

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01029 vom 19. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01029

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01029 du 19 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01029 del 19 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1957 geborene X.____ bezog ab März 1997 eine ganze Invalidenrente (Verfügungen vom 28. und vom 29. April 2003; Urk. 8/50 f.). Im Rahmen eines ersten, im August 2007 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens zog die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, Berichte der behandelnden Ärzte bei und bestätigte mit Mitteilung vom 16. April 2008 den bisherigen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (Urk. 8/61).

Im Juni 2012 erhielt die IV-Stelle eine Verdachtsmeldung betreffend unge rechtfertigten Leistungsbezug (Urk. 8/80). Hierauf leitete sie ein erneutes Rentenrevisionsverfahren ein (Urk. 8/64) und liess den Versicherten überwa chen (Urk. 8/82). Nachdem die IV-Stelle das Observationsmaterial dem Versicherten zur Kenntnis gebracht hatte (vgl. Protokoll vom 5. März 2014 Urk. 8/83), liess sie im Y.____ eine polydisziplinäre Begutachtung durchführen (Gutachten vom 23. Dezember 2014; Urk. 8/106). In der Folge sistierte sie die Rentenleistungen per Ende März 2015 (Urk. 8/116). Die dagegen gerichtete Beschwerde wurde mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 14. August 2015 (Urk. 8/132; Prozess IV.2015.00430) abgewiesen und auf die dagegen gerichtete Beschwerde mit Urteil des Bundesgerichts vom 30. September 2015 nicht eingetreten (Urk. 8/138).

Zwischenzeitlich kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 8. Juni 2015 (Urk. 8/126) die rückwirkende Einstellung der Invalidenrente per Juni 2013 an und stellte betreffend die Rückerstattung von unrechtmässig ausgerichte ten Leistungen eine separate Verfügung in Aussicht . Im Weiteren wies sie darauf hin, dass einer allfälligen Besch werde die aufschiebende Wirkung ent zogen werde. Auf Einwände des Versicherten hin (Urk. 8/129) verfügte die IV-Stelle am 3. September 2015 (Urk. 8/133 = Urk. 2) im angekündigten Sinne.

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 Bundesge setzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verblei bende 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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.3

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. 1.4

hiervor). Damit ist zu prüfen, ob sich seit 28. respektive 29. April 2003

bis zur — rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden (BGE 130 V 446 E. 1.2 mit Hinweisen) — Verfügung vom 3. September 2015 (Urk. 2) der massgebliche medizinische und/oder wirtschaftliche Sachverhalt in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. E. 1.2). 4.2

Gemäss Aktenlage erfolgte die ursprüngliche Rentenzusprache gestützt auf die Beurteilung im Z. ___ Gutachten vom 29. April 2003, wobei die 70 bis 80%ige

Arbeitsunfähigkeit mit der Diagnose einer schweren depressiven Störung mit latenter Suizidalität begründet wurde (vgl. E. 3.1 hiervor). Anlässlich des vorliegenden Rentenrevisionsverfahrens erwähnte der behandelnde Dr. D. ___ in seinem Bericht vom 25. März 2013 lediglich noch eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mit mittelgradiger Episode neben einem chronifizierten Schmerzsyndrom und eine ängstliche Persönlichkeitsstörung (E. 3.2.1). Entsprechende Diagnosen wurden auch durch die Ärzte des A. ___

anlässlich des stationären Aufenthaltes vom 20. August bis 19. September 2014 aufgeführt, wobei selbst die Behandler in Bezug auf die stark verminderte Mitarbeit in der Untersuchung differential diagnostisch eine Aggravation ins Feld führten und in Bezug auf den protrahierten Verlauf und die starke Chronifizierung auf gefundene Aggravationstendenzen hinwiesen (E. 3.2.3). 4.3

Vor diesem Hintergrund begründeten die Ärzte im polydisziplinären Y. ___ Gutachten nachvollziehbar, dass mit Blick auf die vagen, teilweise auch inkonsistenten, gelegentlich sogar widersprüchlichen Anamneseschildern und im Hinblick darauf, dass in der

