

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00419 vom 22. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00419

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00419 du 22 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00419 del 22 marzo 2016

Erwägungen

E. 1.1

Die IV-Stelle kann auf eine formell rechtskräftige Verfügung zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig und deren Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] und Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Die Wiedererwägung im Sinne dieser Bestimmung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung (einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts). Ein Zurückkommen auf eine rechtskräftige Verfügung unter diesem Rechtstitel setzt Unvertretbarkeit der darauf beruhenden Leistungszusprechung vor dem Hintergrund der damaligen Sach- und Rechtslage voraus. Es darf kein vernünftiger Zweifel daran möglich sein, dass die Verfügung unrichtig war; einzig dieser Schluss ist denkbar.

Eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) mit der Folge, dass die Leistungszusprechung auf einer offenkundig unvollständigen oder widersprüchlichen Aktenlage erfolgte, bei Renten etwa die Invaliditätsbeurteilung auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beruhte, kann ein solcher Wiedererwägungsgrund sein. Als zweifellos unrichtig kann die betreffende Verfügung indessen erst gelten, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Sachverhalt erstellt werden kann, gestützt auf den ein umfangmässig geringerer oder sogar kein Leistungsanspruch resultierte (Urteil des Bundesgerichts 9C_816/2013 vom 20. Februar 2014 E. 1.1 mit Hinweis auf BGE 117 V 8 E. 2c und die Urteile 8C_848/2012 vom 16. April 2013 E. 2.2, 9C_397/2012 vom 30. Oktober 2012 E. 3.1.2, 9C_760/2010 vom 17. November 2010 E. 2, 9C_845/2009 vom 10. Februar 2010 E. 3.2, 9C_575/2007 vom 18. Oktober 2007 E. 3.3 sowie I 434/03 vom 22. April 2004 E. 3.2).

E. 1.2

Sind die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung erfüllt, müssen die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs ex nunc et pro futuro geprüft werden. Wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist dabei auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts im Zeitpunkt des Erlasses der neuen Verfügung der Invaliditätsgrad zu ermitteln (Art. 85 Abs. 2 und Art. 88 bis Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]; Urteil des Bundesgerichts 8C_947/2010 vom 1. April 2011 E. 2.2.2).

E. 1.3

Im Februar 2010 unterzog sich der Versicherte einer Schulterarthroskopie links (Urk. 9/52). Zur selben Zeit nahm die IV-Stelle die zweite Revision an die Hand (Urk. 9/49) und gab

nach ersten Abklärungen (Urk. 9/50-53, 55 und 57-64) ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag. Dieses wurde am 9. Juli 2012 von der Z.____ GmbH (nachfolgend: Z.____) erstattet (Urk. 9/70) und am 20. August 2012 ergänzt (Urk. 9/71). Die Gutachter bescheinigten dem Versicherten eine volle Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten und wiesen auf die damit im Einklang stehenden fachärztlichen Einschätzungen bei der Rentenzusprache hin (Urk. 9/71). Die nachfolgende berufliche Eingliederung schloss die IV-Stelle wegen neuer gesundheitlicher Beschwerden des Versicherten schon nach dem Erstgespräch ab, was sie ihm am 13. Juli 2013 schriftlich mitteilte (Urk. 9/77, 80 und 81). Der Versicherte brach damals auch die von der Sozialbehörde vermittelte Eingliederungsmassnahme ab (Urk. 9/80, Urk. 9/89 S. 3, Urk. 9/110 S. 16, Urk. 9/118 S. 9). Nach Entfernung eines Nierentumors und weiteren medizinischen Abklärungen (Urk. 7/85 und 88-96) ordnete die IV Stelle eine zweite polydisziplinäre Untersuchung an. Das zweite Z.____ Gutachten vom 3. November 2014 bestätigte das Ergebnis des ersten (Urk. 9/110 S. 38). Mit Vorbescheid vom 10. Dezember 2014 kündigte die IV Stelle dem Versicherten daher die Renteneinstellung an (Urk. 9/115). Dagegen erhob er am 21. Januar 2015 Einwand (Urk. 9/128, Urk. 9/131). Schliesslich zog die IV-Stelle die ursprüngliche Rentenzusprache vom 19. Oktober 2005 mit Verfügung vom 3. März 2015 in Wiedererwägung, hob die Rente per Ende April 2015 auf und entzog einer allfälligen Beschwerde gegen den Entscheid die aufschiebende Wirkung (Urk. 2).

E. 2

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch den Rechtsdienst Inclusion Handicap, am 16. April 2015 Beschwerde. Darin beantragte er, ihm weiterhin eine Dreiviertelsrente auszurichten, eventualiter die Sache zur Durchführung von Wiedereingliederungsmassnahmen unter Weiterausrichtung der Rente an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1). In der Beschwerdeantwort vom 20. Mai 2015 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Im Übrigen gewährte das Sozialversicherungsgericht dem Versicherten mit Verfügung vom 1. Juni 2015 die unentgeltliche Prozessführung (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog sinngemäss, dass der RAD im Jahre 2005 nicht entgegen den fachärztlichen Einschätzungen ohne Weiteres auf die vom Hausarzt attestierte teilweise Arbeitsunfähigkeit auch in angepassten Tätigkeiten hätte abstellen dürfen. Gemäss aktuellen Abklärungen sei der Beschwerdeführer in angepassten Tätigkeiten seit jeher zu 100 % arbeitsfähig. Somit betrage der Invaliditätsgrad unter Berücksichtigung eines Abzugs von 10 % für das eingeschränkte Belastungsprofil nur 20 % (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte geltend, der medizinische Sachverhalt sei unverständlich und die Rentenzusprache zumindest gestützt auf die Sach- und Rechtslage im Jahre 2005 zweifellos vertretbar. Dies müsse umso mehr gelten, als der RAD seine Einschätzung damals im Einspracheverfahren nochmals bestätigt habe. Ferner sei er nun 58 Jahre alt und beziehe seit zehn Jahren eine Rente, weshalb ihm eine Selbsteingliederung nicht zumutbar sei (Urk. 1).

E. 3.1

Die Rentenverfügung vom 5. Juli 2005 (Urk. 9/16 und 9/26) wurde durch den Einspracheentscheid vom 19. Oktober 2005 (Urk. 9/38) ersetzt (vgl. BGE 133 V 50 E).

4.2.2). Massgebend für die Beurteilung der Zulässigkeit der wiedererwägungsweisen Aufhebung der Dreiviertelsrente ist somit die Sachlage im Oktober 2005. Keine eigenständige Bedeutung kommt in diesem Sinne der Mitteilung vom 8. Februar 2007 (Urk. 9/48) zu, obwohl ein solch formloser Entscheid gestützt auf Art. 74 ter lit. f IVV eine mit formellen Verfügungen vergleichbare Rechtsbeständigkeit entfaltet. Die Mitteilung verneinte einzig den Eintritt einer Tatsachenänderung nach Oktober 2005 und setzte damit implizit die Richtigkeit der Rentenzusprache voraus (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_144/2011 vom 10. Mai 2011, Sachverhalt A. und E. 4 sowie 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 53 Rz 46; im Detail vgl. E. 4). Der festgestellte Sachverhalt ist nach der Rechtslage zu beurteilen, wie sie vor der im Zuge der 5. IV-Revision auf den 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Änderung des IVG (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129 und 5147) bestanden hat.

E. 3.2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 ATSG). Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG).

E. 3.2.2

Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2007 geltenden Fassung) entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherte mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig (Art.

E. 3.3.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der ursprünglichen Zusprechung der Dreiviertelsrente (Urk. 9/16, Urk. 9/38) soweit ersichtlich auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung des RAD-Arzt Dr. med. A.____ .

