

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00260 vom 28. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00260

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00260 du 28 novembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00260 del 28 novembre 2016

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie 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).

E. 1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichenem Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers 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 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). 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; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

Liegt im oben erwähnten Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend („allseitig“) zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.5

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 anzugeben, 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.). 2.

E. 2

Die bisherige ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers sei nicht aufzuheben. Dem Beschwerdeführer sei auch ab dem Dezember 2011 weiterhin unbefristet eine ganze Rente

auszurichten.

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über Dezember 2011 hinaus Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer ist demgegenüber der Ansicht, dass sich sein Gesundheitszustand in keiner Weise revisionsrechtlich relevant verbessert habe. Die Überwachungsergebnisse liessen keine Rückschlüsse auf die Erwerbsfähigkeit zu und auf das A.____-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Im Weiteren sei eine rückwirkende Aufhebung der Rente mangels Meldepflichtverletzung nicht gerechtfertigt und es liege auch kein Wiederwägungsgrund vor (Urk. 1). 3.

E. 3

Es sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer für die Zeit von Dezember 2011 bis zur Sistierung der Rente mit Verfügung vom 8. Mai 2012 keine Meldepflichtverletzung begangen hat und für diese Zeit keine Leistungen zurückzuerstatten seien.

E. 3.1

Die Rentenverfügung vom 11. Januar 2002 (Urk. 8/49) basierte im Wesentlichen auf dem interdisziplinären (orthopädisch, neuropsychologisch und

psy chiatrisch) Medas-Gutachten vom 24. Oktober 2001 (Urk. 8/36), worin in der Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit gestellt wurden: -

Vordere Knieinstabilität links nach vorderer Kreuzbandplastik und Teilmeniscek tomie medial und lateral -

Restbeschwerden nach Schleuderung der HWS -

Leichtes lumbovertebrales Schmerzsyndrom -

Konversionsstörung mit ängstlich-depressiver Symptomatik, Störung im Sozialverhalten sowie Somatisierungsstörung (ICD-10: F 44.7)

Als Nebendiagnose ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verbleibe ein pathologisches EKG, welches bis auf gelegentliches Herzstolpern subjektiv asymptomatisch sei. Der Beschwerdeführer habe 1997 eine akuten komplexe Verletzung des linken Kniegelenks mit Meniskusläsion und Ruptur des vorderen Kreuzbandes erlitten. Insgesamt seien bisher vier operative Eingriffe an diesem Kniegelenk durchgeführt worden. Nach wie vor gebe der Beschwerdeführer diesbezüglich Beschwerden an, die vor allem belastungsabhängig verstärkt würden. Beschwerdefreie Intervalle würden nicht angegeben. Daneben beschreibe der Beschwerdeführer drei weitere Unfälle (2 Autounfälle, 1 Treppensturz), die trotz zum Teil schwerwiegender Vorfälle (zum Beispiel Frontalkollision mit einem Baum) nicht aktenkundig seien. Ausgehend von diesen drei Unfällen, insbesondere aufgrund der beiden angegebenen Autounfälle 1999 und 2000, gebe der Beschwerdeführer zunehmende Beschwerden im Schulter- und Nackenbereich sowie Konzentrationstörungen an.

Klinisch-neurologisch finde sich eine diskrete Atrophie des Musculus medialis links sowie eine schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit der HWS. Weitere Pathologien seien

nicht feststellbar, insbesondere fänden sich normale Verhältnisse bezüglich Kraft, Sensorium und Motorik/Koordination. Auffallend seien positive Waddell-Zeichen.

In der orthopädischen Untersuchung fände sich bei Status nach Plastik des vorderen Kreuzbandes links eine vordere Instabilität, die sich funktionell beim Gehen auf unebenem Boden bemerkbar mache. Im Bereich der HWS finde sich eine verspannte Nackenmuskulatur sowie eine wenig eingeschränkte HWS Funktion, die vor allem bezüglich verminderter Inklination bei der Prüfung nicht sicher verwertbar sei. Kernspintomografisch und konventionell radiologisch sei die Wirbelsäule auch funktionell unauffällig. Der Verlauf nach der ersten Schleuderung der HWS sei etwas ungewöhnlich, indem eine physikalische Therapie überhaupt keine Besserung gebracht habe und im Laufe der Zeit neue Beschwerden hinzugetreten seien. Ebenfalls fänden sich lumbosakrale geringe Beschwerden bei kaum eingeschränkter Funktion der LWS. Aufgrund der den Bewegungsapparat betreffenden Beschwerden und ihrer Objektivierbarkeit ergebe sich eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. So könne keine langdauernde Arbeit bei nach vorn geneigtem Kopf durchgeführt werden. Bezüglich des Knies sei eine rein stehende Tätigkeit oder das wiederholte Heben und Verschieben von Lasten über 20 Kilogramm sowie eine Tätigkeit auf unebenem Boden nicht zumutbar. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei ein ganztägiger Einsatz möglich.

Psychiatrischerseits fänden sich bezüglich der Vorgeschichte des Beschwerdeführers etliche Ungereimtheiten. Abbrüche von Arbeiten und Beziehungen seien gehäuft. Er habe offenbar mehrfach gesteckte Ziele nicht erreicht. Die Widersprüchlichkeiten und die vorgebrachten Geschichten seien angesichts der sprachlichen Differenziertheit und des Allgemeinwissens so durchschaubar, dass sie als unbewusster Hilfsappell angelegt sein müssten. Diagnostisch finde sich eine Konversionsstörung mit ängstlich-depressiver Symptomatik, Störung im Sozialverhalten sowie einer Somatisierungsstörung. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht nicht arbeitsfähig. Therapeutisch gesehen wäre eine Beschäftigung zu fordern, jedoch könne die Qualität der Leistungen und das Verhalten des Beschwerdeführers einem Team oder Arbeitgeber nicht zugemutet werden. Der Beschwerdeführer brauche sowohl psychiatrische Betreuung wie auch sinnvollerweise ein Arbeitstraining an einem geschützten Arbeitsplatz. Bei gutem Ansprechen auf die psychiatrische Betreuung mit schrittweisen beruflichen Massnahmen erscheine die Prognose günstig. Eine relevante Arbeitsfähigkeit von gut 50 % dürfe in circa 6 Monaten bis zu 1 Jahr zu erreichen sein (S. 9-11).

