

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00988 vom 20. Februar 2002

ZH Sozialversicherungsgericht, 2002-02-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00988

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00988 du 20 février 2002

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00988 del 20 febbraio 2002

Erwägungen

E. 1

1.1. X. geboren 1949, meldete sich am 17. Juli 1998 wegen Rückenbeschwerden zum Bezug einer Invalidenrente an (Urk. 10/9). Mit Verfügung vom 5. Januar 2001 verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 33 % (Urk. 10/51). Diesen Entscheid bestätigten das hiesige Gericht mit Urteil vom 20. Februar 2002 (Urk. 10/56; Verfahren Nr. IV.2001.00076) und das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht mit Urteil vom 13. August 2003 (Urk. 10/60).

1.2. Auf das daraufhin am 14. Oktober 2003 (Urk. 10/64) neu gestellte Leistungsbegehren des Versicherten trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 28. Oktober 2003 (Urk. 10/65) und diese beständigem Einspracheentscheid vom 20. Februar 2004 nicht ein (Urk. 10/75). Das Sozialversicherungsgericht hob diesen Entscheid mit unangefochten in Rechtskraft erwachsenem Urteil vom 26. Oktober 2004 auf und verpflichtete die IV-Stelle zum Eintreten auf die Neuanmeldung und zur materiellen Prüfung des Rentenanspruches (Urk. 10/80; Verfahren Nr. IV.2004.00208).

Nach einer Begutachtung durch das Medizinische Zentrum Z. (Z.) vom 25. August 2006 (Urk. 10/90) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügungen vom 2./3. Mai 2007 für die Zeit vom 1. Februar bis 30. April 2004 eine Viertelsrente (Urk. 10/121) und für die Zeit vom 1. Mai 2004 bis 30. Juni 2005 bei einem Invaliditätsgrad von 73 % (Urk. 10/122-123) und anschliessend bei einem Invaliditätsgrad von 100 % (Urk. 10/120, entsprechend Urk. 10/124) eine ganze Invalidenrente zu.

Mit der dagegen geführten Beschwerde vom 6. Juni 2007 rückte der Versicherte die Berechnung der Rentenbetreffnisse (Urk. 10/131 S. 3 E. 2). Dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 26. Oktober 2007 im Verfahren Nr. IV.2007.00838 (Urk. 10/131) folgend verfügte die IV-Stelle am 28. Juli 2008 nochmals über die Rentenbetreffnisse für die Zeit ab 1. Februar 2004 (Urk. 10/149-152).

E. 2

2.1. Am 9. April 2008 leitete die IV-Stelle ein amtliches Revisionsverfahren ein, wobei der Versicherte am 21. April 2008 im Fragebogen angab, sein Gesundheitszustand sei gleich geblieben (Urk. 10/136). Überdies holte die IV-Stelle einen Bericht von Hausärztin Dr. med. A. vom 21. Mai 2008 ein (Urk. 10/143).

2.2. Während des hängigen Revisionsverfahrens teilte die Kantonspolizei Zürich der IV-Stelle am 29. April 2008 mit, die Staatsanwaltschaft II des Kantons

ZÄ¼rich fÄ¼hre aufgrund verschiedener Ä¼berwachungen (vgl. Urk. 10/161) gegen den Versicherten eine Strafuntersuchung wegen Verdachts des Versicherungsbetruges unter anderem zum Nachteil der IV-Stelle; er befinde sich deswegen seit 25. April 2008 in Untersuchungshaft (Urk. 10/137).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Mit unangefochten in Rechtskraft erwachsener VerfÄ¼gung vom 7. Mai 2008 sistierte die IV-Stelle ihre Rentenleistungen ab Mai 2008, und zwar nicht nur fÄ¼r die Dauer der Untersuchungshaft, sondern auch fÄ¼r die Zeit nach der Entlassung wÄ¼hrend den weiteren AbklÄ¼rungen (10/141).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Am 22. Oktober 2008 wurde der Versicherte aus der Untersuchungshaft entlassen (Urk. 10/153). Seinem Gesuch vom 3. November 2008 um Wiederaufnahme der Rentenzahlung (Urk. 10/154) gab die IV-Stelle unter Hinweis auf weitere AbklÄ¼rungen mit Schreiben vom 7. November 2008 nicht statt (Urk. 10/155), was seitens des Versicherten unbeanstandet blieb.

2.3 Ä¼ Ä¼ Ä¼ Nachdem die IV-Stelle die Rapporte der Kantonspolizei ZÄ¼rich zu den Akten genommen hatte (Urk. 10/160-161), zog sie mit VerfÄ¼gung vom 11. Dezember 2008 ihre Entscheide vom 2./3. Mai 2007 (Urk. 10/120-123) in WiedererwÄ¼rgung mit der Feststellung, dass in keinem Zeitpunkt Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestanden habe; betreffend die RÄ¼ckerstattung der zu Unrecht bezogenen Leistungen stellte sie eine separate VerfÄ¼gung in Aussicht (Urk. 10/165).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Auf die RÄ¼ge des Versicherten hin, sein rechtliches GehÄ¼r sei verletzt worden (Urk. 10/167-168), erliess die IV-Stelle am 9. Januar 2009 einen gleich lautenden Vorbescheid (Urk. 10/170). Der Versicherte erhob am 9. Februar 2009 EinwÄ¼nde (Urk. 10/175), worauf die IV-Stelle am 3. April 2009 - als Ersatz der VerfÄ¼gung vom 11. Dezember 2008 (Urk. 10/165) - verfÄ¼gte, der Entscheid vom 3. Mai 2007 werde wiedererwÄ¼rgungsweise aufgehoben, es werde festgestellt, dass in keinem Zeitpunkt Anspruch auf Leistungen bestanden habe und dass die seit 1. Februar 2004 zu Unrecht bezogenen Leistungen zurÄ¼ckzuerstatten seien; darÄ¼ber werde separat verfÄ¼gt (Urk. 10/177).

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Die dagegen am 5. Mai 2009 vom Versicherten erhobene Beschwerde (Urk. 10/180/7-11) hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 20. Oktober 2009 im Verfahren Nr. IV.2009.00435 in dem Sinne gut, dass die Sache zu ergÄ¼nzenden (medizinischen) AbklÄ¼rungen an die IV-Stelle zurÄ¼ckgewiesen wurde (Urk. 10/185/1-12).

3. Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Die IV-Stelle holte in der Folge medizinische Berichte (Urk. 10/205) sowie ein Gutachten des Z.____ ein, welches am 31. Dezember 2010 erstattet wurde (Urk. 10/207/1-51). Nach durchgefÄ¼hrtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/210; Urk. 10/214) wurde die Rentenzusprache vom 2./3. Mai 2007 mit VerfÄ¼gung vom 28. Juli 2011 (Urk. 10/221 = Urk. 2) wiedererwÄ¼rgungsweise aufgehoben und eine RÄ¼ckforderung in Aussicht gestellt.

E. 4

4.1 Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Gegen die VerfÄ¼gung vom 28. Juli 2011 (Urk. 2) erhob der Versicherte mit Eingabe vom 14. September 2011 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass er Anrecht auf die ganze Invalidenrente seit Mai 2004 habe, dass er zu 100 % arbeitsunfÄ¼hig sei und dass die Sistierung der Rente ab Februar 2004 nicht rechtens sei. In prozessualer Hinsicht beantragte er die Bewilligung der

unentgeltlichen Prozessführung (S. 1 unten). Mit Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2011 ersuchte die IV-Stelle um Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Dies wurde dem Versicherten am 27. Oktober 2011 zur Kenntnis gebracht (Urk. 11).

4.2 Mit Verfügung vom 22. Februar 2012 beauftragte das hiesige Gericht die MEDAS B. ___ mit der Begutachtung des Versicherten (Urk. 20). Die Begutachtung konnte indessen nicht mehr erfolgen, da X. ___ am 17. März 2012 verstarb (vgl. Urk. 25). Mit Gerichtsverfügung vom 17. April 2012 wurde das Verfahren bis zum Entscheid über den Antritt der Erbschaft sistiert (Urk. 27). Nachdem sich Y. ___, der Sohn des Versicherten, welcher den Prozess fortführen wollte (vgl. Urk. 23), als alleiniger Erbe auswies (vgl. Urk. 38), wurde mit Verfügung vom 10. Januar 2013 die Sistierung aufgehoben (Urk. 39). Am 30. Januar 2013 wurde eine Instruktionsverhandlung durchgeführt, anlässlich welcher den Parteien ein Vergleichsvorschlag unterbreitet wurde (vgl. Prot. S. 9). Mit Schreiben vom 28. Februar 2013 teilte der Vertreter von Y. ___ mit, dass dieser an der Beschwerde festhalte (Urk. 42). Dies wurde der IV-Stelle am 6. März 2013 zur Kenntnis gebracht (Urk. 43).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Am 1. Januar 2008 und am 1. Januar 2012 sind die im Zuge der Revisionen 5 und 6a geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten.

In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 28. Juli 2011 - und somit nach Inkrafttreten der 5. IV-Revision, aber vor Inkrafttreten der Revision 6a - ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1). Die am 1. Januar 2012 revidierten Bestimmungen gelangen noch nicht zur Anwendung.

Da die 5. IV-Revision hinsichtlich Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2), werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - im Folgenden in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden und mit der Revision 6a unverändert gebliebenen Fassung zitiert.

1.2. Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere betreffend die Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG) und den Rentenanspruch (Art. 28 IVG) sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Darauf kann, mit den nachstehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

1.3. Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist.

1.4. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

1.5. In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

2.

2.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob die verfügte wiedererwägungsweise Aufhebung der mit Wirkung ab Februar 2004 zugesprochenen Viertelsrente und der ab Mai 2004 zugesprochenen ganzen Rente rechtmässig ist.

2.2. Die Beschwerdegegnerin machte in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) geltend, der Versicherte habe sich gegenüber den Gutachtern als schwer leidender und sowohl körperlich wie auch psychisch massiv eingeschränkter Patient dargestellt (S. 2 oben). Im Zeitraum 19. Februar bis 12. April 2008 sei er durch die Kantonspolizei Zürich observiert worden, wobei Videoaufnahmen erstellt worden seien. Aus den Videoaufnahmen und den medizinischen Unterlagen hätten sich verschiedene Widersprüche ergeben (S. 2 f.). Aufgrund des polydisziplinären Gutachtens des Z. ___ vom Dezember 2010 zeige sich, dass zu keinem Zeitpunkt eine rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (S. 4).

2.3. Im Rahmen der Beschwerde (Urk. 1) stellte sich der Versicherte auf den Standpunkt, ihm sei die Rente zu Recht zugesprochen worden; er habe damals an verschiedenen Krankheiten gelitten, welche von Fachärzten klar bestätigt worden seien (S. 3 Mitte). Das Observationsmaterial habe gezeigt, dass er sich bewegen, mehrmals bücken, kleinere körperliche Tätigkeiten ausführen, Waren tragen, stehen, ohne Stütze kleinere Distanzen zurücklegen sowie seinen Personenwagen 1000 km lenken könne (S. 2 unten). Dass er sich bewegen und beugen könne und verbale Kontakte mit anderen Menschen habe, bedeute jedoch nicht, dass er während acht Stunden täglich arbeiten könne (S. 3 f.). Des Weiteren kritisierte der Versicherte insbesondere das Z. ___-Gutachten vom Dezember 2010 (vgl. S. 5 ff.).

Die mit Schreiben vom 28. Februar 2013 (Urk. 42) hielt der Vertreter des Beschwerdeführers fest, dass das Observationsmaterial in keiner Weise als Beweis für das Leistungsniveau und dessen Konstanz gelten könne. Des Weiteren könne nicht auf

das Z.____-Gutachten abgestellt werden, weswegen eine Begutachtung bei der MEDAS B.____ angeordnet worden sei (S. 1).

3.