Er kam am 18. Mai 2005 zum Schluss, dass der bisher im Baugewerbe tätig gewesene Beschwerdeführer fachärztlich und hausärztlich übereinstimmend seit Februar 2004 für mittelschwere bis schwere Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig sei. Aufgrund der guten Erklärungen und der Zusammenfassung im hausärztlichen Bericht sei eine 50%-Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten plausibel. Er gehe nicht von einer dauerhaften 100%-Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit aus. Der Spitalbericht drücke dies auch nicht entsprechend aus. Der Beschwerdeführer sei mehrfach abgeklärt und behandelt worden. Trotz konsequenter Rehabilitationsmassnahmen und Therapien sei ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis zu verzeichnen. Der Beginn der Wartezeit sei auf den 1. Februar 2004 festzusetzen (Urk. 9/14 S. 3).

Im Einspracheverfahren betonte Dr. A.____ am 13. Oktober 2005 nochmals, aus seiner Sicht sei eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepassten Tätigkeiten

schlüssig. Eine psychische Störung im Sinne des IVG sei nicht aktenkundig und werde auch nicht behandelt, so dass die somatische Sicht ausschlaggebend sei. Sprachliche Barrieren und Mentalitätsprobleme seien invaliditätsfremd. Es bestehe kein weiterer Abklärungsbedarf (Urk. 9/36).

E. 3.3.2

In beiden Stellungnahmen stellte der RAD folglich auf den Bericht des damaligen Hausarztes des Beschwerdeführers Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 28. Februar 2005 ab (Urk. 9/10).

Dieser nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts mit/bei (1) kleiner mediolateraler Diskusprotrusion L3/4, mediorechtslateraler Diskushernie L4/5, (2) Wirbelsäulenfehlform/Fehlhaltung, (3) muskulärer Dysbalance, (4) Status nach M. Scheuermann der Brustwirbelsäule und (5) Verdacht auf eine „somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung der Chronifizierungstendenz“. Der Hausarzt attestierte dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit ab 1. Februar bis 4. April 2004 und erneut ab 9. Mai 2004 bis auf Weiteres sowie eine um 50 % reduzierte Arbeitsfähigkeit dazwischen (Urk. 9/10 S. 1). Ferner legte er in einer ausführlichen Anamnese die bisherigen Behandlungen und Hospitalisationen dar (Urk. 6/10 S. 5 f.). Er schlussfolgerte, dass alles Menschenmögliche an Therapieversuchen eingesetzt worden sei. Eine positive Wirkung sei dennoch nicht zu erkennen, weshalb der Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente benötige. Dies würde für alle Beteiligten viel Zeit, Geld und Nerven sparen. Alternativ käme die Suche nach einer eher leichten Arbeit in Frage, während welcher der Beschwerdeführer erst noch Pausen machen könne. Für die Stellensuche benötige dieser zudem aus intellektuellen Gründen (Sprachprobleme) Hilfe (Urk. 9/10 S. 2 und 5 f.). Hinsichtlich des zumutbaren Umfangs der behinderungsangepassten Tätigkeit kreuzte Dr. B.____ „halbtags“ an und konkretisierte zwölf Stunden pro Woche (Urk. 9/10 S. 4). Er fügte an, der Beschwerdeführer verstehe das Wesen der Schmerzverarbeitungsstörung nicht und wolle von einem Psychiater nichts wissen (Urk. 9/10 S. 6).

E. 3.4.1

Im Oktober 2005 bei den Akten lag auch ein Bericht von Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, der schon im Februar 2003 die Diagnose posttraumatisches Lumbovertebralsyndrom bei muskulärer Dysbalance, Fehlhaltung der Wirbelsäule und diskretem mehrsegmentalem Bandscheibenschaden gestellt hatte. Er verwies auf aktuelle Röntgenbefunde und machte auf ein auffallendes, aber wechselndes Schonhinken rechts sowie eine wechselnde Schiefhaltung des Oberkörpers nach links aufmerksam. Nach einer Lokalinfiltration mit Lidocain und Instruktion einer entsprechenden Gymnastik lautete sein Fazit, in den nächsten zwei Wochen sei wahrscheinlich noch nicht an eine Arbeitsaufnahme zu denken (Urk. 9/10 S. 40 f.).

E. 3.4.2

Dem Bericht des Kreispitals Y.____ zur Hospitalisation im Februar 2004 ist zu entnehmen, dass die Befunde am ehesten für ein lumbospondylogenes Syndrom sprechen würden, aber auch Ausdruck eines lumboradikulären Schmerz- und Ausfallsyndroms sein könnten. Konventionell-radiologisch hätten sich asymmetrische Spondylo-/Parasyndesmophyten nachweisen lassen. Die Computertomographie (CT) zeige kleine, die Neuroforamina nicht einengende, mediale Diskushernien auf Höhe L3/4 und L4/5. Unter Analgesie und

intensiver Physiotherapie sei eine stetige Linderung der Schmerzen respektive der fraglichen Hyposensibilität und Rückgewinnung der funktionellen Kapazität erreicht worden. Sicher spiele bei den Beschwerden auch ein psychosozial-bedingt gesteigertes Krankheitsverhalten eine Rolle (Urk. 9/10 S. 38).

E. 3.4.3

Der konsiliarisch beigezogene Dr. med. D.____, Facharzt für Rheumatologie, berichtete am 21. April 2004, aufgrund der klinischen Untersuchung bestünden ein lumbospondylogenes Syndrom rechts bei ausgesprochener Hyperlordose der Lendenwirbelsäule und leichtgradigen degenerativen Veränderungen L3/4 und L4/5. Eine durchgemachte Wurzelschädigung S1 links sei wahrscheinlich, rechts fänden sich keine Ausfallzeichen. Das Reizzeichen (Lasègue) sei angesichts des gesteigerten Schmerzverhaltens schwer zu deuten. Der Beschwerdeführer wirke glaubwürdig leidend und irgendwie hilflos. Er teile den Eindruck, dieser arbeite, um die Stelle nicht zu verlieren, schätze aber auch seinen körperlichen Zustand zu schlecht ein. Eine Operation sei sicher nicht indiziert und die Physiotherapie habe in den Augen des Beschwerdeführers wenig gebracht. Von einem Therapeutenwechsel sei nicht viel zu erwarten. Er schlage vor, den Beschwerdeführer bei der Arbeit zu halten und ihm ein Antidepressivum zur allfälligen Schmerzlinderung und Verbesserung der Grundstimmung zu geben (Urk. 9/10 S. 37).

E. 3.4.4

Gemäss Überweisungsbericht des Kreispitals Y.____ zur Hospitalisation im Mai 2004 zeigten sich klinisch eine Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung mit betonter Lendenwirbelsäulenlordose, ein paravertebraler Hartspann sowie eine hochgradig eingeschränkte Beweglichkeit. Sichere Hinweise auf eine radikuläre Problematik hätten sich bei diffuser Hypästhesie der ganzen rechten Körperhälfte sowie symmetrisch auslösbaren Muskeleigenreflexen keine gefunden. Unter Ausbau der medikamentös-analgetischen Therapie und erneuter Physiotherapie habe man die Beschwerden nur wenig beeinflussen können. Es bestünden deutliche Zeichen der Symptomausweitung. Weiter stünden für den Beschwerdeführer versicherungsrechtliche und finanzielle Fragen im Vordergrund. Die familiäre Situation sei durch den kürzlich durchgemachten Myokardinfarkt der Ehefrau zusätzlich belastet (Urk. 9/10 S. 32).