Aus neuropsychologischer Sicht beständen mittelschwere Funktionsstörungen. Dies seien insbesondere Störungen der exekutiven Funktionen mit Antriebsstörungen, Störungen der Planung und Handlungskontrolle sowie unselbständiges Denken. Weiter zeigten sich unspezifische Lern- und Gedächtnisstörungen mit einem Ungleichgewicht zuungunsten visueller Lern- und Gedächtnisleistungen. Schliesslich beständen Auffälligkeiten in der visuellen Wahrnehmung. Im emotionalen und Persönlichkeitsbereich lägen starke Auffälligkeiten mit Antriebsstörungen, sehr schwankender psychischer Belastbarkeit sowie sehr unselbständigen-passiven Verhaltensweisen vor. Die eigenanamnestischen Angaben blieben oft vage und unklar. Die Art der Mitarbeit sei trotz fehlender Hinweise für zum Beispiel Aggravation sehr auffällig. Insgesamt sei aus neuropsychologischer Sicht von einer sehr schwankenden Leistungsfähigkeit mit unspezifischen Störungen der exekutiven Funktionen auszugehen. Aufgrund fehlender Zusatz- und Verlaufsbeurteilungen könne nicht beurteilt werden, ob eine neuropsychologische Funktionsstörung (hirnorganisch bedingt)

vorliege. Eine solche könne zwar nicht ausgeschlossen werden, wäre aber als Folge des beschriebenen Unfalles in Art und Ausprägung sehr ungewöhnlich. Inwiefern andere Ursachen in Frage kämen (vgl. psychiatrische Störung, prämorbid Persönlichkeit) könne aus neuro psychologischer Sicht nicht allein beurteilt werden. Es würden im kognitiven Bereich Diskrepanzen zwischen den Angaben (Besuch Gymnasium) und dem tatsächlichen Gesamtniveau auffallen. Auch die prämorbid berufliche Karriere scheine auffällig (S. 23).

E. 3.2

Im Nachgang zu einer anonymen Meldung an die BVM wurde der Beschwerdeführer observiert (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.4):

Im Überwachungsbericht vom 1. Juli 2011 (Urk. 8/97) betreffend die Observation des Beschwerdeführers wurde festgehalten, dass anhand der gemachten Beobachtungen klar erkennbar gewesen sei, dass sich der Beschwerdeführer in der Autobranche bewege. Beim Beschwerdeführer, welcher im Zeitraum vom 17. Mai bis 1. Juli 2011 während insgesamt 7 Tagen observiert worden sei, sei zu keiner Zeit ein Verhalten sichtbar gewesen, das auf eine körperliche und/oder psychische Beeinträchtigung hinweise. Der Beschwerdeführer habe vielmehr einen aktiven Gesamteindruck hinterlassen.

E. 3.3

Im Rahmen des daraufhin im August 2010 eingeleitet Revisionsverfahrens (vgl. Urk. 8/83) wurde die medizinische Aktenlage aktualisiert und unter anderem eine polydisziplinäre Begutachtung durchgeführt (vgl. nachfolgend E. 3.3.3):

E. 3.3.1

Dem Bericht des C.____ vom 3. September 2010 (Urk. 8/87) zuhanden der Beschwerdegegnerin ist als Diagnose eine mittel schwere Depression mit chronischem Verlauf (ICD-10: F 32.10) in psychosozialer Belastungssituation zu entnehmen. Der Beschwerdeführer sei gebürtiger Libanese und seit 2004 in der Schweiz eingebürgert. Er sei zusammen mit 8 Geschwistern im NordE.____ aufgewachsen. Er habe regulär die Schule besucht und eine Bürolehre im E.____ gemacht. In der Zeit des Bürgerkrieges sei er 1990 nach D.____ emigriert. Seit 1992 sei er in der Schweiz wohnhaft. Er sei in zweiter Ehe mit einer Schweizerin/Marokkanerin verheiratet. Aus erster Ehe sei 1992 eine Tochter geboren, die seit Geburt an Epilepsie mit spastischem Hemisyndrom leide und von 1998 bis 2008 bei den Grosseltern im E.____ lebte. Seit 2008 sei sie wieder beim Beschwerdeführer und seiner Familie in der Schweiz und besuche in F.____ eine heilpädagogische Schule. Aus zweiter Ehe stammten eine Tochter (geboren 2002) und zwei Söhne (geboren 2004 und 2005). Seit dem Schleudertrauma im Jahre 1999 habe er chronische Schmerzen im Nacken- und Rückenbereich und habe ein depressives Zustandsbild entwickelt. In der Folge befinde er sich seit 2001 im C.____ in Behandlung. Seit 2007 seien der Gesundheitszustand und die psychische Verfassung mehrheitlich unverändert. Der Beschwerdeführer komme mit Unterstützung seiner Ehefrau im Alltag zurecht, der Haushalt werde von ihr besorgt. Er selbst nehme Anteil am familiären Geschehen, begleite die kleineren Kinder zur Schule und seine behinderte Tochter zu medizinischen und schulischen Abklärungen. Dabei stehe er stets auf der besorgten, ängstlichen Seite; ebenso, was seine Eltern im E.____ anbelange. Sein Vater habe im Sommer 2010, als sich der Beschwerdeführer im E.____ aufgehalten habe, einen cerebrovaskulären Insult erlitten. Kurz darauf sei der Beschwerdeführer in einen nicht verschuldeten Autounfall verwickelt worden, was eine Verzögerung der Rückreise in die Schweiz nach sich gezogen habe. Diese Umstände bewirkten in der Folge