3.1 Die Rentenzusprache vom 2./3. Mai 2007 erfolgte im Wesentlichen gestützt auf das Z.____-Gutachten vom 25. August 2006 (Urk. 10/90). Die Gutachter stellten aufgrund ihrer internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 26):

- schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
- chronisches zervikales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei:
- degenerativen Veränderungen der HWS und LWS
- Schmerzchronifizierung und Generalisierung mit ausgeprägter Symptomausweitung und Beschwerdedemonstration

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die arterielle Hypertonie und die chronische Dyspepsie (Verdauungsstörung; S. 26). Die Gutachter sprachen von einer ausgeprägten Beschwerdedemonstration, einer gewissen Aggravationstendenz und von Diskrepanzen zwischen den objektiven Befunden und den geklagten Beschwerden (S. 27 f.). Letztere könnten trotz der radiologisch festgestellten degenerativen Veränderungen nur teilweise erklärt werden (S. 28 oben).

Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit gelangten die Gutachter zum Schluss, eine körperliche Schwerarbeit könne nicht mehr ausgeführt werden. In der angestammten Tätigkeit als Tramchauffeur, welche vorwiegend sitzend ausgeübt werde, bestehe auch keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit. Aus somatisch-rheumatologischer Sicht bestehe hingegen in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 28 oben).

Bei der psychiatrischen Exploration sei das nonverbale Verhalten des Versicherten sehr appellativ, woraus man durchaus die Vorstellung haben könnte, dass es sich hierbei um ein reines Rentenbegehren handle. Andererseits weise er aber Symptome auf, die auf eine deutlich ausgeprägte depressive Symptomatik hinwiesen. Er wirke freud- und teilnahmslos, durch die aktuelle Situation völlig überfordert, aber auch aggressiv und innerlich gespannt. Es beständen Konzentrations- und Schlafstörungen, Antriebs- und Appetitverlust, welche die Diagnose einer schweren depressiven Episode vermuten liessen. In seinem jetzigen Zustand sei der Versicherte aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig, wobei er bis jetzt nie adäquat antidepressiv behandelt worden sei (S. 28 unten). Seit wann genau diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, sei retrospektiv schwierig zu bestimmen. Nach seinem Austritt aus der Rehaklinik C.____ sei ihm bereits eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Es sei anzunehmen, dass der jetzige Gesundheitszustand seit mindestens einem Jahr bestehe (S. 30 oben).

Die Gutachter empfahlen eine stationäre psychiatrische Behandlung und eine medikamentöse Therapie zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (S. 29). Danach sei die Arbeitsfähigkeit nochmals interdisziplinär zu beurteilen (S. 30).

3.2 Daneben lag ein Bericht der Klinik C.____, Fachklinik für kardiale und psychosomatische Rehabilitation, vom 3. Oktober 2003 vor (Urk. 10/68/3-4). Nach einem stationären Aufenthalt des Versicherten vom 18. August bis zum 13. September 2003

wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine arterielle Hypertonie diagnostiziert (S. 1). Zudem wurde festgehalten, die Gespräche verliefen in der Regel in seiner Schilderung der diversen Schmerzen, begleitet mit etwas theatralischem Gesichtsausdruck. Aus rein psychiatrischer Sicht beziehungsweise wegen der somatoformen Schmerzstörung wurde der Versicherte als dauernd 50 % arbeitsunfähig betrachtet (S. 2).

3.3 Gestützt auf diese Beurteilungen sprach die Beschwerdegegnerin dem Versicherten - ausgehend von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ab August 2003 und einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2005 - am 2./3. Mai 2007 mit Wirkung ab 1. Februar 2004 eine Viertelsrente sowie mit Wirkung ab 1. Mai 2004 bei einem Invaliditätsgrad von zunächst 73 % und ab 1. Juli 2005 von 100 % eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 10/120-124; vgl. auch Feststellungsblatt, Urk. 10/100/3).

4. Im Zeitraum 19. Februar bis 12. April 2008 wurde der Versicherte durch die Kantonspolizei Zürich observiert (Rapporte vom 18. April und 17. September 2008, Urk. 10/160-161). Als Resultat der Telefonkontrollen und Observationen konnte festgestellt werden, dass der Versicherte (Urk. 10/161 S. 9 f.)

- ohne Stütze gehen kann, dies auf über längere als in Arztberichten genannte Distanzen
- keine schmerzbedingten Schonhaltungen sichtbar sind
- keine sichtbaren Behinderungen überhaupt bemerkbar sind
- sich bücken, Waren tragen, stehen kann, ohne sich infolge von Schwindelanfällen festhalten zu müssen
- Auto fahren kann, dies offenbar auch über mehrere tausend Kilometer auf einer 10-tägigen Reise
- aktiv ist, sozial integriert, einen regen Kontakt zu seinem Bekanntenkreis pflegt
- den eigenen Haushalt führt, kocht (für sich und die Freundin), wäscht, putzt
- rege technische Hilfsmittel benutzt (PC, Mobiltelefon, TV)
- freundlich und unbekümmert wirkt (Eindruck aus den abgehörten Telefongesprächen)
- zahlreiche Tätigkeiten für seine Angehörigen in Serbien durchführt (Beschaffen von Gebrauchsgütern)
- in regelmässigem Kontakt zu seiner Freundin steht

Des Weiteren wurde insbesondere das Abholen einer Walze dokumentiert, wobei der Versicherte teilweise schwere körperliche Tätigkeiten völlig behinderungsfrei durchführen konnte (Urk. 10/161 S. 10 Mitte).

E. 5

5.1 Die neueren medizinischen Berichte ergeben über den Gesundheitszustand des Versicherten folgendes Bild:

5.2 Im Bericht des D.____, Universitätsspital E.____, vom 2. Oktober 2008 (Urk. 3/1/1) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1):

- chronisches Schmerzsyndrom seit 1997; Differentialdiagnose: somatoforme Schmerzstörung, panvertebrale Schmerzen

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

Die behandelnden Ärzte führten aus, der Versicherte sei zur weiteren Therapie bezüglich des bekannten somatoformen Schmerzsyndroms, das aktuell im Rahmen der Haft exazerbiert habe, zugewiesen worden. Insgesamt bestehe eine mittelschwere Depression mit Schlafstörung, weshalb sie mit Saroten begonnen hätten, das bei genügender Dosierung langfristig eine schmerzmodulierende Wirkung zeigen könne. Im Zentrum der Hospitalisation habe das Erfüllen des strukturierten Tagesplanes gelegen sowie die antidepressive Medikation, die der Versicherte im Verlauf zum Teil verweigert habe, weshalb er bei fehlender Motivation ins Gefängnis zurückverlegt worden sei (S. 1). Empfohlen würden die Aktivitätsförderung mittels Physiotherapie und das Vermeiden von Gehhilfen (S. 2).