E. 3.4.5

Im Herbst 2004 wurde der Beschwerdeführer in der Interdisziplinären Schmerzsprechstunde der E.____ neurologisch, rheumatologisch und anästhesiologisch untersucht. Die Ärzte diagnostizierten am 14. September 2004 neben dem chronischen lumbospondylogenen Syndrom rechts eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD: F43.22) bei schwerer psychosozialer Belastung. Bei eingeschränkter Untersuchbarkeit infolge Symptomausweitung bestünden keine klinischen Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik. Zudem sei trotz Symptomausweitung eine arbeitsbezogene Rehabilitation zu prüfen, da der Beschwerdeführer noch nicht lange aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden sei. Zur Bewältigung der psychosozialen Problematik erachte man eine Behandlung in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung als sinnvoll (Urk. 9/10 S. 26 f.).

Im Detail ist der rheumatologischen Untersuchung zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer die Fehlhaltung der Wirbelsäule bei Ablenkung spontan korrigierte, in der Bewegungsprüfung ein auffälliges Schmerzverhalten zeigte und die

Funktionsprüfungen – beispielsweise der Hüftgelenke – durch teils massive Gegeninnervation einschränkte. Indessen konnte er problemlos beim Sockenanziehen die Beine übereinanderschlagen oder den Langsitz einnehmen (Urk. 9/10 S. 25). Im psychiatrischen Befund wurde festgehalten, der Beschwerdeführer wirke deutlich bedrückt, verängstigt und verloren. Er trete mit einer von Schmerz verzerrten Mimik, leidend ins Gespräch ein. Es bestünden keine groben mnestischen Störungen. Der Gedankengang sei geordnet. Die Inhalte würden sich um die schwere psychosoziale Problematik drehen, zeigten Angst und depressives Erleben. Die Grundstimmung sei bedrückt, die Affektlage stabil und der Antrieb reduziert. Es sei ein Krankheitsgefühl, aber nur teilweise eine Krankheitseinsicht hinsichtlich der psychischen Erkrankung vorhanden. Das Fazit der anästhesiologischen Behandlungsversuche lautete, es gebe keine Schmerz linderung mit Natriumkanalhemmern vom Typ Tegretol oder potenten Opioiden (Urk. 9/10 S. 26).

E. 3.4.6

Die arbeitsbezogene Rehabilitation wurde Ende 2004 im F.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, durchgeführt. In seinem Bericht attestierte Dr. med. G.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, dem Beschwerdeführer für mittel schwere, wechselbelastende Tätigkeiten mit einer Gewichtslimite von maximal 25 kg und der Möglichkeit zu vermehrten Pausen eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/10 S. 10). Gleichzeitig wies er darauf hin, dass die Basistests aufgrund der reduzierten Testauswahl und fehlenden Belastungsdauer keine Beurteilung des zumutbaren zeitlichen Umfangs erlaubten. Empfohlen werde eine Begut achtung unter Einbezug einer vollständigen Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (nachfolgend EFL; Urk. 9/10 S. 17 f.)

Ferner führte er aus, im Vordergrund stünden ein lumbospondylogenes Schmerz syndrom mit einer Ausweitungstendenz sowie Hinweise auf eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung. Radikuläre Ausfälle seien klinisch nicht vorhanden. Neben der Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung, der mus kulären Dysbalance mit einer abdominellen Adipositas sowie der allgemeinen Dekonditionierung gebe es Hinweise auf ein dysfunktionales Krankheitsverhal ten. Der Beschwerdeführer zeige bei den Tests eine mässige Leistungsbereit schaft bzw. leichte Selbstlimitierung. Die Belastbarkeit liege allgemein im Bereich mittelschwerer Arbeit. Der Versuch sei vorzeitig beendet und der Beschwerdeführer wegen Frischblutabgang (Hämorrhoiden) sowie Exazerbation der Rückenschmerzen hospitalisiert worden (Urk. 9/10 S. 19).

Da sich gezeigt habe, dass der Beschwerdeführer nicht rehabilitierbar sei, wür den keine physiotherapeutischen Massnahmen empfohlen. Bei zurzeit im Vor dergrund stehendem Angst- und Vermeidungsverhalten sowie dem Verdacht auf eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung werde aber eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Evaluation und Therapie empfohlen. Ebenfalls empfohlen werde eine aktive Arbeitssuche, allenfalls mit Unterstützung des Regionalen Arbeitsvermittlungsamtes (Urk. 9/10 S. 20).

E. 3.4.7

Gemäss Austrittsbericht des Kreisspitals Y.____ vom 21. Januar 2005 kam es Ende 2004 zu einer immobilisierenden Schmerzexazerbation lumbal mit Ausstrahlung ins rechte Bein. Die Umstellung der Medikamente habe zu einer markanten Schmerzbesserung, Antriebssteigerung und besseren Mobilisierbar keit geführt. Eine Hyposensibilität im rechten Bein und die reduzierte Muskel kraft in Fussheber und -senker seien bis zum

Austritt stark regredient. Unter konsequenter Analgesie und Physiotherapie sei der Beschwerdeführer mobil und mit stark reduzierten Schmerzen entlassen worden (Urk. 9/10 S. 7). Das CT zeige eine kleine mediale Diskushernie mit schmaler Protrusion L3/4 sowie eine medio rechts laterale Diskushernie L4/5 maximale dorsoventrale Ausdehnung 6.6 mm. Erstere sei im Vergleich zu den Vorbildern von 2002 unverändert, letztere regredient (Urk. 9/10 S. 8).

Am 28. Februar 2005 kreuzte der Assistenzarzt Dr. H.____ auf dem Fragebogen der Beschwerdegegnerin an, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Berufstätigkeit „vorerst“ nicht, eine behinderungsangepasste Tätigkeit hingegen ganztags zumutbar sei. Nur selten zumutbar seien dabei Überkopfarbeiten, eine vorgeneigte Körperhaltung sowie das Heben und Tragen von Lasten bis maximal 9 kg. Es sei eine berufliche Umstellung zu prüfen (Urk. 9/11 S. 3 f.). Am 2. März 2005 fügte er hinzu, man habe aufgrund persistierender Schmerzen trotz intensiver Analgesie und Physiotherapie mit einer antidepressiven Unterstützungstherapie begonnen, worauf es zu einer massiven Besserung der Schmerzsymptomatik gekommen sei. Man gehe davon aus, die Analgetika im weiteren Verlauf reduzieren zu können. Das CT habe zwei Bandscheibenprotrusionen mit medialer Diskushernie von 3 mm (L3/4) bzw. 4.5 mm (L4/5) gezeigt, der Befund L5/S1 sei unauffällig (Urk. 9/11 S. 6).

E. 3.5.1

Aus den Unterlagen ergibt sich, dass die somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers zwischen Anfang 2003 und Anfang 2005 mehrfach mittels bildgebender Verfahren abgeklärt wurden (vgl. E. 3.4.1-2 und 3.4.7). Dabei diagnostizierten die Ärzte im Wesentlichen übereinstimmend ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei/mit Wirbelsäulenfehlform und Fehllhaltung (Status nach M. Scheuermann, Lendenwirbelsäulenlordose), muskulärer Dysbalance sowie einen mehrsegmentalen Bandscheibenschaden L3/4 und L4/5 (vgl. E. 3.3.2 und 3.4.1-7). Letzterer erfuhr im Zeitraum der Berichterstattung eine leichte Besserung und wurde als „diskret“ bzw. „klein“ beschrieben. Eine Einengung der Neuroforamina wurde ausgeschlossen (vgl. E. 3.4.1-2 und 3.4.7). Schliesslich erachtete Dr. D.____ eine durchgemachte Wurzelschädigung S1 links, nicht aber rechts als wahrscheinlich (vgl. E. 3.4.3). In allen späteren Berichten wurde nur noch darauf hingewiesen, dass sich keine klinischen Hinweise auf eine radikuläre Problematik gefunden hätten (vgl. E. 3.4.4-6). Die objektiven Befunde liessen somit in keiner Weise auf eine Verschlechterung der Rückenbeschwerden seit Anfang 2003, insbesondere eine Nervenläsion rechts schliessen. Trotzdem klagte der bis Januar 2004 100% arbeitstätige Beschwerdeführer ab April 2004 nach jeder Aufnahme einer Tätigkeit bald über starke Schmerzen, die auch unter intensiver Analgesie und Physiotherapie kaum mehr beeinflussbar waren. Der Arbeitsversuch und selbst die arbeitsbezogene Rehabilitation scheiterten (vgl. E. 3.4.1-7).

