

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01129 vom 10. April 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-04-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01129

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01129 du 10 avril 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01129 del 10 aprile 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 19..., meldete sich am 16. Dezember 2004 unter Hinweis auf ein am 8. April 2003 erlittenes Schleudertrauma bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen (Rente) an (Urk. 15/1). Nachdem die IV-Stelle insbesondere die Unterlagen der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) beigezogen (Urk. 15/15/1-272, Urk. 15/28/1-383) und erwerbliche Abklärungen getätigt hatte, sprach sie dem Versicherten gestützt auf die im Y. erfolgte Begutachtung des Versicherten (Expertise vom 10. Juli 2006, Urk. 15/28/24-50) mit Verfügungen vom 14. Dezember 2007 (Urk. 15/45) und vom 20. März 2008 (Urk. 15/48-49) ab April 2004 eine ganze Invalidenrente sowie ab September 2004 eine halbe Rente der Invalidenversicherung mit drei Kinderrenten zu (vgl. auch Urk. 15/42-43). Diese Verfügungen erwuchsen unangefochten in Rechtskraft.

1.2. Mit Urteil vom 31. Oktober 2008 - bestätigt durch den Entscheid des Bundesgerichts vom 24. April 2009 (8C_38/2009) - wies das hiesige Gericht die Beschwerde des Versicherten gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 31. März 2007, mit welchem diese an der Einstellung ihrer Leistungen per 31. Januar 2007 festgehalten hatte, ab (Verfahren UV.2007.00207).

1.3. Am 20. Februar 2009 (Urk. 15/63) zeigte X. unter Hinweis auf Hörprobleme sowie die Bestätigung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit durch Dr. med. Z., FMH Innere Medizin und FMH Rheumatologie, vom 28. Januar 2009 (Urk. 15/62) der IV-Stelle eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes an. Im Rahmen des anschliessenden Revisionsverfahrens (Urk. 15/66) liess die IV-Stelle den Versicherten psychiatrisch (Gutachten von Dr. med. A., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 22. Oktober 2009, Urk. 15/92) sowie rheumatologisch (Expertise von Dr. med. B., FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, Manuelle Medizin SAMM, vom 14. Juni 2010, Urk. 15/103) begutachten. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren schloss die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung mit dem Hinweis, der Versicherte betrachte sich selber als nicht arbeitsfähig, ab (Verfügung vom 16. März 2011, Urk. 15/131) und setzte mit Verfügung vom 15. September 2011 die bisherige Rente von X. auf eine Viertelsrente herab (Urk. 2).

E. 2

2.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes

Limitierung des Beschwerdeführers schwierig gewesen sei (Urk. 15/28/39). Eine umfassende neuropsychologische Untersuchung habe nicht stattgefunden, da sehr erhebliche Zweifel an der Kooperationsbereitschaft bestanden hätten, so dass sich daraus kein aussagekräftiger Befund hätte erheben lassen. In somatischer Hinsicht hätten sich Hinweise auf leichte, wahrscheinlich zervikogen verursachte Gleichgewichtsstörungen ohne Hinweise auf eine zentrale Genese ergeben. Die Schmerzempfindlichkeit sei sehr diffus und grossflächig. Die HWS-Funktionen während der Untersuchung seien massiv eingeschränkt gewesen, währenddem sich der Beschwerdeführer ausserhalb der Praxis viel besser bewegen könnten. In diagnostischer Hinsicht sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 8. April 2003 eine HWS-Distorsion erlitten habe. Die danach aufgetretenen Schmerzen seien in diesem Rahmen erklärbar. Nicht erklärbar sei indes der weitere Verlauf, wäre doch eine langsame Linderung der Beschwerden zu erwarten gewesen. Wiederholt seien denn auch Zweifel an der Kooperationsfähigkeit und Verdachtsmomente für eine Aggravation geäussert worden, was durch die Tatsache unterstutzt werde, dass der Beschwerdeführer nicht einmal auf Morphium angesprochen habe, was aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten gewesen wäre. Insgesamt liege ein etwas linksbetontes, leicht bis mässig ausgeprägtes Zervikalsyndrom vor. Zudem sei von einer schmerzbedingten Funktionseinschränkung auszugehen, jedoch nicht in dem Ausmass, wie die Prüfungen während der Untersuchung ausgefallen seien. Die gemessenen Werte seien denn als Ausdruck einer klaren Verdeutlichungstendenz oder Aggravation zu sehen. Eine derartige Verschlechterung der HWS-Funktionen, wie sie der Beschwerdeführer geltend mache, sei weder plausibel noch begründet (Urk. 15/28/40).

3.2.3.4 Dem psychiatrischen Teilgutachter Dr. med. I. ___ präsentierte sich ein altersentsprechend aussehender Beschwerdeführer, welcher sich mit langsamen, schleppenden Schritten bewegt und leise gesprochen habe. Gestik und Mimik hätten sich als unauffällig erwiesen. Die Schilderung der körperlichen Beschwerden sei sehr diffus gewesen, die Stimmung bedrückt und leicht depressiv. Gemäss Einschätzung des Psychiaters war der Beschwerdeführer allseits orientiert, bewusstseinsklar, mit formal und inhaltlich unauffälligem Denken. Wahnhafte Störungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ichtäuschungen hätten nicht erhoben werden können. Nach Einschätzung von Dr. I. ___ war die Entwicklung der körperlichen Symptome auf psychische Gründe zurückzuführen. Der Beschwerdeführer sei auf seine Beschwerden fixiert und fühle sich überhaupt nicht im Stande, irgendeine körperliche Tätigkeit zu verrichten (Urk. 15/28/42). Er sei in leichtem bis mittlerem Masse depressiv, und es bestehe ein sozialer Rückzug. Die Prognose sei ungünstig. Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung werde es kaum möglich sein, den Beschwerdeführer wieder in die Berufswelt zu integrieren. Dr. I. ___ führte aus, die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht um 20 % reduziert. Wie schon aus vorhergehenden Untersuchungen berichtet, habe sich der Beschwerdeführer auch bei der vorliegenden Untersuchung wenig kooperativ gezeigt und seine Symptome in histrionischer Art und Weise dargelegt, so dass deren Einordnung und Bewertung schwierig sei. Eine Erhöhung der Antidepressiva könnte einen günstigen Einfluss auf die depressive Verstimmung haben. Abschliessend berichtete Dr. I. ___, die subjektive Überzeugung des Beschwerdeführers, nicht mehr arbeiten zu können, habe durch die psychiatrischen Befunde nicht objektiviert werden können. Ausser der leichten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die depressive Verstimmung könne aus psychiatrischer Sicht

