

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00435 vom 29. November 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00435

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00435 du 29 novembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00435 del 29 novembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1964, war 1989 aus dem heutigen Bosnien in die Schweiz eingereist (vgl. Urk. 10/22) und hatte seither - ab 29. Mai 1995 in gekündigtem Arbeitsverhältnis

- als Bauhandlanger gearbeitet. Am 4. Juli 1995

hatte er seinem Arbeitgeber einen - von niemandem beobachteten (Urk. 10/8) - Arbeitsunfall vom 23. Juni 1995 gemeldet, bei dem ihm nach einem Sturz in eine etwa 2,5 m tiefe Baugrube ein „Stein von gut Menschenkopfgrosse“ (Urk. 10/7/1) bzw. „kleinkindsgrosser Stein“ (Urk. 1 S. 2) auf den (durch einen Helm geschützten) Kopf gefallen war. Gemäss der Unfallmeldung des Arbeitgebers vom 20. Juli 1995 hatte X.____ wegen Folgen dieses Unfalls am Mittag des 28. Juni 1995 die Arbeit aussetzen und einen Arzt aufsuchen müssen (Urk. 10/9).

E. 1.1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

E. 1.1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art.

E. 1.2

In seinem - in den Akten der Beschwerdegegnerin fehlenden, aber bereits im aktenkundigen Urteil IV.1998.00510 (Urk. 10/50) erwähnten - Urteil UV. 1995.00221 vom 15. Oktober 1997 in Sachen X.____ gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) erwog das Sozialversicherungsgericht dazu, dass es zwar fraglich sei, ob die vom erstbehandelnden Arzt, Dr. med. Y.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, festgestellten

Gesundheitsstörungen (leichte Hirnerschütterung, multiple Kontusionen) auf das von X.____ behauptete Unfallereignis vom 23.

Juni 1995 zurückzuführen seien, da die Darstellungen des Ereignishergangs divergierten und das Verletzungsbild diesen widerspreche sowie X.____ nach dem angeblich dramatischen Ereignis weiter gearbeitet und Arzt sowie Arbeitgeber erst Tage später aufgesucht bzw. orientiert habe. Die Frage wurde vom Gericht jedoch offen gelassen, da die SUVA auf den Schaden eingetreten sei und unbestrittenermassen bis zum 31. Juli 1995 die versicherten Leistungen erbracht hatte .

Bezüglich der strittigen Leistungen aufgrund von über den

E. 1.2.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbe N.____ in oder eines Rentenbe N.____ s erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter lit. f IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010, je E. 2.2, mit Hinweisen).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss bei den ärztlichen Beurteilungen des Gesundheitszustands im Verlauf deutlich werden, dass die Fakten, mit denen eine Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Deshalb ist bei der Würdigung ärztlicher Beweisaussagen zum anspruchsbegründenden Tatbestand zwischen ärztlich dokumentierten medizinischen Fakten (klinische Feststellungen, gutachterliche Verhaltensbeobachtungen und anamnestiche Daten) und deren Bewertung (von den Experten abgeschätzte Auswirkungen der festgestellten Fakten auf die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit) zu unterscheiden

(vgl. dazu: Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2 und E. 4.3 sowie Andreas Traub, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, SZS 2/2012, S. 183-186).

E. 1.2.2

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen oder bei einer Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder des Hilfebedarfs die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE 119 V 98 E. 4a, Urteil des Bundesgerichts I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3).

E. 1.3

Noch bevor der vorstehend zitierte Entscheid des Sozialversicherungsgerichts ergangen war, nämlich am 12. April 1996, hatte sich X.____ bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug angemeldet (vgl. Urk. 10/22-23). Diese sprach ihm gestützt auf die Berichte Dr.

Y.____s vom 20. Mai 1996 (Urk. 10/27), 13. Februar 1997 (Urk. 10/31) und 1. Oktober 1997 (Urk. 10/33) mit Verfügungen vom 14. August 1998 für die Zeit vom 1. Juni 1997 bis zum 30. November 1997 eine ganze Rente, zuzüglich Zusatzrente für die Ehefrau und einfache Kinderrente, sowie

für die Zeit ab dem 1. Dezember 1997 eine halbe Rente, zuzüglich Zusatz- und Kinderrente, zu (Urk. 10/45-46). Gegen die Rentenherabsetzung per 1. Dezember 1997 erhob der Versicherte am 27. August 1998 Beschwerde beim Sozialversicherungsgericht mit dem Rechtsbegehren, es sei ihm über den 30. November 1997 hinaus bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente samt Zusatzrenten auszurichten (Urk. 10/48).

In seinem diesbezüglichen Urteil IV.1998.00510 vom 17. März 2000

kam das Sozialversicherungsgericht zum Schluss, dass der für den Entscheid über den Rentenanspruch ab 1. Dezember 1997 massgebliche Krankheitsverlauf zwischen dem 1. September 1997 und dem 14. August 1998 aus den Verlaufsberichten Dr. Y.____s nicht hinreichend ablesbar sei, weshalb die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen sei, damit diese den Verlauf durch eine stationäre polydisziplinäre Begutachtung abklären lasse und hernach erneut über den Rentenanspruch ab 1. Dezember 1997 verfüge (Urk. 10/50).

Weiter hob das Sozialversicherungsgericht mit dem Urteil IV.2001.00325 vom 28. August 2001 die den Streitgegenstand des Urteils IV.1998.00510 betreffende n

Verfügungen der IV-Stelle vom 24. April 2001 (Urk. 10/69-70) auf, weil diese - in Missachtung des rechtskräftigen Urteils IV.1998.00510 - ergangen waren, bevor das für den

Neu entscheid erforderliche Gutachten vorlag (Urk. 10/72).

Vom 1 8. bis zum 22. März 2002 wurde der Versicherte

im Zentrum B.____ stationär abgeklärt (vgl. B.____ -Gutachten vom 23. April 2002, Urk. 10/81). Gestützt auf das B.____ -Gutachten (vgl. Urk. 10/82 und Urk. 10/83) sprach die IV-Stelle ihm mit Verfügungen vom 26. Juli 2002 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine unbefristete ganze Rente der Invalidenversicherung ab 1. Dezember 1997 zu (Urk. 10/95).

E. 1.3.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.3.2

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu geben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 1.3.3

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung des Gesundheitszustands erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich

einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht (Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.3).