E. 3.5.2

Indessen stellten die Ärzte im Jahr 2004 eine gedrückte Grundstimmung sowie einen verminderten Antrieb fest und empfahlen eine psychotherapeutische Behandlung (vgl. E. 3.4.3-7). Die antidepressive Unterstützungstherapie im Januar 2005 führte sodann nicht nur zu einer Antriebssteigerung, sondern auch zu einer markanten Schmerzbesserung und besseren Mobilisierbarkeit (vgl. E. 3.4.7). Die Ärzte der Interdisziplinären Schmerzprechstunde diagnostizierten in diesem Zusammenhang eine Anpassungsstörung

mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD: F43.22) bei schwerer psychosozialer Belastung (vgl. E. 3.4.5). Dr. G.____ äusserte nach dem Rehabilitationsversuch den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung (vgl. E. 3.4.6), den der Hausarzt später übernahm (vgl. E. 3.3.2). In allen übrigen Berichten wurde keine fachärztliche psychiatrische Diagnose gestellt, sondern bloss die aktuelle psychosoziale Problematik, vor allem die Krankheit der Ehefrau, hervorgehoben (vgl. E. 3.4.4-7). Schliesslich finden sich in fast allen Berichten Hinweise auf ein erhebliches dysfunktionales Krankheitsverhalten bzw. eine im Vordergrund stehende Symptomausweitung. Dabei wurden zahl reiche Inkonsistenzen während der Untersuchung aufgezeigt sowie auf die auffällige Leiddarstellung aufmerksam gemacht (vgl. 3.4.1-7).

E. 3.5.3

Daraus schlussfolgerte der RAD-Arzt Dr. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dass keine relevanten psychischen Beschwerden beständen, sondern die somatische Sicht ausschlaggebend sei. Unter Verweis auf das unbefriedigende Behandlungsergebnis führte er ferner aus, dass nicht von einer dauerhaften 100%-Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (vgl. E. 3.3.1).

An dieser Beurteilung bestehen nicht bloss wegen der nur teilweise vorhandenen fachärztlichen Spezialqualifikationen von Dr. A.____ erhebliche Zweifel, sondern allein schon aufgrund der von ihm gewählten Formulierung. Eine Berentung setzte auch im Jahr 2005 eine im Zeitpunkt der Verfügung fortbestehende und nicht bloss eine in der Zukunft absehbare Erwerbsunfähigkeit voraus. Dabei äusserte sich der RAD-Arzt zu Recht zum Beginn der Wartezeit, gab es doch bei unverändertem klinischem Befund und nach Ansprechen auf die antidepressive Therapie keine Anhaltspunkte für ein nunmehr dauerhaftes, relativ stabiles Leiden im Unterschied zu den bisherigen Remissionen (vgl. E. 3.2 zur Rechtslage) .

Es kommt hinzu, dass die über mehrere Tage behandelnden Fachärzte in der Rehabilitation und im Kreisspital Y.____ dem Beschwerdeführer eine sofortige 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten attestierten, wobei nach Ansicht von Dr. G.____ nicht nur leichte, sondern auch mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten mit einer Gewichtslimite von maximal 25 kg und der Möglichkeit zu vermehrten Pausen zumutbar waren. Sein Hinweis, dass die Basistests keine Beurteilung des zeitlichen Umfangs erlauben würden, ist bei Symptomausweitung und vorzeitiger Beendigung der Rehabilitation nachvollziehbar, spricht für eine objektive Berichterstattung und erklärt mitunter die Berücksichtigung eines erhöhten Pausenbedarfs im Rahmen der vorsichtigen Gesamtbeurteilung (vgl. E. 3.4.6-7). Im Übrigen wies sich der Beschwerdeführer gemäss Angaben seines Hausarztes nach der Rehabilitation selbst ins Spital ein in der Überzeugung, aufgrund der strengen Rehabilitation spitalbedürftig geworden zu sein (Urk. 9/10 S. 6). Er hatte die beschränkte Beurteilbarkeit seiner Leistungsfähigkeit folglich grösstenteils selbst zu verantworten, so dass nur bedingt präzisere Ergebnisse von einer umfassenden EFL zu erwarten waren.

E. 3.5.4

Nach der bereits mit BGE 125 V 351 E. 3 lange vor Oktober 2005 publizierten Rechtsprechung, haben Versicherungsträger die Beweise

frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist dabei entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht,

auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll zudem der Erfahrungstatsache Rechnung ge tragen werden , dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrecht liche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aus sagen .

Dass dieses Vertrauensverhältnis und eine gewisse Scheu vor administrativem Aufwand im Bericht von Dr. B. ___ eine bedeutende Rolle spielten, ergibt sich bereits aus der von ihm klar kommunizierten Grundhaltung, dass der Beschwer deführer eine ganze Invalidenrente benötige und man sich „Zeit, Geld und Ner ven spare“, wenn man ihm diese auch gebe. Nur „alternativ“ sei dieser in einer eher leichten Arbeit und mit der Möglichkeit zu Pausen arbeitsfähig (Urk. 9/10 S. 2). Sogar bei der Quantifizierung der Arbeitsfähigkeit machte Dr. B. ___ nochmals deutlich, die Arbeitsfähigkeit gelte nur, solange keine Rente gespro chen werde. Darüber hinaus kreuzte er an, eine behinderungsangepasste Tätig keit sei „halbtags“ zumutbar, legte den zeitlichen Umfang aber explizit auf 12 Stunden pro Woche fest. Dies entsprach bei einer nicht nur für den Beschwer deführer üblichen Wochenarbeitszeit von knapp 42 Stunden (Urk. 9/13 S. 2) einem Arbeitspensum von weniger als 30 %. Die hausärztlichen Angaben waren somit offensichtlich wohlwollend und in sich nicht schlüssig.

E. 3.5.5

Indem sich der RAD-Arzt Dr. A. ___ auf den hausärztlichen Bericht und die Beschwerdegegnerin auf seine Stellungnahmen stützten, verletzten beide klar den Untersuchungsgrundsatz. Zwar wurde der medizinische Sachverhalt voll ständig abgeklärt, die daraus abgeleitete 50%-Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten entbehrt aber einer nachvollziehbaren Grundlage.

E. 3.6.1

Abgestellt werden kann indessen auf die einhellige Arbeitsfähigkeitsschätzung in den übrigen, vor Oktober 2005 datierten medizinischen Berichten. Die meisten jener Ärzte verfügten hinsichtlich der somatischen Beschwerden über entsprechende Facharzt titel und ihre Beurteilungen beruhten auf aktuellen Bild dokumenten. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass der Beschwerdeführer bis Januar 2004 mit unfallbedingten Unterbrüchen zu 100 % erwerbstätig war, obwohl der klinische Befund seit mindestens Februar 2003 derselbe war.

E. 3.6.2

Bezüglich der diagnostizierten nicht somatischen Beschwerden ist ergänzend festzuhalten, dass gemäss Bundesgericht im Jahre 2005 noch von der Vermu tung auszugehen war, da ss eine somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind.