Untersuchung vielfach erst auf Konfrontation mit der Aktenlage Sachverhalte eingeräumt wurden, die zuvor angeblich nicht erinnert oder gar abgestritten worden seien, sowie auf die wiederholt aktenkundige Neigung zu Aggravation und mit Blick auf die erhobenen Befunde in der psychiatrischen Exploration auf ein willensge steuertes Verhalten des Beschwerdeführers zu schliessen ist. Überzeugend ist auch, dass die geschilderte Schmerzsymptomatik mangels ausreichender somatischer Befunde als anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert wurde, wobei sich die Gutachter auch zur Überwindbarkeit unter Bezugnahme auf die damals noch geltende Rechtsprechung und die so genannten „Foerster-Kriterien“ äusserten (vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3.2.3) . Folglich massen sie der Diagnose keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Die seither geltende Rechtsprechung

nach BGE 141 V 281 ,

wonach das Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt wurde, führt diesbezüglich zu keinem anderen Ergebnis. Denn eine Prüfung nach den „neuen“ Kriterien erübrigt sich insbesondere dann, wenn Ausschlussgründe, wie etwa eine Leistungseinschränkung, die überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruhen, vorliegen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1) .

Nachvollziehbar dargetan wurde auch, dass die Symptomatik einer schweren depressiven Störung wie auch die in der Vergangenheit mehrfach — von Behandlerseite — beschriebene mittelschwere Symptomatik aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde nicht mehr bestätigt respektive als deutlich remittiert erachtet wurde , nachdem die vom Beschwerdeführer subjektiv geschilderten Einschränkungen seiner Willensteuerung unterliegen und damit

nicht (mehr) einem genuin en-depressiven Phänomen zugeschrieben werden können (vgl. Urk. 8/106 S. 34) . Ein Revisions Sachverhalt liegt mithin vor und die Prüfung ist ohne Bindung an die frühere Beurteilung vorzunehmen (E. 1.4 hiervor).

Das polydisziplinäre Gutachten der Y.____ vom 23. Dezember 2014 (Urk. 8/106) überzeugt auch in übriger Hinsicht, basiert es doch auf einer umfassenden internistischen , orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den gesamten Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die begutachtenden Ärzte haben auch 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 Y.____- Gutachten kommt daher grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.5). 4.4

Dem Gutachter Dr. C.____ wurden hingegen lediglich selektiv Aktenstücke vorgelegt (vgl. Urk. 8/112/4 f.). Diskrepanzen, etwa weshalb sich der Beschwerdeführer im Rahmen der Parteibegutachtung bei der Anamneseerhebung an Details erinnern konnte, die er anlässlich der psychiatrischen Untersuchung in der Y.____ nicht erinnerte oder gar andere Angaben gemacht wurden, sind im Gutachten nicht hinterfragt und nicht diskutiert worden. So gab der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern in der Y.____ beispielsweise an, die Eltern lebten in Serbien, der Vater, jetzt berentet, sei Arbeiter gewesen, die Mutter sei Hausfrau geblieben. In welchem Bereich der Vater gearbeitet habe wisse er nicht, er wisse

auch nicht, wie lange er schon geschieden sei und wie alt seine Enkelkinder seien, er könne seit Jahren nicht mehr Autofahren, ohne Gehstöcke könne er sich gar nicht fort bewegen, er habe sich bis zum Fahrradsturz (im März 1996) nie in psychiatrischer Behandlung befunden, könne sich auch nicht an prägende Erfahrungen aus der Kindheit oder Adoleszenz erinnern, sich überhaupt nicht an seine Jugend entsinnen, er wisse nicht ob er Militärdienst geleistet habe (Urk. 8/106/26 und 28).

Demgegenüber berichtete er anlässlich der Begutachtung bei Dr. C.____, sein Vater sei Arbeiter und Landwirt gewesen und im Jahr 2012 mit 73 Jahren nach einem Herzinfarkt an den Folgen eines Schlaganfalls gestorben, die Scheidung von seiner Frau sei für ihn nie ein Thema gewesen, da er seinen Sohn nicht habe traumatisieren wollen, sein Sohn sei verheiratet und habe zwei Söhne, diese (Enkel) seien 13- und 15-jährig (Urk. 8/112/21), er fahre seit Ausbruch der Krankheit nur sehr selten Auto und nur kurze Strecken damit er sich nicht ganz nutzlos fühle (Urk. 8/112/10), er habe in Zagreb Militärdienst geleistet, sei zufolge einer psychischen Erkrankung nach zwei Monaten entlassen worden und habe nachher regelmässig mehrere Psychiater in J.____ (Serbien) ca. einmal monatlich besucht (Urk. 8/112/6).

