

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00415 vom 31. Mai 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00415

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00415 du 31 mai 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00415 del 31 maggio 2013

Erwägungen

E. 3

3.1???? Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, dass die medizinischen Abklärungen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ergeben hätten. Insbesondere habe sich gemäss dem eingeholten B.____-Gutachten keine sichere Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen lassen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien unter anderem ein neuropsychiatrisches Zustandsbild mit neurokognitiven und -affektiven Beeinträchtigungen und Bewegungstörungen ungeklärter Ätiologie, ein akutenanamnestisches chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Spondylolyse mit Spondylolisthesis ohne objektivierbare neurologische Defizite zu beurteilen. Auch die Verdachtsdiagnose einer schizotypen Störung habe sich nicht stellen lassen. Für eine erneute neurologische Begutachtung bestehe kein Anlass. Ausserdem sei auch im F.____-Bericht vom 21. Juli 2011 die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie als Vermutungsdiagnose bezeichnet worden. Weiter sei es als Hinweis auf Inkonsistenzen zu werten, wenn dort festgehalten werde, dass die ermittelten IQ-Werte das Leistungsvermögen unterschätzen würden, und wenn beim Rey-Test eine relativ gute Leistung erreicht worden sei, während dieser im Rahmen der B.____-Begutachtung nicht durchgeführt werden können. Es sei spätestens seit der Untersuchung vom 6. Dezember 2010 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen, so dass mangels Erwerbseinbusse kein Rentenanspruch mehr bestehe (Urk. 2 S. 2).

3.2???? Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, er habe seit mehr als 10 Jahren eine Rente erhalten und sei seit 2002 in ständiger ärztlicher und fachärztlicher Behandlung. Die involvierten Ärzte hätten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt und es sei in deren Berichten keine Rede von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes. Auf das widersprüchliche B.____-Gutachten vom 31. Dezember 2010 sei nicht abzustellen. Es sei bekannt, dass dieses Gutachtensinstitut nicht kompetente Fachärzte beauftrage, um einen versicherungsfreundlichen Bericht erstatten zu können. In orthopädischer Hinsicht sei die (fehlende) fachärztliche Beurteilung unumgänglich. Der Bericht der D.____ vom 18. April 2011 zeige, dass ein Kontakt zur L5-Nervenwurzel links bestehe. Der B.____-Gutachter habe nur wegen der zu kurzen Begutachtungszeit keine psychiatrische Diagnose feststellen können. Auch sei die von den B.____-Gutachtern empfohlene neurologische Abklärung von der Beschwerdegegnerin nicht durchgeführt worden. Aufgrund der stationären Behandlung vom 18. Mai bis 9. Juni 2011 in der F.____ hätten die dortigen Ärzte nach langer Behandlung und Beobachtung festgestellt, dass er, der Beschwerdeführer, unter paranoider Schizophrenie und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leide und praktisch keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Weil die psychischen Beschwerden enorm seien, habe

die F.____ die weitere Behandlung in der Tagesklinik empfohlen, die seit Monaten durchgef?hrt werde. Die Beschwerdegegnerin habe es absichtlich unterlassen, von dort einen Bericht einzuholen. Im ?brigen sei er seit 13 Jahren arbeitsunf?hig und v?llig dekonditioniert. Die Beschwerdegegnerin w?re daher verpflichtet gewesen, vor Erlass der Verf?gung Eingliederungsmassnahmen durchzuf?hren. Die Rente sei daher zu Unrecht eingestellt worden (Urk. 1 S. 2 ff.).

3.3???? Strittig und zu pr?fen ist, ob seit der letzten rentenzusprechenden Verf?gung vom 16. Juni 2005 (Urk. 11/53) bis zur angefochtenen rentenaufhebenden Verf?gung vom 29. M?rz 2012 (Urk. 2), welche rechtsprechungsgem?ss die zeitliche Grenze der richterlichen ?berpr?fungsbefugnis in diesem Verfahren bildet (vgl. BGE 132 V 220 E. 3.1.1, BGE 122 V 77 E. 2b, Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweis), eine Sachverhalts?nderung mit Auswirkung auf den Invalidit?tsgrad eingetreten ist, welche die Aufhebung der bisherigen ganzen Rente rechtfertigt.