Eine bereits erfolgte beweiskräftige fachärztliche Beurteilung kann also von einem anderen medizinischen Experten nicht durch die bloss abweichende Bewertung bereits aktenkundiger Fakten in Frage gestellt werden, sondern nur durch die Dokumentation neuer entscheid relevanter Fakten.

Ein Sachverständiger kann die betreffende Entwicklung regelmässig nicht aus eigener Wahrnehmung beschreiben (ausser er sei schon als Vorgutachter tätig gewesen). Daher ist es erforderlich, dass er sich, soweit verfügbar, mit den Fakten fundiert auseinandersetzt, wie sie sich aus den für den früheren Entscheid massgebenden medizinischen Vorakten ergeben (vgl. Alfred Bühler, Beweismass und Beweiswürdigung bei Gerichtsgutachten, in: Der Haftpflichtprozess, Fellmann/Weber [Hrsg.], 2006, S. 67). Dem Gutachten, welches die medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt, fehlt die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die Schlussfolgerungen, welche auf der Grundlage der vom Sachverständigen selber erhobenen Befundtatsachen gezogen worden sind, an sich einleuchten und vom Rechtsanwender prüfend nach vollzogen werden können (RKUV 1999 Nr. U 342 S. 410, U 51/98 E. 2d; vgl. auch SVR 2009 UV Nr. 18 S. 69, 8C_744/2007 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts I 568/06 vom 22. November 2006 E. 5.1).

2. 2.1

Nach der sich auf das I.____-Gutachten abstützenden Auffassung der Beschwerdeführerin hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Verlauf seit der Erstellung des B.____-Gutachtens so weit verbessert, dass spätestens im Zeitpunkt der I.____-Begutachtung (September 2010) keine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit mehr vorlag (Urk. 2). 2.2

Demgegenüber ist der Beschwerdeführer der Ansicht, das I.____-Gutachten vermöge keinerlei Veränderung des Gesundheitszustands aufzuzeigen. Offensichtlich seien die I.____-Gutachter der Auffassung, dass der Beschwerdeführer bereits im Zeitpunkt der B.____-Begutachtung durch Täuschung eine IV-Rente erschlichen habe, indem er das geklagte Krankheitsbild lediglich simuliert habe. Nach Ansicht der I.____-Gutachter seien die vom Zentrum B.____ sowie vom behandelnden Psychiater gestellten Diagnosen völlig unhaltbar

bzw. nicht nachvollziehbar und sei der Beschwerdeführer zu jeder Zeit für alle Arbeiten vollständig arbeitsfähig gewesen. Das I.____ -Gutachten belege mithin nicht eine Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers, sondern stelle eine Kritik an den B.____ -Gutachtern und am behandelnden Psychiater dar. Ob diese Kritik zutreffend oder nicht, sei im vorliegenden Verfahren indes nicht zu beurteilen, stehe doch allein eine Revision nach Massgabe von Art. 17 ATSG zur Diskussion. Mangels einer Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen sei jedoch das Vorliegen eines Revisionsgrundes zu verneinen und der Beschwerde antragsgemäss statt zugeben. Erschöpfe sich doch das I.____ - Gutachten lediglich in der unterschiedlichen Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustandes (Urk. 1 S. 5).

In seiner ausführlichen Stellungnahme vom 26. April 2012 legt Dr. C.____ dar, dass seiner Beurteilung nach die I.____ -Begutachtung - insbesondere deren psychiatrischer Teil - von Voreingenommenheit geleitet worden sei, etliche Widersprüche und unzulässige Extrapolationen von Befunden enthalte, falsche Begründungen liefere und Schlussfolgerungen hinstelle, die sich anhand der mitgelieferten Dokumentation nicht nachvollziehen liessen. Aus diesen Gründen könne nicht auf das I.____ -Gutachten abgestellt werden (Urk. 7 S. 20 f.) 3.

E. 1.4

Mit der Zustellung des Fragebogens vom 21. Februar 2006 an den Versicherten leitete die IV-Stelle ein erstes Rentenrevisionsverfahren ein (Urk. 10/100). In dessen Verlauf zog die IV-Stelle den Verlaufsbericht Dr. Y.____s vom 3. August 2006 (Urk. 10/109) sowie denjenigen von Dr. med. C.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 6. November 2006 (Urk. 10/114) bei. Gestützt darauf kam der regionale ärztliche Dienst (RAD, Dr. med. D.____, Praktischer Arzt) am 26. Januar 2007 zum Schluss, dass weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (Urk. 10/119/2). Dementsprechend teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 16. bzw. 20. März 2007 mit, dass die Überprüfung des Rentenanspruchs keine Veränderung des Invaliditätsgrades gezeigt habe (vgl. Urk. 10/120 -121).

E. 1.5

und Urk. 10/158/9 sowie Urk. 10/158/9). Über familiäre Konflikte wie diejenigen, aufgrund derer die B.____ -Gutachter 2002 auf ein gestörtes Sozialverhalten des Beschwerdeführers schlossen (vgl. Urk. 10/81/17),

ist nichts bekannt. Behördliche Interventionen zum Schutz der Kinder sind nicht aktenkundig.

Bei dieser Faktenlage ist - wie auch die psychiatrische I.____ -Gutachterin festgehalten hat (vgl. Urk. 10/158/27) - nicht ersichtlich, woraus Dr. C.____ schloss, dass der Beschwerdeführer durch die Restsymptomatik einer paranoiden Schizophrenie in seinen sozialen Interaktionen auf einer Baustelle - insbesondere aufgrund der kognitiven Symptomatik eine „Überforderung beim blossen Verfolgen eines Ziels“ vorliegen bzw. das Durchhaltevermögen bei „besonderen Aufgaben“ reduziert sein sollte (vgl. die in der Stellungnahme vom 26. April 2012 bestätigten Einschätzungen Dr. C.____s aus den Verlaufsberichten vom 6. November 2006 und 6. April 2009, Urk. 7 S. 14 f.) - so stark eingeschränkt sein könnte, dass er seine Arbeit als Handlanger nur noch in einem Umfang von weniger als 10 % ausüben vermag.