Konkret führte das Bundesgericht beispielsweise in seinem Urteil B 99/2004 vom 11. April 2005 E. 4.2 aus, die – nur in Ausnahmefällen anzunehmende – Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiederein stieges in den Arbeitsprozess setz e jedenfalls das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein

anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus. Zu diesen Kriterien gehörten unter Umständen chronische körperliche

Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehabter innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung ("Flucht in die Krankheit") oder unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsmaßnahmen sowie gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person. Als psychische Komorbidität würden namentlich schwerwiegende Ausprägungen neurotischer Störungen (ICD-10 : F40-F42), insbesondere dissoziative Störungen (ICD-10 : F44), in Frage kommen. Die Annahme einer solchen Bedingung, dass es sich um ein selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes Leiden handle. Die Zusatzdiagnose einer Anpassungsstörung mit längerdauernder depressiver Reaktion sowie Angstsymptomen stelle deshalb keine psychische Komorbidität im Sinne der Rechtsprechung dar.

In Anbetracht der damaligen Rechtspraxis waren bezüglich der Verdachtsdiagnose somatoforme Schmerzstörung sowie der diagnostizierten Anpassungsstörung somit keine weiteren Abklärungen erforderlich. Die Fachärzte haben diesen Diagnosen bei wiederholter Remission in der Vergangenheit, klarer Symptomausweitung, vordergründigem sekundärem Krankheitsgewinn und erfolgreicher antidepressiver Unterstützungstherapie (vgl. E. 3.4.7) zu Recht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen.

E. 3.6.3

Die psychischen Beschwerden standen letztlich nach Ansicht aller Ärzte ohne hin in einem engen Zusammenhang mit der psychosozialen Belastungssituation. Wo aber im Wesentlichen nur Befunde erhoben werden, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, war schon nach der damaligen Rechtsprechung kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a).

E. 3.7

Zusammenfassend beruhte die Rentenzusprache vom 5. Juli 2005 auf einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Gleichzeitig lässt sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit – wie die Z.____-Gutachten ebenfalls bestätigt haben (Urk. 9/70 S. 72, Urk. 9/110 S. 37) – für Oktober 2005 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten annehmen. Beim damals weitgehend anerkanntem Einkommensvergleich (Urk. 9/14 S. 3, Urk. 9/31 S. 5) wäre daher dem Valideneinkommen von Fr. 63'700.– ein ungeschmälertes Invalideneinkommen von Fr. 58'236.– gegenüberzustellen gewesen. Selbst wenn, was sich bei einem Vollzeitpensum und einer Gewichtslimite von mindestens 9 kg kaum rechtfertigen liesse, wiederum ein leidensbedingter Abzug von 20 % berücksichtigt worden wäre, hätte dies eindeutig nicht zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad geführt. Eine Dreiviertelsrente zu verfügen, war also offensichtlich unrichtig. Die IV-Stelle

hat

somit den Anspruch auf Rentenleistungen ex nunc et pro futuro zu Recht verneint. Eine Aufhebung oder Herabsetzung des bisherigen Rentenanspruchs auf dem Weg der Wiedererwägung setzt indessen zusätzlich voraus, dass bis zum verfügten Rentenende vom 30. April 2015 nicht wieder eine Invalidität eingetreten ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_396/2014 vom 15. April 2015 E. 3.2 mit Hinweisen). Dies ist im Folgenden zu prüfen.

4. 4.1

4.1.1
In der ersten Revision bestätigte die neue Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. I. ____, am 10. Januar 2007 einen stationären Gesundheitszustand. Anzumerken bleibt, dass sie den Beschwerdeführer erstmals am 1. Dezember 2006 gesehen hatte und er sie am 23. Dezember 2006 – mithin fünf Tage nach Ausfüllen des Revisionsfragebogens (Urk. 9/40) – wegen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein aufgesucht hatte, nachdem er einen Harass mit Wasserflaschen hochgehoben hatte (Urk. 9/44 S. 3).

4.1.2
Die Selbstzuweisungen ins Kreisspital Y. ____ im Januar 2006 (über Nacht, Urk. 9/44 S. 11) und im Mai 2006 (ambulant, Urk. 9/44 S. 14) standen im Zusammenhang mit thorakalen Schmerzen. Diagnostiziert wurden eine Refluxösophagitis bzw. ein thorakovertebrales Schmerzsyndrom. Herzprobleme wurden ausgeschlossen, die Lungenfunktionsprüfung zeigte trotz verstärktem interstitiellem Verschattungsmuster durchwegs Normalwerte.

4.1.3
Im Bericht der Sprechstunde für allgemeine Neurologie des F. ____ vom November 2005 wurde „nächste Kontrolle auf Zuweisung“ und „Aktuell: Symptomausweitung“ vermerkt (Urk. 9/44 S. 10). Im Bericht der Interdisziplinären Schmerzsprechstunde vom 31. Januar 2007 wurden regelmässige Konsultationen alle drei Monate im Schmerzambulatorium sowie alle vier bis sechs Wochen beim Hausarzt angegeben. Ferner wurde – offenbar einzig gestützt auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers – eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, aber eine unveränderte Restarbeitsfähigkeit postuliert (Urk. 9/46).

4.2
Diese Berichte beinhalten keine umfassende Prüfung der bekannten bzw. geklagten Beschwerden. Ihnen ist weder ein aktueller Befund (Untersuchung, Röntgenbild, CT) noch etwas Konkretes zur Behandlung seit Oktober 2005 zu entnehmen. Die formlose Mitteilung vom 8. Februar 2007 steht daher einer wiedererwägungsweisen Aufhebung der Rente nicht im Wege.

5. 5.1

5.1.1
Im weiteren Verlauf unterzog sich der Beschwerdeführer im Februar 2010 einer Operation der linken Schulter. In den Nachuntersuchungen klagte er zusätzlich über Schmerzen in der rechten Schulter. Gemäss Bericht der Schulter-/Ellbogenprechstunde der Universitätsklinik J. ____ vom 12. Mai 2011 konnte seinen Beschwerden an der rechten Schulter klinisch und MR-tomographisch jedoch kein klares patho-anatomisches Korrelat zugeordnet werden, das durch einen ortho-pädisch-chirurgischen Eingriff hätte angegangen werden können (Urk. 9/64 S. 2). Ebenso liest sich im Bericht der Wirbelsäulensprechstunde vom 26. Juli 2013, dass nach Zusammenschau aller klinischen und radiologischen Befunde keine Operationsindikation bezüglich der Halswirbelsäule gestellt werden könne. Das MRI zeige keine Myelopathiezeichen, welche die neurologische Mischsymptomatik eindeutig erklären würden. Es falle einzig auf, dass auf Höhe C5/6 sowie C6/7 eine Protrusion des Bandscheibenfaches ohne klares Korrelat der Nervenwurzel vorliege (Urk. 9/89 S. 8).

Keine Besserung sondern eine Schmerzprogredienz zeigte sich jeweils nach den Nervenwurzelblöcken C6 und C7 (Urk. 9/102 S. 9 f., Urk. 9/110 S. 46 f.).