eine deutliche Verschlechterung des psychischen Befindens. Der Beschwerdeführer klagt wieder vermehrt über Einschlaf- und Durchschlafstörungen mit folgendem Morgentief, ausgeprägtem Gedankenreisen, Vergesslichkeit, Ängsten und Freudlosigkeit. Zwischenzeitlich würden auch Suizidgedanken auftreten, jedoch ohne Absicht diese umzusetzen. Insgesamt zeigte sich im Verlauf der letzten 2.5 Jahre, mit Ausnahme kurzzeitiger Aufhellungen, keine Veränderung des chronisch depressiven Zustandsbildes. Er bemühe sich, den Alltag bestmöglich zu bewältigen, gerate dabei schnell an die Grenze seiner Belastbarkeit.

Aufgrund des chronisch mittelschweren Zustandsbildes sei die Prognose ungünstig und es bestehe keine Aussicht auf ein Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit. Schon in der Alltagsbewältigung innerhalb der Familie zeige sich eine Leistungsminderung mit einer herabgesetzten Belastbarkeit. Somit sei eine Arbeit in der freien Wirtschaft unvorstellbar. Der Beschwerdeführer sei seit März 2001 bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig.

E. 3.3.2

Dr. med. G.____, Allgemeine Medizin FMH, welcher den Beschwerdeführer seit 1999 als Hausarzt betreute, hielt in seinem Bericht vom 6. September 2010 (Urk. 8/85) zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Rücken- und Kniebeschwerden bei Status nach multiplen Unfällen und Operationen fest. Als Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er funktionelle Herz- und Schluckbeschwerden sowie eine chronische Gastritis unter NSAR Gebrauch.

Dr. G.____ verwies dabei auf seine Berichte vom 26. August 2002 (Urk. 8/56) und vom 26. September 2004 (Urk. 8/66) und erklärte, dass ihm die Ursachen der ganzen Invalidenrente unklar seien, da der Beschwerdeführer in seinem ursprünglichen Beruf als Autoverkäufer oder Auto-Occasion-Händler zu 100 % arbeitsfähig sei. Der Beschwerdeführer sei dabei vermindert leistungsfähig, da langes Gehen auf unebener Unterlage sowie Tätigkeiten mit Extrembewegungen der HWS zu vermeiden seien.

E. 3.3.3

Im polydisziplinären (Innere Medizin, Rheumatologie, Neuropsychologie und Psychiatrie) A.____-Gutachten vom 18. Dezember 2012 (Urk. 8/129) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Knieschmerzen links bei Status nach Kreuzbandplastik und Teilmeniscektomie, anamnestisch Zustand nach mehreren Operationen sowie mögliche beginnende mediale Gonarthrose genannt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen: -

unspezifisches rezidivierendes Cervikal- und Lumbovertebralsyndrom, anamnestisch Status nach mehreren Autounfällen -

unspezifische Knieschmerzen rechts -

Dysthymia (ICD-10: F 34.1)

Die im Rahmen der aktuellen interdisziplinären Begutachtung durchgeführte internistische Untersuchung ergebe das Bild eines 43-jährigen, leicht übergewichtigen, kardiopulmonal kompensierten Beschwerdeführers in unauffälligem Allgemeinzustand. Die klinische Untersuchung sei altersentsprechend normal, ohne Hinweis auf eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder für eine Lungenerkrankung. Das 2/6-Systolikum über Erb und Aorta sollte echokardiografisch abgeklärt werden, habe aber zurzeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Auch im Abdominal- und Neurostatus liessen sich keine pathologischen

Befunde erheben. Das EKG zeige einen unauffälligen Erregungsablauf und die Spirometrie liefere keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten Verrichtungsleistung (S. 56).

Bei der aktuellen klinischen rheumatologischen Untersuchung zeige der Beschwerdeführer eine deutliche Einschränkung der HWS- und LWS-Beweglichkeit von deutlich demonstrativem Charakter mit aktivem Gegenhalten und starken Schmerzäußerungen in allen Bewegungsrichtungen. Demgegenüber habe beim Auskleiden keinerlei Einschränkung der Beweglichkeit weder lumbal noch cervical beobachtet werden können. Der übrige klinische rheumatologische Status an den peripheren Gelenken sei absolut unauffällig. Insbesondere an den Kniegelenken fänden sich keine Bewegungseinschränkungen, keine Bewegungsgeräusche und keine Instabilität. Die Oberschenkelumfänge seien identisch. Die Hypästhesie im linken Bein sei in den Akten bereits früher beschrieben und sei offenbar nach der ersten Knieoperation links aufgetreten; sie sei diffus und ohne Bezug zu einem Dermatome oder dem Ausbreitungsgebiet eines peripheren Nerven. Auch sonst fänden sich keine Hinweise für ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom. In der neurologischen Untersuchung falle ebenfalls eine sehr demonstrative Minderinnervation der Faustschlusskraft auf. Röntgenbilder der gesamten Wirbelsäule und beider Kniegelenke zeigten bis auf eine allenfalls diskrete mediale Gonarthrose links keine pathologischen Befunde. Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer aufgrund der objektivierbaren Befunde in seiner Arbeitsfähigkeit lediglich für körperliche Schwerarbeiten nicht mehr geeignet, von Seiten des linken Kniegelenkes seien allenfalls häufige Arbeiten in unebenem Gelände, häufiges Treppensteigen oder Besteigen von Leitern oder vorwiegend kniend durchzuführende Arbeiten ungünstig. Für alle anderen leichten und mittelschweren Tätigkeiten bestehe aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 56-57).