E. 1.6

Am 16. September 2009 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass für eine erneute Überprüfung seines Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung eine Begutachtung durch die Abklärungsstelle Zentrum I.____ nötig sei (Urk. 10/143). Diese wurde am 1., 2. und 17. September 2010 durchgeführt und mit dem Gutachten vom 4. Dezember 2010 (I.____ -Gutachten, Urk. 10/158) dokumentiert . Dieses wurde am 14. Januar 2011 vom RAD (Dr. med. J.____ , Anästhesiologie FMH) dahingehend gewürdigt, dass spätestens seit dem Begutachtungszeitpunkt in bisheriger und angepasster Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestand (Urk. 10/165/4). Dementsprechend wurde dem Versicherten mit Vorbescheid vom 10. Mai 2011 eröffnet, dass die Aufhebung seines Rentenanspruchs auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats vorgesehen sei (Urk. 10/167).

Dagegen opponierte der Versicherte mit Eingaben vom 9. Juni (Urk. 10/172) und 22. August 2011 (Urk. 10/176) . Er verlangte die Weiterausrichtung einer ganzen Invalidenrente, da keine Verbesserung seines Gesundheitszustands eingetreten sei, sondern mit dem I.____ -Gutachten nur der bereits dem B.____ -Gutachten zugrunde gelegene medizinische Sachverhalt anders beurteilt werde. Demgegenüber beharrte der RAD auf seiner Einschätzung, dass dem I.____ -Gutachten nicht gefolgt werden könne, soweit eine volle Arbeitsfähigkeit bereits im Zeitpunkt der B.____ -Begutachtung postuliert werde, sich hingegen aus dem I.____ -Gutachten ergebe, dass seit der B.____ -Begutachtung eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten sei (Urk. 10/177/2-4) .

Dieser Einschätzung folgend hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. März 2012 die Invalidenrente des Versicherten revisionsweise per Ende April 2012 auf, da spätestens seit dem 17. September 2010 kein invalidisierender Gesundheitsscha den mehr vorliege (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 23. April 2012 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, es sei die angefochtene Verfügung unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin aufzuheben und ihm weiter hin eine ganze Rente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Noch während der der Beschwerdegegnerin laufenden Frist zur Beschwerdeantwort wurde ihr am 8. Mai 2012

die vom Beschwerdeführer am 2. Mai 2012 (vgl. Urk. 6) im Sinne einer Ergänzung der Beschwerdebegründung zu den Akten gereichte „Besprechung des I.____ -Gutachtens“ durch Dr.

C.____

vom 26. April 2012 (Urk. 7) zur Stellungnahme zugestellt (Urk. 8) .

Am 14. Mai 2012 erklärte die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die von ihr eingereichten Akten (Urk. 10/1-179), sie verzichte auf eine Stellungnahme (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3

1. Juli 1995 hinaus geltend gemachten Beschwerden war nach der Auffassung des Gerichts ein Kausalzusammenhang mit dem gemeldeten Unfall vom 23. Juni 1995 jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt , weil der erstbehandelnde Arzt am 28. Juni 199

E. 3.1

Im Lichte der beschwerdeführerischen Vorbringen und der Kritik Dr. C.____ s am I.____ -Gutachten ist nachfolgend gestützt auf die aktenkundige medizinische Verlaufsdokumentation ab Erstellung des B.____ -Gutachtens zu prüfen, ob das I.____ -Gutachten vom 4. Dezember 2010 (Urk. 10/158) eine hinreichende Beweisgrundlage für die angefochtenen Rentenrevisionsentscheid der Beschwerdegegnerin bildet

(vgl. E. 1.3.3) und ob sich daraus mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit die der angefochtenen Verfügung vom 8. März 2012 (Urk. 2) zugrundeliegende tatsächliche Veränderung des Gesundheitszustands im Sinne von Art. 17 ATSG ableiten lässt.

Aus rechtlicher Sicht ist zwar lediglich der Verlauf zwischen dem Abschluss des ersten Rentenrevisionsverfahrens am 16. bzw. 20. März 2007 (vgl. Urk. 10/120-121) massgeblich (vgl. E. 1.4.1), welches auf der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts durch Dr. C.____ vom 6. November 2006 (Urk. 10/114) sowie des RAD vom 26. Januar 2007 (Urk. 10/119/2) beruhte. Die damalige Bescheinigung eines stationären Gesundheitszustands und einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit von „sicherlich über 90 %“ durch

Dr. C.____ ist jedoch im Lichte des B.____ -Gutachtens vom 23. April 2002 (Urk. 10/81) zu würdigen.

E. 3.2.1

Anlässlich der B.____ -Begutachtung vom 18. bis 22. März 2002 fiel der Beschwerdeführer sowohl den somatisch-medizinischen (Dr. med. J.____ , Kinder- und Jugendmedizin FMH ; Dr. med. K.____ , Neurologie FMH;

Dr. L.____ [nicht eindeutig identifizierbar aufgrund der Angaben im Gutachten]) als auch dem psychiatrischen Experten (Dr. med. M.____ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH) vor allem durch sein - verbales und non verbales - Kommunikationsverhalten in der klinischen Untersuchung und Diskrepanzen zwischen Beschwerdeschilderungen und objektivierbaren Befunden auf (Urk. 10/81/10, Urk. 10/81/12, Urk. 10/81/14 ff.).

In der polydisziplinären Konsensbildung

wurde

als - neben einem Fibromyalgie-Syndrom - somatische „ Hauptdiagnose “ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein zervikales und thorakovertebrales Syndrom (bei diskreten degenerativen Veränderungen) erwähnt (Urk. 10/81/19). Daraus wurde aber lediglich abgeleitet, dass die Belastbarkeit des Achsenorgans

„etwas eingeschränkt“ sei (Urk. 10/81/20). In der rheumatologischen Beurteilung war diese Einschränkung auch in zeitlicher Hinsicht befristet worden : „Arbeitsfähigkeit für mittelschwere Arbeit initial eingeschränkt, mit sukzessiver Steigerung auf volle Arbeitsfähigkeit“ (Urk. 10/81/14).