E. 4

4.1???? Bei Erlass der Verf?gung vom 16. Juni 2005 (Urk. 11/53) st?tzte sich die Beschwerdegegnerin in somatischer Hinsicht (Urk. 11/33 S. 4) auf den Bericht von Dr. med. G.____, Fach?rztin f?r Allgemeine Innere Medizin, vom 26. April 2004, welche aufgrund der Diagnose der Exazerbation eines Lumbovertebralsyndroms mit/bei Spondylolyse L5/S1, Spondylolisthesis L5/S1, Fehlhaltung/Fehlform der Wirbels?ule mit ausgepr?gter muskul?rer Dysbalance und einer Adipositas simplex eine 100%ige Arbeitsunf?higkeit in der angestammten T?tigkeit (als Filialleiter) seit dem 15. Februar 2002 sowie eine 100%ige Arbeitsf?higkeit in einer leidensangepassten T?tigkeit attestierte (Urk. 11/29). In psychischer Hinsicht stellte sie auf das Gutachten von Dr. med. Z.____, Facharzt f?r Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Oktober 2004 (Urk. 11/32) ab (Urk. 11/33 S. 5), der die Diagnose Angst und depressive Reaktion gemischt im Rahmen einer Anpassungsst?rung mit Zwangshandlungen (ICD-10 F43.22) bei einer vermutlich neurotischen Pers?nlichkeit (ICD-10 F60.8) und den Verdacht auf eine schizotype St?rung (ICD-10 F21) festhielt und auf eine 100%ige Arbeitsunf?higkeit in jeglicher T?tigkeit schloss (Urk. 11/32 S. 3 f.).

4.2????

4.2.1?? Im neuen Bericht vom 20. Januar 2010 erkl?rte Dr. G.____ bei unver?nderten Diagnosen, die Beweglichkeit der Lendenwirbels?ule (LWS) sei praktisch aufgehoben, der Finger-Bodenabstand betrage 40 cm, das Gangbild sei vorsichtig. Die 100%ige Arbeitsunf?higkeit in der angestammten T?tigkeit bestehe fort (Urk. 11/57 S. 1 f.).

4.2.2?? Dr. med. H.____, bei dem der Beschwerdef?hrer seit dem 23. November 2002 in Behandlung steht, f?hrte im Bericht vom 26. Mai 2010 die Diagnosen einer rezidivierenden, zum Teil chronifizierten depressiven St?rung (ICD-10 F33.11), einer kombinierten Pers?nlichkeitsst?rung (histrionisch/Borderline-St?rung; ICD-10 F30.31/F60.4), dissoziativer Bewegungsst?rungen (ICD-10 F44.4) und eines chronifizierten Schmerzsyndroms bei bekannten Wirbels?ulenver?nderungen auf. Der Beschwerdef?hrer sei bewusstseinsklar, voll orientiert, psychomotorisch unruhig, zeige starke myoklonische Bewegungen und grimassiere stark. W?hrend des Gespr?chs nehme er st?ndig kleine Gegenst?nde, die auf dem Tisch liegen w?rden, und f?hre sie zum Mund und setze sie wieder zur?ck. Er sei im Denken eingengt, ideenarm und wortkarg. Es seien st?ndige Konzentrationsschwierigkeiten und Ged?chtnisst?rungen feststellbar. Er ?ussere

Zukunftsängste und Todeswünsche, sei affektiv aber wenig spürbar. Intellektuell mache er den Eindruck einer einfach strukturierten Persönlichkeit. Er werde medikamentös mit Solian, Trittico und Truxaletten sowie psychotherapeutisch behandelt. Er sei weiterhin zu 100 % in jeglicher Tätigkeit arbeitsunfähig (Urk. 11/62 S. 1 ff.).

4.2.3?? Gemäss diesen Berichten liegt keine Veränderung des Gesundheitszustandes vor, der Anlass zu einer Rentenrevision geben könnte. Jedoch handelt es sich weder bei Dr. G.____ noch bei Dr. H.____ um Fachärzte der Orthopädie, Rheumatologie, Neurologie oder Psychiatrie (vgl. www.medregrom.admin.ch und www.doctorfmh.ch). Nach der hinstricherlichen Rechtsprechung ist insbesondere zur Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens jedoch eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem erforderlich (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Auch vermögen die Berichte von Dr. G.____ und Dr. H.____ die interdisziplinären, fachärztlichen Beobachtungen und Einschätzungen durch die B.____-Gutachter gemäss dem Gutachten vom 31. Dezember 2010 (Urk. 11/68) nicht zu ersetzen und die Fragen, welche mit dem B.____-Gutachten aufgeworfen wurden (vgl. Erwägung 4.3 hernach), nicht zu beantworten. Auf die Berichte von Dr. G.____ und Dr. H.____ kann daher nicht abschliessend abgestellt werden.

4.3????