Wegen der Schulterproblematik attestierte die Universitätsklinik J.____ eine volle Arbeitsunfähigkeit einzig vom 14. Februar bis 15. März 2010 (Urk. 9/51 S. 5). Am 19. August 2013 ergänzte die Assistenzärztin, dem Beschwerdeführer seien aktuell weder das Heben und Tragen von Gewichten über 1 kg noch wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar, wohl aber Tätigkeiten wie Büroarbeiten vor allem in sitzender Position (Urk. 9/90 S. 8). Ferner wurde der Beschwerdeführer – offenbar nach einer ersten Rehabilitation 2007 – im Januar 2012 erneut der K.____ für das interdisziplinäre Schmerzprogramm zugewiesen. Im Austrittsbericht vom 7. Februar 2012 wurde insbesondere über klinisch auffallend heftige Reaktionen bei jeglicher Mobilisation und Bewegungen mit Diskrepanzen beispielsweise beim Beweglichkeitstest der Schulter im Vergleich zum selbständigen Ausziehen des Shirts berichtet. Der Beschwerdeführer müsse regelmässig motiviert werden, sein bereits vorhandenes Wissen aktiv umzusetzen. Auf seinen Wunsch sei keine ambulante Physiotherapie organisiert worden (Urk. 9/70 S. 37 f.). 5.1.2

Weiter musste der Beschwerdeführer am 30. September 2013 einen Nierentumor entfernen lassen. Eine Histologie liegt nicht vor, da der Tumor verloren ging. Im undatierten Bericht der Urologie des Kreispitals Y.____ wurde indessen eine gute Prognose explizit auch bei malignem Tumor gestellt. Aufgrund der Nierentumor-Diagnose würden sich keine relevanten Einschränkungen ergeben, der Beschwerdeführer könne sofort arbeiten (Urk. 9/96 S. 2 f). Die Befunde in den Verlaufskontrollen waren soweit unauffällig (Urk. 9/102, Urk. 9/100 S. 50). 5.1.3

Ferner wurden zwei MRI der Lendenwirbelsäule angefertigt. Im Bericht vom 18. Oktober 2007 führte Dr. med. L.____, Facharzt für Radiologie, aus, es bestehe eine Discopathie mit Kompressionssymptomatik LWK4/5 bei aktiver-erosiver Osteochondrose. Der Duralsack, die L4-Wurzel foraminal und die L5 Wurzel rezessal, rechtsseitig würden komprimiert. Weiter bestünden Veränderungen des Knochenmarks unklarer Ätiologie betreffend LWK4 und der dringende Verdacht auf eine Spondylitis aufgrund des Befunds von LWK3 (Urk. 9/110 S. 58). Dr. M.____ und Dr. N.____, Facharzt für Radiologie, berichteten am 21. Dezember 2011, die Hernie LWK/5 sei im Verlauf regredient mit aktuell nur noch Tangierung der Wurzel L5 rechts. Stationär sei die minimale Tangierung der Wurzel L5 links. Es bestehe eine rechtsbetonte neuroforaminale Einengung mit geringer Kompression von L4 rechts und eine geringe Tangierung von L4 links. Die Diskopathie der Bandscheiben LWK4/5 sei zunehmend diffus (Urk. 9/110 S. 56).

Schliesslich führten Dr. med. O.____, Facharzt für Neurologie, und sein Assistenzarzt am 27. Oktober 2010 eine neurologische und neurophysiologische Untersuchung durch. Sie kamen zum Schluss, die motorischen Neurographien bei verminderten Amplituden und reduzierter Nervenleitgeschwindigkeit bzw. fehlenden Potentialen würden für eine gemischte Polyneuropathie sprechen, ebenso fehlende Nervenantwortpotentiale des Nervus suralis. Die mittelschwere Afferenzstörung bei deutlich verlängerten P40-Latenzen des Nervus tibialis könne mit einem Vitamin-B12-Mangel vereinbar sein (Urk. 9/60 S. 6). 5.2 5.2.1

Die Beschwerdegegnerin liess den Beschwerdeführer infolgedessen im Mai 2012 im Z.____ polydisziplinär abklären. In der Gesamtbeurteilung vom 9. Juli 2012 hielten die Gutachter fest, an objektivierbaren Schmerz auslösenden Befunden habe man eine myostatische

Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen, eine Osteochondrose L4/5 sowie einen Status nach Schulteroperation links festgestellt. Hierdurch erkläre sich aber nicht das gesamte geklagte Schmerzausmass. Aufgrund der objektivierbaren rheumatologischen Befunde seien schwere und überwiegend mittelschwere Tätigkeiten, wie die zuletzt ausgeübte als Spediteur in einer Glasfabrik nicht mehr zumutbar. Für leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne länger dauernde Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen und ohne häufige Überkopfarbeiten, bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/70 S. 27).

Die Gutachterin Dr. med. P.____, Fachärztin für Rheumatologie, führte im Einzelnen aus, es gebe keine klinischen Hinweise für eine radikuläre- oder Wurzelkompressionssymptomatik wie Reflexausfälle oder Abschwächung von Kennmuskeln. Dies korreliere gut mit dem Befund der letzten Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule vom Dezember 2011 ohne nachweisbare Neurokompression. Die computertomographisch erstmals im Februar 2004 nachgewiesene Diskushernie L4/5 sei bereits damals ohne Neurokompression gewesen und habe sich im weiteren Verlauf zurückgebildet. Die letzte Röntgenaufnahme von Oktober 2010 zeige die erstmals im Januar 2005 computertomographisch nachgewiesene Osteochondrose L4/5, welche für die Beschwerden mitverantwortlich sein könne. Auffällig seien aber deutliche Diskrepanzen zwischen den demonstrierten Einschränkungen der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule und Schultergelenke in der Untersuchungssituation und der weitestgehend freien Beweglichkeit bei unbewussten Bewegungen. Die Zeichen nach Waddell für eine psychische Überlagerung seien sämtliche positiv. Der Verdacht auf eine frozen shoulder sei zudem nur einmalig von einer Assistenzärztin geäußert worden. Weder im Arthro-MRI noch der aktuellen klinischen Untersuchung hätte sich ein morphologisches Korrelat für die Schmerzen und Funktionseinschränkungen der Schultern gefunden. Mögliche Ursache könnten die im Februar 2010 nachgewiesenen Osteochondrosen und ventralen Spondylosen C5/6 und C6/7 sein. Aktuell finde sich jedoch eine freie Halswirbelsäulenbeweglichkeit ohne Zeichen für eine radikuläre- oder Wurzelkompressionssymptomatik. Dies korreliere gut mit dem Befund der Kernspintomographie vom Oktober 2010, in welcher keine Diskushernie nachgewiesen worden sei (Urk. 9/70 S. 20). 5.2.2

Als Verursacher für das verstärkte Schmerzerleben wurde in der Gesamtbeurteilung eine Schmerzverarbeitungsstörung festgestellt. Bei fehlender psychiatrischer Komorbidität ergebe sich daraus aber keine Einschränkung für die Arbeitsfähigkeit. Es sei zumutbar, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (Urk. 9/70 S. 27).

Gemäss Angaben von Dr. med. Q.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte der Beschwerdeführer nicht unter lang anhaltenden psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren gelitten und machte keinen besonders leidenden Eindruck. Er habe vor Jahren eine Sitzung beim Psychiater gehabt, eine psychopharmakologische Therapie werde nicht durchgeführt. Er pflege zudem gute Beziehungen innerhalb der Familie und habe regelmässig Kontakte zu Verwandten und Bekannten. Er leide unter leichten, schmerzbedingten Schlafstörungen. Tagsüber unternehme er mehrere Spaziergänge und helfe im Haushalt. Psychopathologische Symptome seien keine feststellbar. Der Beschwerdeführer leide nicht unter Antriebsstörungen, Konzentrationsstörungen, depressiver Verstimmung, sozialem Rückzug, einem Lebensverleider oder Suizidgedanken (Urk. 9/70 S. 14 und 15). Es liege also weder eine psychische Komorbidität vor, noch lasse sich ein ausgeprägter

sozialer Rückzug feststellen. Das Scheitern der therapeutischen Bemühungen hänge wesentlich damit zusammen, dass er zufolge ausgeprägter subjektiver Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige, sich trotz allfälliger Restbeschwerden wieder den Belastungen der Arbeitswelt auszusetzen. Hinweise auf schwere, lebensgeschichtliche Belastungen, unbewusste Konflikte sowie einen primären Krankheitsgewinn seien nicht vorhanden. Einschränkungen im Alltag bestünden nicht. Es handle sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung, eine somatoforme Schmerzstörung oder ein weiteres psychisches Leiden könnten nicht diagnostiziert werden (Urk. 9/70 S. 14 f.). 5.2.3