Aus dem Fachgebiet der Psychiatrie wurde unter dem Titel „Grad der Arbeitsfähigkeit im bisherigen Arbeitsverhältnis bzw. Aufgabenbereich“ (Urk. 10/81/20) festgehalten, dass der Beschwerdeführer deutliche Sperrungen des Gedankengangs, Gedankenabreissen, Stimmenhören sowie eine erhebliche affektive Distanziertheit gezeigt habe. Zudem sei ein regressiv anmutendes Zustandsbild nicht zu übersehen gewesen. Es müsse somit von einer paranoiden Psychose, am ehesten von einer paranoiden Schizophrenie, ausgegangen werden

den, welche möglicherweise kurze Zeit nach dem Unfall eingesetzt habe. In diese Richtung weise auch der Umstand, dass die Ehefrau den Beschwerdeführer einige Monate nach dem Unfall verlassen habe. Insgesamt sei der Eindruck eines deutlichen Knicks in der Lebenslinie nach dem Unfall von 1995 entstanden. Auch in der Anamnese fänden sich Hinweise, indem der Beschwerdeführer nicht nachvollziehbare Äußerungen von sich gegeben habe, beispielsweise der Chauffeur von Jassir Arafat oder Yitzhak Rabins gewesen zu sein.

Nach ihrer Zusammenstellung der wichtigsten somatischen und psychopathologischen Befunde auf S. 20 des Gutachtens hatten die B.____-Gutachter zwar vermerkt, dass sie den Beschwerdeführer „in Würdigung aller dieser Befunde“ (also unter Einschluss der somatischen) als zum damaligen Zeitpunkt nicht arbeitsfähig ansähen. Unter dem nachfolgenden Titel „Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit“ (vgl. Urk. 10/81/20) machten sie jedoch deutlich, dass (damals) aktuell aufgrund der psychotischen Symptomatik eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Verweistätigkeit bestehe, welche mit einer konsequent antipsychotischen Therapie behandelbar sei, und dass der Beschwerdeführer nach dem Abklingen des psychotischen Geschehens voraus sichtlich wieder eingliederungsfähig sei (Urk. 10/81/20-21). Diese Beurteilung und Prognose sind ohne Weiteres nachvollziehbar, da es sich bei der vom psychiatrischen Experten des Zentrums B.____ diagnostizierten paranoiden Schizophrenie um eine Verdachtsdiagnose handelte, zu deren Bestätigung noch eine langdauernde fachärztliche Verlaufsbeobachtung nötig sei (Urk. 10/81/17).

E. 3.2.2

Wie bereits aus der vorstehend dargelegten Herleitung der Arbeits(un)fähigkeitsbeurteilung ersichtlich ist, hatten die

B.____-Gutachter nicht nur auf die von ihnen klinisch erhobenen Befunde abgestellt, sondern aus den wenigen anamnestischen Befunden, welche sie erheben konnten (vgl. Urk. 10/81/15), darauf geschlossen, dass die in der klinischen Untersuchung festgestellten gravierenden Defizite hinsichtlich des sozial- und situationsadäquaten Verhaltens des Beschwerdeführers (Urk. 10/81/14 f.) auch im Alltag ausserhalb der Untersuchungssituation - insbesondere im Arbeitsalltag - vorherrschten.

Diesbezügliche Anhaltspunkte gaben die kurz nach dem Auftreten der psychotischen Symptomatik (bzw. nach Angaben des Beschwerdeführers: „wegen seines veränderten Verhaltens nach dem Unfall“, Urk. 10/81/17) erfolgte Auflösung der ehelichen Gemeinschaft (Urk. 10/81/17) und der vom Beschwerdeführer geschilderte anschliessende ausgeprägte soziale Rückzug („er lebe, seit ihm die Gattin verlassen habe, alleine und verfüge nur noch über ganz wenige Freunde und Bekannte“ bzw. „er verbringe die meiste Zeit zuhause und besorge seinen Haushalt. Am wohlsten sei ihm, wenn man ihn in Ruhe lasse.“, Urk. 10/81/15).

Weiter wiesen

die B.____-Gutachter im Rahmen der beruflichen Anamnese darauf hin, dass der Beschwerdeführer bis zum Unfall von 1995 auch als Fahrer von Baumaschinen und Kraftfahrzeugen eingesetzt worden sowie zur Zeit der Begutachtung noch zwei bis drei Stunden pro Woche als Chauffeur eines Lieferwagens tätig war (Urk. 10/81/7). Wenn die B.____-Gutachter im Lichte dieser anamnestischen Angaben aufgrund der damals aktuellen psychotischen Symptomatik eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche

Tätigkeit bescheinigten, kann das nur dahingehend verstanden werden, dass die beim zuvor als Bauhandlanger tätig gewesenen Beschwerdeführer klinisch festge stelltten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite (Urk. 10/81/14) nach Ansicht der B.____ -Gutachter insbesondere

auch das sichere Führen von Motor fahrzeugen verunmöglichten.

Insgesamt wurde die vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche erwerbliche Tätigkeiten mit einem Zustandsbild im Alltag begründet, welches die Fähigkeit des Beschwerdeführers zu vernunftgemäßem Handeln im Sinne von Art. 16 des Zivilgesetzbuches (ZGB) stark einschränkte und dessen familiäre Zusammenleben mit einem Kind (vgl. Urk. 10/81/7) erheblich belastete .

E. 3.3.1

Dr. C.____ konnte in seinem Verlaufsbericht vom 6. November 2006 die vom psychiatrischen Experten des Zentrums B.____ gestellte Verdachtsdiagnose einer schizophrenen Psychose aufgrund seiner eigenen Verlaufsbeobachtung nicht bestätigen. Vielmehr diagnostizierte er eine im Zeitpunkt seines Behandlungsbeginns im Jahr 2003 bereits vorgelegene und seither stationäre Minussymptomatik im Sinne eines „Residualzustands nach produktiver schizophrener Psychose vor mehreren Jahren“ (Urk. 10/114 und Urk. 7 S. 16) .

Die klinische Befundung

Dr. C.____s (konstant seit November 2003) entsprach weitgehend derjenigen des psychiatrischen B.____ -Gutachters . Dr. C.____ : „Der Patient wirkt in seinen Gedanken fähig, bzw. sprunghaft und im Denken sehr umständlich, wenig zielsicher, oft unpräzise und weitschweifig, zuweilen verliert er den Faden und paraphrasiert. Es ist oft schwierig, stringente Antworten zu bekommen. In seinem Verhalten wirkt der Patient zudem sehr auffällig: affektiert, gespreizt und gekünstelt, oft gestikulierend, z.T. etwas distanzlos; im Ausdruck daher zeitweise parathym bzw. hyperthym , insg. befremdlich und geziert und unergründlich. Der affektive Rapport ist mehrheitlich gestört und der gezeigte Affekt insgesamt wenig einfühlbar, es erfolgen wenige Modulationen der Stimmungslage“ (Urk. 10/114/3).