4.3.1?? Die B.____-Gutachter untersuchten den Beschwerdeführer gemäss dem Gutachten vom 31. Dezember 2010 Ende September (internistische, psychiatrische und orthopädische Untersuchung) und Anfang Dezember 2010 (neurologische Untersuchung; Urk. 11/68 S. 2). Der Beschwerdeführer habe bei der Untersuchung durch Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemein- und Arbeitsmedizin, vom 29. September 2010 während der Anamnese - kaum sei er im Untersuchungszimmer gewesen, nicht jedoch auf dem Weg zum Untersuchungszimmer - die Automatismen angefangen, indem er auf dem Stuhl auf- und abgewippt sei, mit den Händen nach links und rechts ausgeholt und teilweise ruckartig die Hände gerieben sowie dabei grimassiert habe. Dies habe teilweise an eine extrapyramidale Symptomatik erinnert, die sich während des einstündigen Gesprächs beziehungsweise Untersuchung fast durchgehend dargestellt habe, aber zu keiner bekannten Erkrankung passe und sich bei der Untersuchung auf der Liege deutlich reduziert habe. Die gegebenen Antworten seien fast ausschliesslich auf Serbisch formuliert, teilweise unpassend, dann plötzlich nach Korrektur doch wieder logisch gewesen. Zudem habe für die verordneten Neuroleptika und das Antidepressivum nebst den Analgetika kein Wirkspiegel gefunden werden können. Im Chemogramm seien die Leberwerte und auch das Carbodefiziente Transferrin [CDT] leicht erhöht gewesen, weswegen eine chronischer Alkoholabusus diskutiert werden müsse (Urk. 11/68 S. 7, S. 10 ff., S. 18).

???????? Gemäss dem psychiatrischen Fachgutachten von Dr. med. J.____, Oberärztin Versicherungsmedizin der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (L.____) und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und von PD Dr. med. M.____, Leiter Versicherungsmedizin der L.____ und Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Neurologie, vom 18. Dezember 2010 gab der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung vom 29. September 2010 an, dass es ihm schlecht gehe, er werde nachts häufig wach, habe verschiedene Alpträume, die anfallsartig auftreten. Es würden ihm immer wieder gewisse Bilder aus der Kindheit erscheinen. Es belaste ihn, dass er nicht mehr mit den Menschen zusammen sein könne. Geselligkeit störe ihn, er könne dann wütend werden und schreien. Zwar werde er nicht tödlich-aggressiv, jedoch sehr unruhig,

zum Beispiel auch, wenn seine (drei) Kinder zu lebhaft seien. Zudem habe er Rückenschmerzen, teils ins Bein ausstrahlend, wobei er im linken Bein auch Kribbelgeföhle habe, nicht ständig, jedoch immer wieder. Auf die Frage nach Ängsten habe er solche vor Lärm, vor Träumen, vor fremden Menschen und Menschenansammlungen angegeben. Manchmal habe er auch Orientierungsprobleme. Am besten gehe es ihm, wenn er ungestört in der Wohnung sei. Er könne nicht alleine hinausgehen oder Tram fahren. Er habe weder soziale Kontakte noch Hobbys. Trotz Medikamenteneinnahme werde er zwei bis drei Stunden nach dem Einschlafen wieder wach, habe dann Schmerzen, werde nervös und könne nicht mehr einschlafen respektive häufig erst bei Morgendämmerung. Seine eigenen Gedanken höre er nicht laut, jedoch höre er manchmal tagsüber oder auch nachts einen Mann sagen, steh auf. Teilweise wolle der ihn auch angreifen, jedoch erscheine ihm dann sein (bereits verstorbener) Vater. Häufig verlange dieser, dass ein dritter Teller auf den Tisch gestellt werde, und er rede dann mit ihm, was von der während der Exploration anwesenden Ehefrau besttigt respektive im Detail ergänzt worden sei. Manchmal wolle der Vater auch abends bei der Familie übernachten. Er schicke ihn aber fort, er solle zu seinem Haus gehen. Manchmal streite er auch mit dem Vater. Bei Dr. H. ___ sei er schon seit Jahren in ambulanter Behandlung, und zwar mit zirka ein bis zwei Konsultationen pro Monat. In eine psychiatrische Klinik sei er noch nie eingewiesen worden (Urk. 11/68 S. 33 ff.). Der auffallend nachlässig gepflegte und gekleidete adipöse Beschwerdeführer (unrasiert, offene ungeschnürte Schuhe) habe den Weg vom Wartezimmer zum Untersuchungsraum vornübergebeugt und leicht unspezifisch hinkend, mit angewinkelten Armen zurückgelegt. Beim Warten auf den respektive bei der Fahrt im Aufzug habe er mit dem Oberkörper vor und zurück gewippt. Während der Untersuchung habe er unruhig und mit dem Oberkörper wippend auf dem Stuhl gesessen, teilweise die Hände ruckartig reibend. Beim Versuch, den Rey-Memory-Test (zur Detektion von Simulation/Aggravation) durchzuführen, bei welchem er 15 einfache Zeichen memorieren und aufschreiben sollte, habe er ein äußerst bizarres Verhalten gezeigt, indem er den überreichten Kugelschreiber mit staunigem Ausdruck fixiert und angedeutet habe, ihn in den Mund nehmen zu wollen. Er habe keines der Zeichen zu Papier gebracht. Seinen Namen habe er mit auffallend un gelenken Bewegungen und in un gelenk-kindlicher Schrift aufgeschrieben. In einem kurzen, seitens des Beschwerdeführers sehr gereizten Wortgefecht zwischen ihm und dem Dolmetscher, in welchem er diesem vorgeworfen habe, dass er nicht alles übersetze, und während kurzer Rechentests habe der Beschwerdeführer - anders als sonst - direkten Blickkontakt aufgenommen und schnell, flüssig und direkt geantwortet - abweichend vom staunigen Grundmodus - mit authentisch spürbarer Gereiztheit. Auch habe er während der Rechentests, bei welchen er keine der sehr einfachen Rechenoperationen habe durchführen können, die Referentin humorvoll aufgefordert, ihm doch die erfragten Zahlen in Franken auszuzahlen. Etwa 50 Meter nach Verlassen des Spitals (nach Abschluss der Untersuchung) sei der Gang des Beschwerdeführers aufrechter, gross-schrittiger und flüssiger geworden. Eine zunächst noch sichtbare Zuckung des rechten Armes sei geringer geworden und habe schliesslich ganz sistiert. In einer nahen Grünfläche in der Nähe der Tram-/Bushaltestelle habe sich das Paar auf eine Bank gesetzt. Beide hätten eine Zigarette geraucht. Der Beschwerdeführer habe seine Zigarette mit völlig ruhiger rechter Hand gehalten. Das Ehepaar habe - wenige Minuten nach Verlassen des Spitals - entspannt gewirkt. Es habe aus einiger Entfernung gewirkt, als ob sie flüssig miteinander sprechen würden. Die psychiatrischen Gutachter kamen zum Schluss, es ergäben sich hinsichtlich der