keine weitere Einschränkung attestiert werden. Mittels psychiatrischer Therapie sei die subjektive Äusserzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, kaum beeinflussbar (Urk. 15/28/43).

3.2.4 Zusammengefasst stellten die Experten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: leicht bis mässig ausgeprägtes, linksbetontes Zervikalsyndrom (ICD-10: M53.0) bei Status nach HWS-Distorsion mit Kontusion von Thorax und linkem Oberschenkel, wobei eine Hirnbeteiligung retrospektiv nicht sicher nachweisbar sei, sowie leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0, 32.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0) mit ausgeprägtem aggraviorischem Verhalten in sämtlichen Untersuchungen, ein beginnendes metabolisches Syndrom sowie rezidivierende gastritische Beschwerden (Urk. 15/28/43-44). Die Ärzte führten aus, mit Blick auf die gesamten Umstände sei eine körperlich leichte bis wohl gelegentlich mittelschwere, adaptierte Tätigkeit ganztags zumutbar. Die geringen Leistungseinbussen aus psychiatrischer und neurologischer Sicht ergänzten sich und seien nicht zu addieren. Dementsprechend bestehe eine Leistungseinschränkung von 30 %. Insbesondere die letzte, ab März 2003 ausgeübte Tätigkeit, sei weiterhin ganztägig zumutbar mit einer Leistungseinbusse von maximal 30 % (Urk. 15/28/45-46).

3.2.5 Stellung nehmend zu den früheren ärztlichen Beurteilungen erklärten die Gutachter, nach wie vor gelte die gleiche Einschätzung. Nun bestehe aber eine 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit der Option zur weiteren Steigerung. Ansonsten sei festzuhalten, dass in sämtlichen somatischen Untersuchungen eine ausgesprochen schlechte Kooperation und sehr wenige bis gar keine Befunde festzustellen gewesen seien. Dass die behandelnden Ärzte eine Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten, sei verständlich, sei der Beschwerdeführer mit seinem Gebaren doch keinem Arbeitgeber zumutbar. Insbesondere aus psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer die Willensanstrengung zumutbar, trotz den subjektiv angegebenen Beschwerden einer somatisch grosszügig adaptierten Tätigkeit, erst noch unter Berücksichtigung einer Leistungseinbusse, nachzugehen. Was allfällige weitere medizinische Massnahmen betreffe, sei - so lange sich der Beschwerdeführer derartig unkooperativ und aggraviorisch verhalte - von solchen nur ein geringer Erfolg zu erwarten (Urk. 15/28/46).

3.3 Nach dem März 2008 sind folgende ärztliche Berichte aktenkundig:

3.3.1 Mit Arztzeugnis vom 28. Januar 2009 (Urk. 15/62) attestierte Dr. med. Z.____, Hausärztin des Beschwerdeführers seit 31. August 2004, eine weiterhin bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Am 23. März 2009 (Urk. 15/73) diagnostizierte sie als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Schmerzsyndrom, eine HWS-Distorsion (08.04.2003), eine Chronifizierung, multifaktoriell sowie viele HNO-Probleme. Der Beschwerdeführer leide unter Hals/Kopfbeschwerden jeglicher Art und sei auf alle Massnahmen resistent. Die Prognose sei mit Blick auf den Verlauf schlecht. Seit dem Unfallereignis bestehe eine völlige Arbeitsunfähigkeit.

3.3.2 Nachdem Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen, am 29. Januar 2009 (Urk. 15/62/3) von einer objektivierbaren Hörstörung, welche dem Unfallereignis vom 8. April 2003 zuzuschreiben sei, berichtet hatte, hielt SUVA-Mediziner Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Hals-, Nasen- und

Ohrenerkrankungen, Hals- und Gesichtschirurgie am 10. März 2009 (Urk. 15/72/4-5) dafür, ein kausaler Zusammenhang zum genannten Unfallereignis bestehe nicht. Einerseits sei die Schädigung des Gehörs bereits zuvor bekannt gewesen, und andererseits habe Dr. J. ___ am 17. September 2007 eine wesentliche Besserung festgestellt, so dass der Vorzustand vom 28. August 2002 praktisch wieder erreicht gewesen sei. Mithin sei die leichte Zunahme der Gehörsverschlechterung auf die physiologische Alterung des Gehörs sowie auf die berufliche Exposition gegenüber partiell gehörgeschädigendem Lärm am Arbeitsplatz zurückzuführen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Schreiben vom 14. Juli 2009 (Urk. 15/85) bestätigte die SUVA die Kostenübernahme für eine apparative Hörgeräteversorgung des Beschwerdeführers.