Als anamnestische (psychiatrische) Befunde erwähnte Dr. C.____ Gedächtnisverluste, ein Klingeln in Kopf und Ohr, diffuse Angstzustände. Letztere hätten allerdings seit der Befunderhebung durch die B.____ -Gutachter („akustische Halluzinationen bedrohlichen Charakters“, Urk. 10/81/17) abgenommen bzw. seien „weniger offensichtlich vorhanden oder sogar verschwunden“

(Urk. 10/114/3). Weiter bestünden aber deutliche Körpergefühlsstörungen und Störungen der Selbstwahrnehmung („Er sagt, er fühle sich verändert, empfinde Schmerzen im Unterleib und habe Libidostörungen“ Urk. 10/114/3). Der Alltag des Beschwerdeführers sei geprägt durch den Verlust vieler sozialer Kontakte und die Einschränkung des Lebens- und Handlungsraums sowie einen sozialen Rückzug, vermittelt durch Angst und Verlust von Vitalität und Lebenstauglichkeit (Urk. 10/114/3) .

E. 3.3.2

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hielt Dr. C.____ fest, dass diese vor allem aus psychischen Gründen eingeschränkt sei . Es gäbe derzeit kaum eine Möglichkeit,

den Beschwerdeführer zu einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu befähigen. Zu ungenau und ineffizient seien Denken und Auffassung bzw. das daraus resultierende Handlungsvermögen und zu stark sei der Beschwerdeführer in seinen sozialen Interaktionen durch die Restsymptomatik behindert. Aufgrund der kognitiven Symptomatik sei wohl auch von einer Überforderung beim blossen Verfolgen eines Ziels auszugehen, was das Durchhalten von besonderen Aufgaben allzu schwer mache.

Dass der Beschwerdeführer eine regelmässige, spezifisch fachärztliche Behandlung durch Dr. C.____

erfahren hätte, ist dem Verlaufsbericht vom 6. November 2006 nicht zu entnehmen. Soweit die handschriftlichen Angaben Dr. C.____s zu „Therapeutische Massnahmen

/ Prognose“ (Urk. 10/114/2) entzifferbar sind, hielt er therapeutische Massnahmen zumindest im Berichtszeitpunkt für wenig sinnvoll und beschränkte sich seine ärztliche Intervention auf eine nicht näher beschriebene „psycho-soziale Stabilisierung“. Dies bei ungünstiger Prognose. Im Übrigen kann dem Berichtsfragebogen entnommen werden, dass die letzte ärztliche Kontrolle durch Dr. C.____ rund einen Monat vor Datierung des Verlaufsberichts erfolgte sowie dass nach der Beurteilung Dr. C.____s weder berufliche Massnahmen noch ergänzende medizinische Abklärungen angezeigt waren und der Beschwerdeführer bei den alltäglichen Lebensverrichtungen nicht regelmässig auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen war.

E. 3.4.1

Auch anlässlich der I.____-Begutachtung vom 1., 2. und 17. September 2010 fiel der Beschwerdeführer durch sein Kommunikationsverhalten in der klinischen Untersuchung und Diskrepanzen zwischen Beschwerdeschilderungen und objektivierbaren Befunden auf (Urk. 10/158/37-39). Dies allerdings nur in der internistisch/psychiatrischen Befundaufnahme durch Dr. med. N.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. September 2010 (Urk. 10/158/9 ff.) und in der rheumatologischen Abklärung vom 17. September 2010 durch Dr. med. O.____, Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie FMH (Urk. 10/158/18). In der neurologischen Untersuchung vom 2. September 2010 durch Dr. med. P.____, Neurologie FMH, zeigte sich der Beschwerdeführer völlig unauffällig und kooperativ („folgt dem Gespräch konzentriert, aufmerksam und beantwortet Fragen klar und präzise. Er ist durch äussere Reize nicht ablenkbar. Konzentration und Aufmerksamkeit sind unauffällig. Hinweise für eine Störung der verbalen oder bildlichen Auffassung ergeben sich nicht“, (Urk. 10/158/44).

Soweit der Beschwerdeführer sich gegenüber Dr. N.____ und Dr. O.____ unkooperativ zeigte, wirkte er auf die Untersucher nicht hilflos und überfordert (wie in der B.____-Begutachtung, vgl. Urk. 10/81/14 f.), sondern vielmehr - bei bohrenden Nachfragen zu vagen anamnestischen Angaben situationsadäquat - gereizt und unwillig (vgl. Urk. 10/158/9 f. und 25 f.).

In der polydisziplinären Konsensbildung kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde aus interdisziplinärer Sicht für alle bisherigen Tätigkeitsbereiche uneingeschränkt arbeitsfähig sei und auch retrospektiv zu keinem Zeitpunkt eine invalidisierende anhaltende eigenständige Gesundheitsstörung bestätigt werden könne, welche versicherungsmedizinisch betrachtet eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hätte begründen können (Urk. 10/158/39).

E. 3.4.2

Im Rahmen der „Begründung der eigenen Diagnosen“ (Urk. 10/158/37 ff.) wurde aus somatischer Sicht darauf hingewiesen, dass - insbesondere - die in der formalen klinischen Prüfung und bei der Erstellung der Funktionsaufnahmen der Halswirbelsäule gezeigte Beweglichkeitseinschränkung in absolutem Widerspruch zu einer ausserhalb der formalen Prüfung festgestellten uneingeschränkten Beweglichkeit stehe. Aufgrund aller verfügbaren Daten und beschriebener Besonderheiten sowie der Aktenlage und der radiologischen Befunde bestehe rein aus rheuma-orthopädischer Sicht keine in irgendeinem Prozentsatz zu begründende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, auch nicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Handlanger. Es handle sich dabei nicht um eine Verbesserung im Vergleich zum B.____-Gutachten vom 23. April 2002, sondern um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes und sei mit den beschriebenen Auffälligkeiten genügend begründet. Es bestehe kein Zweifel daran, dass das, was der Beschwerdeführer jetzt demonstriere, vorgetäuscht sei (Urk. 10/158/38).