Aus dem Gutachten von Dr. C.____ erschliesst sich auch nicht, ob die von ihm aufgrund seiner Untersuchung postulierte Einschätzung eine andere Beurteilung als jene der psychiatrischen Voruntersuchung in der Y.____ dar stellt oder ob damit eine gesundheitliche Verschlechterung aufgezeigt werden soll. Anhaltspunkte für letzteres ergeben sich jedenfalls aus dem Gutachten keine, wobei auch zu bemerken ist, dass die beiden Untersuchungen (psychiatrische Untersuchung in der Y.____ vom 10. Dezember 2014 und die Untersuchung bei Dr. C.____ vom 21. Februar 2015) lediglich etwas mehr als zwei Monate auseinander liegen. Da sich Dr. C.____ überhaupt nicht zum Beweisthema der Sachverhaltsveränderung äussert, kommt seiner Expertise keinen entscheidungswesentlichen Wert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_162/2015 vom 30. September 2015 E. 2.2).

Anhaltspunkte für eine Verschlechterung der Symptomatik ergeben sich aber auch aus der Berichterstattung der B.____ vom 14. April 2015 nicht. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes vom 24. Februar bis 2. April 2015 drehte sich gemäss der Berichterstattung der Grossteil der therapeutischen Bemühungen um die Frage des offenbar unklaren Therapieauftrages. Die Ärzte monierten in diesem Zusammenhang denn auch, dass sie erst nach der dritten Behandlungswoche vom laufenden Rentenrevisionsverfahren erfuhren und deshalb von der akuten Krise, die der Beschwerdeführer nach Mitteilung der Renteneinstellung erlitten hatte - gemeint ist die Rentensistierungsverfügung vom 25. März 2015 (Urk. 8/116) - überrascht worden seien. Die Krise stabilisierte sich dann überraschend schnell, weshalb der Beschwerdeführer mit deutlicher Befundbesserung bereits am 2. April 2015 entlassen werden konnte (Urk. 8/120/15 f.).

Dr. C.____ schloss aufgrund der erreichten Punktzahl bei der Anwendung der Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) und der Hamilton Depressionsskala (HAMD) auf eine schwere Depression (Urk. 8/112/11 f.). Er vermerkte, von dieser Störungen wären auch Simulation und Aggravation abzugrenzen, aufgrund der hohen Werte bei der MADRS und HAMD (beides Fremdbeurteilungsskalen) beständen keine Hinweise auf Simulation (Urk. 8/112/15). Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden. Einerseits wird hierbei übersehen, dass den erwähnten Tests, die zu einem erheblichen Teil auf den Angaben und Einschätzungen der versicherten Person beruhen, für die Belange der Sozialversicherung keine ausschlaggebende Bedeutung zukommen kann.

Diesen Instrumenten kommt im Rahmen der gutachterlichen Exploration lediglich eine ergänzende Funktion zu. Entscheidend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 391/06

vom 9. August 2006 E.

3.2.2; Urteile des Bundesgerichts 9C_458/2008 vom 23. September 2008 E.

4.2; und 9C_775/2008

vom 15. September 2009 E. 3.3). Andererseits muss dies umso mehr gelten, wenn wie im Fall des Beschwerdeführers Anzeichen von Aggravation oder Simulation vorliegen und damit die Angaben des Exploranden als Grundlage für eine Bewertung nach den erwähnten Skalen per se in Frage zu stellen ist. Damit kann aber auch der Meinung nicht gefolgt werden, die hohe Punktzahl in den Depressionsskalen lasse auf fehlende Aggravation oder Simulation schliessen. 4.5