Bei der psychiatrischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer über Wahrnehmungsstörungen, die nicht sicher als akustische Halluzinationen gedeutet werden könnten, berichtet. Wann diese Phänomene das erste Mal aufgetreten seien, könne er nicht sagen. Hinweise auf eine Beeinträchtigung aufgrund der Symptomatik fänden sich in der Untersuchungssituation nicht. Zusätzlich klage er über anfallsweise auftretende Angstsymptome mit vegetativer Symptomatik, sodass insgesamt - bei Berücksichtigung seiner Angaben zum aktuellen Tagesablauf und des psychischen Befundes - eine Dysthymia diagnostiziert werden könne. Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit werde hierdurch nicht verursacht (S. 57).

Bei der neuropsychologischen Untersuchung hätten die Ergebnisse des Symptomvalidierungstests WMT Werte von 75, 75 und 75 Punkten ergeben. Die Leistungsmotivation eines Probanden müsse dann ernsthaft in Frage gestellt werden, wenn seine erreichten Punktzahlen unterhalb des Trennwertes von 82,5 Punkten lägen, der etwa drei Standardabweichungen vom Mittelwert jener Patienten liege, die schwere Hirnverletzungen oder neurologische Erkrankungen aufwiesen. Die Ergebnisse des zweiten Symptomvalidierungstests AKGT lägen mit einem Ergebnis von 64 Worten ebenfalls weit unter der Cut-Off-Grenze. Der Trennwert für diesen Test liege bei 84 Worten. Werte darunter würden vom Herausgeber als Hinweis für eine eingeschränkte Testmotivation und als wahrscheinlich unterhalb des tatsächlichen Fähigkeitsniveaus liegend beschrieben. Die

Reaktionszeiten des Beschwerdeführers wechselten zwischen sehr unter durchschnittlichen Reaktionszeiten (PR4) und sehr überdurchschnittlichen Reaktionszeiten (PR98). Insgesamt habe er überdurchschnittlich viele Fehler gemacht (PR1, PR4) und viele Reize gar nicht bearbeitet (PR<1). Diese Ergebnisse liessen den Schluss zu, dass der Beschwerdeführer diese Tests mit unterschiedlicher Motivation und sehr schwankender Anstrengungsbeteiligung bearbeitet habe. Die im Gespräch erhobenen biografischen Daten stimmten mehrfach nicht mit den in den Akten beschriebenen Daten überein. Weder die vom Beschwerdeführer beschriebene Anzahl Operationen noch der Unfälle seien in der Form aktenkundig dokumentiert. Seine von ihm geschilderte Arbeitstätigkeit umfasse ausschliesslich das Arbeiten bei Y.____ und in H.____-Märkten, jedoch nicht die dokumentierte Arbeit als Autoverkäufer. Die eklatanten mnestischen Funktionsverluste bei dieser Testung entsprächen nicht dem im Gespräch gewonnenen Eindruck. Seine Reaktionszeiten und deren Variabilität zeigten eine Spannweite, die neurophysiologisch nicht erklärbar sei. Die Zusammenstellung der aktuellen Untersuchungsbefunde (Testergebnisse) weise auf ein Aggravationsverhalten hin. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests nicht inhaltlich ausgewertet werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbildeten. Unter diesen Umständen bestehe andererseits auch das Risiko, dass tatsächliche und spezifisch kognitive Defizite differentialdiagnostisch nicht festgestellt werden könnten. Daher könne aus neuropsychologischer Sicht auch keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden (S. 57-58).

Stellung nehmend zu den früheren Diagnosen halten die A.____-Gutachter fest, dass sich die aus rheumatologischer Sicht bestehende 100%ige Arbeitsfähigkeit in leichten und mittelschweren Tätigkeiten mit früheren somatischen Berichten decke, welche dem Beschwerdeführer mindestens seit 2001 in angepassten Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit bescheinigten. Insbesondere sei auf die Arztberichte des Hausarztes Dr. G.____ hinzuweisen, welcher den Beschwerdeführer wegen Knie- und Rückenbeschwerden gelegentlich behandle und diesen immer als voll arbeitsfähig als Auto- oder Occasionshändler eingeschätzt habe. Psychiatrischerseits sei festzuhalten, dass die durch das C.____ diagnostizierte mittelschwere depressive Episode (Urk. 8/57, Urk. 8/67, Urk. 8/76 und Urk. 8/87) nicht (mehr) bestehe und angesichts der aktuellen Situation keine Hinweise auf einen rezidivierenden oder phasenhaften Verlauf zu finden seien. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 10. Juni 2004 sei der Verdacht auf Aggravation geäussert worden. Das Unfallereignis betreffend habe er krass divergierende Angaben gemacht, wobei aufgrund der sprachlichen Differenziertheit und des Allgemeinwissens die Widersprüchlichkeiten und die vorgebrachten Geschichten so durchschaubar erschienen seien, dass sie als „unbewusster Hilfsappel“ interpretiert worden seien. Eine andere Möglichkeit für die als „Pseudologie“ beschriebene Widersprüchlichkeit in seinen Angaben sei nicht in Betracht gezogen worden. Auch widerspreche der Begriff Pseudologie (im Allgemeinen für zwanghaftes Lügen gebraucht) der Interpretation, dass es sich um einen „unbewussten Hilfsappel“ gehandelt habe (S. 59).