Aus psychiatrischer Sicht wurde dargelegt, dass das aus den aktenkundigen Informationen zum Alltag und zur Lebensweise des Beschwerdeführers ersichtliche psycho-soziale Funktionsniveau in keiner Weise mit dem bei der klinischen Befunderhebung gezeigten Verhalten übereinstimme. Das aktuell präsentierte Verhalten des Beschwerdeführers erfülle nicht die diagnostischen Kriterien einer paranoiden Schizophrenie, vielmehr müsse sein Verhalten als bewusstseinsnaher Täuschungsversuch gewertet werden. Aufgrund der Erwähnung weiterer psychiatrischer Erkrankungen in den Vorakten und im Wissen um in den Akten - nur bruchstückhaft - dokumentierte Unfälle nach der B.____-Begutachtung hatte die psychiatrische Gutachterin in ihrer „Beurteilung“ (Urk. 10/158/26 ff.) auch weitere psychiatrische Krankheitsbilder geprüft. Diesbezüglich kam sie zum Schluss, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung einen normalen psychopathologischen Befund ohne irgendwelche Aspekte einer depressiven Störung oder einer somatoformen Schmerzstörung gezeigt habe. Auf der Basis der gesamten Aktenlage werde aktuell sowie retrospektiv eine anhaltende invalidisierende psychiatrische Erkrankung ausgeschlossen. Der Beschwerdeführer sei auf psychiatrischem Gebiet als voll arbeits- und leistungsfähig einzustufen (Urk. 10/158/39).

E. 3.5.1

Im somatisch-medizinischen Bereich liegt nach dem Gesagten unbestrittenmassen ein im Vergleich des Zeitpunkts der B.____-Begutachtung im Frühjahr 2002 mit dem Zeitpunkt der I.____-Begutachtung im Herbst 2010 unveränderter medizinischer Sachverhalt vor.

Auch der Beschwerdeführer, welcher rechtskundig vertreten ist durch einen Anwalt, der seine Interessen auch hinsichtlich der Unfälle im Jahr 2007 vertritt (vgl. Urk. 10/133-135 sowie Urk. 10/140) und daher mit den diesbezüglichen medizinischen Akten bestens vertraut ist, macht mit Nachdruck (Urk. 1 S. 4) geltend, der beurteilungsrelevante Sachverhalt habe sich zwischen den beiden Begutachtungen nicht verändert.

Deshalb kann ohne Aktenergänzung davon ausgegangen werden, dass die in den Akten der Beschwerdegegnerin dokumentierten Unfälle keine nachhaltigen Auswirkungen auf den somatisch-medizinischen Sachverhalt hatten.

Es besteht daher kein Anlass an der mit der B.____-Befundung übereinstimmenden somatisch-medizinischen Befunderhebung der I.____-Gutachter zu zweifeln. Soweit der Beschwerdeführer mit seinen Hinweisen auf die somatisch-medizinische Diagnostik der

B.____ -Gutachter (Urk. 1 S. 3) sinngemäss geltend macht, diese sei für die Sachverhaltsbeurteilung massgebend und weise einen nach wie vor bestehenden invalidisierenden Gesundheitsschaden aus, irrt er sich. Denn die B.____ -Gutachter konnten genauso wenig wie die I.____ -Gutachter ein organisches Korrelat für die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen ausmachen. Bei den von ihnen gestellten Diagnosen

handelt es sich durchwegs um pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage (PÄUSBONOG), welche durch das vom B.____ -Rheumatologen empfohlene Training des muskuloskeletalen Systems (vgl. Urk. 10/81/14) leicht therapierbar waren und denen von Seiten der B.____ -Gutachter auch keine invalidisierende Wirkung bei gemessen wurde (vgl. E. 3.2.1). Wenn die I.____ -Gutachter dem in der Untersuchung als muskulöser und gut durchtrainierter Mann in gutem Allgemeinzustand mit einem athletischen Körperbau (Urk. 10/158/13) imponierenden Beschwerdeführer

keine die Arbeitsfähigkeit aus somatisch-medizinischer Sicht einschränkende Diagnose mehr stellt, betrifft die abweichende Beurteilung einerseits einen nie anspruchsrelevant gewesenen Sachverhalt und entspricht sie andererseits dem in der früheren Beurteilung prognostizierten Verlauf.

Hinsichtlich des somatisch-medizinischen Sachverhalts steht die Kernaussage des I.____ -Gutachtens, wonach nie eine im invalidenversicherungsrechtlichen Sinn wesentliche und dauerhafte medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (Urk. 10/158/39), in Einklang mit dem B.____ -Gutachten, welches lediglich eine seit 1995 bestehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen bestätigt (Urk. 10/81/19 ff.).

E. 3.5.2

Hinsichtlich des für die psychiatrische Beurteilung massgeblichen Sachverhalts (Objektivierung der das sozialadäquate Funktionieren des Beschwerdeführers im Alltag einschränkenden psychiatrischen Symptomatik) wurde bereits darauf hingewiesen, dass dieser Sachverhalt nicht einfach aus der klinisch festgestellten Psychopathologie extrapoliert werden kann, sondern anhand

von anamnestischen Daten verifiziert werden muss (vgl. E. 3.2.2).

Auf diese Weise stellten die B.____ -Gutachter gestützt auf ihre in nur relativ kurzer Beobachtungszeit im stationären Rahmen erhobenen klinischen Befunde und die wenigen (und ungesicherten) anamnestischen Angaben, welche sie vom Beschwerdeführer erhalten machen oder den Vorakten entnehmen konnten, im Frühjahr 2002 mit aller gebotenen Zurückhaltung die Verdachtsdiagnose einer paranoiden Schizophrenie („paranoid-psychotisches Zustandsbild, wahrscheinlich ...“, Urk. 10/81/17) und attestierten dem Beschwerdeführer aufgrund einer psychotischen Symptomatik, welche nach Einschätzung der Gutachter die Fähigkeit des Beschwerdeführers zu vernunftgemässen Handeln im Alltag stark einschränkte und seine sozialen Beziehungen erheblich belastete, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche erwerbliche Tätigkeiten zumindest bis zum Abklingen des psychotischen Geschehens.

Mehr als acht Jahre später konnten die I.____ -Gutachter nach Validierung der von ihnen erhobenen klinischen Befunde im Lichte der vom Beschwerdeführer erhaltenen und im Verlauf seit dem Jahr 2002 aktenkundig gewordenen Informationen zur Lebensweise und

Alltagsgestaltung des Beschwerdeführers kein psychotisches Geschehen mehr feststellen und angesichts des normalen psycho pathologischen Befunds eine auch auf psychiatrischem Gebiet uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestieren (Urk. 10/158/39) .