Als Ergebnis lässt sich damit festhalten, dass die Beurteilung im polydisziplinären Y.____-Gutachten weder durch die Ausführungen von Dr. C.____ noch durch die anlässlich der beiden einzig aktenkundigen stationären Aufenthalte im A.____ und in der B.____ verfassten Berichte erschüttert werden können. Mithin ist darauf abzustellen. Auch ohne weitere Abklärung geht das Gutachten schlüssig von einer weitgehenden Remission der psychischen Symptomatik und einer - aus psychiatrischer und gesamtmedizinischer Sicht - lediglich noch um 20 % beeinträchtigten Restarbeitsfähigkeit aus (vgl. auch Stellungnahme des regionalen Ärztlichen Dienste [RAD] vom 30. Dezember 2014, Urk. 8/125/6 f. und vom 4. Juni 2015, Urk. 8/125/10 f.). 4.6

Zusammenfassend ist aufgrund der nachvollziehbaren und umfassenden gutachterlichen Beurteilung die angestammte Tätigkeit zu 80 % zumutbar, womit keine Invalidität (mehr) besteht. Aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage besteht kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist 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 rechts anwendende 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; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 3. September 2015 (Urk. 2) erhob X.____ am 4. Oktober 2015 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Aufhebung der angefochtenen Verfügung und weitere Ausrichtung der ganzen Rente, even tuell um Rückweisung der Sache zur Durchführung von weiteren Abklärungen mit der Feststellung, dass er weiterhin Anrecht auf die ganze Rente habe. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1 f.). Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 4. November 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 18. November 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13). Mit Eingabe vom 21. April 2016 äusserte sich der Beschwerdeführer unaufgefordert erneut zur Sache (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist die rückwirkende Einstellung der Invalidenrente per Juni 2013 und ob der Beschwerdeführer darüber hinaus Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 2.2

mit Hinweisen). 5.

E. 2.3

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), er beziehe seit 15 Jahren eine ganze IV-Rente, die ihm nach ausführlicher medizinischer Abklärung inklusive Begutachtung im Z.____ zugesprochen worden sei. Mehrere Revisionsverfahren seien durch geführt und immer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % festgestellt worden (S. 2). Das Videoüberwachungsmaterial sei für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wertlos (S. 3) und auf die psychiatrische Beurteilung im Rahmen der Begutachtung im Y.____, welche auf den Observationszeitpunkt eine 80%ige Arbeitsfähigkeit festhalte, könne nicht abgestellt werden (S. 4). Er sei auf Anweisung des behandelnden Psychiaters vom 20. August bis 19. September 2014 stationär in der A.____ gewesen und hierbei sei auf einen protrahierten Verlauf mit starker Chronifizierung hingewiesen worden. Vom 24. Februar bis 2. April 2015 sei er in der psychiatrischen B.____ hospitalisiert gewesen und die Ärzte hätten auf eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mit schwerer Episode hingewiesen und bei Entlassung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 4 f.). Eine schwere Depression sei auch im Gutachten von Dr. med. C.____ diagnostiziert worden und letztlich müsse er seit der Entlassung aus dem A.____ auch durch die Spitex unterstützt werden (S. 7 f.). 3.

3.1

Die Rentenverfügungen vom 28. und vom 29. April 2003 (Urk. 8/50 f.) betreffend Zusprache einer ganzen Rente mit Wirkung ab 1. März 1997 bei einem Invaliditätsgrad von 70 % basierte im Wesentlichen auf dem polyisziplinären (rheumatologischen, psychiatrischen) Gutachten des Z.____ vom 6. Mai 2002 (Urk. 8/38). Die zuständigen Fachärzte stellten aufgrund ihrer Untersuchungen die folgenden Diagnosen (S. 11):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Spondylolyse L5 beidseits - Status nach Radiusköpfchenfraktur rechts mit Extensionsdefizit am Ellbogen - Schwere depressive Störung mit latenter Suizidalität Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - Arterielle Hypertonie Die Experten führten aus, bei der rheumatologisch-orthopädischen Untersuchung erscheine der Beschwerdeführer mit zwei