In Bezug auf die Observation lasse sich Folgendes aussagen: Während der Observation des Beschwerdeführers könne mehrmals eine absolut freie Rotation, Extension und Inklination der HWS beobachtet werden. In allen Videosequenzen bewege er sich absolut flüssig, frei, ohne Bewegungseinschränkungen oder offensichtliche Schmerzen. Zudem liessen sich auch

keine Hinweise auf Beeinträchtigungen aufgrund einer psychischen Störung erkennen. Der Antrieb und der Bewegungsablauf seien ungehemmt, situationsinadäquates Verhalten sei nicht festzustellen, eine Beeinträchtigung des Sozialverhaltens oder der Kontaktaufnahmefähigkeit seien nicht zu beobachten. Auch Anhaltspunkte für psychotisches Erleben seien nicht feststellbar gewesen. Die vom Beschwerdeführer gegenüber Ärzten dargelegten Beschwerden und Einschränkungen könnten anhand der Videodokumentation und der dazugehörigen Berichte nicht nachvollzogen werden, sondern zeigten vielmehr ein widersprechendes Bild zu den bisherigen medizinischen Abklärungen und Diagnosen (S. 60).

E. 3.3.4

Am 1. Juli 2013 beantwortete Dr. B.____ die am 23. Januar gestellten Rückfragen zur gutachterlichen Abklärung vom 18. Dezember 2013 (Urk. 8/130 und Urk. 8/140) und verwies hinsichtlich der Frage, ob die ursprüngliche Rentenzusprache versicherungsmedizinisch überhaupt noch korrekt nachvollzogen werden könne, auf das psychiatrische Teilgutachten. In Anbetracht der Tatsache, dass trotz den „red flags“ im Jahre 2004 keine erneute psychiatrische Begutachtung beim Beschwerdeführer bis zur aktuellen A.____-Begutachtung stattgefunden habe, sei die Frage, ob tatsächlich eine ganze, psychiatrisch begründete Invalidenrente bis zum Zeitpunkt der Begutachtung am A.____ korrekt gewesen sei, nicht beantwortbar.

E. 3.4

Im Rahmen des Einwandverfahrens fanden folgende weitere Berichte Eingang in die Akten:

E. 3.4.1

Im Austrittsbericht der I.____ AG, C.____, datierend vom 25. Februar 2012 (Urk. 8/156), wo sich der Beschwerdeführer vom 3. bis 21. Mai 2012 in stationärer Behandlung befand, wurden folgende Diagnosen aufgeführt:

-

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, mit psychischen Symptomen (ICD-10: F 33.11)

-

Kontakthilflosigkeit mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage (ICD-10: Z 59)

-

Lumboischialgie (ICD-10: M 54.4) bei

-

Diskushernie L3/L4 (ICD-10: M 51.9)

-

Meniskusschädigungen, Status nach Meniskusoperationen (ICD-10: M 23.39)

Der Beschwerdeführer sei auf der Akutstation für Krisenbewältigung aufgenommen worden. Er habe sich durch die Aufnahme deutlich entlastet gezeigt und habe wieder eine regelmässige Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme beginnen können. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes sei es zu keiner erneuten psychotischen Symptomatik gekommen. Die vorbestehende medikamentöse Therapie mit Trazodon 250 mg/4 sei fortgesetzt worden. Unter der Medikation mit Quetiapin 25 mg/d sei es zu keiner subjektiven Besserung der Schlafstörungen gekommen, sodass der Beschwerdeführer von einer weiteren Einnahme abgesehen habe. Auch eine antriebssteigernde sowie schmerzmodulierende Medikation mit Duloxetin sei abgelehnt worden. Er sei ausführlich über Schlafhygiene und das Abhängigkeitspotential von Benzodiazepinen aufgeklärt worden. In den Einzelgesprächen sei vor allem psychoedukativ gearbeitet worden. Es sei insbesondere diskutiert worden, dass sich eine mittel- bis langfristige Wiedereingliederung in das Arbeitsleben prognostisch günstig auf die depressive Erkrankung auswirken würde. Im Rahmen dieser Gespräche sei beim Beschwerdeführer eine Zunahme der Unruhe- und Angstsymptomatik zu beobachten gewesen. Die ergotherapeutischen Massnahmen mit täglicher Arbeit im AZ habe er abgelehnt. Im Verlauf der Hospitalisation habe der Beschwerdeführer die Mitteilung über die Sistierung seiner IV-Rente bis zur Erstellung eines neuen Gutachtens erhalten. Eine Abklärung der Situation sei von ihm mit dem Sozialdienst des C. ___ vereinbart worden. Der Beschwerdeführer sei auf eigenen Wunsch ausgetreten. Bei Austritt habe es keinen Hinweis für akut eigen- oder fremdgefährdendes Verhalten gegeben.

E. 3.4.2

Im Verlaufsbericht der C. ___ vom 24. September 2014 (Urk. 8/155) wurde berichtet, dass sich der Beschwerdeführer seit 2001 dort in Behandlung befinde. Bereits bei der Erstkonsultation sei eine depressive Episode diagnostiziert worden. Im Laufe der Jahre habe sich daraus ein chronischer Verlauf entwickelt mit wiederholt depressiven Phasen, mal leichter, mal schwerer Ausprägung. Im August 2014 sei die depressive Symptomatik leicht ausgeprägt mit gedrückter Stimmung, Freudlosigkeit und Interessenverlust (ICD-10: F 33.01) gewesen.