Im Bericht der Ärzte des Medizinischen Zentrums F. (F.) vom 6. März 2009 (Urk. 10/205/8-10) wurden folgende Diagnosen aufgeführt (S. 1):

- mittelgradige depressive Episode

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung

- Schwierigkeiten mit dem Gesetz

- Status nach commotio cerebri

- starke, erosive Osteochondrose (gemäß MRI vom 22. Dezember 2008)

- zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom, zerviko-zephalisches Schmerzsyndrom mit Begleitschwindel, zerviko-radikulär bedingte Einschlafprobleme an beiden Händen (Diagnose Dr. G. vom 11. September 2008)

Zum Befund gaben die Ärzte des F. an, der Versicherte sei äußerlich gepflegt, bewusstseinsklar und allseits orientiert. In der emotionalen Kontaktaufnahme sei er abwartend, sachlich, aktiv im Spontanverhalten. Seine Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert, affektiv sei er adäquat kontrolliert. Im Gespräch sei er verbal mitteilungsaktiv, er schildere sein Symptomerleben und -verhalten in Zusammenhang mit unbekanntem Ursachen. Kognitiv sei er in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis deutlich eingeschränkt (Arzt weiß nicht). Sein Denken sei formal beweglich, inhaltlich problemzentriert. Es gebe keine Anhaltspunkte für psychotische Erlebnisweisen. Aktuell bestehe keine akute Suizidalität (S. 2 Mitte). Aufgrund des protrahierten Verlaufs sei eine ambulante tagestherapeutische Rehabilitationsbehandlung indiziert (S. 2 unten).

Im Bericht des F. vom 10. Juli 2009 (Urk. 10/205/1-7) wurde zusätzlich die Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung genannt (S. 1). Des Weiteren wurde aufgeführt, dass die Test-, Trainings- und Beobachtungsmethoden zusammenfassend das Bild einer starken Depression bei einem erhöhten Misstrauen ergeben habe (S. 3 oben). Zum Therapieverlauf wurde angegeben, der Versicherte nehme die Termine regelmäßig wahr, bringe jedoch keine zu bearbeitenden Themen ein, äußere sich ablehnend zu den Vorschlägen, die seine Lebenssituation verändern könnten und zeige ein stark auf Defizite fokussiertes Verhalten. Im Verlauf des Therapieprogramms komme der Versicherte an Gehhilfen und müsse sich Anstalters

aufgrund von Schwächeanfällen hinlegen. Wiederholt äußere er, aufgrund seiner Schmerzen zu keiner Handlung oder Konzentrationsleistung mehr fähig zu sein. Wichtig sei es ihm, seinen Fahrausweis wieder zu erlangen, da er keine Probleme mit dem Führen eines Fahrzeugs habe. Ausserdem müsse er die schweren Einkaufstaschen transportieren können. Eine angepasste Tätigkeit als Taxichauffeur werde von ihm aufgrund seiner Konzentrationsstörungen und Schwächeanfalle sowie der Unfähigkeit, Kundengepäck zu laden, als unmöglich eingeschätzt. Die widersprüchlichen Aussagen seien ihm nicht bewusst (S. 3 unten). Der Versicherte sei am 30. April 2009 nicht gebessert und zu 100 % arbeitsunfähig aus der tagesklinischen Rehabilitationsbehandlung entlassen worden. Die Depression habe nicht reduziert werden können. Prognostisch ungünstig sei seine fehlende Motivation, seine Situation durch Selbstwirksamkeit zu verbessern. Verschlechterungen seien bei Sport und zu viel Bewegung aufgetreten, er habe mehr Schmerzen in Brust und Nacken verspürt (S. 4 unten).

5.4 Dr. med. G. ____, Spezialarzt FMH für Chirurgie (und laut Briefkopf: Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie), nannte im Bericht vom 3. August 2009 (Urk. 10/184/7-8 = Urk. 3/3) folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1):

- zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom
- zerviko-zephaläes Schmerzsyndrom mit Begleitschwindel bei Status nach Trauma (Treppensturz 1997)
- zerviko-radikulär bedingte Einschlafgefühle an beiden Händen
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- mittelgradig depressive Episode
- arterielle Hypertonie

Dr. G. ____, gab an, dass heute neben den invalidisierenden Rückenschmerzen mit den pathologischen Veränderungen die psychischen Schmerzen mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung und mittelgradig depressiver Episode im Vordergrund ständen. Aus somatischer Sicht bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans. Für alle Tätigkeiten mit schwerem Heben und Tragen von Lasten sowie in wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten in Zwangshaltungen, für lang andauerndes reines Stehen insbesondere in vornübergeneigter Körperhaltung, für alle Tätigkeiten mit repetitiven Rumpf- oder HWS-rotierenden Stereotypen sowie Arbeiten überwiegend im Nackenbereich, sei der Versicherte aufgrund der medizinischen Diagnose nicht geeignet. Zumutbar seien körperlich leichte Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen. Um die prozentuale Arbeitsfähigkeit optimal beurteilen zu können, müsste beim Versicherten ein Leistungstest, am besten in einer Wiedereingliederungsstätte, durchgeführt werden. Die Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht müsste durch einen Psychiater beurteilt werden. Zusammengefasst sei der Versicherte aus physischen und psychischen Gründen zurzeit und bis auf weiteres sicher 100 % arbeitsunfähig (S. 2).

Im Bericht vom 19. Juli 2010 (Urk. 3/4) nannte Dr. G. ____, dieselben Diagnosen wie im Bericht vom August 2009 (vgl. S. 2 Ziff. 2). Zudem gab er an, die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Tramfahrer) betrage wegen den vor allem belastungsabhängigen Beschwerden einerseits sowie wegen den

neuropsychologischen Defiziten andererseits zur Zeit und bis auf weiteres 100 % (S. 1).

