

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00040 vom 28. Februar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00040

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00040 du 28 février 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00040 del 28 febbraio 2013

Erwägungen

E. 2

2.1. Gegen die Verfügung vom 14. Dezember 2011 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 13. Januar 2012 Beschwerde und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine halbe Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 1). Mit Eingabe vom 17. Februar 2012 (Urk. 10) reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Arztbericht (Urk. 11) ein. Die Beschwerdegegnerin schloss am 17. Februar 2012 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 12).

2.2. Mit Verfügung vom 24. Februar 2012 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt sowie den Parteien die eingegangenen Eingaben zugestellt (Urk. 14). Mit Eingaben vom 29. Mai 2012 (Urk. 15) und 9. Januar 2013 (Urk. 18) reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Berichte ein (Urk. 16, Urk. 19), welche der Beschwerdegegnerin jeweils zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 17, Urk. 20).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1. Die den Invaliditätsgrad und dessen Bemessung betreffenden rechtlichen Grundlagen (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG; Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) sowie die Voraussetzungen zur Zulässigkeit der Wiedererwägung einer formell rechtskräftigen Verfügung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1 f.). Darauf kann, mit den nachfolgenden Ergänzungen, verwiesen werden.

1.2. Nach Art. 17 ATSG sind laufende Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 105 V 29).

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung lediglich nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht

Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zur¹ckzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Sie ist verpflichtet, darauf zur¹ckzukommen, wenn neue Tatsachen oder neue Beweismittel entdeckt werden, die geeignet sind, zu einer andern rechtlichen Beurteilung zu f¹hren (BGE 110 V 176 E. 2a, 292 E. 1 mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverf¹gung gegebenenfalls mit der substituierten Begr¹ndung sch¹tzen, dass die urspr¹ngliche Rentenverf¹gung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 E. 5b/bb; Urteil des Bundesgerichts 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 mit Hinweis).

1.3¹ Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit dient als Schranke f¹r ein wiedererw¹ngsweises Zur¹ckkommen auf eine formell rechtskr¹ftige Leistungszusprechung und ist ¹so zu handhaben, dass die Wiedererw¹ngung nicht zum Instrument einer voraussetzungslosen Neupr¹fung von Dauerleistungen wird¹, und es entspricht nicht dem Sinn der Wiedererw¹ngung, ¹laufende Anspr¹che zufolge nachtr¹glicher besserer Einsicht der Durchf¹hrungsorgane jederzeit einer Neubeurteilung zuf¹hren zu k¹nnen¹ (Urteil Bundesgerichts I 276/04 vom 28. Juli 2005 E. 5.1).

¹ Sodann gilt: ¹Ein Verwaltungsakt ist zweifellos unrichtig, wenn kein vern¹ftiger Zweifel an der Unrichtigkeit m¹glich ist. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf Unrichtigkeit der Verf¹gung - m¹glich¹ (Urteil des Bundesgerichts 9C_215/2007 vom 2. Juli 2007 E. 3.1).

¹ Zweifellos unrichtig sind die Anwendung einer falschen oder unzutreffenden Rechtsregel, die Nichtanwendung oder unrichtige Anwendung einer massgeblichen Bestimmung (sofern eine korrekte Rechtsanwendung ein anderes Ergebnis erbracht h¹tte), die ¹gesetzwidrige Leistungszusprechung¹, die klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes in Form einer unrichtigen Feststellung/W¹rdigung des Sachverhalts, insbesondere indem auf keine nachvollziehbare ¹rtliche Beurteilung abgestellt wird beziehungsweise eine solche nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgef¹hrt wurde. Die missbr¹uchliche oder anderweitig qualifiziert fehlerhafte Ermessensbet¹tigung l¹sst auf zweifelloser Unrichtigkeit schliessen, nicht aber die lediglich vertretbare.

1.4¹ Bei der Beurteilung, ob eine Wiedererw¹ngung wegen zweifelloser Unrichtigkeit zul¹ssig sei, ist vom Rechtszustand auszugehen, wie er im Zeitpunkt des Verf¹gungserlasses bestanden hat, wozu auch die seinerzeitige Rechtspraxis geh¹rt; eine Praxis¹nderung vermag aber kaum je die fr¹here Praxis als zweifellos unrichtig erscheinen zu lassen (BGE 125 V 383 E. 3 S. 389).