3.3.3 Ä Ä Die behandelnde Psychiaterin Dr. D. ___ berichtete am 11. April 2009 (Urk. 15/71/3-4), sie könne keine Fragen in Bezug auf das Revisionsverfahren beantworten, da der Beschwerdeführer einerseits die (deutsche) Sprache nicht beherrsche, andererseits sehr verschlossen sei und immer nur monoton Ä ganz schlimm, so viele Schmerzen, Leben nicht schön, kann gar nichts mehr machen Ä wiederhole. Der Beschwerdeführer sei ihr durch seine Hausärztin wegen akuter Suizidalität überwiesen worden. Sie selber habe aber den Verdacht, dass es hauptsächlich darum gegangen sei, ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis zu erwirken, damit der Beschwerdeführer zu einer Rente komme und von der Prämienzahlung der beruflichen Vorsorge befreit werde. Der Beschwerdeführer trete sehr bestimmt auf, wenn er etwas wolle, wie etwa ein Zeugnis oder Medikamente. Wenn es aber um seine eigene Mitarbeit betreffend Krankheits- und Schmerzbewältigung gehe, so sei er völlig hilflos. Es sei kein Bemühen ersichtlich, etwas zur Besserung beizutragen. Das Verständnis dafür scheine völlig zu fehlen. Die Ärztin hielt sodann fest, es sei ihr nicht möglich zu beurteilen, wie stark sich die psychischen Symptome im Alltag auswirkten. Ebenso könne sie keine Diagnose stellen, da der Beschwerdeführer äusserst passiv und klagend sei. Endlich scheine es, dass Psychopharmaka keine Wirkung entfalteten. Eine Psychotherapie werde durch die grosse Erwartungshaltung sowie massig ausgeprägte Passivität neben den Sprachproblemen unmöglich gemacht. Aus diesen Gründen schlage sie vor, den Beschwerdeführer von einem psychiatrischen Vertrauensarzt in Anwesenheit eines guten Übersetzers oder durch einen Kollegen, welcher die Sprache des Beschwerdeführers beherrsche, untersuchen zu lassen.

3.3.4 Ä Ä Am 29. Juni 2009 (Urk. 15/80) diagnostizierte Dr. med. L. ___, Oberarzt an der Rehaklinik M. ___, ein chronifiziertes Zervikozephal- und Zervikobrachial-Syndrom bei Status nach Heckauffahrkollision mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma mit HWS-Distorsion (08.04.2003), DD: anhaltende somatoforme Schmerzstörung, sowie rezidivierende depressive Episoden. Mit gleichentags ergangenen Schreiben an die Beschwerdegegnerin, welche Zusatzfragen betreffend die ambulante Abklärung gestellt hatte (Urk. 15/78), erklärte der Arzt, bei äusserst komplexen Verlauf bedürften weiterführende Fragen - insbesondere die Arbeitsfähigkeit betreffend - der interdisziplinären Begutachtung.

3.3.5 Ä Ä Dr. A. ___ erstattete am 22. Oktober 2009 (Urk. 15/92) das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten. Hierzu stützte er sich auf die ihm überlassenen Akten (Urk. 15/92/2-4) sowie auf die anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers am 1. September 2009 gemachten Angaben und

erhobenen Befunde. Gegenüber dem Gutachter berichtete der Beschwerdeführer von ständigen Schmerzen, die sich auch durch mehrmalige stationäre Therapien nicht hätten verringern lassen. Er fühle sich seit Jahren aggressiv, nervös, lustlos und habe genug vom Leben. Er habe keine Zukunftsaussichten, keine Freude mehr und schlafe sehr schlecht. Zudem habe er seit drei Jahren ein Pfeifen im Ohr (links mehr als rechts). Wegen den Schmerzen mache er praktisch nichts mehr. Tagsüber versuche er, TV zu schauen, kriege davon aber vermehrt Schmerzen, weshalb er dann jeweils aufhören müsse (Urk. 15/92/5). Dr. A.____ notierte, die Untersuchung sei in Anwesenheit eines albanisch sprechenden Dolmetschers durchgeführt worden, wobei der Beschwerdeführer mit ihm weitgehend Serbo-kroatisch gesprochen habe, welches er sehr flüssig spreche. Mit Ausnahme eines auf die Schmerzen eingegangenen formalen Denkens und einer leicht reduzierten affektiven Schwingungsfähigkeit sowie eines leicht deprimierten Affekts und verminderten Antriebs zeigte sich der psychische Befund weitgehend unauffällig (Urk. 15/92/6). Hinsichtlich der durchgeführten Tests (drei, wovon einer abgebrochen) notierte Dr. A.____, die Testergebnisse zeigten eine dermassen grosse Diskrepanz zwischen Ergebnissen und objektiven Befunden, dass sie sich selber diskriminierten, was auf die Besonderheit der gutachterlichen Situation sowie die Fixierung auf Symptome zurückzuführen sei. Der Psychiater nannte als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F33.1). Er erklärte, die aus psychiatrischer Sicht durch die Gutachter des Y.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % sei absolut plausibel und decke sich mit den von ihm erhobenen Befunden. Damit sei - unverändert seit Dezember 2005 - von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % aus psychiatrischer Sicht auszugehen, wobei nicht auszuschliessen sei, dass der Beschwerdeführer intermittierend vermehrt depressiv gewesen sei. Insgesamt stehe die depressive Störung jedoch eindeutig nicht im Vordergrund. Weil der Beschwerdeführer seit Mitte 2006 bis Anfang 2009 keine psychiatrische Behandlung mehr in Anspruch genommen habe, sei nicht von einer schwerwiegenden Verschlechterung des psychischen Zustandes auszugehen. Allerdings brauche er mindestens regelmässige Psychopharmakotherapie, einerseits zur Bekämpfung der depressiven Störung, andererseits zur Schmerzdistanzierung. Allenfalls seien die Gesprächstherapieoptionen zu evaluieren, wobei unter den erwählten therapeutischen Massnahmen lediglich eine Stabilisierung, nicht aber eine weitere Verbesserung zu erwarten sei. Sowohl in der bisherigen als auch in jeder anderen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, wobei die Arbeitsunfähigkeit von 20 % auf schmerzbedingte Gedankeneinengung, leichte Antriebsstörung sowie leicht reduzierte psychische Belastbarkeit bzw. Flexibilität zurückzuführen sei (Urk. 15/92/8). Mangels unbewusster emotionaler Konflikte und mit Blick auf die geordnete psychosoziale Situation sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht zu diagnostizieren. Aus psychiatrischer Sicht bezeichnete Dr. A.____ die Prognose als eher gut (Urk. 15/92/9).