5.5. Dr. med. H. ____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 16. November 2010 (Urk. 3/1/2) folgende Diagnosen (S. 2 oben):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode
- posttraumatische Belastungsstörung
- chronifiziertes Schmerzsyndrom nach einem Unfall (Sturz auf der Treppe) im Jahr 1997
- Panvertebral-Syndrom bei bekannten Wirbelsäulenänderungen

Dr. H. ____, gab an, der Versicherte stehe seit Januar 2000 wegen seiner intensiven psychischen Beschwerden, die nach einem im Jahr 1997 erlebten Unfall (Treppensturz) entstanden seien, in seiner Behandlung. Er habe über intensive Schmerzen, depressive Verstimmungen und innere Unruhe, Interesse- und Lustlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten geklagt (S. 1 oben).

Der Versicherte habe sehr stark unter der Untersuchungshaft gelitten, insbesondere deswegen, weil er sich unschuldig fühle. Sein psychischer und körperlicher Zustand habe sich durch diese Zeit sehr verschlechtert, er sei tief depressiv geworden, häufig ganz verzweifelt, stark suizidal. Auch die körperlichen Beschwerden hätten sich intensiviert, die Schmerzen hätten sich auf den ganzen Körper ausgeweitet (S. 1 unten). Trotz der durchgeführten Therapie sei es zu keiner Änderung des Zustandes gekommen. Nach wie vor sei der Versicherte sehr niedergeschlagen, im Antrieb vermindert, lustlos, im Denken eingengt und sehr stark von negativen Zwangsgedanken geplagt. Zeitweise äußere er Suizidgedanken, weil er keine Zukunft sehe. Er fühle sich stets bedroht, wirke auch emotional entfernt (S. 1 f.). Die psychische Störung wirke sich sehr stark auf seine Arbeitsfähigkeit aus. Der Versicherte sei seiner Ansicht nach für seine bisherige Arbeit sowie eine andere Tätigkeit voll arbeitsunfähig (S. 2).

Das Gutachten der Ärzte des Z. ____, vom 31. Dezember 2010 (Urk. 10/207/1-51) basiert auf den vorhandenen Akten sowie einer internistischen, einer rheumatologischen und einer psychiatrischen Untersuchung (vgl. S. 1). Die Gutachter nannten folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 38 Ziff. 6.1):

- nicht näher spezifizierbares generalisierendes Schmerzsyndrom mit/bei:
- multiplen Diskrepanzen, Inkonsistenzen und non organic signs im Sinne eines dysfunktionalen Krankheitsverhaltens
- Segmentdegeneration C5 bis C7 mit degenerativer Kyphosebildung C4 bis C6
- radiologisch dokumentierter fortgeschrittener lumbaler 2-Etagen-Diskopathie mit konsekutiven Spondylarthrosebildungen, jedoch ohne Diskushernie respektive Nervenwurzelkontakt
- degenerativer Meniskusläsion medial mit Chondropathie am medialen Femurcondylus und retropatellar am rechten Kniegelenk

Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten die Ärzte des Z. ____, eine essentielle arterielle Hypertonie, eine Adipositas Grad II sowie eine chronische Dyspepsie (S. 38 Ziff. 6.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus rheumatologischer Sicht wurde ausgeführt, dass aufgrund der degenerativen Veränderungen am zervikalen und lumbalen Achsenskelett sowie am rechten Kniegelenk eine Belastbarkeitsverminderung begründbar und ausgewiesen sei. Diese Veränderungen würden lediglich leichte bis höchstens mittelschwere Tätigkeiten erlauben, ohne repetitive gebeugte Arbeitsstellung, ohne Tätigkeiten mit extendierter HWS, ohne knieende Stellungen respektive Zurücklegen von langen Wegstrecken respektive Gehen auf unebenem Boden und ohne repetitives Heben von mehr als 15 kg, ideal mit Wechsel zwischen sitzender und stehender Position. Für sämtliche solche Tätigkeiten sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit aus rheumatologisch-somatischer Sicht ausgewiesen (S. 42 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei der psychiatrischen Exploration habe sich beim Versicherten keine klinisch relevante, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychische Störung gezeigt. Seine affektive Schwingungsfähigkeit und mimische Beweglichkeit seien in ihrem Spektrum leicht beeinträchtigt. Bei oft gequältem Gesichtsausdruck folge er aufmerksam mit wachen Augen dem Verlauf der Exploration. Gestik und Mimik setze er zunehmend angemessen ein, einem raschen Themenwechsel könne er gut folgen; auch könne er problemlos Bezug zu bereits abgehandelten Themen herstellen und er nehme eigene, von ihm als wichtig erachtete Themen spontan auf. Über die ihm gegenüber erhobenen Vorwürfe sei er sehr gut informiert. Auffassung, Ausdauer, Konzentration und mnestische Funktionen erschienen im Gespräch völlig intakt, auch sein Antrieb sei normal. Zusammengefasst werde ein psychischer Normalbefund erhoben. Die Beschreibung des Tagesablaufs und der aktuellen Lebenssituation gebe auch keine Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit aufgrund einer dem psychiatrischen Fachgebiet zuordenbaren Erkrankung. Betreffend Arbeitsfähigkeit sei der Versicherte aus psychiatrischer Sicht nie, weder für die angestammte Tätigkeit noch für Tätigkeiten mit vergleichbarem Anforderungsniveau, beeinträchtigt gewesen, wie es auch die Ergebnisse der polizeilichen Observation bestätigt hätten (S. 43 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend kamen die begutachtenden Fachärzte zum Schluss, dass der Versicherte ausschliesslich aus rheumatologischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei und zwar aufgrund der degenerativ bedingten Veränderungen am zervikalen und lumbalen Achsenskelett sowie am rechten Kniegelenk. Diese bedingten lediglich qualitative Einschränkungen seines Belastungsprofils. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich weder aktuell noch retrospektiv eine Psychopathologie von Krankheitswert objektivieren (S. 43 Ziff. 7.4). Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte unverändert seit November 2000 (S. 44 Ziff. 7.5). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Tramchauffeur sei wegen der mitunter länger dauernden Fahrstrecken in sitzender Position eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % begründbar (S. 44 Ziff. 7.6). In einer dem Leiden optimal angepassten, leichten bis höchstens mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit (ohne repetitive gebeugte Armstellung, ohne Tätigkeiten mit extendierter HWS, ohne knieende Stellungen respektive Zurücklegen von langen Wegstrecken respektive Gehen auf unebenem Boden und ohne repetitives Heben von mehr als 15 kg) bestehe aus interdisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 44 Ziff. 7.7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die begutachtenden Ärzte führten weiter aus, dass sich in vielen ärztlichen Berichten Hinweise auf Simulation einer psychischen Störung fänden. Die