Achselstöcken. Er zeige dabei eine demonstrative Falltendenz, falle auch einmal während der Untersuchung demonstrativ, allerdings ohne sich zu verletzen. Die Untersuchung müsse deswegen weitgehend im Sitzen stattfinden, dabei zeige sich lumbal eine gute Wirbelsäulenbeweglichkeit mit einer diffusen Druckdolenz. Das Reflexbild sei symmetrisch, die Trophik ebenfalls, ebenso die Beschwiellung. Die Oberflächensensibilität sei nicht dermatombegrenzt im rechten Bein vermindert. Das Lasègue-Manöver sei negativ und die Extremitäten im Bereich der Hüfte und Kniegelenke frei. Am Ellbogen rechts bestehe ein schmerzhaftes Extensionsdefizit von 15° und radiologisch zeigten sich die Hüften normal und die Wirbelkörperhöhen erhalten. Es bestehe eine Spondylolyse L5 beidseits ohne Olisthesis. Klinisch handle es sich um ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, welches aufgrund der objektivierbaren Befunde nicht erklärt werden könne, und radiologisch zeigten sich eine Spondylolyse L5 und ein Extensionsdefizit am rechten Ellbogen. Ganz im Vordergrund stünden die demonstrativen Elemente. Es stehe fest, dass der Beschwerdeführer mit Sicherheit ohne Stöcke Stehen und Gehen und er sich ohne Hilfe aus- und ankleiden könne. Es bestehe keine neurokompressive Pathologie und die degenerativen Veränderungen am Skelett seien relativ gering. Deshalb könne auch bei fehlendem strukturellen Korrelat keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden und aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig (S. 11 f.). Von psychiatrischer Seite zeige sich der Beschwerdeführer sozial so zurück gezogen, dass er allein, von seiner Familie getrennt, in einer 1 Zimmer-Wohnung lebe, von Verwandten gepflegt werde, ansonsten aber kaum soziale Kontakte habe. Am besten gehe es ihm noch, wenn er im verdunkelten Zimmer im Bett liege. Er beschreibe sich selbst als antriebslos, ohne Energie, ohne Interesse. Nachts könne er vom Gedankenkreisen schlecht einschlafen. Er habe an nichts mehr Freude und leide in schweren depressiven Phasen unter Suizidgedanken recht konkreter Art. Diagnostisch bestehe jetzt eine schwere depressive Störung mit latenter Suizidalität. Die Schmerzen, die er angebe, könnten durchaus im Rahmen dieser schweren chronifizierten depressiven Erkrankung erklärt werden. Differenzialdiagnostisch sei auch an eine Konversionsstörung zu denken. Dafür spreche das abnorme Krankheitsverhalten, womit die Situation gemeint sei, wo sich der Beschwerdeführer übermäßig behindert verhalte im Vergleich zu dem, wo seine körperlichen Grenzen liegen würden und das Auftreten grober körperlicher Bewegungsstörungen, wie der Schwindel und die Stürze im Zusammenhang mit scheinbarem Bewusstseinsverlust. Jedenfalls sei er aus psychiatrischer Sicht aktuell schwer krank und geschätzt zu 70 bis 80 % arbeitsunfähig (S. 12). Es sei die Optimierung der antidepressiven Medikation und die Integration in eine psychiatrische Tagesklinik zum Aufbau einer Tagesstruktur und schrittweisen sozialen Reintegration zu empfehlen (S. 13). 3.2

Anlässlich der aufgrund der (erneuten) Verdachtsmeldung vom 13. Juni 2012 eingeleiteten Rentenrevision mit durchgeführter Observation (vgl. Sachverhalt Ziff. 1; Urk. 8/80-85, Urk. 9) lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte vor: 3.2.1

Dr. med. D. ____, Psychiatrie und Psychotherapie, wies im Formularbericht vom 25. März 2013 auf die Behandlung des Beschwerdeführers seit März 1996 und auf einen zweimonatlichen Konsultationsrhythmus hin. Er diagnostizierte eine rezidivierende Depressive Störung, gegenwärtig mittel gradige Episode (ICD-10 F33.11) und eine ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bei bekannter Wirbelsäulenänderung. Es sei keine angepasste Tätigkeit möglich (Urk. 8/65/3). 3.2.2