E. 3.6.1

Soweit Dr. C.____ in seiner ausführlichen Stellungnahme zum I.____ -Gutachten vom 26. April 2012 diese Beurteilung in Frage stellt, geht daraus nicht hervor, wann er selbst den Beschwerdeführer zum letzten Mal gesehen hat. An eigenen Beurteilungen, welche er dem I.____ -Gutachten entgegenhält, erwähnt er jeden falls nur diejenige vom 6. November 2006 (Urk. 10/114) und eine nicht aktenkundige, aber in der ergänzenden Stellungnahme der I.____ -Gutachter vom 17. März 2011 (Urk. 10/1 62) erwähnte vom 6. April 2009.

Gemäss seinem eigenen Zitat (vgl. Urk. 7 S. 14) stellte Dr. C.____ 2009 dieselben Diagnosen wie 2006. Auch die Gesamt-Befindlichkeit des Beschwerdeführers habe sich seither nicht verändert. Positiv sei aber der verminderte Leidensdruck durch die Berentung. Immer noch seien die auffälligsten Kennzeichen in einer bizarren Mimik zu finden, verbunden mit einer überspannt wirkenden, affektierten, geziert wirkenden Gestik und einem zwischenzeitlich auffälligen, überdreht und übersteigert erscheinenden Affektausdruck sowie einem bizarren, etwas distanzlosen, absonderlichen Gebaren und Beziehungsverhalten. Auch in seiner Redeweise wirke der Beschwerdeführer oft sehr „gespreizt“. Eigentliche produktive Symptome seien weiter aber nicht zu beobachten. Er halte darum nach wie vor dafür, dass dies der im Augenblick relativen Belastungs- und Stressarmut durch die Berentung zuzuschreiben sei. Die Schlussfolgerungen blieben darum heute (2009) dieselben wie am 6. November 2006. Irgendwelche zusätzlichen anamnestischen Angaben zur Lebensweise und zum Tagesablauf des Beschwerdeführers zwischen 2002 und 2012 sind der Beurteilung Dr. C.____ s vom 26. April 2012 jedoch nicht zu entnehmen. Dr. C.____ beschränkt sich darauf, die Würdigung der Befunde durch die I.____ -Gutachter wiederholt als voreingenommen (Urk. 7 S. 7 und S. 20) und spekulativ (Urk. 7 S. 8 und S. 12) zu bezeichnen .

Insbesondere kritisiert Dr. C.____ , dass die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers über Autofahren, Spaziergänge und den Aufenthalt im Bett zu freudvollen und lebenserfüllenden Tagesaktivitäten umgedeutet worden seien. Habe der Beschwerdeführer doch auch gegenüber den I.____ -Gutachtern lediglich gesagt, „er fahre ab und zu Auto, wenn es ihm gut gehe“ und „er liege manchmal den ganzen Tag im Bett und stehe auf, wenn er sich gut fühle und nicht mehr müde sei“ (Urk. 7 S. 12 f.) .

E. 3.6.2

Im Lichte der aktenkundigen Informationen über das Leben des Beschwerdeführers im Verlauf zwischen 2002 und 2010 ist nicht nachvollziehbar , weshalb Dr. C.____ aufgrund solcher Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers auf eine anhaltende Minussymptomatik (Negativ- oder Minussymptome in Form von Affektverflachung, Antriebsdefizit, Interessenverlust, Verlust sozialer Kommunikation, vgl. Urk. 7 S. 16) schliesst t.

Zumindest ab 2006 liefern die aktenkundigen Fakten keinerlei Hinweise mehr für ein gestörtes Sozialverhalten des Beschwerdeführers. Der Beschwerdeführer hat sich am 21. November 2006 in W.____ (U.____) wie derverheiratet (vgl. Urk. 10/135/3) und lebt nunmehr in einer Familie mit drei kleinen Kindern (vgl. Sachverhalt Ziff.

E. 3.6.3

Im Kontext der gesamten Befundlage zeigt sich auch, dass nicht die Befundwertung der I.____-Gutachterin, sondern diejenige Dr. C.____s (vgl. vorstehende E. 3.6.1) voreingenommen (durch die von Dr. C.____ fälschlicherweise als gesichert angesehene Diagnostik des B.____-Gutachtens) und spekulativ ist.

Dass der Beschwerdeführer sich nur dann ans Steuer setzt, wenn es ihm gesundheitlich gut geht, entspricht der für alle Automobilisten geltenden Regel von Art. 31 Abs. 2 des Strassenverkehrsgesetzes (SVG), besagt aber nichts über den Umfang einer

allenfalls tatsächlich en Einschränkung der Fahrtüchtigkeit . Und dazu, was unter „ab und zu“ zu verstehen sei, hat sich der Beschwerdeführer weder gegenüber den I.____-Gutachtern, noch - offenbar - gegenüber seinem langjährigen Therapeuten jemals präzise ge äussert. Aus der Vorgeschichte der I.____-Begutachtung ist jedoch aktenkundig, dass der Beschwerdeführer wegen zweier Beerdigungen in seiner Heimat einen ersten Begutachtungstermin nicht wahrnehmen konnte (vgl. Urk. 10/153). Gegenüber den I.____-Gutachtern bestätigte er, dass er auch regelmässig mit dem Auto dorthin in die Ferien fahre (Urk. 10/158/10). In seinem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 6. Juli 2009 (Urk. 10/136) gab er sodann an, das Auto im Alltag „für die Anreise zu Arztbesuchen, zur Begleitung seiner Kinder und zur Anfahrt zur Kirche “ zu verwenden. Dass er es auch für den im gleichen Schreiben als Tagesaktivität erwähnten Besuch von Sportveranstaltungen (Fussball, Kampfsport etc.) nutzt, bestätigt er nicht ausdrücklich . Einen Rückschluss auf die effektive Intensität der Autobenutzung (und damit eines Gesundheitszustandes, welcher dies erlaubt), lässt allenfalls der Umstand zu , dass der Beschwerdeführer in den Jahren 2006/2007 dreimal unschuldiges Opfer eines Auffahrunfalles wurde (vgl. Urk. 10/140). Aufgrund der statistischen Wahrscheinlichkeit lässt dies auf eine häufige Fahrtätigkeit schliessen. Insgesamt gibt es also keine rlei anamnestische Befunde da für , dass der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen beim Autofahren eingeschränkt sein könnte, bzw. - unter Hinweis auf den bereits im Verlaufsbericht Dr. Y.____s vom 3. August 2006 (Urk. 10/109) erwähnten Autounfall in Ex-Jugoslawien Ende des Jahres 2002 - es jemals war .