präsentierten psychischen Symptome wie auch der Bewegungsstörungen aufgrund des diskrepanten Interaktionsverhaltens in verschiedenen Gesprächssituationen, einer unglaubwürdig wirkenden Darstellung und Angabe von psychiatrischen Symptomen (entsprechend etwa einer Kombination von Debilität, Demenz, Psychose und Dissoziation) sowie des unterschiedlichen Gangbildes und Gebarens bei der Untersuchung und in (vermeintlich) unbeobachteter Situation starke Hinweise auf eine Aggravation beziehungsweise Simulation (Urk. 11/68 S. 36 f.). Da sich der Beschwerdeführer in der Untersuchungssituation wenig kooperativ verhalten habe und starke Hinweise auf eine verzerrende, übertriebene Symptompräsentation, teilweise mit simulativem Charakter festzustellen gewesen seien, sei über die Krankheitsentwicklung aus psychiatrischer Sicht praktisch nichts mit ausreichender Sicherheit zu sagen. Derzeit könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Es sei nicht auszuschliessen, dass bei (allerdings nur leicht erhöhtem CDT und Transaminasen) ein vermehrter Konsum von Alkohol im Sinne eines schädlichen Gebrauchs und eine Persönlichkeitsakzentuierung allenfalls mit dissoziativen Zügen beständen, wozu indes keine gesicherte Aussage möglich sei und was ohnehin ohne höhergradigen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen wäre. Gegen letztere (Verdachts-)Diagnose spreche zudem die an sich gute berufliche Entwicklung (zum Filialleiter) und die persönlich-familiäre stabile Situation (die Ehefrau habe ihn je zur Untersuchung begleitet und habe überaus fürsorglich gewirkt). Die präsentierte psychiatrische Symptomatik müsse am ehesten als stark verzerrende Symptompräsentation, am ehesten im Sinne einer Aggravation beziehungsweise Simulation verstanden werde. Eine Störung wie sie in der Untersuchung präsentiert worden sei, sei mit einem Familienleben ohne weitere pflegerische Hilfe, ohne gravierende Zwischenfälle und insbesondere ohne bisherigen psychiatrischen Klinikaufenthalt nicht vorstellbar. Vielmehr werde eine Symptomatik präsentiert, die das Verständnis eines diesbezüglich wenig gebildeten Menschen von einer besonders schweren psychischen Krankheit spiegle. Für eine die verbleibenden Unsicherheiten ausschliessende Überprüfung könnte eine mehrzügige stationäre Begutachtung dienlich sein. Für mögliche neurologische Aspekte der gezeigten Auffälligkeiten werde auf das entsprechende Fachgutachten verwiesen (Urk. 11/68 S. 38 ff.).