Dr. med. E.____, Allgemeinen Medizin FMH, diagnostizierte im Formularbericht vom 4. Juli 2013 ein chronisches spondylogenes Schmerzsyndrom und eine Spondylolyse mit Dysplasie von L5. Es wurde auf eine Behandlung seit 2005 hingewiesen und eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % attestiert (Urk. 8/69). 3.2.3

Die Ärzte des A.____ berichteten am 26. September 2014 über den stationären Aufenthalt vom 20. August bis 19. September 2014. Der Beschwerdeführer sei von seinem langjährigen Psychiater Dr. D.____ zum ersten stationären Aufenthalt zugewiesen worden und in Begleitung seiner Schwiegertochter freiwillig eingetreten (Urk. 8/100/9).

Als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Ärzte im Bericht vom 8. Oktober 2014 fest (vgl. Urk. 8/100 S. 1): 1. Chronifizierte depressive Störung bei Eintritt mittelgradiger Episode ohne psychotische Symptome (F33.1) 2. Vordiagnose: Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung 3. Chronifiziertes Schmerzsyndrom lumbosakral unklarer Ätiologie, Differentialdiagnose somatoforme Schmerzstörung Sie konstatierten, der psychopathologische Befund bei Eintritt sei aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers durchgehend sehr vage gewesen und dadurch eingeschränkt verwendbar. Im formalen Denken sei er eingeengt auf depressives Erleben und Schmerzen, teilweise vorbeirend, bei wiederholter Nachfrage jedoch geordnet. Es bestehe kein Anhalt für psychotisches Erleben oder Sinnestäuschungen. Im Affekt sei er sehr klagsam, deprimiert, hoffnungsarm und es bestehe eine Antriebsminderung (S. 2). Er habe in der neurologischen Beurteilung vom 8. September 2014 zunächst bei allen Prüfungen verneint, diese durchführen zu können. Nach mehrmaliger Aufforderung und zum Teil mit Ablenkung sei das Ausführen jedoch möglich gewesen. Die neurologische Untersuchung sei wegen deutlich verminderter Mitarbeit nur stark eingeschränkt verwertbar, ohne sicheren Anhalt für ein fokales neurologisches Defizit. Sturz- und motorische Entäusserungen in der Untersuchung seien von deutlich psychogenem Charakter, differentialdiagnostisch auf Aggravation zurückzuführen und es habe sich keinerlei Anhalt für einen epileptischen Anfall oder eine Synkope gezeigt (S. 3).

Auf Grund des bisherigen protrahierten Verlaufs mit starker Chronifizierung sei eher nicht von einer substanziellen Verbesserung auszugehen. Auch hätten sich zum Teil Hinweise für nicht un plausible Aggravationstendenzen gefunden, deren Reversibilität aber ebenfalls aufgrund des chronischen Verlaufs als kritisch oder möglicherweise auch im Rahmen der ambulant vor diagnostizierten Persönlichkeitsstörung zu sehen seien. Bei Austritt habe sich der Beschwerdeführer bei verbesserter Stimmungslage, einer gut erhaltenen Mobilität mit Stöcken und mit kognitiv stets gegebener Orientierung und recht guten Alltagsfähigkeiten gezeigt (S. 4). 3.2.4

Im polydisziplinären Gutachten der Y.____ vom 23. Dezember 2014 (Urk. 8/106) stellten die zuständigen Experten Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, PD Dr. med. H.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, und Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie, die folgenden Diagnosen (S. 17 f.): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Rezidivierende depressive Störung, leichte depressive Episode (F33.0) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 2. Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsakzentuierung (Z73) 3. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) mit Selbstlimitierung und sekundärer Symptomausweitung, DD Simulation (Z76.8) 4. Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit demonstrierter aufgehobener Funktion der Lendenwirbelsäule (LWS) und der Brustwirbelsäule (BWS)

E. 5

Chronisches cervicales Vertebralesyndrom mit demonstrierter aufgehobener Funktion

E. 5.1

Der Beschwerdeführer, geboren am 23. Dezember 1957, war im Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom 3. September 2015 knapp 58-jährig. Er fällt damit unter den besonders geschützten Personenkreis von versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2010 vom 26. April 2011). Die Revisions- oder Wiedererwägungsweise Aufhebung von Rentenleistungen ist damit nur zulässig, wenn die Verwaltung zuvor die Notwendigkeit von Eingliederungsmassnahmen geprüft hat. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass diese Personen aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selbständig wieder einzugliedern. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Betroffenen einen Besitzstandsanspruch geltend machen können. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin zugestanden, dass die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (vgl. BGE 141 V 5 E).