Angaben des Versicherten seien widersprüchlich und würden teilweise so anmuten, als seien sie am Ziel der Zuerkennung einer Invalidenrente orientiert (S. 45 Ziff. 1 oben). Das in den vorliegenden medizinischen Unterlagen und in den Angaben der versicherten Person dokumentierte Beschwerdebild (mit ausgeprägten Funktionsdefiziten) sei mit den in den Video- und Ermittlungsunterlagen dokumentierten Feststellungen kaum vereinbar. So sei im Videomaterial festzustellen, dass der Versicherte keine schmerzbedingte Schonhaltung eingenommen habe und diverse Male beim Bücken, Waren tragen etcetera zu beobachten gewesen sei. Auch habe er grössere Distanzen ohne Gehstöcke zurücklegen können. Zudem sei es ihm möglich gewesen, über mehrere tausend Kilometer ein Fahrzeug zu lenken. Ferner habe sich gezeigt, dass er aktiv und sozial gut integriert sei und einen regen Kontakt zu seinem Bekanntenkreis pflege. Schliesslich sei er bei diversen Arbeitstätigkeiten observiert worden, die in erheblicher Diskrepanz zu den Behinderungen ständen, die er anlässlich der medizinischen Untersuchung aufgewiesen habe (S. 48 Ziff. 2).

Die Videodokumentationen respektive Berichte zeigten eindeutig ein widersprechendes Bild zu den bisherigen medizinischen Einschätzungen und den Deklarationen des Versicherten (S. 49 Ziff. 4). Das Ausmass der Schmerzbekundung sei mit den objektivierbaren Befunden (vgl. rheumatologische Beurteilung) nicht erklärbar. Entsprechend seien die Untersuchungsbefunde ebenfalls nicht nachvollziehbar, sondern gemäss den multiplen non organic signs Ausdruck eines dysfunktionalen Krankheitsverhaltens. Dabei sei eine offensichtliche bewusstseinsnahe relevante Komponente nicht übersehbar, indem das Verhalten unbeobachtet und beobachtet divergiere. Man müsse ein deutlich demonstratives Verhalten erwähen. Das Schmerzverhalten des Versicherten sei rheumatologisch-somatisch nicht zu erklären. Behinderungsangepasst sei er seit jeher voll arbeitsfähig gewesen (S. 49 Ziff. 5). Die begutachtenden Ärzte kamen zum Schluss, dass die - unter anderem auch von ihnen im Gutachten vom 25. August 2006 gestellte - psychiatrische Diagnose einer schweren depressiven Episode aufgrund der in den Video- und Ermittlungsunterlagen dokumentierten Feststellungen eindeutig revidiert werden müsse (S. 49 Ziff. 6).

5.7 Im Bericht der Ärzte des F.____ vom 3. März 2011 (Urk. 10/216/4-9 = Urk. 3/5), unter anderem zuhanden des Rechtsvertreters des Versicherten, wurden dieselben psychiatrischen Diagnosen wie im früheren Bericht vom Juli 2009 sowie die bekannten somatischen Diagnosen genannt (vgl. S. 1). Bei den Befunden aus anästhesistischer Sicht wurde ein demonstratives Schmerzverhalten angegeben (S. 4 Mitte). Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht wurde ausgeführt, die Brustschmerzen seien durch Überlastung bei Gehen an Stücken bedingt (S. 5 oben). Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, der Versicherte sei aus anästhesistischer Sicht zu 40 % arbeitsfähig angepasst, aus wirbelsäulen-chirurgischer Sicht (Dr. G.____) könne ihm zur Zeit keine Tätigkeit zugemutet werden und aus orthopädischer Sicht ergebe sich keine Einschränkung in einer angepassten Arbeit. Die behandelnden Ärzte kamen zum Schluss, dass der Versicherte aufgrund der bisher unbehandelbaren Depression und Aggression auch in leichter angepasster Tätigkeit nicht arbeiten könne und zu 100 % arbeitsunfähig sei (S. 5 unten).

5.8 Vom 4. bis zum 24. März 2011 befand sich der Versicherte in der Psychiatrischen Klinik I.____ (I.____). Im Austrittsbericht vom 29. März 2011 (Urk. 10/218 = Urk. 3/6) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1):

- mittelgradige depressive Episode
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- zervikal und lumbal betontes Panvertebralsyndrom
- zerviko-zephalales Schmerzsyndrom bei Status nach Treppensturz 1997

Die Ärzte der I. fühlten aus, der Versicherte sei wach, bewusstseinsklar, mit erhaltener Orientierung in allen Modalitäten. Im interpersonellen Kontakt sei er freundlich und auskunftswillig. Antrieb und Psychomotorik seien reduziert. Es beständen Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, indessen keine Auffassungsstörungen. Weiter lägen ein depressiver Affekt sowie Gereiztheit vor; er sei eingeschränkt affektiv schwingungsfähig. Formalgedanklich sei er geordnet, eingeengt auf Schmerzen; Größen werde beschrieben. Zudem beständen Durchschlafstörungen sowie latente Suizidgedanken (S. 2 oben). Zum Therapieverlauf gaben die Ärzte an, in den therapeutischen Gesprächen sei der Versicherte deutlich eingeengt auf die Schmerzsymptomatik gewesen. Diesbezüglich sei er nur schwer auslenkbar gewesen und habe ein stark auf Defizite fokussiertes Verhalten gezeigt. Zu den Mitpatienten habe er nur wenig Kontakt gehabt. Unter der medikamentösen Behandlung sei es zu keiner Besserung der Depression und der Schmerzen gekommen. Der Schlaf habe sich im Verlauf gebessert. Bei Austritt sei er von akuter Suizidalität ausreichend distanziert gewesen (S. 2 unten).