1.5¹ Um den Invalidit¹tsgrad bemessen zu k¹nnen, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ¹rtliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verf¹gung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der ¹rtin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bez¹glich welcher T¹tigkeiten die versicherte Person arbeitsunf¹hig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ¹rtlichen Ausk¹nfte eine wichtige Grundlage f¹r die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden k¹nnen (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen);

AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.6 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).

2.1

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung vom 14. Dezember 2011 (Urk. 2) davon aus, dass die mit Verfügung vom 23. Mai 2003 mit Wirkung ab 1. Juli 2002 zugesprochene ganze Rente gestützt auf einen unvollständig abgeklärten Sachverhalt zugesprochen wurde. Bei der damaligen ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Einschränkung in psychiatrischer Hinsicht seien vermutliche psychosoziale und damit invaliditätsfremde Faktoren berücksichtigt worden und es wäre die Frage der Überwindbarkeit zu stellen gewesen, was unterblieben sei, weshalb die damalige Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne sei (S. 4). Ausserdem sei gestützt auf das 2011 erstattete Gutachten sowie die Einschätzung des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) erwiesen, dass der Beschwerdeführer seit jeher als 100 % arbeitsfähig in bisheriger und angepasster Verweistätigkeit gelte (S. 3).

2.2 Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer sinngemäss auf den Standpunkt, die damals vorgelegten Arztberichte hätten keine ungenügende Entscheidungsgrundlage dargestellt, was die nachfolgenden Rentenrevisionen in Bezug auf seine Arbeitsunfähigkeit und Rentenberechtigung gezeigt hätten (Urk. 1 S. 2). Ausserdem könne auf das neu aufgelegte Gutachten nicht abgestellt werden (S. 3) und er sei trotz attestierter 100%iger Arbeitsunfähigkeit bereit, eine Erwerbstätigkeit im Umfang von 50 % anzunehmen, weshalb er die Ausrichtung einer halben Rente beantrage (S. 4).

2.3 Streitig und zu präzisieren ist, ob - wie von der Beschwerdegegnerin angenommen - die ursprüngliche Leistungszusprache zweifellos unrichtig gewesen und damit ihre wiedererwägungsweise Aufhebung zulässig ist. Von einer revisionsweisen Leistungsanpassung im Sinne von Art. 17 ATSG, welche eine erhebliche Sachverhaltsänderung voraussetzt, gingen beide Parteien nicht aus (Urk. 1 S. 3 Ziff. 3, Urk. 2 S. 3 Mitte).

E. 3

3.1 Der ursprünglichen Rentenzusprache lagen in medizinischer Hinsicht die folgenden Arztberichte zu Grunde:

3.2 Dr. med. A. ____, Spezialarzt Orthopädie FMH, stellte gestützt auf die radiologischen Befunde (vgl. Urk. 13/12/5-8) in seinem Bericht vom 14. September 2002 (Urk. 13/12/1-4) folgende Diagnosen (S. 1):

- cervico-cephales Syndrom bei degenerativen Veränderungen der HWS
- lumbovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen der LWS

- Status nach partieller Meniskusresektion medial links (arthroskopisch) am 28. August 2002

Zusätzlich fügte er gestzt auf den Bericht von Dr. med. B.____ (richtig: med. pract. B.____) die Diagnose einer Depression mit Somatisation an (S. 1). Er attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 13. Juli 2001 (S. 1 Mitte) und erachtete den Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht als mindestens 50 % **teilinvalid** sowie als aus physischen und psychischen Gründen in der angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig. Er führte aus, in seinem jetzigen Zustand sei der Beschwerdeführer vor allem auch aus psychischen Gründen auf dem heutigen Arbeitsmarkt nicht mehr vermittelbar und es ergebe sich eine volle Invalidität (S. 2 unten).