??????? Gemäss dem neurologischen Fachgutachten von Dr. med. N.____, Assistenzärztin der Neurologisch-Neurochirurgischen Poliklinik der Q.____, und Dr. med. et phil. P.____, Oberarzt der Neurologisch-Neurochirurgischen Poliklinik der Q.____ und Facharzt der Neurologie, vom 7. Dezember 2010 gab der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung vom 6. Dezember 2010 an, er leide nebst den tieflumbalen positionsunabhängigen Rückenschmerzen und einem Taubheitsgefühl mit Ameisenlaufen im linken Bein ebenfalls seit Jahren ausserdem an Knie-, Hüft-, Schulter-, Ellenbogen-, Nacken- und Kopfschmerzen. Wegen der Schmerzen könne er seit vielen Jahren nicht mehr arbeiten. Episodenhaft komme es auch zu über Stunden anhaltendem Schwindel mit begleitender Kraftlosigkeit, in denen er oft mit dem verstorbenen Vater spreche. Aufgrund der Schlafstörung mit Alpträumen leide er auch stark an Konzentrationsstörungen. Seit Jahren bestehe ausserdem ein Ohrgeräusch beidseits. In Diskrepanz zu den teilweise eher ungenauen Datums- und Zeitintervallangaben, habe der Beschwerdeführer zielgenau ein Initial von der Gutachterin übersehenes Medikament aus dem beträchtlichen Medikamentenstapel identifiziert und prompt sowie ungefragt die entsprechenden Angaben zu Dosierung und Einnahmeintervall präsentiert (Urk. 11/68 S. 47 f.). Die neurologischen Experten befanden, aufgrund der Aktenlage, der Anamnese und der bei eingeschränkter

Kooperationsfähigkeit nur begrenzt aussagekräftigen klinisch-neurologischen Untersuchung bestehe ein in der Aetiologie aktuell ungeklärtes neuropsychiatrisches Zustandsbild mit dem Verdacht auf neuroaffektive, neurokognitive Beeinträchtigungen und zusätzliche Bewegungsstörungen (ICD-10 R25). Eine dissoziative Komponente der Bewegungsstörungen schein aufgrund der gemachten Beobachtungen in der Untersuchung durchaus plausibel, zuvor sollten jedoch organische Ursachen umfassend abgeklärt werden. Dies sei bisher nicht erfolgt. Hierzu sei dringend eine mehrphasige, vertiefte neuropsychiatrische Abklärung (mehrphasig ambulant oder stationär) zum Ausschluss neuropsychiatrischer Differentialdiagnosen wie zum Beispiel Morbus Wilson, einer Neuroakanthozytose, einer Huntington-Erkrankung, der verschiedenen Huntington-ähnlichen Erkrankungen und eines Lupus erythematodes zu empfehlen. Bis dahin sei der Beschwerdeführer bis auf Weiteres als arbeitsunfähig einzustufen. Im übrigen hätten bezüglich des panvertebralen Schmerzsyndroms, betont lumbal, keine neurologischen Defizite objektiviert werden können. Die anamnestic erhobten Sensibilitätsstörungen des linken Oberschenkels hätten sich bei eingeschränkter Kooperationsfähigkeit keinem Dermatome oder peripheren Nervenversorgungsgebiet zuordnen lassen. Bezüglich des cervikozephalen Schmerzsyndroms sei ein chronischer Kopfschmerz aufgrund von Analgetika-Missbrauch nicht auszuschliessen. Es werde ein Analgetika-Entzug empfohlen (Urk. 11/68 S. 50 f.).

Im orthopädischen Gutachten von Dr. med. R.____, Stv. Oberarzt Orthopädie und Traumatologie des S.____, und von PD Dr. med. T.____, Oberarzt Orthopädie und Traumatologie der Orthopädischen Universitätsklinik Basel, vom 18. November 2010 wurde festgehalten, die körperliche Untersuchung lege artis sei verweigert worden und lasse sich nicht verwerten. Auch anamnestic lasse sich keinerlei Aussage zur körperlichen Belastbarkeit machen, da der Beschwerdeführer die ganze Befragung in Richtung der psychischen Beschwerden gelenkt habe. Entsprechend lasse sich die Arbeits(un)fähigkeit nicht beurteilen (Urk. 11/68 S. 44 f.).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die B.____-Gutachter zum Schluss, diverse Anhaltspunkte würden dafür sprechen, dass es sich beim gezeigten Beschwerdebild nicht um eine authentische, sondern um eine weitgehend vorgetuschte Störung handle. Die Kooperation in den Untersuchungen sei mangelhaft gewesen, wobei die Nicht-Untersuchbarkeit als gezielte Abwehr zum Nicht-Aufdecken von Inkonsistenzen imponiert habe. Um dem Beschwerdeführer jedoch nicht Unrecht zu tun, sollte in einer stationären Abklärung (zu empfehlen sei die Klinik für Neurologie des U.____, V.____) eine allfällige seltene organische Genese der Beschwerden ausgeschlossen werden. Bei Ausschluss einer solchen seltenen Krankheit (Morbus Wilson, Neuroakanthozytose, Huntington-Erkrankung, Huntington-ähnliche Erkrankungen, Lupus erythematodes) sei von einer bewusstseinsnahen vorgetuschten Störung und damit von einer vollen Arbeitsfähigkeit mindestens für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (wegen des früher diagnostizierten Lumbovertebralsyndroms) auszugehen. Anderenfalls müsste eine Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgen (Urk. 11/68 S. 19).