Die Berichte von Dr. G. vom 17. Juni 2011 (Urk. 3/7) sowie vom 31. August 2011 (Anhang zu Urk. 3/4) entsprechen seinem früheren Bericht vom August 2009.

Die Ärzte des F. nahmen im Bericht vom 5. September 2011 (Urk. 3/8) Stellung zum psychiatrischen Teil des Z.-Gutachtens vom 31. Dezember 2010. Das Problem des psychiatrischen Gutachters sei, sich für die eklatanten Widersprüche des Z.-Gutachtens vom 25. August 2006 (schwere depressive Episode) zum jetzigen Z.-Gutachten vom 31. Dezember 2010 (keine psychiatrische Diagnose) bei sich verschlechterndem Zustandsbild rechtfertigen zu müssen. Es könne in keiner Art eine Verbesserung des Zustandes nachgewiesen werden (S. 2 unten). Betreffend die Observationen seien die Videoaufnahmen trotz Anfrage leider nicht erhältlich gewesen. Gemäss Aussagen des Versicherten handle es sich um Sequenzen aus dem Jahr 2008, als er teilweise Gehhilfen verwendet habe (Stütze oder Regenschirm, welche immer im Auto dabei waren), einen Zeitungsband von 3 kg getragen und ein Gespräch bei einer Garage geführt habe. Zudem zeige es ihn beim Einkaufen und beim Hantieren mit einer Walze, welche er für seinen Sohn in Serbien gekauft habe. Seitens der Beschwerdegegnerin seien diese Bewegungen zu seinen Ungunsten interpretiert worden. Die Aussage, dass er mehrere tausend Kilometer ein Fahrzeug lenke, ergebe den Eindruck eines gesunden Mannes. Was nicht gesagt werde, sei, dass er die 1'400 Kilometer nach Serbien in zwei Tagen zurückgelegt, alle sechs Stunden Medikamente eingenommen und nach seiner Ankunft vier Tage lang im Bett gelegen habe (S. 3 f.).

Des Weiteren wurde kritisiert, dass im Z.-Gutachten auf die vorhandenen neuropsychologischen Abklärungen kein Bezug genommen und die Defizite als neurokognitive Einschränkungen gedeutet worden seien (S. 4 Mitte).

E. 6

Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2005 (vgl. vorstehend E. 3.3) und damit die Zusprache einer Viertelsrente ab Februar 2004 sowie einer ganzen Rente ab Mai 2004 als zweifellos unrichtig einzustufen ist.

Wie bereits ausgeführt (E. 3.3), stützte sich die Rentenzusprache im Wesentlichen auf das Z.____-Gutachten vom August 2006 (Urk. 10/90). Die dem Versicherten bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit beruhte (in erster Linie) auf dessen entsprechenden Angaben. So führte der Versicherte gegenüber den Gutachtern aus, nichts mehr machen zu können, die meiste Zeit im Bett zu liegen und kaum noch ausser Haus zu gehen (Urk. 10/90 S. 24 unten). Er beklagte Schmerzen praktisch am ganzen Körper (Urk. 10/90 S. 11 oben). Er könne wegen der Schmerzen nicht lange stehen, nicht lange sitzen und auch nur wenige hundert Meter gehen (Urk. 10/90 S. 13 unten). Jede Kopfbewegung löse Schwindelsensationen aus. Insgesamt fühle er sich schwer krank und überhaupt nicht in der Lage, irgendeiner Arbeit nachzugehen. Sogar für die eigene Körperpflege und für den Haushalt sei er auf die Hilfe Dritter angewiesen (Urk. 10/90 S. 14 oben). Des Weiteren berichtete der Versicherte über Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Antriebs- und Appetitverlust. Der psychiatrische Gutachter führte aus, der Versicherte wirke sehr freudlos und sei sehr teilnahmslos. Man habe das Gefühl, er habe mit seinem Leben abgeschlossen (Urk. 10/90 S. 25 Mitte). Aufgrund der Konzentrations- und Schlafstörungen sowie des Antriebs- und Appetitverlustes wurde die Diagnose einer schweren depressiven Stimmung vermutet (Urk. 10/90 S. 28 unten).

Im Zeitraum 19. Februar bis 12. April 2008, also rund eineinhalb Jahre nach der Begutachtung am Z.____ vom August 2006, wurde der Versicherte durch die Kantonspolizei Zürich observiert. Wie bereits im Urteil des hiesigen Gerichts vom 20. Oktober 2009 (Urk. 10/185/1-12 S. 7 f. E. 3.3) ausgeführt, lassen die entsprechenden Rapporte vom 18. April und 17. September 2008 (Urk. 10/160-161) erhebliche Zweifel an der von den Z.____-Gutachtern seinerzeit erhobenen vollständigen Arbeitsunfähigkeit aufkommen. So ist den Untersuchungsakten zu entnehmen, dass der Versicherte sein Auto in wenigen Tagen über eine Distanz von mehreren Tausend Kilometern lenkte (Urk. 10/161/8), obwohl die Gutachter meinten, längeres Sitzen sei nicht zumutbar. Weiter pflegte der Versicherte regen Kontakt mit Freunden und der Familie, was darauf hindeutet, dass seine psychische Verfassung nicht (mehr) durch eine erhebliche Depression eingeschränkt war. Trotz der angeblich erheblichen Rückenschmerzen übte der Versicherte Tätigkeiten aus, die kaum als leicht bezeichnet werden können. Darunter fällt das Hantieren an einer Maschine von einer Tonne oder das Pneuwechseln an Autos. Offenbar war der Versicherte überdies in der Lage, über Internet einen recht regen Handel zu betreiben.

Auffallend ist ausserdem, dass in verschiedenen medizinischen Berichten ein übertriebenes Verhalten des Versicherten beschrieben wird. Bereits im Z.____-Gutachten vom August 2006 wurde über eine ausgeprägte Beschwerdedemonstration, eine gewisse Aggravationstendenz sowie ein sehr appellatives nonverbales Verhalten berichtet. Im Bericht der Klinik C.____ vom Oktober 2003 ist von einem theatralischen Gesichtsausdruck die Rede und selbst die Ärzte des F.____, welche dem Versicherten eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierten, beobachteten ein demonstratives Schmerzverhalten. Die Ärzte des F.____ berichteten zudem über widersprüchliche Aussagen des Versicherten, indem dieser einerseits angab, keine

Probleme mit dem Führen eines Fahrzeugs zu haben und andererseits eine Tätigkeit als Taxichauffeur als unmöglich einschätzte.