E. 3.4.3

Dem Austrittsbericht des Spitals J. ___ vom 18. August 2014 (Urk. 8/158/5-7), wo der Beschwerdeführer vom 17. bis 20. August 2014 stationär hospitalisiert war, ist folgende Diagnose zu entnehmen:

-

Schmerzexazerbation im Analbereich bei chronischer Analfissur bei
6 Uhr SSL mit Wächtermarische bei

-

Status nach Débridement der Analfissur mit zusätzlicher Botox-
Injektion am 8. August 2014

-

Status nach Hämorrhoidenoperation (Februar 2014)

-

Status nach Exzision Analabszess (April 2014)

-

aktuell: Kontaktdermatitis perianal

Vom 8. bis 22. August 2014 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Der Austritt sei in gebessertem Allgemeinzustand erfolgt.

E. 4

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.“ In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und um Bestellung von Rechtsanwalt lic. iur. Karl Kümin als unentgeltlichen Rechtsbeistand (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 16. April 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-173 und Urk. 9/1-2), was dem Beschwerdeführer am 17. April 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 10). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Die Mitteilungen vom 4. September 2002, 19. Oktober 2004, und vom 17. Dezember 2007, mit welchen ein unveränderter Invaliditätsgrad von 100 % bestätigt wurde (Urk. 8/58, Urk. 8/69, Urk. 8/78), beruhen nicht auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleiches. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Veränderung bildet somit die ursprüngliche Rentenverfügung vom 11. Januar 2002, mit welcher dem Beschwerdeführer ab 1. Juli 2000 eine ganze Invalidenrente zugesprochen worden war (Urk. 8/49). Demgemäss ist zu prüfen, ob sich seit dieser Verfügung bis zur - rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden (BGE 130 V 446 E. 1.2 mit Hinweisen) - Verfügung vom 26. Januar 2015 (Urk. 2) der massgebliche medizinische und/oder wirtschaftliche Sachverhalt in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. E. 1.2).

E. 4.2

Das polydisziplinäre A.____-Gutachten vom 18. Dezember 2012 (Urk. 8/129) basiert auf einer umfassenden internistischen, rheumatologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) sowie der Observation abgegeben. Die begutachtenden Ärzte haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem A.____-Gutachten kommt daher - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 6-9) - grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.5).

E. 4.3

Wenngleich die A.____-Gutachter in ihrer interdisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung nicht explizit festhalten, dass sich der Gesundheitszustand des

Beschwerdeführers relevant verbessert habe, liegt eine solche Verbesserung - insbesondere in psychiatrischer Sicht - vor.

Im Jahr 2001 stellte das Medas-Gutachten eine vordere Knieinstabilität links, Restbeschwerden nach HWS-Schleuderung und ein leichtes lumbovertebrales Schmerzsyndrom fest und attestierte dem Beschwerdeführer aufgrund der befundenen funktionellen Einschränkungen (wenig, kaum) aus orthopädischer Sicht eine - qualitativ eingeschränkte - 100%ige Arbeitsfähigkeit. Auch die aktuelle gutachterliche Beurteilung geht von objektivierbaren rheumatologischen Befunden aus und führt schlüssig aus, dass diese Einschränkungen einer leichten und mittelschweren Tätigkeit mit einem besonderen Anforderungsprofil, welches auf die geklagten Beschwerden abgestimmt ist (ohne körperliche Schwerarbeiten, ohne häufige Arbeiten in unebenem Gelände, ohne häufiges Treppensteigen oder Besteigen von Leitern und keine vorwiegend kniend durchzuführenden Arbeiten) nicht entgegenstehen. Wenn der begutachtende Rheumatologe ein aggravierendes Verhalten während der Untersuchung schildert und gleichzeitig beim Auskleiden keinerlei Einschränkungen der Beweglichkeit weder lumbal noch cervical beobachten konnte, ist davon auszugehen, dass sich die geklagten Nacken- und Rückenbeschwerden seit der Medas-Begutachtung im Jahr 2001 verbessert haben. Auch hinsichtlich des dannzumal instabilen Kniegelenks ist eine eindeutige Verbesserung ohne Bewegungseinschränkungen, ohne Bewegungsgeräusche und ohne Instabilität feststellbar. Diese in der rheumatologischen Untersuchung festgestellte Besserung der Beschwerden am Bewegungsapparat wird auch durch das anlässlich der Observation gezeigte Verhalten des Beschwerdeführers - absolut flüssig, frei, ohne Bewegungseinschränkungen oder offensichtliche Schmerzen (Urk. 8/129/60-61) - bestätigt. Auch Dr. G.____, der den Beschwerdeführer seit 1999 als Hausarzt behandelt, hielt mehrmals fest, dass für ihn die IV-Berentung nicht nachvollziehbar sei. Seine Einschätzung, dass der Beschwerdeführer weiterhin in seiner bisherigen Tätigkeit als Autohändler zu 100 % arbeitsfähig sei (vgl. E. 3.3.2), überzeugt auch aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte und Hausärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen.

Der psychiatrische Gutachter schloss aufgrund der aktuellen Befundlage eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus. So beeinträchtigt die diagnostizierte Dysthymia nach ICD-10: F 34.1 als chronische depressive Verstimmung, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gegenwärtig nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F 33.0, F 33.1) erfüllt, die Arbeitsfähigkeit nicht. Insoweit ist eindeutig eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes ausgewiesen, da insbesondere die im Jahr 2001 diagnostizierte Konversionsstörung mit ängstlich-depressiver Symptomatik, Störung im Sozialverhalten sowie Somatisierungsstörung, welche damals zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers geführt hatte, nicht mehr vorhanden ist. Auch die durch die C.____ seit 2001 diagnostizierte mittelschwere depressive Episode konnte nicht (mehr) festgestellt werden. Im Weiteren lassen auch die Observationen auf keine depressive Störung oder Störung des Sozialverhaltens schließen.