Aus neurologischer (vorwiegend sensible Polyneuropathie unklarer Ätiologie, Verdacht auf eine Anosmie) und allgemeininternistischer Sicht ist die Arbeitsfähigkeit gemäss Gesamtbeurteilung nicht eingeschränkt (Urk. 9/70 S. 27). Dr. med. R.____, Facharzt für Neurologie, wies darauf hin, dass die Ausdehnung der angegebenen Sensibilitätsstörungen weit über das Dermatom L4 und L5 rechts hinaus gehe und nicht durch eine Affektion der Nervenwurzeln L5 oder L4 erklärt werden könne (Urk. 9/70 S. 24). 5.2.4

Die dargelegte Arbeitsfähigkeit gilt gemäss Gutachten seit Februar 2004, mit Sicherheit seit der Untersuchung. Ausgenommen sei der Zeitraum der postoperativen Rekonvaleszenz nach der Schulteroperation am 5. Februar 2010, längstens bis zum MRI vom November 2010 (Urk. 9/70 S. 27). Es handle sich um einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand seit der Berentung (Urk. 9/72). Empfohlen würden ein Trainingsprogramm für die Muskeln, eine neuromyographische Untersuchung, eine Gewichtsreduktion und die Beendigung des Nikotinkonsums. Massnahmen aus psychiatrischer Sicht seien nicht zu empfehlen, da sich die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung durch eine psychiatrische Behandlung kaum beeinflussen lasse. Da sich der Beschwerdeführer grundsätzlich für arbeitsunfähig halte, könnten berufliche Massnahmen nicht empfohlen werden (Urk. 9/70 S. 28). 5.3

5.3.1

Im September 2014 wurde der Beschwerdeführer erneut allgemeininternistisch, psychiatrisch, rheumatologisch, neurologisch und zusätzlich urologisch im Z.____ untersucht. Gemäss Gesamtbeurteilung vom 3. November 2014 ergab die klinisch rheumatologische Untersuchung unter Berücksichtigung der aktenkundigen bildgebenden Abklärungen ein chronisches zervikales sowie lumbales und lumbales paravertebrales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule und muskulärer Dysbalance, wobei klinisch rheumatologisch weder sensible noch motorisch zervikale oder lumboradikuläre Ausfälle festgestellt wurden (vgl. Urk. 9/110 S. 34 f.). Ferner bestünden chronische paradoxe Schmerzen im Schultergelenk beidseits. Schmerzinterventionelle Massnahmen im Juli/September 2013 betreffend den Hals und die Schultern seien ineffektiv gewesen. Aus rheumatologischer Sicht müsse man eindeutig feststellen, dass aufgrund der gesamten Schmerzpräsentation sowie den ausgedehnten Inkonsistenzen (Details vgl. Urk. 9/110 S. 27 f.) eine massgebliche und eventuell bewusstseinsnahe Schmerzpräsentation mit dementsprechend ausgeprägter psychosozialer Überlagerung des Schmerzbildes vorliege. Für die beklagten chronischen zervikalen, lumbalen und Schultergürtelbeschwerden bestehe kein klares anatomisches Korrelat (Urk. 9/110 S. 36) 5.3.2

Aus klinisch-rheumatologischer Sicht bestehe einzig in der früheren, körperlich schweren Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für eine körperlich leichte bis intermittierend

mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter folgenden Bedingungen: Dem Beschwerdeführer müsse es möglich sein, seine Arbeitsposition regelmässig selbständig zu wechseln. Vermieden werden sollten stereotype Rotationsbewegungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, Arbeiten in anhaltender Vorneigeposition und repetitive Überkopfarbeiten. In Schulterneutralstellung bestünden keine Einschränkungen, weder für fein- noch grobmanuell verarbeitende Tätigkeiten. Ebenso wenig sei die Gehfähigkeit eingeschränkt. Aus neurologischer, urologischer, allgemeininternistischer und psychiatrischer Sicht bestünden keine weiteren Einschränkungen. Eine sichere Schmerzverarbeitungsstörung oder eine Polyneuropathie könnten nicht diagnostiziert werden. Möglich sei auch eine Symptomausweitung und Selbstlimitierung (Urk. 9/110 S. 28 und 36 f.). 5.3.3

Die subjektive Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, er sei zu keiner Arbeitsleistung in der freien Wirtschaft mehr in der Lage, lasse sich folglich nicht adäquat begründen. Insbesondere aus somatisch orientierter Sicht seien im rheumatologischen und neurologischen (vgl. Urk. 9/110 S. 31) Status diverse Inkonsistenzen bis teils ein möglicherweise bewusstseinsnahes Verhalten festgestellt worden. Es könne von einer eindrücklichen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ausgegangen werden mit erheblicher Selbstlimitierung. Die Inkonsistenzen zeigten sich auch in der Kontrolle des Medikamentenspiegels. Der Wert des Novalgins sei deutlich subtherapeutisch, das angeblich regelmässig eingenommene Paracetamol gar nicht nachweisbar. Bezüglich des positiven Nachweises für Opiate könne keine quantitative Aussage gemacht werden. Angaben zur effektiven Einnahme von Analgetika müssten jedenfalls mit Zurückhaltung interpretiert werden. Berufliche Massnahmen seien bei einer erheblichen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und klarer Selbstlimitierung nicht indiziert. Es erscheine offensichtlich, dass der Beschwerdeführer nicht gewillt sei, sich den Belastungen des freien Arbeitsmarktes erneut auszusetzen (Urk. 9/110 S. 37 ff.). 5.4

Nach welchen Kriterien sich der Beweiswert von Arztberichten beurteilt, wurde bereits in E. 3.5.4 dargelegt. Diese Rechtsprechung gilt noch heute (z.B. aktuelles Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C_5022/2012 vom 6. Februar 2015 E. 4.3.2-3).

Die Gutachten des Z.____ sind beide polydisziplinär und enthalten eine Gesamtbeurteilung aller vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden (vgl. E. 5.2.3). Weiter beruhen beide Gutachten auf einer ausführlichen Anamnese und Auseinandersetzung mit den Vorakten. Frühere klinische Untersuchungsbefunde und Bilddokumente werden durchwegs ausführlich diskutiert und der Krankheitsverlauf aufgezeigt (z.B. E. 5.2.1).

Dabei ergibt sich bezüglich des medizinischen Sachverhalts eine widerspruchsfreie Aktenlage. Die Veränderungen der Wirbelsäule sind teils regredient, teils fortschreitend, insgesamt jedoch von geringem Ausmass und ohne nennenswerte Neurokompression. Für die Schulterbeschwerden fand sich in den klinischen und bildgebenden Untersuchungen ebenfalls kein entsprechendes Korrelat (vgl. E. 5.1.1, 5.1.3, 5.2.1, 5.3.1). Die somatischen Befunde vermögen daher – wie schon bei der Berentung (vgl. E. 3.4, 3.5.1 und 3.5.3) – den Umfang der vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen nicht annähernd zu objektivieren.

Indessen zeigten sich auch in den nach der Berentung durchgeführten Untersuchungen nicht zu übersehende Inkonsistenzen, vor allem in den Funktionsprüfungen durch die

Rheumatologen (vgl. E. 5.1.1, 5.2.1, 5.3.1; vorher vgl. E. 3.4). In dieses Bild passen auch die Werte des Medikamentenspiegels (vgl. E. 5.3.3) und das Fehlschlagen sämtlicher Behandlungsversuche betreffend jegliche Beschwerden – ausgenommen die antidepressive Unterstützungstherapie (vgl. E. 5.1.1, 3.3.2 und 3.4.4-7). Der Schluss auf eine Symptomausweitung bis bewusstseinsnahe Aggravation ist daher naheliegend. In den Akten findet sich denn auch weder ein psychopathologischer Befund noch eine psychiatrische Diagnose, die auf einen invalidisierenden Gesundheitsschaden hinweisen würden (vgl. E. 5.2.2, 5.3.1, 5.3.3, 3.4.5-7 und 3.6.2-3). Soweit eine Leistungseinschränkung jedoch auf Aggravation oder ähnlichen Erscheinungen beruht, ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht von einer versicherten Gesundheitsschädigung auszugehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 2.2.1). Ebenfalls keine Berücksichtigung finden bei der invalidenversicherungsrechtlichen Leistungszusprechung subjektive Auffassung, wie vorliegend die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 4.2).