Vor diesem Hintergrund erfolgte im November 2010 eine erneute Begutachtung durch die Ärzte des Z. ____. Wie unter Erwägung 5.6 näher ausgeführt, kamen die begutachtenden Ärzte zum Schluss, dass der Versicherte ausschliesslich aus rheumatologischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Für leichte bis höchstens mittelschwere angepasste Tätigkeiten sei indessen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit aus rheumatologisch-somatischer Sicht ausgewiesen. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich weder aktuell noch retrospektiv eine Psychopathologie von Krankheitswert objektivieren. Die psychiatrische Diagnose einer schweren depressiven Episode müsse aufgrund der in den Video- und Ermittlungsunterlagen dokumentierten Feststellungen eindeutig revidiert werden. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte nie in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt gewesen. Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte unverändert seit November 2000.

Das Z. ____-Gutachten vom 31. Dezember 2010 setzte sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigte insbesondere auch sämtliche bis dahin angefallenen ärztlichen Untersuchungsberichte, weshalb darauf abgestellt werden kann. Insbesondere ist nachvollziehbar, dass sich die früheren medizinischen Einschätzungen, wie sie sich im Z. ____-Gutachten vom August 2006 finden, angesichts der Observationsergebnisse nicht aufrechterhalten lassen. Die Diagnose einer schweren depressiven Episode durch die Gutachter des Z. ____ vom August 2006 - und dementsprechend auch die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit - stützte sich in erster Linie auf die vom Versicherten beklagten Beschwerden und Probleme.

Die im Jahr 2007 erfolgte Invaliditätsbemessung beruhte damit auf einer nicht nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die zweifellos unrichtig ist. Auch angesichts der damaligen Sach- und Rechtslage war die Leistungszusprache vom Mai 2007 somit nicht vertretbar. Eine korrekte Invaliditätsbemessung hätte nicht zu einem Rentenanspruch des Versicherten geführt, womit eine wiedererwägungsweise Aufhebung der Rentenzusprache zulässig ist (vgl. E. 6.2).

Auch in Bezug auf den Gesundheitszustand des Versicherten im Zeitpunkt der strittigen Verfügung kann auf das Z. ____-Gutachten vom Dezember 2010 abgestellt werden.

Unbestritten ist, dass der Versicherte an einem Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen am zervikalen und lumbalen Achsenskelett sowie am rechten Kniegelenk litt. Infolgedessen attestierten ihm die Ärzte des Z. ____ im Dezember 2010 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Taxichauffeur respektive qualitative Einschränkungen seines Belastungsprofils. Auch Dr. G. ____ war der Ansicht, dass dem Versicherten aus somatischer Sicht körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben von schweren Lasten grundsätzlich zumutbar seien (vgl. Berichte vom August 2009, Urk. 3/3, sowie vom Juli 2010 und August 2011, Urk. 3/4).

In den weiteren neueren Berichten finden sich ausserdem die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode sowie teilweise auch einer

somatoformen Schmerzstörung. Während sich die Ärzte des D. ___ und der I. ___ nicht zur Arbeitsfähigkeit äusserten, bescheinigte der behandelnde Psychiater Dr. H. ___ dem Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit. Ebenso stellten sich die Ärzte des F. ___ auf den Standpunkt, dass der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig sei.

Die Beurteilungen durch Dr. H. ___ sowie die Ärzte des F. ___ vermögen das Z. ___-Gutachten vom Dezember 2010 indessen nicht in Zweifel zu ziehen. So stützte sich Dr. H. ___ im Wesentlichen auf die Angaben des Versicherten und begründete die von ihm attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht näher. Zum Beweiswert des Berichtes von Dr. H. ___ ist ausserdem festzuhalten, dass der Versicherte seit Januar 2000 bei ihm in Behandlung stand und somit zwischen ihm und dem Versicherten eine vergleichbare Vertrauenskonstellation bestand wie zwischen dem Hausarzt und seinem Patienten (vgl. E. 1.5). Die Ärzte des F. ___ diagnostizierten unter anderem eine mittelgradige depressive Episode und bescheinigten dem Versicherten aufgrund der bisher unbehandelbaren Depression und Aggression eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Mittelgradige depressive Episoden werden jedoch gemäss Praxis des Bundesgerichts regelmässig als keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens betrachtet, die es der betroffenen Person verunmöglichen, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden (Urteil des Bundesgerichts 8C_213/2012 vom 13. April 2012 E. 3.2 mit Verweisen). Angesichts dessen vermag nicht zu überzeugen, dass die Ärzte des F. ___ ohne weitere Erläuterungen gestützt auf die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgingen. Soweit dem Versicherten in verschiedenen Berichten eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, ist dies sicherlich auch vor dem Hintergrund seines Verhaltens zu sehen, stellte er sich gegenüber den Ärzten doch als körperlich und psychisch massiv eingeschränkt dar.

Nach dem Gesagten ist gestützt auf das Z. ___-Gutachten vom Dezember 2010 davon auszugehen, dass der Versicherte im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Tramchauffeur zu 80 % und in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig war. Auch in diesem Zeitpunkt bestand somit kein Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die im Mai 2007 verfügte Rentenzusprache zweifellos unrichtig war und es in der Folge zu keiner Veränderung des Gesundheitszustandes kam, aufgrund derer im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 28. Juli 2011 (Urk. 2) ein Rentenanspruch bestanden hätte.

Damit ist die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügungen vom 2./3. Mai 2007 nicht zu beanstanden und die Beschwerdegegnerin hat zu Recht festgestellt, dass der Versicherte zu keinem Zeitpunkt Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hatte. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das seitens des Versicherten X. ___ im Rahmen der Beschwerde gestellte Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 1 unten) ist mit seinem Tod hinfällig geworden.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

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

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

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