Im Medas-Gutachten vom 24. Oktober 2001 wurde eine Aggravation noch ausgeschlossen und eine aus neuropsychologischer Sicht bestehende mittelschwere Funktionsstörung festgestellt. Die aktuelle neuropsychologische Beurteilung, wonach ein Aggravationsverhalten vorliegt, erscheint hingegen angesichts des Testverhaltens des

Beschwerdeführers (eingeschränkte Testmotivation, schwanken der Anstrengungsbeteiligung, [weit] unterdurchschnittliche Testergebnisse) stimmig. Das Fehlen einer eigentlichen Ursache für die neuropsychologische Störung (Hirnverletzung oder schwerer Schmerzzustand) bestätigt diese Schlussfolgerung.

E. 4.5.1

Der Beschwerdeführer bringt vor, dass der Observationsbericht vom 11. Juli 2011 (Urk. 8/97) nicht verwertbar sei und keine Rückschlüsse auf die Erwerbsfähigkeit zulasse (Urk. 1 S. 5-6).

Ein Observationsbericht bietet für sich allein keine sichere Basis für Sachverhaltsfeststellungen betreffend den Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person. Im Verbund mit einer – schlüssigen – fachärztlichen Stellungnahme ist er jedoch verwertbar und in eine gesamthafte Beweiswürdigung miteinzubeziehen (Urteil des Bundesgerichtes 9C_492/2012 vom 25. September 2012 E. 4.2 und E. 4.3). Vorliegend wurde nicht allein auf die im Rahmen der Observation gemachten Beobachtungen des Verhaltens des Beschwerdeführers abgestellt, sondern die Beweiswürdigung basierte insbesondere auf dem beweiskräftigen (vgl. E. 4.2) polydisziplinären A.____-Gutachten vom 18. Dezember 2012.

Auch die Verzögerung in der Beantwortung der Rückfragen durch das A.____ (vgl. Urk. 8/132-139), da sich das A.____ vom begutachtenden und fallführenden Psychiater Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und zertifizierter Medizinischer Gutachter SIM, zwischenzeitlich getrennt hatte, hat keinen Einfluss auf den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens, da es sich - entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9) - vollständig, schlüssig und ohne Hinweise darauf, dass es willkürlich verfasst worden wäre, präsentiert.

E. 4.5.2

Der Beschwerdeführer wendet weiter ein, dass sich sein Gesundheitszustand in keiner Weise revisionsrechtlich relevant verbessert habe. Bei der Meinung des A.____ handle es sich um eine unterschiedliche Beurteilung des gleich gebliebenen Sachverhaltes (Urk. 1 S. 10-11). So könne insbesondere aus neuropsychologischer Sicht mangels valider Testergebnisse gar keine Einschätzung vorgenommen und vor allem keine Verbesserung festgestellt werden (S. 7). Auch das psychiatrische Teilgutachten des A.____ vermöge nicht zu überzeugen, da es im diametralen Widerspruch zur Beurteilung des C.____ stehe (S. 8).

Aus neuropsychologischer Sicht wurde mangels verwertbarer neuropsychologischer Befunde tatsächlich keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen. Doch wird unter Hinweis auf das geschilderte Testverhalten des Beschwerdeführers eine Aggravation festgehalten. Indem er bei den Tests aggravierte, hat es sich der Beschwerdeführer selber zuzuschreiben, wenn keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde erhoben werden konnten, deswegen der neurologische Befund nunmehr als bland und damit der Gesundheitszustand in dieser Hinsicht als verbessert zu beurteilen ist.

Hinsichtlich des Einwandes, dass die gutachterliche Einschätzung in psychiatrischer Sicht den anderen (massgebenden) psychiatrischen Beurteilungen widerspreche, ist auf den im Einwandverfahren eingereichten Verlaufsbericht der C.____ vom 24. September 2014 (vgl. E. 3.4.2) hinzuweisen, wonach nur noch eine leichte depressive Symptomatik nach ICD-10: F 33.01 diagnostiziert werden konnte. Eine solche leichte Depression ist wie eine

Dysthymia invalidi den versicherungsrechtlich irrelevant

und stimmt mit der gutachterlichen Beurteilung grundsätzlich überein. Die im Gegensatz dazu im Austrittsbericht der C.____ vom 25. Februar (richtig: Mai) 2012 diagnostizierte schwere depressive Episode (ICD-10: F 33.11) bestand demnach nur vorübergehend (im September 2014 nur noch leichte Depression) und ist als vorübergehendes, nicht invalisierendes reaktives geschehen im Zusammenhang mit der Renten-Sistierung im Februar 2012 (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.4) zu sehen.

E. 4.6.1

Zusammenfassend entspricht das polydisziplinäre A.____-Gutachten den erforderlichen Kriterien und es ist von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie damit einhergehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Autohändler (vgl. IV-Anmeldung vom 23. September 1999, Urk. 8/12) und in jeder anderen leichten und mittelschweren Tätigkeit ohne körperliche Schwerarbeiten, ohne häufige Arbeiten in unebenem Gelände, ohne häufiges Treppensteigen oder Besteigen von Leitern und ohne vorwiegend kniend durchzuführende Arbeiten auszugehen.

E. 4.6.2

Dr. B.____ vom A.____ beantwortete die gestellte Rückfrage zur gutachterlichen Abklärung zwar dahingehend, dass rückblickend nicht nachvollzogen werden könne, ob eine ganze, psychiatrisch begründete Invalidenrente bis zum Zeitpunkt der Begutachtung korrekt gewesen sei (vgl. E. 3.3.4). Das A.____ attestierte eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit jedenfalls ab Begutachtung. Es kann aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand spätestens seit der Observation im Mai/Juni 2011 schon massgeblich verbessert hat, zumal die A.____ Gutachter weder aus rheumatologischer noch aus psychiatrischer Sicht körperliche oder psychische Beeinträchtigungen im Verhalten des Beschwerdeführers feststellen konnten.