Schliesslich attestierten dem Beschwerdeführer alle Ärzte, die sich dazu äusser ten, eine volle Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (vgl. E. 5.1.1, 5.2.1, 5.3.2, 3.4.6 und 3.4.7) mit Ausnahme der Hausärzte (vgl. E. 3.3.2). Dr. I. ___ räumte trotz Kreuzchen in Ziffer 1.9 ihres letzten Berichts allerdings ein, dass der Beschwerdeführer bei der geringsten Bewegung oder Berührung sofort mit schmerzverzerrtem Gesicht zusammen zuckte, so dass eine Untersuchung und Beurteilung schwierig sei (Urk. 9/51). Abweichungen ergeben sich einzig beim Belastungsprofil, konkret hinsichtlich der Gewichtslimite (vgl. E. 3.4.6-7 und E.5.1.1). Dabei überzeugt die Beurteilung durch die Assistenzärztin der Universitätsklinik J. ___ am wenigsten, da sie neben dem Nierentumor einzig unklare paradoxe Schulterschmerzen diagnostizierte, sich nicht zur Symptomausweitung äusserte und einschränkend auf den gegenwärtigen Zeitpunkt Bezug nahm (vgl. Urk. 9/90 S. 8).

In Anbetracht dessen ist die medizinische Beurteilung der Gutachter ohne weite Resonanz einleuchtend. Ebenso sind ihre Schlussfolgerungen begründet. Für die Beurteilung des Rentenanspruchs ab April 2015 ist folglich auf die Z. ___ Gutachten abzustellen. 5.5

Der neue Einkommensvergleich (Urk. 2) wird vom Beschwerdeführer nicht bemängelt (Urk. 1). Selbst ein maximaler leistungsbedingter Abzug von 25 % für das Belastungsprofil und das Alter würden aber nicht zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad von mindestens 40 % führen. 6. 6.1

Da weiterhin kein Rentenanspruch besteht, ist der Zeitpunkt der Rentenaufhebung festzusetzen. Nach der Rechtsprechung sind bei Personen, deren Rente wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts 9C_816/2013 vom 20. Februar 2014 E. 2.1 unter anderem mit Hinweis auf seine Urteile 9C_22/2012 vom 4. Mai 2012 E. 3.1, 9C_367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.2 und 9C_101/2011 vom 21. Juli 2011 E. 5.1).

Dies bedeutet allerdings nicht, dass die darunter fallenden Rentner einen Besitzanspruchsanspruch geltend machen könnten; es wird ihnen lediglich zugestanden, dass – von

Ausnahmen abgesehen – aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteile Bundesgerichts 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.4 und 9C_412/2014 vom 20. Oktober 2014 E. 3.1). In diesem Sinne schützte das Bundesgericht mit Urteil 9C_816/2013 vom 20. Februar 2014 E. 2 eine Verfügung der IV-Stelle, mit welcher die Rente eines 60jährigen Versicherten nach 10jährigem Bezug ohne Eingliederungsmassnahmen eingestellt worden war, da der Gutachter ausdrücklich „ein sehr hohes Mass der Selbstlimitierung“ des Versicherten hervorgehoben hatte. Das Bundesgericht erläuterte, dass bei dieser Grundhaltung Eingliederungsmassnahmen von vornherein zum Scheitern verurteilt seien. Daher könne der praktisch über die ganze Bezugszeit hin arbeitsfähige Versicherte weder Eingliederungsmassnahmen noch die weitere Ausrichtung der offensichtlich nicht geschuldeten Invalidenrente verlangen. 6.2

Der Beschwerdeführer erhielt bisher eine Teilrente, da er selbst nach wohlwollen der Einschätzung des Hausarztes und des RAD nur zu 50 % arbeitsunfähig war. Dennoch hat er sich seit dem Verlust seiner letzten Arbeitsstelle nicht mehr um eine neue Anstellung bemüht. Den Arbeitsversuch im April/Mai 2004 (50%-Pensum in der Glasfabrik; vgl. Sachverhalt E. 1.1), die arbeitsbezogene Rehabilitation im Dezember 2004 (vgl. E. 3.5.6) und die von der Sozialbehörde vermittelte Eingliederungsmassnahme im Sommer 2013 (40 % administrative Tätigkeit in der Velostation am Bahnhof; vgl. Sachverhalt E. 1.3) brach er jeweils wegen Schmerzen ab. Wegen angegebener Schmerzen und fehlender Motivation zeitigten auch die Rehabilitationsversuche im Rahmen des interdisziplinären Schmerzprogramms der K.____ wenig Erfolg (vgl. E. 5.1.1).

Alsdann erklärte der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern des Z.____ sowohl im Mai 2012 als auch im September 2014, dass er nicht in der Lage sei, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (Urk. 9/70 S. 10, Urk. 9/110 S. 17). Demgemäss wurde im ersten Gutachten festgehalten, medizinische Massnahmen könnten nicht empfohlen werden, da der Beschwerdeführer sich grundsätzlich für arbeitsunfähig halte (Urk. 9/70 S. 28). In der Gesamtbeurteilung vom 3. November 2014 bestätigten die Gutachter nochmals, dass berufliche Massnahmen bei einer erheblichen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung sowie klarer Selbstlimitierung nicht indiziert seien. Dementsprechend bestehe eine ungünstige Prognose bezüglich einer baldigen Reintegration in den Arbeitsprozess der freien Wirtschaft (Urk. 9/110 S. 38). Bereits im Rahmen des arbeitsbezogenen Rehabilitationsversuches knapp ein Jahr nach Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess wurde der Beschwerdeführer als nicht rehabilitierbar eingestuft, da eine deutliche, durch Angst- und Vermeidungsverhalten bedingte Selbstlimitierung beobachtet wurde (Urk. 9/10 S. 18 und 20). Gesamthaft betrachtet gab sein dysfunktionales Krankheitsverhalten in fast allen Berichten, die nicht von Dr. B.____ oder Dr. A.____ stammten, Anlass zu Bemerkungen (vgl. E. 3.4, 5.1.1, 5.2.2 und 5.3.3). 6.3

In Anbetracht dessen erscheint eine Eingliederung aus subjektiven, in der Verantwortung des Beschwerdeführers liegenden Gründen von vornherein als aussichtslos. Er beantragte denn auch trotz seit langem thematisierter Renten einstellung erstmals mit Beschwerdeschrift vom 16. April 2015 Eingliederungsmassnahmen – unter Weiterausrichtung der Rente. Wie dargelegt bezweckt die von ihm angerufene Rechtsprechung aber keine bedingungslose Rentengarantie, sondern knüpft die Weiterausrichtung an ernstzunehmende Bestrebungen des Versicherten, seine

Erwerbsmöglichkeiten in naher Zukunft auf dem freien Arbeitsmarkt zu realisieren. Solche Absichten sind seitens des Beschwerdeführers klar zu verneinen.

E. 7

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Rente mit Verfügung vom 3. März 2015 auf Ende April 2015 einstellte (vgl. Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV). Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

E. 8

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.– anzusetzen. Ausgangsmässig sind die Kosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.– werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

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