3.3.6.6. Gemäss Bericht des Spitals C.____, Klinik und Poliklinik für Onkologie, vom 9. Dezember 2009 (Urk. 15/103/22-23) bestehen aktuell keine Hinweise für eine Progredienz der im Jahre 1998 erstmalig diagnostizierten follikulären Hyperplasie.

3.3.7.7. Am 14. Juni 2010 (Urk. 15/103) erstattete Dr. B.____ sein Gutachten, welches sich auf die zur Verfügung gestellten Akten, die anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers am 10. Juni 2010 gemachten Angaben und erhobenen Befunde sowie

auf zusätzlich angeordnete Labor- und Röntgenuntersuchungen stützt. Dr. B.____ fügte dazu aus, im Bereich der oberen Extremitäten hätten sich keine klinisch-pathologischen Befunde ergeben, was verglichen mit dem von den Gutachtern des Y.____ erhobenen Befund keine Veränderung bedeute (Urk. 15/103/11). An der Wirbelsäule hätten sämtliche Bewegungen, unabhängig von der Körperstellung, zu Schmerzen im Bereich der HWS geführt, was auf vordergründig nicht somatisch absetzbare Beschwerden hindeute. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der HWS und BWS habe der Beschwerdeführer als schmerzhaft, lumbal jedoch als schmerzlos beschrieben, ohne dass sich eine Myogelose oder ein Triggerpunkt hätte erheben lassen (Urk. 15/103/11-12). Hinweise auf ein radikuläres Reizsyndrom oder Ausfallsyndrom hätten ebenso wie anderweitige Anhaltspunkte für Pathologien - nicht nur anamnestisch und klinisch, sondern auch in der aktuellen Bildgebung - gefehlt. Im Vergleich zu den von den Gutachtern des Y.____ gemachten Feststellungen im Bereich der Wirbelsäule sei gestützt auf die aktuell erhobenen Befunde eine Verbesserung in somatischer Hinsicht festzustellen. So sei eine Kopfprotraktion nicht mehr festzustellen, und eine leichtgradige Streckhaltung der HWS bestehe nicht mehr. Zudem sei eine klinisch objektivierbare langbogige Skoliose nicht mehr zu erheben, es liege kein gesteigerter Muskeltonus der paravertebralen Muskulatur mehr vor und die HWS sei allseits wieder frei beweglich mit normalem Finger-Boden-Abstand. Schliesslich habe sich im Bereich der unteren Extremitäten - wie schon anlässlich der Begutachtung durch das Y.____ - ein unauffälliger Befund ergeben (Urk. 15/103/12). Mit beidseitiger Hörgeräteversorgung und Dolmetscher (Urk. 15/103/9) habe sich zudem die Kommunikation problemlos gestaltet. Endlich sei aus internistischer Sicht zu bemerken, dass die derzeitige Adipositas mit einem Übergewicht von 19 kg eine befriedigende Einstellung der Stoffwechselsituation nicht erlaube, sondern hyperglykämische Phasen erwarten lasse. Schliesslich habe sich für die anderweitig vom Beschwerdeführer geschilderten multiplen Beschwerden (Schlafstörungen, Müdigkeit, Steh- und Gehunsicherheit, Nervosität, Schwitzen) kein korrelierendes somatisch-pathologisches Korrelat finden lassen, weshalb diesbezüglich an funktionelle Beschwerden zu denken sei. Insgesamt seien die geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens partiell auf objektivierbare somatisch-pathologische Befunde absetzbar, weshalb invaliditätsfremde Gründe und ein Aggravationsverhalten (Rentenbegehren, psychosomatisch-psychiatrische Affektion) zu diskutieren seien (Urk. 15/103/13). Zu den Vorakten, insbesondere zur Expertise des Y.____, Stellung nehmend fügte Dr. B.____ sodann aus, mit Blick auf die von den Gutachtern erhobenen Befunde sowie auf die zwischenzeitlich eingetretene Verbesserung lasse sich die von den Gutachtern des Y.____ attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht aufrecht erhalten (Urk. 15/103/14). Hinzu komme, dass sich aus den Vorakten wiederholt nicht somatisch absetzbare Diagnosen ergäben, die aus rein rheumatologischer Sicht eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nicht begründeten. Demgegenüber sei die Einschränkung der Ärzte der Rehaklinik N.____, welche in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % mit rascher Steigerung auf 100 % attestiert hätten, zutreffend und auch auf die bisherige Tätigkeit anwendbar. Und endlich begründeten auch die der Expertise des Y.____ nachfolgenden Berichte keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 15/103/15-16).

Als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. B.____ unter Hinweis auf das Gutachten von Dr. A.____ eine (1) rezidivierende depressive Störung.

Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien (2) ein chronisches Schmerzsyndrom der oberen Wirbelsäulenhälfte mit diffuser Ausstrahlung in den Kopf und die Arme, nicht ausreichend somatisch abstrahierbar, mit diffusen Druckschmerzen und multiplen Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit, Nervosität, Tinnitus und Schwitzen; (3) eine Adipositas mit Body-Mass-Index von 30.9 kg/m²; (4) einen Diabetes mellitus Typ II, bekannt seit 2005, (5) eine anamnestiche asthmatische Bronchitis und chronische Rhinitis; (6) eine folliculäre Hyperplasie multipler Lymphknotenstationen unklare Genese, Erstdiagnose 1998, 12/09 kein Hinweis auf Malignom; (7) ein anamnestiche Reizmagen-Syndrom sowie eine (8) beidseitige Hörgeräteversorgung (Urk. 15/103/9).

Dr. B.____ erklärte, das bestehende Übergewicht führe per se zu einer körperlichen Belastung. Aus rheumatologischer Sicht aber sei der Beschwerdeführer nunmehr für alle von ihm bisher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten vollumfänglich arbeitsfähig, welche Einschätzung seit Sommer 2003, spätestens aber seit der aktuellen Begutachtung Geltung habe. Davor sei im Anschluss an das Unfallereignis vom 8. April 2003 eine zeitlich limitierte Arbeitsunfähigkeit zu bestatigen (Urk. 15/103/16). In rein somatisch-rheumatologischer Hinsicht sei die Prognose gut, wobei sich invaliditätsfremde Faktoren (Arbeitsabstinenz, begrenzte Deutschkenntnisse, fehlende Berufsausbildung, Alter, ungünstige Arbeitsmarktsituation, möglicherweise limitierte Motivation) ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung auswirken könnten. Abschliessend formulierte Dr. B.____ Therapievorschläge (Schmerzreserve vom Typ Paracetamol, gewichtsreduzierende Massnahmen, allgemein aktivierende Bewegungsübungen, Diskussion Insulintherapie), welche möglicherweise einen günstigen Einfluss ausüben könnten und sowohl indiziert als auch in der Umsetzung zumutbar seien (Urk. 15/103/17).

3.3.8 Dr. D.____ berichtete zu Händen von Dr. Z.____ am 29. Mai 2011 (Urk. 15/135), der Zustand des Beschwerdeführers sei gleichbleibend schlecht. Ihrer Ansicht nach wäre eine stationäre Abklärung und damit verbunden der Versuch einer Reduktion der Medikamente angezeigt, sei sie doch fast überzeugt davon, dass die diversen Nebenwirkungen Teil des Problems seien. Zudem sei der Beschwerdeführer mit seinen gesundheitlichen Problemen völlig überfordert, und es entstehe das Gefühl, der Beschwerdeführer könne sich nicht anders ausdrücken als durch Körpersymptome. Weil er sich dadurch zu stark unter Druck gesetzt fühle, verweigere er zudem eine Hospitalisation. Auch wenn aus somatischer Sicht objektiv keine überdurchschnittlich grossen Probleme vorhanden seien, sei zu überlegen, ob aufgrund der neu aufgetretenen körperlichen Beschwerden wie Diabetes, Herz und Lunge eine neue Anmeldung bei der Invalidenversicherung zu machen sei. Denn der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, alles einzuordnen und zu verarbeiten. Er leide sehr darunter, finanziell von seiner Familie abhängig zu sein, und habe massive Ängste, die er vermeide und verdränge.

3.3.9 Um (interne) Stellungnahme, ob der Bericht von Dr. D.____ vom 29. Mai 2011 (E. 3.3.8) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers belege, ersucht, hielt Dr. med. O.____, Facharzt für Innere Medizin, zertifizierter Gutachter, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), am 6. Juli 2011 (Urk. 15/137/2) fest, der genannte Bericht lege keine neuen medizinischen Befunde vor, welche der bislang getroffenen Einschätzung widersprechen könnten. Eine Diagnose werde nicht genannt, und objektive pathologische Befunde fehlten. Eine Abweichung vom festgelegten Arbeitsprofil

sei damit nicht angezeigt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä RAD-Arzt Dr. med. P. ____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bezeichnete die Beurteilung von Dr. O. ____, als aus psychiatrischer Sicht plausibel und nachvollziehbar (Stellungnahme vom 7. Juli 2011, Urk. 15/137/2-3).

3.3.10 Im Bericht vom 2. November 2011 (Urk. 9) - der Beschwerdeführer hielt sich nach Zuweisung durch seine Hausärztin zur Einstellung des Blutzuckers vom 24. bis zum 28. Oktober 2011 stationär im Spital C. ____, auf - notierten dessen Ärzte folgende, weitgehend schon mit Kurzaustrittsbericht des Spitals Q. ____, vom 24. August 2011 (Urk. 15/139) genannten Diagnosen: (1) Diabetes mellitus Typ 2, ED 2005, insulinpflichtig, Polyneuropathie, HbA1C bei Eintritt 9.5%, (2) rezidivierende depressive Störung aktuell mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD10: F33.11), (3) kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzistischen und emotional instabilen Anteilen, Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung, (4) chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei Schwankschwindel bei Status nach Schleudertrauma 2003 und Status nach erfolgloser Rehabilitation und Schmerztherapie, (5) follikuläre Hyperplasie multipler LK-Stationen unklarer Genese, ED 1998, zervikal, hilär, inguinal beidseits, DD bakteriell, viral, medikamentös, klinisch und laborchemisch keine Hinweise auf Progredienz (Spital C. ____, 06/2011), (6) Dyslipidämie, ED 08/2011, (7) gastrooesophagealer Reflux, (8) aktenanamnestisch chronische asthmatische Bronchitis, ED 2002, und (9) Adipositas, BMI 32.5. Gegenüber den Ärzten beklagte sich der Beschwerdeführer über starke Nackenschmerzen, welche in den letzten drei Jahren stark zugenommen hätten, über pulsierende Kopfschmerzen frontal sowie Schwankschwindel. Gestützt auf ein psychiatrisches Konsilium und die Rücksprache mit der behandelnden Psychiaterin Dr. D. ____, erachteten die Ärzte eine psychiatrische Hospitalisation derzeit nicht als indiziert, weil davon derzeit keine Fortschritte zu erwarten seien. Wichtig sei aber, dass der Beschwerdeführer in seiner eigenen Sprache psychiatrisch betreut werde, weshalb Dr. D. ____, eine Zuweisung an einen serbischsprechenden Kollegen organisiert habe (Urk. 9 S. 2).