Auch dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben manchmal den ganzen Tag im Bett liegt und aufsteht, wenn er sich gut fühlt und nicht mehr müde ist, muss nicht zwingend als Minussystematik im Sinne eines schizophrenen Residualzustandes interpretiert werden . Denn im Bett kann der Beschwerdeführer ja auch die Tagespresse und Bücher lesen oder Fernsehen schauen (vgl. Urk. 10/136). Überdies

lässt sich die Zeugung mehrerer Kinder mit verschiedenen Ehefrauen

(Sachverhalt Ziffer 1.5) schwerlich als krankheitsbedingter sozialer Rückzug verstehen .

E. 3.7.1

Insgesamt zeigt die vorstehende Würdigung der Aktenlage, dass das I.____-Gutachten vollumfänglich den in Erwägung 1.3 dargelegten Anforderungen an eine beweiskräftige Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Falle der Revision entspricht, d.h. sowohl den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Begutachtungszeitpunkt als auch retrospektiv den Verlauf

seit der B.____-Begutachtung unter Berücksichtigung aller bekannten Fakten nachvollziehbar und schlüssig beschreibt. Die davon abweichende Beurteilung Dr. C.____s steht demgegenüber dermassen in Widerspruch zur aktenkundigen Befundlage , zum Fehlen

einer die Beurteilung hinreichend stützenden eigenen Verlaufsdocumentation sowie zum augenscheinlichen Verzicht auf eine störungsspezifische Therapie, dass ihr keinerlei Beweiswert zugemessen werden kann.

E. 3.7.2

Ein Widerspruch zwischen dem I.____-Gutachten und dem B.____-Gutachten besteht nur hinsichtlich der Beurteilung für den Zeitpunkt der B.____-Begutachtung bzw. für den Zeitraum zwischen dem Unfall von 1995 und der B.____-Begutachtung. Denn die I.____-Gutachter extrapolieren - wie der Beschwerdeführer zutreffend festgestellt hat (Urk. 1 S. 4) - ihre in den Untersuchungen des Jahres 2010 gewonnene Erkenntnis, wonach der Beschwerdeführer einen psychischen Gesundheitsschaden nur simuliert, retrospektiv bis zum Unfall von 1995 (Urk. 10/158/39), wogegen die B.____-Gutachter aufgrund ihrer Befundung auf eine psychische Dekompensation „kurze Zeit nach dem Unfall“ (Urk. 10/81/20) schlossen. Auf neue (neu entdeckte) echtzeitliche Befunde aus der Zeit vor der B.____-Begutachtung können sich die I.____-Gutachter nicht abstützen (der von Dr. Y.____ dokumentierte Autounfall in Ex-Jugoslawien

ereignete sich erst nach der B.____-Beurteilung, vgl. Urk. 10/109). Die I.____-Beurteilung steht zwar in Einklang mit der medizinischen Sachverhaltsbeurteilung, welche dem Urteil UV.1995.00221 des Sozialversicherungsgerichts vom 15. Oktober 1997 zugrunde lag (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.2), dies ändert aber nichts daran, dass es sich bei der retrospektiven Beurteilung des Gesundheitsschadens zur und vor der Zeit der B.____-Begutachtung durch die I.____-Gutachter lediglich um eine andere Beurteilung der - auch den B.____-Gutachtern bekannt gewesenen - gleichen Befundlage handelt. Diese andere Beurteilung des damaligen Sachverhalts reicht

- auch wenn sie im Lichte des späteren Verlaufs aus gerichtlicher Sicht besser nachvollziehbar erscheint als die echtzeitliche B.____-Beurteilung - beweisrechtlich nicht aus, um eine auch aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit „seit jeher“ nachzuweisen (vgl. E. 1.3.3).

E. 3.7.3

Eine zu einer Veränderung der Diagnose führende Veränderung der Befundlage hat bereits Dr. C.____ zu Beginn seiner Behandlung im Jahr 2003 festgestellt, jedoch war die Auswirkung der Veränderungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht erheblich (vgl. Urk. 10/114). Aufgrund der zivilstandsamtlichen anamnesticen Informationen zum Sozialleben des Beschwerdeführers ist jedoch davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer spätestens im Zeitpunkt seiner Wiederverheiratung und der Wahrnehmung des Sorgerechts für seine Kinder in seinem Sozialverhalten nicht mehr in einem Ausmass gestört war, welches seine Arbeitsfähigkeit als Handlanger auf einer Baustelle signifikant einschränkte (vgl. vorstehende E. 3.6.2). Und spätestens ab diesem Zeitpunkt hatten die medizinischen Experten auch hinreichend Anlass, die vom Beschwerdeführer in der klinischen Untersuchung bereits früher dargebotene psychotische Symptomatik kritisch zu hinterfragen (weshalb ihnen dies nicht als Voreingenommenheit vorgeworfen werden kann).

E. 5

lediglich eine leichte Hirnerschütterung sowie multiple Kontusionen diagnostiziert und der SUVA-Kreisarzt für die diffusen Schmerzangaben kein somatisches Korrelat gefunden

hatte, das Institut für Röntgendiagnostik des Spital Z.____ keinen Nachweis einer posttraumatischen Läsion erheben und

die von der SUVA zur Sachverhaltsabklärung beigezogene Neurologin keine neurologischen Störungen feststellen konnte, sowie schliesslich die Klinik A.____ von "diffusen ubiquitären" Schmerzen bei "aktueller Verweigerung einer körperlichen Untersuchung" gesprochen und keinen Anlass zur Änderung der von der SUVA festgelegten vollen Arbeitsfähigkeit gesehen hatte.

Der dieser Sachverhaltswürdigung widersprechenden Beurteilung Dr. Y.____s, gemäss welcher X.____

100 % arbeitsunfähig und somit auf der Baustelle nicht einsetzbar sei, muss das Gericht keinen Beweiswert bei.

E. 8

ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

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