3.3 Mit Bericht vom 4. Oktober 2002 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 13/15) nannte med. pract. B. B.____, Assistenzarzt an der Psychiatrischen Klinik des Universitsspitals C.____ (C.____), folgende Diagnosen (Lit. A):

- undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1)
- leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0)
- multiple orthopädische Diagnosen (Behandlung Dr. A.____)
- psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung seit 18. September 2002 an der Psychiatrischen Poliklinik Zürich

Er führte aus, der Beschwerdeführer sei seit 18. September 2002 aufgrund einer Angstattacke in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (lit. D.3). Als Befunde seien zahlreiche, unterschiedliche und hartnäckige Beschwerden erhoben worden. Ein objektives Korrelat für die Beschwerden des Beschwerdeführers liege nicht vor. Eine psychologische Verursachung der Somatisierungsstörung des Beschwerdeführers könne aus der **berlastung** am Arbeitsplatz und der nachfolgend aufgetretenen körperlichen Beschwerden vermutet werden (lit. D.5). Durch psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche und Fortführung der antidepressiven medikamentösen Therapie sei eine wesentliche Verbesserung der ursprünglichen Symptomatik erreicht worden. Aufgrund der stationären Somatisierungsstörung bestehe eine fortdauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit (lit. D.7).

3.4 Dr. med. D.____ vom medizinischen Dienst der Beschwerdegegnerin ging in ihrer Stellungnahme vom 27. Dezember 2002 von keiner relevanten Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus und erachtete weitere Abklärungen nicht für notwendig (Urk. 13/16/2).

4. Im Rahmen der im Jahre 2006 eingeleiteten Rentenrevision holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. A.____ einen Verlaufsbericht ein, welcher am 13. März 2006 erstattet wurde (Urk. 13/27).

Darin berichtete Dr. A.____ über einen verschlechterten Gesundheitszustand (S. 1 Ziff. 1) und nannte folgende orthopädische Diagnosen (S. 1 Ziff. 2):

- panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei

- rezidivierenden zervikalen Schmerzattacken mit ungerichtetem Schwindel und Kraftlosigkeit
- cervico-cephalem Syndrom bei degenerativen Veränderungen HWS
- lumbo-vertebralem Syndrom bei degenerativen Veränderungen der LWS
- Status nach partieller Meniskektomie medial links (arthroskopisch) am 28. Februar 2002

Als übrige Diagnosen nannte er eine Depression mit Somatisation, eine unklare sensorineurale Hörstörung rechts ohne Hinweise auf eine retrokochleäre Störung, absenzartige Trämmele unklarer Ätiologie ohne Hinweise auf ein Ausfallsgeschehen sowie einen Diabetes Mellitus Typ II (S. 1 unten).

Er führte aus, bezüglich der Rückenbeschwerden sei der Verlauf stationär, seit mehreren Jahren habe der Beschwerdeführer immer wieder episodische Schwindel, in den letzten Monaten deutlich vermehrt und manchmal fühle er sich abwesend. Aktuell komme es 1-2 Mal pro Woche zu diesen Schwindelzuständen, während denen der Beschwerdeführer nicht sprechen könne, aber nicht bewusstlos sei (S. 2 Ziff. 3).

Dr. A. machte keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

E. 5

5.1 Im Rahmen des im Dezember 2008 eingeleiteten Revisionsverfahrens (Urk.13/30) gab der Beschwerdeführer an, sein Gesundheitszustand sei gleich geblieben und er sei nicht erwerbstätig (Ziff. 2.1).

5.2 Dr. med. E., Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, RAD der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Stellungnahme vom 9. November 2009 (Urk. 13/36/3-4) zum Ergebnis der durchgeführten Observation aus, durch die neu gewonnenen fremdanamnestischen Daten zeigten sich erhebliche Diskrepanzen zwischen den früheren ärztlichen Einschätzungen und sich jetzt im Bildmaterial dokumentierten Leistungsfähigkeiten. Die vom Beschwerdeführer in früheren Arztberichten genannten körperlichen Symptome seien in keiner Bildsequenz festgestellt worden. Stets habe ein gesunder und vitaler Gesamteindruck, ohne körperliche und/oder psychische Einschränkungen, Anzeichen von Beschwerden respektive Schmerzattacken und/oder Schwindel imponiert. Der Beschwerdeführer habe durchweg ein völlig normales Sozialverhalten; so sei er unter anderem aktiv mit Kaufkundschaft kommunizierend bis über 8 Stunden auf dem Flohmarkt beobachtet worden (Urk. 13/36/3). Aufgrund des schlüssig demonstrierten Beobachtungsmaterials mit dem dort ersichtlichen gesamthaft alltagsfunktional erscheinenden Leistungspotential des Beschwerdeführers lasse sich die bisher angenommene Arbeitsunfähigkeitseinschätzung von 100 % in zuletzt ausgeübter Tätigkeit als Abwärtsscher Office sowie Hilfskoch rein medizinisch nicht mehr nachvollziehen. Er erachte den Beschwerdeführer spätestens ab Beginn der Beobachtung per Januar 2009 in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit respektive in allen seiner Bildungs- und Altersnorm entsprechenden beruflichen Verweistätigkeiten als 100 % arbeitsfähig (Urk. 13/36/4).