3.3.11 Dem Schreiben von Dr. D. ____, an die IV-Stelle vom 22. Februar 2012 (Urk. 23) zufolge erfuhr die somatische Gesundheit des Beschwerdeführers seit Sommer 2011 eine deutliche Verschlechterung. Insbesondere die Folgen des Diabetes machten ihm stark zu schaffen und beeinträchtigten seine Leistungsfähigkeit enorm. Ebenso habe sich seit Sommer 2011 die psychische Gesundheit des Beschwerdeführers verschlechtert. Er habe nun sehr viel mehr Vertrauen, und es sei einfacher, ihn aus psychiatrischer Sicht zu beurteilen. Sie könne daher mit Sicherheit sagen, dass der Beschwerdeführer nicht mehr leistungsfähig sei und in der freien Wirtschaft keine Arbeitsleistung mehr erbringen könne, weshalb sie, Dr. D. ____, darum ersuche, erneut eine Rentenprüfung vorzunehmen. Über eine allfällige Behandlung bei einem sprachkundigen Psychiater wird nicht berichtet (vgl. E. 3.3.10 in fine).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwischen den Parteien ist strittig, wie sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgeblichen Zeitraum (E. 2.2) zwischen der Rentenzusprache von Dezember 2007/März 2008 und der angefochtenen Verfügung vom 15. September 2011 verändert hat.

4.2.1.1. Während sich die Beschwerdegegnerin für das Revisionsverfahren auf die Gutachten der Dres. A. ___ und B. ___ stützte (E. 1.1), machte der Beschwerdeführer geltend, die beiden Gutachten seien nicht verwertbar (E. 1.2).

4.2.1.1.1. Was der Beschwerdeführer hinsichtlich der Gutachten vorbringen lässt, überzeugt nicht. Die Tatsache allein, dass der psychiatrische Gutachter Dr. A. ___ serbischer Abstammung ist oder sein könnte, reicht rechtsprechungsgemäss nicht für die Befangenheit bei der Beurteilung von Versicherten anderer Ethnien aus dem früheren Jugoslawien (BGE 132 V 93 E. 7.3 S. 111 mit weiteren Hinweisen). Dazu kommt, dass der Anspruch auf Anrufung der vermeintlich verletzten Ausstandsbestimmung längst verwirkt war, hätte der Beschwerdeführer einen solchen doch unverzüglich vorbringen müssen (BGE 132 II 485 E. 4.3 S. 496). Dass aufgrund der Herkunft von Dr. A. ___ der Anschein der Befangenheit erfüllt sein könnte, machte der Beschwerdeführer erstmals anlässlich des Vorbescheidverfahrens am 13. November 2010 (Urk. 15/123) - und damit mehr als ein Jahr nach der Begutachtung durch Dr. A. ___ - geltend. Dies erweist sich zweifelsohne als verspätet, musste der Beschwerdeführer einer allfällig anderen Abstammung als seiner eigenen doch spätestens anlässlich der Exploration gewahr geworden sein. Infolgedessen ist ein Anschein der Befangenheit in Bezug auf Dr. A. ___ weder begründet noch rechtzeitig vorgebracht.

4.2.1.1.2. Der vorsorgliche Einwand des Beschwerdeführers das Gutachten von Dr. B. ___ betreffend (E. 1.2) zielt ebenfalls ins Leere. Dass die Abstammung des Dolmetschers als Ausstandsgrund nicht zu genügen vermag, bedarf keiner weiteren Ausführungen mehr (vgl. oben). Sodann machte der Beschwerdeführer zu Recht keine konkreten Ausstandsgründe gegen den beigezogenen Dolmetscher (Urk. 15/103/9) geltend, konnte er sich doch von dessen Person anlässlich der Begutachtung selber persönlich überzeugen. Im Übrigen wäre auch dieses Ausstandsbegehren verspätet.

4.2.1.1.3. Ebenso wenig vermag der Beschwerdeführer mit seinem weiteren Vorbringen, das psychiatrische Gutachten leide an einem Mangel, da kein albanisch-sprechender Dolmetscher zugezogen worden sei (E. 1.2), durchzudringen. Dass ein Dolmetscher anwesend war, ergibt sich bereits aus dem Gutachten selber (Urk. 15/92/6) und wurde nachträglich noch ausdrücklich bestätigt (Urk. 14). Im Übrigen sind keinerlei Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Feststellung von Dr. A. ___, der Beschwerdeführer habe sich mit ihm in fließender serbo-kroatischer Sprache unterhalten (E. 3.3.5), falsch wäre, sondern es ist im Gegenteil mit Blick auf die Biographie des Beschwerdeführers (Urk. 15/92/4: in serbischem Dorf aufgewachsen; ein Jahr Militärdienst in Ex-Jugoslawien geleistet) nicht abwegig anzunehmen, er sei dieser Sprache mächtig. Schliesslich ist dem Bericht des Spitals C. ___ vom 2. November 2011 zu entnehmen, dass Dr. D. ___ den Beschwerdeführer an einen Kollegen, welcher serbisch - und nicht etwa albanisch - spreche, zugewiesen haben soll (E. 3.3.10).