4.3.2?? Aufgrund dieser Ausführungen der B.____-Gutachter ist ersichtlich, dass trotz der festgestellten Inkonsistenzen in der Symptomatik und dem Verhalten des Beschwerdeführers letztlich keine abschliessende fachärztliche Einschätzung der Diagnosen und Arbeitsfähigkeit erfolgte, sondern stattdessen weitere neuropsychiatrische Untersuchungen zum Ausschluss von Differentialdiagnosen empfohlen wurden. Aus

psychiatrischer Sicht wurde ausserdem eine stationäre Abklärung vorbehalten, um allfällige Unsicherheiten bezüglich der getroffenen Einschätzung einer Simulation respektive Aggravation auszuschliessen. Eine orthopädische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit fehlt schliesslich gänzlich; nicht nur konnte keine klinische Untersuchung durchgeführt werden, es wurden auch keine aktuellen bildgebenden Untersuchungen gemacht respektive beurteilt. Auch die neurologische Untersuchung gestaltete sich schwierig (Urk. 11/68 S. 50 f.). Ob der Beschwerdeführer die Kooperation bei der orthopädischen (und zum Teil bei der neurologischen) Untersuchung bewusstseinsnah vereitelte, um zu verhindern, dass allfällige Inkonsistenzen aufgedeckt würden, wie dies die B.____-Gutachter annahmen, ist zudem erst beurteilbar, wenn die psychiatrischen und neuropsychiatrischen Einschätzungen geklärt sind. Zudem käme bei einer bewusstseinsnahen Verweigerung einer medizinischen Untersuchung Art. 21 Abs. 4 ATSG (in Verbindung mit Art. 7b Abs. 1 IVG und Art. 43 Abs. 2 und 3 ATSG) zur Anwendung und der Beschwerdeführer hätte im Sinne dieser Bestimmung von der Beschwerdegegnerin vor der Leistungseinstellung schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden müssen.

??????? Eine abschliessende Beurteilung der angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung ist entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin aufgrund des B.____-Gutachtens folglich nicht möglich. Aber auch unter Berücksichtigung der im Anschluss an die B.____-Begutachtung erfolgten orthopädischen und psychiatrischen Abklärungen und Behandlungen fehlt es angesichts der im B.____-Gutachten geschilderten Inkonsistenzen und damit aufgeworfenen Frage der Simulation an einer genügenden medizinischen Entscheidungsgrundlage, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

E. 4.4

4.4.1?? In somatischer Hinsicht wurde im MRT vom 18. April 2011 gemäss dem Bericht gleichen Datums von PD Dr. med. C.____ die bekannte Spondylolyse L5 beidseits mit einer nur leichten Antrolisthesis in liegender Position und flacher, leicht nach kranial geklappter Diskushernie abgebildet. Die Foramina seien in der liegenden Position nur leicht stenosierte worden. Der Spinalkanal sei weit. Die Protrusion L4/5 stehe nur in Kontakt zur Nervenwurzel L5 links. Ausserdem seien alte, rudimentäre Scheuermann-Veränderungen des thorakolumbalen Übergangs ersichtlich (Urk. 11/76). Die Ärzte des Wirbelsäulenzentrums der D.____ befanden gemäss dem Bericht vom 19. April 2011 nach Einsicht in dieses MRT, dass die angegebenen Hypästhesien dadurch nicht hätten geklärt werden können, und empfahlen eine neurologische Abklärung inklusive Elektrophysiologie (Urk. 11/84 S. 2). Eine solche wurde - soweit aktenkundig - bisher nicht durchgeführt. Damit bleibt der somatische Gesundheitszustand im Vergleich zu jenem im Zeitpunkt der Verfügung vom 16. Juni 2005 (Urk. 11/53) ungeklärt. Entsprechend ist die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht ebenfalls offen und abzuklären.

4.4.2?? In psychischer Hinsicht wurde der Beschwerdeführer gemäss dem Austrittsbericht vom 21. Juli 2011 auf Zuweisung von Dr. H.____ mit stationärem Aufenthalt vom 18. Mai bis 9. Juni 2011 in der F.____ diagnostisch abgeklärt. Die Ärzte der F.____ stellten gemäss diesem Bericht entgegen der Einschätzung der B.____-Gutachter keine Hinweise auf Aggravation und Simulation fest und stellten die Diagnosen einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0), den Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (bei chronischem Lumbovertebralsyndrom; ICD-10 F45.4) sowie eines Metabolischen Syndroms. Es habe sich laborchemisch auch kein Hinweis auf das Vorliegen einer Morbus Wilson ergeben. Weitere Abklärungen zum Ausschluss einer Neuroakanthozytose oder

einer Chorea Huntington-Erkrankung seien nicht erfolgt, da diese als wenig wahrscheinlich beurteilt worden seien. Es sei nach Austritt die Aufnahme der Behandlung in der Tagesklinik des Zentrums für Psychiatrische Rehabilitation geplant und es sei zu empfehlen, den Effekt der Erhaltung der Dosis des verschriebenen Neuroleptikums Amisulprid zu beurteilen sowie gelegentlich den Medikamentenspiegel zu bestimmen (Urk. 11/86 S. 1 und S. 5 f.).