5.3 Med. pract. F., Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Dr. phil. G., klinischer Psychologe und Supervisor, Medizinisches Zentrum H. (H.), berichteten am 5. Oktober 2010 (Urk. 13/70/3-5) über den Beschwerdeführer, welcher am 30. Juli und am 2. August 2010 aus eigener Initiative zu zwei Vorgesprächen bei

ihnen gewesen sei. Als Diagnose nannten sie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine Adipositas, ein cerviko-spondylogenes Syndrom, einen chronischen Schwindel, einen Diabetes mellitus sowie Knieschmerzen beidseits (S. 1 oben). Sie erachteten aufgrund des protrahierten Verlaufs eine ambulante tagestherapeutische Rehabilitationsbehandlung als indiziert (S. 3 oben).

5.4.4 Dr. med. I. ____, Facharzt für Innere Medizin FMH, Dr. med. M. Jaques, Facharzt für Rheumatologie und Manuelle Medizin FMH und Dr. med. J. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Medizinisches Zentrum K. __ (K. __), erstatteten ihr interdisziplinäres Gutachten vom 25. März 2011 (Urk. 13/57/1-36) nach Untersuchung des Beschwerdeführers sowie unter Berücksichtigung der Anamnese, der erhobenen Befunde, der internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Beurteilungen sowie der Akten.

Sie stellten keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 29 Ziff. 6.1) und gelangten zu folgenden Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 29 Ziff. 6.2):

- bewegungs- und belastungsabhängige lumbosakrale Beschwerden mit/bei
- Chondrose mit Spondylarthrose L5/S1, diskreter Chondrose L3/L4
- ohne Hinweise, weder für eine Facettengelenks- noch radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik
- belastungsabhängige Kniegelenksbeschwerden links mit/bei:
- fortgeschrittener retropatellärer Chondropathie mit beginnender Femoropatellararthrose bei
- Status nach medialer Teilmeniskektomie links am 28. August 2002
- nicht näher spezifizierbares, subjektiv deutlich betontes und generalisierendes Schmerzsyndrom mit/bei:
- dysfunktionalem Krankheitsverhalten (Symptomausweitung)
- metabolisches Syndrom mit/bei:
- Adipositas Grad II
- arterieller Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2, mittlerweile insulinpflichtig
- Dyslipidämie
- massiver Nikotinabusus von kumulativ 60 pack years
- akzentuierte Persönlichkeit

Die Gutachter führten aus, die im Rahmen der internistischen Untersuchung vom Beschwerdeführer gemachten pauschalisierenden und recht diffusen Angaben von sehr starken und topographisch weit ausgebreiteten Ruheschmerzen mit diffuser Schmerzausstrahlung in den ganzen Körper (zirkulär in beide Arme und Beine), welche durch Entlastung oder therapeutische Massnahmen kaum zu beeinflussen seien, sowie die sehr undifferenzierte Beschreibung der Einschränkungen, sprächen zusammen mit dem

ausgeprägtem Schmerzverhalten und den zahlreichen Inkonsistenzen bei der körperlichen Untersuchung für eine Symptomausweitung. Eine solche Begründung aber keine generelle Arbeitsunfähigkeit (S. 32 f.).