Demnach ist anzunehmen, dass der Beschwerdeführer spätestens seit dieser Observation im Mai/Juni 2011 in der bisherigen Tätigkeit wieder uneingeschränkt arbeits- und leistungsfähig und dementsprechend in der Lage war, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen.

E. 4.6.3

Objektive Anhaltspunkte dafür, dass sich der psychische oder körperliche Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der polydisziplinären A.____-Begutachtung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. Januar 2015 verschlechtert hat, sind nicht ersichtlich und ergeben sich insbesondere nicht aus den vom Beschwerdeführer im Rahmen des Einwandverfahrens ein gereichten Arztberichten (Urk. 8/155-158). Wie schon unter E. 3.4.1-2 dargelegt, zeigen die Berichte der C.____ eine vorübergehende Verschlechterung der depressiven Symptomatik, welche schliesslich in eine leichte (versicherungsrechtlich irrelevante) Depression mündete. Und der Bericht des Spitals J.____ lässt lediglich auf eine kurzzeitig begrenzte Arbeitsunfähigkeit schliessen (vgl. E. 3.4.3).

E. 5.1

Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie

ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente erfolgt im Normalfall frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV). Rückwirkend vom Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung an darf eine Leistung nur dann aufgehoben werden, wenn die unrichtige Leistungsausrichtung darauf zurückzuführen ist, dass der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder der ihm gemäss Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV).

Gemäss Art. 77 IVV hat der Berechtigte jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung, namentlich eine solche des Gesundheitszustands, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit sowie der persönlichen und gegebenenfalls der wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten unverzüglich der IV-Stelle anzuzeigen. Zur Annahme einer Meldepflichtverletzung gemäss Art. 77 IVV genügt auch ein nur leicht schuldhaftes Verhalten (vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genève 2014, Rz. 147 zu Art. 30-31 IVG).

E. 5.2

Ein solches ist vorliegend fraglos gegeben. Dem Beschwerdeführer musste nämlich bei pflichtgemässer Aufmerksamkeit bewusst sein, dass er nicht zur gleichen Zeit eine ganze Rente, basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 %, beziehen konnte, wenn es ihm zeitgleich möglich war, die im Rahmen der Observation dokumentierten Aktivitäten ohne sichtbare Einschränkungen psychischer und/oder physischer Art zu bewältigen. Er hat den verbesserten Gesundheitszustand aber nicht nur nicht gemeldet, sondern er hat – wie mit Blick auf die Ergebnisse der vorgängig durchgeführten Überwachung feststeht – am 31. August 2010 im Fragebogen für Rentenrevision wahrheitswidrig angegeben, sein Gesundheitszustand sei gleich geblieben (Urk. 8/83). Spätestens nach der Konfrontation mit der Observation am 7. und 9. Dezember 2011, als der Beschwerdeführer seine Aushilfe bei einem Kollegen im Autohandel trotz mehrmaliger, gezielter Nachfragen verschwiegen (vgl. Urk. 8/100), ist von einer Meldepflichtverletzung auszugehen. Daran ändert auch das Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) vom 18. Oktober 2016 in Sachen Vukota-Bojic ca. Schweiz (No.

61838/10) nichts, weil in der Invalidenversicherung – anders als in der Unfallversicherung – in Art. 59 Abs. 5 IVG eine gesetzliche Grundlage für die Durchführung von Observationen besteht.

E. 5.3

Demnach ist die rückwirkende Rentenaufhebung per Ende Dezember 2011 nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6.1

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

E. 6.2

Der Beschwerdeführer wird gemäss Unterstützungsbestätigung vom 11. September 2014 (Urk. 3) von seiner Wohngemeinde F.____ finanziell unterstützt. Mit Blick darauf ist er im

vorliegenden Verfahren bezogen auf den massgebenden Zeitpunkt als prozessual bedürftig zu qualifizieren. Da auch die weiteren Voraussetzungen (fehlende Aussichtslosigkeit und sachliche Notwendigkeit der Rechtsverteidigung) knapp erfüllt sind, ist dem Beschwerdeführer in Bewilligung seines Gesuchs vom 26. Februar 2015 (Urk. 1 S. 2) ein unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen und es ist ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren.

Angesichts des Anwaltswechsels (Urk. 11 und Urk. 13-14) ist dem Beschwerdeführer bis zum 30. September 2016 Rechtsanwalt Kumin, Zürich, und ab dem 1. Oktober 2016 Rechtsanwalt Grossen, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen.

E. 6.3

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert zu bemessen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 600.-- anzu setzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.4

Mit Honorarnote vom 27. September 2016 (Urk. 12) machte Rechtsanwalt Kumin einen Aufwand von 8.92 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 45.10 und damit Fr. 2'167.60 (inklusive Mehrwertsteuer) geltend, was als angemessen erscheint. Rechtsanwalt Kumin ist daher in diesem Umfang aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Mangels erheblicher Umtriebe seit der Mandatsübernahme ab 1. Oktober 2016 ist Rechtsanwalt Grossen hingegen keine Entschädigung zuzusprechen.

E. 6.5

Der Beschwerdeführer ist darauf hinzuweisen, dass er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Kosten für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 26. Februar 2015 wird dem Beschwerdeführer bis 30. September 2016 Rechtsanwalt Karl Kumin, Zürich, und ab 1. Oktober 2016 Rechtsanwalt Thomas Grossen, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt und es wird ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, jedoch zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Karl Kumin, Zürich, wird mit Fr. 2'167.60 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Karl Kumin - Rechtsanwalt Thomas Grossen - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Hurst
Geiger

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