4.2.1.1.4. Kein Mangel ist sodann darin zu erblicken, dass Dr. A. ___ nicht das persönliche Gespräch mit Dr. D. ___ suchte. Nach bisherigen Verfahrensregeln erstellte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen im angefochtenen Entscheid vor Bundesrecht standhält (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2011, 9C_87/2011, E. 4.2 mit Verweis auf das Urteil

Verschlechterung hätte ergeben sollen, nachdem Dr. D. ___ vorab von ausschliesslich invaliditätsfremden Gründen ausgegangen war (E. 3.3.3), noch im Mai 2011 ausdrücklich einen unveränderten Zustand dokumentiert hatte, erneut keine psychiatrische Diagnose stellte oder zu stellen vermochte (E. 3.3.8) und endlich im November 2011 einen stationären Aufenthalt als nicht mehr vordringlich erachtet hatte (E. 3.3.10), legte sie weder ansatzweise noch plausibel dar.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ergibt sich, dass am Gutachten von Dr. A. ___ festzuhalten und eine spätere Verschlechterung in psychischer Hinsicht nicht ausgewiesen ist (so auch der RAD, E. 3.3.9).

4.2.3 Ä Soweit die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers und infolgedessen seine Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht in Frage steht, sind - wie bereits festgestellt (E. 4.2.2) - keine Gründe aktenkundig, die gegen die Verwertbarkeit des Gutachtens von Dr. B. ___ sprechen würden. An den oberen sowie unteren Extremitäten ergaben sich, wie schon anlässlich der Exploration durch das Y. ___, keine klinisch-pathologischen Befunde, und im Bereich der Wirbelsäule zeigte sich im Vergleich zu den von den Gutachtern des Y. ___ gemachten Feststellungen eine Verbesserung in somatischer Hinsicht (E. 3.3.7: keine Kopfprotraktion, keine Streckhaltung der HWS, keine langbogige Skoliose, kein gesteigerter Muskeltonus mehr; HWS frei beweglich). Dass Dr. B. ___ vor dem Hintergrund dieser aktuellen Erhebungen die Gesamtheit der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden als höchstens partiell auf objektivierbare Befunde abstützbar erachtete und zur Einschätzung gelangte, der Beschwerdeführer sei nunmehr in allen bisher ausgeübten Tätigkeiten voll arbeitsfähig und die Prognose gut (E. 3.3.7), ist nicht zu beanstanden. Dies umso weniger, als sich bereits in den vom Unfallversicherer beigezogenen medizinischen Akten verschiedene Hinweise auf ein maladaptives Bewältigungsmuster bis hin zur Aggravation finden liessen (nicht konsistente Untersuchungsbefunde und demonstratives Verhalten [Urk. 15/15/95, 99]; klare Verdeutlichungstendenz bis Aggravation, flässige Kopfbewegungen kontrastierend zum Untersuchungsbefund, erhebliche Zweifel an Kooperationsbereitschaft, kein Ansprechen auf Morphium [E. 3.2.2]).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weder der Bericht von Dr. Z. ___ vom 28. Januar 2009 (E. 3.3.1) - an einer nachvollziehbaren Begründung für die vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers fehlt es, wie schon festgestellt - noch die Ausführungen von Dr. L. ___, wonach zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit eine interdisziplinäre Begutachtung durchzuführen sei (E. 3.3.4), sind geeignet, zu einer abweichenden Einschätzung zu gelangen. Schliesslich fehlt es auch in Bezug auf die somatische Gesundheit des Beschwerdeführers an einer wesentlichen Verschlechterung seit der Begutachtung durch Dr. B. ___ im Juni 2010. Abgesehen davon, dass - wie auch bereits festgehalten - die im vorliegenden Verfahren zu den Akten gereichten Berichte aus rein zeitlichen Gründen nicht zu beachten sind, erklärte Dr. D. ___, aus somatischer Sicht seien keine überdurchschnittlichen Probleme zu erwarten (E. 3.3.8), und waren die im Bericht des Spitals C. ___ vom 2. November 2011 (E. 3.3.10) genannten Diagnosen weitgehendst bekannt sowie von Dr. B. ___ als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gewertet worden (E. 3.3.7). Zudem fehlt es dem genannten Bericht des Spitals C. ___ (E. 3.3.10) an Angaben zu dem aus medizinischer Sicht objektiv vorhandenen Leistungspotential beziehungsweise zum Grad der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Und endlich vermag die pauschale und einzig mit dem Hinweis auf den Diabetes begründete

Einschätzung von Dr. D. ___ vom 22. Februar 2012 (E. 3.3.11) ebensowenig ein Abrücken von der Einschätzung von Dr. B. ___ zu begründen.

4.3 Gestützt auf das Gutachten von Dr. B. ___ erhellt damit, dass die Gesundheit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht in ihren Auswirkungen (Urteil des Bundesgerichts 8C_747/2011 vom 9. Februar 2012, E. 4.2.2 mit Hinweisen) nachweislich eine erhebliche Verbesserung seit der Begutachtung durch die Experten des Y. ___ (E. 3.2.4) erfahren hat, als ihm nunmehr auch die bisherige Tätigkeit wieder uneingeschränkt zumutbar ist (E. 3.3.7). Mithin besteht Anlass zur Rentenrevision (E. 2.2), im Rahmen derer auch die übrigen Voraussetzungen für einen Rentenanspruch neu zu überprüfen sind.