??????? Damit wurden die Unsicherheiten bezüglich der von den B.____-Gutachtern getroffenen Einschätzung einer Simulation respektive Aggravation nicht aufgehoben, sondern bestärkt. Zwar wurde das Vorliegen eines Morbus Wilson laborchemisch getestet und verneint. Auf weitere differentialdiagnostische Tests wurde indes nicht etwa verzichtet, weil die F.____-Ärzte keine (neuro-)psychiatrische Diagnose als gegeben beurteilten, sondern weil sie gerade die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie als naheliegender erachteten. Auch wenn sie diese Diagnose im Verlaufstext als Vermutungsdiagnose bezeichneten, so wurde im Weiteren doch erklärt, aufgrund welcher Befunde (Beeinträchtigungswahn, Stimmen hören, Apathie, Affektstarre, passende neuropsychologische Defizite im frontal-exekutiven und attentionalen Bereich) sie diese bestätigt sahen. Auch wurde der Beschwerdeführer in der Folge mit einer Anhebung der Neuroleptika-Dosierung und mit psychiatrischer Betreuung in der Tagesklinik ambulant auf diese Diagnose hin weiterbehandelt (Urk. 11/86 S. 5 f.).

??????? Vom 29. März bis 2. April 2012 liess sich der Beschwerdeführer gemäss dem Bericht vom 9. Mai 2012 zudem auf Selbstzuweisung hin wiederum stationär in der F.____ behandeln, nachdem es ihm in den letzten zwei Monaten (nach einer Verbesserung nach Austritt aus der F.____ im Juni 2011 mit anschliessendem zweimal wöchentlichem Besuch der Tagesklinik, regelmässiger Medikamenteneinnahme und wöchentlicher Konsultation von Dr. H.____) zusehends schlechter gegangen sei. Im Vordergrund hätten eine depressive Stimmungslage und körperliche Beschwerden gestanden. Die nicht völlig remittierte psychotische Symptomatik sei eher im Hintergrund gestanden. Nach dem Wochenende habe der Beschwerdeführer austreten wollen, weil es ihm zuhause doch besser gehe. Er wolle weiterhin die Tagesklinik regelmässig besuchen (Urk. 9/1 S. 1 und S. 3). Vom 6. bis 19. Juni 2012 trat der Beschwerdeführer gemäss dem Bericht vom 18. Juli 2012 erneut auf Selbstzuweisung aufgrund einer Verschlechterung der depressiven und psychotischen Symptomatik in die F.____ ein, wobei das Stimmenhören nicht im Vordergrund gestanden habe und vor allem von einer depressiven Stimmungslage mit negativen Gedanken, Nervosität und Ängsten berichtet worden sei. Im Verlauf habe sich eine deutliche Stabilisierung und Verbesserung der depressiven Symptomatik gezeigt (Urk. 17 S. 1 und S. 3).

4.4.3?? Da die durch das B.____-Gutachten aufgeworfenen Zweifel an einer psychisch bedingten Symptomatik und an einer weiterbestehenden Arbeitsunfähigkeit (in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit) durch die F.____-Berichte nicht bestätigt werden, kann nicht ohne Weiteres auf eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes mit entsprechender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geschlossen werden, auch wenn die psychiatrischen B.____-Gutachter in der Stellungnahme vom 18. Januar 2012 nach Einsicht in den F.____-Bericht vom 21. Juli 2011 (Urk. 11/86) an ihrer Beurteilung festhielten. Sie begründeten dies damit, dass im F.____-Bericht nicht explizit erwähnt worden sei, inwieweit zwischen subjektiven Angaben und dem eigentlichen Krankheitsgeschehen sicher unterschieden worden sei. Allerdings sei bei jeder möglichen Erkrankung eine

Verlaufsdynamik möglich und sie könnten nicht ausschliessen, dass sich seit der B.____-Begutachtung neue Aspekte ergeben hätten, was sie indes für sehr unwahrscheinlich halten würden (Urk. 11/92 S. 2).