Bei der aktuellen rheumatologischen Untersuchung bestanden reproduzierbar nur auf zwei Etagen pathologische Veränderungen mit entsprechender Belastbarkeitseinschränkung, am Kniegelenk links bei beginnender Retropatellararthrose und im Bereich des lumbosakralen Übergangs bei fortgeschrittener Chondrose und Spondylarthrose L5/S1, jedoch ohne Hinweise auf eine radikuläre Mitbeteiligung. Die radiologischen Befunde seien im übrigen moderat und geringen degenerativen Veränderungen entsprechend. Aufgrund der zu erhebenden klinischen und radiologischen Befunde fehle ein invaliditätswürdiges Leiden. Bedingt durch die erwähnten Veränderungen am Bewegungsapparat seien lediglich gewisse Schonkriterien zu berücksichtigen. In einer leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig. Angesichts der Ergebnisse der Observation könne ihm sogar für seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Office-Mitarbeiter sowie Aushilfskoch eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert werden (S. 33 oben).

Bei der psychiatrischen Exploration sei aufgrund des durchgehend entrastet aufgeregten Zustandsbildes mit anhaltend vorwärtlichem Redefluss und begleitender, theatralisch anmutender Gestik und Mimik die Erhebung eines psychischen Befundes nur eingeschränkt möglich gewesen. Der Beschwerdeführer bewege sich frei und nicht sichtbar durch Schmerzen beeinträchtigt, seine Stimmung sei nicht deprimiert, der Antrieb nicht reduziert und die Ausdauer beim Vorbringen seiner Vorwürfe sei unbeeinträchtigt. Das Zustandsbild entspreche einer Akzentuierung von Persönlichkeitszügen ohne Krankheitswert. Auch sonst lasse sich beim Beschwerdeführer keine krankheitswertige psychiatrische Störung feststellen. Aufgrund der aktuellen Untersuchung fanden sich keine Hinweise für eine Panikstörung und/oder eine Angsterkrankung. Es könnten auch keine Hinweise für eine klinisch relevante depressive Symptomatik gefunden werden (S. 33 unten). In den übersandten Akten sei auch kein psychischer Befund dokumentiert, mit dem eine fachgerechte Auseinandersetzung erfolgen könnte. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit weder für die Tätigkeit im bisherigen Beruf oder für Tätigkeiten mit vergleichbarem Anforderungsprofil, noch für möglicherweise bestehenden körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeiten beeinträchtigt (S. 34 oben).

Die Gutachter attestierten zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde aus interdisziplinärer Sicht sowohl in der zuletzt ausgeübten, als auch in einer entsprechenden Verweistätigkeit eine uneingeschränkte ganzzügige Arbeitsfähigkeit bei vollem Pensum. Wegen der degenerativ bedingten Veränderungen am Bewegungsapparat liessen sich gewisse Schonkriterien formulieren: Keine repetitiven Gewichtsbelastungen lumbal über 15 kg, keine monoton gebückte Arbeitspositionen, keine kniegelenks-belastende Arbeiten wie kniende Arbeitsposition oder ausschliesslich sitzende Position, Zurücklegen von Wegstrecken auf unebenem Gelände, auf der Leiter respektive repetitives Treppensteigen (S. 34 Ziff. 7.4). Das aktuell ermittelte Belastungsprofil gelte seit Anfang 2002, dem Zeitpunkt der ersten bildgebenden Dokumentation von Verschleisserscheinungen am Rücken und am Knie (S. 34 Ziff. 7.5).

5.5. Dr. med. E.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, RAD der Beschwerdegegnerin, führte am 7. April 2011 (Urk. 13/67/2) aus, das eingeholte K.____-Gutachten vom 25. März 2011 sei umfassend, berücksichtige die beklagten Beschwerden und sei in Kenntnis der Vorakten erstellt worden. Es könne darauf abgestellt werden und es bestehe somit seit jeher eine vollständige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in bisheriger und angepasster Tätigkeit mit folgenden Einschränkungen: körperlich leicht bis mittelschwer wechselbelastend. Im Sinne der Wiedererwägung erscheine der ursprüngliche Rentenentscheid als medizinisch nicht korrekt vollzogen ausgewiesen und sollte den jetzigen Bedingungen angepasst werden.

5.6. Am 7. November 2011 berichtete Dr. med. L.____, Spezialärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers über die seit dem 9. Juli 2003 erfolgende ärztliche Behandlung (Urk. 13/70/1-2). Sie führte aus, die vielen Diagnosen beziehungsweise Krankheiten, unter denen der Beschwerdeführer leide, würden ihn beeinflussen und sich negativ verstärken. Auch die soziale Situation sei sehr schwierig (kranke Frau, Geldknappheit, wenig Wohnraum). Zur Zeit sei der Beschwerdeführer wegen des drohenden Verlustes der Rente sehr ängstlich-angespannt, depressiv bis aggressiv und verzweifelt (S. 1 unten).