Bei einer depressiven Episode handelt es sich definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden, welches in der Regel nicht invalidisierend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juni 2011, 8C_80/2011, E. 6.3.2 für mittelgradige depressive Episoden). Daran, dass es der von Dr. A. ___ diagnostizierten - gegenwärtig leichten - depressiven Episode (E. 3.3.5) am Krankheitscharakter mangelt, ändert auch nichts, dass diese vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2010, 9C_176/2011, E. 4.3), zumal es sich um eine leichte Episode handelt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2011, 8C_953/2010 E. 5.3). Damit vermag die von Dr. A. ___ diagnostizierte Gesundheitsstörung aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen, weshalb dem Beschwerdeführer auch aus psychischer Sicht seine bisherige Tätigkeit wieder uneingeschränkt zumutbar ist.

Zusammengefasst ergibt sich, dass der Beschwerdeführer spätestens seit Juni 2010 (Begutachtung durch Dr. B. ___, E. 3.3.7) sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht wieder vollumfänglich in seiner bisherigen Tätigkeit arbeitsfähig ist. Fehlt es damit an einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne des Gesetzes, so besteht auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente (E. 2.1).

Demnach ist die Beschwerde abzuweisen und ist die angefochtene Verfügung vom 15. September 2011 wie angedroht (Urk. 19) ersatzlos aufzuheben mit der Feststellung, dass vom ersten Tag des zweiten der Zustellung dieses Urteils folgenden Monats an (Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV) kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung mehr besteht.

5. Die medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ist grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Nur in ganz besonderen Ausnahmefällen ist die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich. Der Prüfungsschritt, ob bei Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen sich ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür ausnahmsweise eine erwerbsbezogene Abklärung durchgeführt werden muss, zeitigt da keine administrative Weiterungen, wo die - gegenüber der Eingliederung vorrangige - Selbsteingliederung direkt zur rentenausschliessenden arbeitsmarktlichen Verwertbarkeit des wiedergewonnen funktionellen Leistungsvermögens führt. Das ist namentlich der Fall, wenn bisher

schon eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit bestand, so dass der anspruchserhebliche Zugewinn an Leistungsfähigkeit kaum zusätzlichen Eingliederungsbedarf nach sich zieht, vor allem wenn das hinzugewonnenen Leistungsvermögen in einer Tätigkeit verwertet werden kann, welche die versicherte Person bereits ausübt oder unmittelbar wieder ausüben könnte (vgl. dazu im Einzelnen Urteil des Bundesgerichts vom 10. September 2010, 9C_163/2009, E. 4.2.2 mit weiteren Hinweisen).

Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat sich von einer Restarbeitsfähigkeit von 70 % in angepasster Tätigkeit (E. 3.2.4) zur uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit (E. 4.3) verbessert. Ein Anspruch auf Integrationsmassnahmen ist damit nicht gegeben.

E. 6

6.1 Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 47, 100 V 61, 98 V 117).

Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts setzt voraus, dass die Gesuch stellende Person sämtliche eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses erschöpft hat. Zu berücksichtigen ist unter anderem auch die Möglichkeit, vom Ehegatten auf Grund der ehelichen Unterhaltspflicht (Art. 163 ZGB) einen angemessenen Prozesskostenvorschuss zu erhalten. In zweiter Linie ist zu prüfen, ob die um das Armenrecht nachsuchende Partei über eigenes Vermögen verfügt. Erst in dritter Linie ist die Gesuch stellende Person sodann auf die allgemeine eheliche Beistandspflicht zu verweisen. Die Pflicht des Staates zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung geht der Unterhaltspflicht aus Familienrecht nach; entsprechend ist bei der Beurteilung der Bedürftigkeit das Einkommen beider Ehegatten zu berücksichtigen (BGE 115 Ia 193 E. 3a S. 195; 108 Ia 9 E.

3 S. 10). Erst wenn alle diese Mittel zur Finanzierung des Prozesses nicht ausreichen, ist die Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts gegeben (ZR 90 Nr. 82 S. 260).

6.2 Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer, seit 2. Dezember 2008 durch Rechtsanwältin Müller-Ranacher vertreten (Urk. 15/54), erstmals mit Einwand vom 13. November 2010 - und damit mehr als ein Jahr nach der Untersuchung vom 1. September 2009 durch Dr. A.____ (E. 3.3.5) - Ausstandsgründe gegen den psychiatrischen Gutachter vorbringen liess, sich aus dessen Expertise klar ergab, dass ein Dolmetscher anwesend war und sich der Beschwerdeführer gar mit Dr. A.____ in serbo-kroatischer Sprache unterhalten hatte (E. 3.3.5) sowie mit Blick auf die Tatsache, dass der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 17. Oktober 2011 keinerlei stichhaltige Vorbringen in materieller Hinsicht gegen die Gutachten von Dr. A.____ und Dr. B.____ vorbringen liess (Urk. 1), waren die Gewinnaussichten des Beschwerdeführers beträchtlich geringer als die Verlustgefahren und können damit kaum als ernsthaft bezeichnet werden. Der Prozess war nach dem Gesagten aussichtslos.

Schliesslich unterliess es der Beschwerdeführer, die finanziellen Verhältnisse seiner Ehefrau sowie seine Vermögensverhältnisse betreffend das Grundstück in Kosovo (vgl. Urk. 6 S. 2) hinreichend zu belegen. Demnach fehlt es an zwei der genannten Voraussetzungen, weshalb das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege abzuweisen ist.

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

Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 17. Oktober 2011 um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege wird abgewiesen,

und erkennt sodann:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Verhängung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 15. September 2011 wird aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem ersten Tag des zweiten der Zustellung dieses Urteils folgenden Monats an keinen Rentenanspruch mehr hat.

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:

- Rechtsanwältin Andrea Müller-Ranacher
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des 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.