??????? In der Tat fehlt es bei der Einschätzung der F.____-Ärzte an einer objektivierten Auseinandersetzung mit dem Verhalten und den Angaben des Beschwerdeführers. Zwar lag ihnen das B.____-Gutachten vor (Urk. 11/86 S. 2), dennoch wurden keine weiterführenden Einsichten zu den damaligen Feststellungen zum spezifischen Simulationsverhalten des Beschwerdeführers ausgeführt und auch keine widersprechenden Verhaltensweisen festgehalten, welche eine Simulation klarerweise als unwahrscheinlich erscheinen liesse. Immerhin wurde ausgeführt, dass er das zur B.____-Begutachtung vergleichbar gezeigte ablehnende Verhalten des ersten Hospitalisationstages im Verlauf abgelegt habe und offen, ruhig und freundlich im Kontakt gewesen sei (Urk. 11/86 S. 1 f.; vgl. auch den psychopathologischen Befund, Urk. 11/86 S. 4). Inwiefern dies indes mit der diagnostizierten paranoiden Schizophrenie vereinbar ist respektive nicht mit einer Simulation zusammenhängt, ist dem Bericht nicht zu entnehmen. Weiter wurde eine Aggravation verneint mit dem Hinweis darauf, dass er eine Motivation gezeigt habe, die Tagesstruktur zu verbessern, an den Therapien teilzunehmen und auch subjektiv im Verlauf über eine Verbesserung seines Zustandsbildes berichtet habe sowie dass er bei der neuropsychologischen Testung im durchgeführten Symptom-Validisierungsverfahren eine gute Testmotivation gezeigt habe (Urk. 11/86 S. 6). Es ist jedoch nicht ohne Weiteres überzeugend, dass dies (insbesondere vor dem Hintergrund der B.____-Feststellungen) eine Simulation abschliessend ausschliesst, zumal bei einer paranoiden Schizophrenie wohl nicht gerade eine willentliche Emotionsregulierung zum Ausschluss einer willentlichen Täuschung dienen mag. Zudem stützt sich die Diagnosestellung weiterhin hauptsächlich auf Befunde mit subjektiver Symptomatik. So wirft die neuropsychologische Testung weitere Fragen auf (das Ausmass der attentionalen und exekutiven Defizite sei sehr diskrepant zum aus der Schul- und Berufsbiographie zu erschliessenden prämorbidem Intelligenzniveau, was als Ausdruck einer krankheitsbedingten kognitiven Leistungsminderung zu werten sei, bei jedoch unspezifischen Beeinträchtigungsmustern; der ermittelte tiefe IQ-Wert [61/66] stehe im Widerspruch zu den relativ guten Leistungen bei einigen komplexen Aufgaben, Urk. 11/86 S. 4 f.), die Elektroencephalographie (EEG) fiel normal aus, ebenso das MRT (bei wegen behaupteter Agoraphobie offenem MRT), ohne dass die F.____-Ärzte dies im Hinblick auf die gestellte Diagnose oder differentialdiagnostisch nachvollziehbar kommentierten. Zudem wurde - soweit ersichtlich - kein Medikamentenspiegel erhoben (Urk. 11/86 S. 5 f.). Es wurde insbesondere nicht aufgeklärt, wie es möglich ist, dass der Beschwerdeführer trotz einer schizophrenen Erkrankung über Jahre nie in einer stationären Behandlung war, und dies trotz (gemäss B.____-Gutachten) festgestellter vernachlässigter Medikamenteneinnahme und stabilen familiären Verhältnissen. Damit sind auch die im Anschluss erfolgten zwei stationären Selbsteinweisungen bei nicht besonders ausgeprägten Befunden (im Vordergrund standen depressive Stimmungslage und Ängste, eine entsprechende Diagnose wurde indes nicht gestellt, Urk. 9/1, Urk. 17) nicht ohne Weiteres Ausdruck einer schweren psychischen Erkrankung, sondern möglicherweise einer Selbstinszenierung, nachdem die fehlende stationäre Behandlung der letzten Jahre im B.____-Gutachten als Inkonsistenz aufgeführt worden war (Urk. 11/68 S. 40). Allerdings ist dies im Rahmen des jetzigen Aktenstandes im Revisionsverfahren spekulativ und nicht hinreichend ausgewiesen. Weitere Abklärungen sind unumgänglich. Weiterführende Antworten auf die aufgeworfenen Fragen mögen dabei auch die behandelnden somatischen

Ärzte geben, welche den Beschwerdeführer in den letzten Jahren erlebt haben, indes nichts zum auffälligen Verhalten des Beschwerdeführers in ihren Berichten vermerkten (Urk. 11/29, Urk. 11/57, Urk. 11/84). Interessieren würde namentlich auch ein Bericht der Tagesklinik des Zentrums für Psychiatrische Rehabilitation, aus welchem allenfalls ein Ergebnis eines Medikamentenspiegels ersichtlich ist, oder anderer behandelnder Ärzte dazu.

4.5. Bei dieser Aktenlage ist nach dem Gesagten eine abschliessende Beurteilung der Rechtmässigkeit der Rentenaufhebung nicht möglich. Es kann weder abschliessend eine rentenrelevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit der Verfügung vom 16. Juni 2005 (Urk. 11/53) verneint, noch kann eine solche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejaht und ein entsprechend neuer Invaliditätsgrad bestimmt werden. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu den offenen Fragen im Sinne der Erwägungen ergänzende Abklärungen zum somatischen und psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen Arbeitsfähigkeit zu treffen. Die angefochtene Verfügung vom 29. März 2012 (Urk. 2) ist folglich aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen.

5. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5 mit Hinweisen). Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung), ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Dem Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, welche nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen auf Fr. 1'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 29. März 2012 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über die Rentenrevision gegebenenfalls neu verfähre.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5.????????? 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.