Sie diagnostizierte eine mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) auf dem Hintergrund einer anhaltenden affektiven Störung (ICD-10 F45.4) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und erachtete den Beschwerdeführer als zu 100 % arbeitsunfähig und in der freien Wirtschaft mit seinen vielen Krankheiten, emotionaler Labilität und kognitiven Störungen (Vergesslichkeit) nicht vermittelbar (S. 2).

6.1. Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, auf Wunsch des Beschwerdeführers am 16. Mai 2012 ausgestelltes ärztliches Zeugnis wies eine notfallmässige Behandlung aufgrund einer Gleichgewichtsstörung aus (Urk. 16).

6.1. Nach dem Erlass der hier angefochtenen Verfügung (Urk. 2) reichte der Beschwerdeführer die folgenden Arztberichte ein:

6.2. Am 6. Februar 2012 (Urk. 11) beantwortete Dr. A.____ die Fragen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers dahingehend, dass beim Beschwerdeführer eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans bestehe, weshalb nur körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechsellagen mit der Möglichkeit zum Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, insbesondere ohne Heben von schweren Lasten von mehr als 5 kg kurzfristig und 2 kg längerfristig zumutbar erscheine. Um die prozentuale Leistungsfähigkeit ermitteln zu können, empfahl er die Durchführung eines Leistungstests (S. 2 unten).

6.3. Ein von Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, auf Wunsch des Beschwerdeführers am 16. Mai 2012 ausgestelltes ärztliches Zeugnis wies eine notfallmässige Behandlung aufgrund einer Gleichgewichtsstörung aus (Urk. 16).

6.4. Am 19. Dezember 2012 berichteten Dr. A.____, Dr. med. N.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, Dr. med. O.____, Facharzt für Anästhesiologie FMH, Dr. med. P.____, Facharzt für Physikalische Therapie/Rheumatologie FMH, und wiederum med. pract. Z. F.____ und Dr. G.____, Medizinisches Zentrum H.____, über ihre Einschätzungen und Beurteilungen (Urk. 19).

Sie nannten folgende Haupt-Diagnosen (S. 1):

- cerviko-spondylogenes Syndrom

- chronischer Schwindel
- lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
- Knieschmerzen
- Diabetes mellitus Typ II
- mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- Adipositas

Als aktuelle Beschwerden nannten sie aus anästhetischer, orthopädisch-chirurgischer und rheumatologischer Sicht eine diabetische Neuropathie und Lumbalgien mit Ausstrahlung beidseits sowie Knie- und Nackenschmerzen (S. 1 f.). Aus psychosomatischer Sicht wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer beklage seit dem Jahr 2000 nicht mehr arbeitsfähig zu sein, dies nebst chronischen Schmerzen in beiden Knien, HWS- und BWS-Schmerzen und Schlafstörungen. Ferner wurden genannt: Lust- und Interessenslosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Rückzug, Gedankenkreisen, Sinnlosigkeitsgedanken (S. 2 unten).

Als aktuelle und objektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, der Patient sei zu 100 % arbeitsunfähig auch für angepasste Tätigkeiten; aus rein somatischer Sicht sei er zu 70 % arbeitsunfähig (S. 6 Mitte).

E. 7

7.1 Gemäss dem Feststellungsblatt vom 6. Januar 2003 lagen die folgenden Diagnosen der Rentenzusprache zugrunde (Urk. 13/16/1): undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1), leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), multiple orthopädische Diagnosen, psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung seit 18. September 2002. Diese medizinische Grundlage erweist sich zwar retrospektiv als dürftig, qualifiziert aber die Verfügung vom 23. Mai 2003 nicht von vornherein als zweifellos unrichtig.

