. März 2015 sowie den versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahmen in rechtsgenügender Weise Zweifel (vgl. vorstehende Erwägungen 5b - 5e). Somit kann auf das erwähnte bidisziplinäre IME-Gutachten vom 26. März 2015 (IV-act. 118, S. 51 ff.) und die versicherungsinternen Stellungnahmen, insbesondere die Abschlussbeurteilung durch RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ vom 1. April 2015 (IV-act. 142, S. 13) sowie die Ausführungen von RAD-Arzt C.\_\_\_\_\_ gemäss Stellungnahme vom 31. März 2016 abgestellt werden. Aufgrund einer nachgewiesenen Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bzw. des anspruchsrelevanten Sachverhaltes,

- 37 - nämlich des Wegfalles einer psychiatrischen Diagnose und einer entsprechenden vollen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, ist ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG zu bejahen. Unter Berücksichtigung eines im Wesentlichen unveränderten rheumatologischen Gesundheitszustandes ist die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 12. Januar 2016 zu Recht davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist, wobei dem Beschwerdeführer leichte wechselbelastende Tätigkeiten mit einer Gewichtsbelastung vom 10 kg zumutbar sind. 6. In der Verfügung vom 12. Januar 2016 (siehe IV-act. 141) legte die IV-Stelle für das Jahr 2015 der Bemessung des Invaliditätsgrades ein Valideinkommen von Fr. 65'813.55 sowie ein gemäss Lohnstrukturierung 2012 (LSE 2012, TA1, männlich, Kompetenzniveau 1) bestimmtes Invalideneinkommen von Fr. 66'979.25 zu Grunde (siehe IV-act. 122 und IV-act. 142, S. 15). Dies führte zu einem Invaliditätsgrad von 0 %, wobei die Berechnung vom Beschwerdeführer zu Recht auch nicht beanstandet wurde. 7. a) Die Aufhebung der Dreiviertelsrente per Ende Februar 2016 ist somit nicht zu beanstanden und die Verfügung vom 12. Januar 2016 erweist sich dementsprechend als rechtmässig, womit sie zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen ist. b) Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren - in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG - bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festgelegt. Aufgrund des Ausgangs dieses Verfahrens sind die Gerichtskosten von Fr. 700.-- grundsätzlich durch den unterliegenden Beschwerdeführer zu tragen.

- 38 - 8. a) Bei diesem Prozessausgang bleibt aber das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung mit Rechtsvertretung durch Rechtsanwalt

lic. iur. Reto Caflisch zu prüfen. Die Gemeinde Y.\_\_\_\_\_ gewährte dem Beschwerdeführer per Juni 2015 öffentliche Unterstützung (Bf-act. 4). Damit ist die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers grundsätzlich ausgewiesen. Ausserdem waren die Chancen des Beschwerdeführers, im vorliegenden Verfahren zu obsiegen, aufgrund der gesamten Umstände nicht von vornherein beträchtlich geringer als die Verlustgefahr. Sie können folglich nicht als kaum ernsthaft bezeichnet werden. Der Beschwerdeführer ist zudem rechtsunkundig. Um seine Interessen auch im vorliegenden Verfahren wahren zu können, war er daher auf die Unterstützung eines Rechtsvertreters angewiesen. Im vorliegenden Fall sind folglich die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege im Sinne von Art. 61 lit. f ATSG und Art. 76 VRG erfüllt (vgl. dazu statt vieler: BGE 138 III 217 E.2.2.4, 129 I 129 E.2.3.1, 125 V 201 E.4a, 122 I 267 E.2b; KIESER, a.a.O., Art. 61 Rz. 173 ff.). Dem Gesuch um unentgeltliche Prozessführung mit Rechtsvertretung durch Rechtsanwalt lic. iur. Reto Caflisch wird demnach stattgegeben. b) Folglich gehen die vom Beschwerdeführer zu tragenden Verfahrenskosten im Betrag von Fr. 700.-- zu Lasten der Gerichtskasse. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht in der Kostennote vom 14. Juni 2016 einen Aufwand von Fr. 2'780.15 (Honorar: Fr. 2'398.-- [10.9 Stunden à Fr. 220.--], Spesen: Fr. 176.20.--, 8 % MWST: Fr. 205.94.-- [8 % von Fr. 2'574.20]) geltend. Dieser Aufwand erweist sich insofern als übersetzt, als unentgeltliche Rechtsvertreter gemäss Art. 5 Abs. 1 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (Honorarverordnung, HV; BR 310.250) zu einem Stundenansatz von Fr. 200.-- zu entschädigen sind. Ferner entfallen bei den geltend gemachten Spesen ca. Fr. 150.-- auf angefertigte Kopien. Dies übersteigt die praxisgemäss zugestandenen Spesen in der Höhe von 3 % des Hono-

- 39 - rars erheblich. Wie viele Kopien und zu welchem Stückpreis diese angefertigt wurden, lässt sich der Kostennote vom 14. Juni 2016 nicht entnehmen und es ist zu berücksichtigen, dass die IV-Stelle der versicherten Person resp. deren Rechtsvertretung das IV-Dossier in der Regel kostenlos zustellt (auf Akten-CD oder in Papierform; vgl. dazu Urteil des Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden [VGU] S 14 60 vom 6. Januar 2015 E.6c und VGU S 14 40 vom 4. November 2014 E.6c; siehe auch IV-act. 134). Wird die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers geforderte Entschädigung entsprechend berichtigt, resultieren Kosten von total Fr. 2'425.05 (Fr. 2'180.-- [10.9 Stunden à Fr. 200.--], zuzüglich 3 % Spesen: Fr. 65.40 und 8 % MWST: Fr. 179.65 [8 % von Fr. 2'245.40]). Dieser Aufwand erscheint dem Gericht in Anbetracht der Bedeutung der vorliegenden Streitigkeit sowie der Schwierigkeit der zu beantwortenden Sach- und Rechtsfragen angemessen. Demzufolge ist Rechtsanwalt lic. iur. Reto Caflisch für seine Bemühungen im vorliegenden Verfahren aus der Gerichtskasse mit Fr. 2'425.05 (inkl. Spesen und MWST) zu entschädigen. c) Wenn sich die Einkommens- oder Vermögensverhältnisse des Beschwerdeführers gebessert haben und er hierzu in der Lage ist, hat er das Erlasene und die Kosten der Rechtsvertretung zu erstatten (Art. 77 VRG). d) Der obsiegenden IV-Stelle steht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demnach erkennt das Gericht:

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