Hingegen besteht eine offensichtliche Diskrepanz zwischen den für die Zusprache der Rente massgebenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und dem anlässlich der Überwachung beobachteten alltäglichen Verhalten des Beschwerdeführers. Insgesamt lieferten die Überwachungsprotokolle (Urk. 13/34) hinreichende Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer in der Lage gewesen wäre, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Das aus diesem Grund eingeholte K. ___-Gutachten vom 25. März 2011 (Urk. 13/57/1-36), welches alle praxisgemässen Kriterien an ein beweistaugliches Gutachten (vgl. vorstehend E. 1.6) vollumfänglich erfüllt und auf welches deshalb abgestellt werden kann, bestätigte den durch die Observationen geweckten Verdacht, indem die Gutachter feststellten, dass der Beschwerdeführer in angepasster wie auch in angestammter Tätigkeit seit jeher, mithin seit 2002, vollständig arbeitsfähig war und sie keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen vermochten (vgl. vorstehend E. 5.4). Insbesondere führten die Gutachter nachvollziehbar aus, dass sich der Beschwerdeführer bereits früher bei seinen behandelnden Ärzten und auch anlässlich der aktuellen Begutachtung als schwer kranker, depressiver und vollkommen invalider Mensch präsentiert habe, welcher überhaupt nicht mehr in der Lage sei, die geringste, auch leichteste Arbeit zu verrichten,

was in deutlichem Widerspruch zu den objektiv dokumentierten Feststellungen in den Video- und Berichtsunterlagen stehe (S. 35 Ziff. 8.1). Zwar seien die früheren, eher bescheidenen Diagnosen eines cervikocephal und lumbovertebral akzentuierten panvertebralen Schmerzsyndroms bei degenerativen Veränderungen der HWS und LWS nicht falsch, vielmehr sei die Schlussfolgerung einer dadurch bedingten vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht plausibel. Die Gutachter begründeten dies damit, dass bisher aus ärztlicher Sicht sehr stark auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt worden sei und diese relativ wenig kritisch hinterfragt worden seien. Ebenso legten sie nachvollziehbar dar, dass die früher gestellte psychiatrische Diagnose einer Somatisierungsstörung in diesem Kontext sehr fragwürdig erscheine (S. 35 Ziff. 8.2). Damit ist erstellt, dass die Ärzte bei der Rentenzusprache 2003 und der Rentenrevision im Jahre 2006 von unzutreffenden Schilderungen dessen, was der Beschwerdeführer im Alltag effektiv zu leisten im Stand war (und ist), ausgingen. Ihrer Beurteilung lagen mithin fehlerhafte Sachverhaltsannahmen zugrunde. Sie haben somit nicht den richtigen Sachverhalt beurteilt, sondern den ihnen vom Beschwerdeführer präsentierten, aber nicht zutreffenden. Somit liegen gewichtige Gründe für eine Wiedererwägung der am 23. Mai 2003 erlassenen Verfügung vor.

7.2. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass auf eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes in Form einer unrichtigen Feststellung oder Würdigung des Sachverhaltes zu schliessen ist. Wohl weist die Beurteilung materieller Anspruchsvoraussetzungen gerade im Bereich der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit und Beweiswürdigung notwendigerweise Ermessenszüge auf. Vorliegend liegen aber die zu unkritischen medizinischen Beurteilungen sowie das mehrheitlich pauschale Abstellen auf die subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers, und die daraus abgeleitete 100%ige Arbeitsunfähigkeit, klar ausserhalb des noch als vertretbar einzustufenden Ermessensbereichs. Folglich liegt eine qualifizierte Fehlerhaftigkeit in der Ermessensbetätigung vor, welche nicht vertretbar ist, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auf eine zweifellose Unrichtigkeit schliessen durfte.

7.3. Angesichts dieser Umstände ist der Rentenentscheid vom 23. Mai 2003 zweifellos unrichtig. Damit erweist sich die wiedererwägungsweise Aufhebung der Leistungszusprache als gerechtfertigt.

8. Daraus folgt zusammenfassend: Die fehlerhaften Sachverhaltsannahmen im Rahmen der Rentenzusprache von 2003 stellen eine zweifellose Unrichtigkeit im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dar (vgl. vorstehend E. 7). Damit rechtfertigt sich eine Anpassung der Leistung an die tatsächlichen Gegebenheiten.

9. Somit ist die angefochtene Verfügung zu bestätigen; dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

10. Die Verfahrenskosten gemäss Art 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und antragsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind sie einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen (vgl. Urk. 14).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Y.____

- 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.