4.2.2 mit Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts 9C_920/2013 vom 20. Mai 2014 E. 4.4).

E. 5.2

Bereits im Revisionsfragebogen vom 27. August 2012 gab der Beschwerdeführer an, gar nicht mehr im Stande zu sein, etwas zu arbeiten (Urk. 8/64/2). Anlässlich der Standortbesprechung bei der Eingliederungsberatung der IV Stelle vom 24. Juni 2013 erklärte er sich für einen Arbeitsversuch nicht bereit (vgl. Urk. 8/66 und Urk. 8/68/3). Eine Besprechung vom 31. Januar 2014 (Urk. 8/74) wurde vorzeitig abgebrochen auf seine Angabe hin, es sei ihm übel geworden (Urk. 8/83/2). Nachdem ihm am 19. Mai 2014 mitgeteilt worden war, dass eine polydisziplinäre Abklärung vorgesehen sei (Urk. 8/88), verlangte er vorerst eine Fristverlängerung zur Stellungnahme (Urk. 8/89), bevor er dann geltend machte, es sei zu einer gesundheitlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen (Urk. 8/91). Die vorgesehenen Termine zur polydisziplinären Begutachtung im August und September 2014, die am 7. August 2014 mitgeteilt worden waren (Urk. 8/95), wurden nicht wahrgenommen, da er sich am 20. August 2014 freiwillig in stationäre Behandlung ins A.____ begeben hatte (vgl. E. 3.2.3 hiervor). Nachdem das polydisziplinäre Gutachten dann doch erstellt werden konnte und dieses im Januar 2015 zugestellt worden war (Urk. 8/107), begab er sich am 24. Februar 2015 erneut in stationäre Behandlung, nunmehr in die B.____, wobei der Behandlungsauftrag den Klinikärzten offensichtlich unklar war, bevor sie gegen Ende des Aufenthaltes vom laufenden IV Rentenrevisionsverfahren erfuhren (E. 3.2.6 hiervor). Der Beschwerdeführer verneinte sodann auch gegenüber sämtlichen Ärzten, dass er in der Lage sei, irgend einer Erwerbstätigkeit nachgehen zu können, und liess seine Pflegebedürftigkeit damit unterstreichen, dass er die Hilfe einer privaten Pflegerin in Anspruch nahm (vgl. Urk. 8/108).

Daraus folgt, dass vorliegend weder das fortgeschrittene Alter noch die lange Rentendauer und die daraus folgende langjährige Arbeitsabstinenz den Beschwerdeführer an seiner Selbsteingliederung hindert, sondern eine mit Aggravations- und Simulationselementen verbundene subjektive Krankheitsüberzeugung, die sämtliche Eingliederungsbemühungen

zu m

vornherein ins Leere laufen lassen. Für Einschränkungen, die auf solche Umstände zurückzuführen sind, hat die Invalidenversicherung grundsätzlich nicht einzustehen (BGE 131 V 49 E. 1.2). Der Beschwerdegegnerin kann bei den gegebenen besonderen Umständen auch nicht vorgeworfen werden, dass sie über die Eingliederungsgespräche hinaus keine weitergehende Unterstützung mehr angeboten hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_231/2015 vom 7. September 2015 E. 4.2). Damit gibt die Rentenaufhebung auch unter diesem Gesichtspunkt zu keiner Kritik Anlass. 6.

E. 6

Leichtes Streckdefizit rechter Ellenbogen nach Radiusköpfchenfraktur

E. 6.1

Die Beschwerdegegnerin sistierte mit rechtskräftiger Verfügung vom 25. März 2015 die Rentenleistungen per Ende März 2015 und hob mit der vorliegend angefochtenen Verfügung die Rente rückwirkend per Juni 2013 auf (vgl. Sachverhalt Ziff. 1), wobei sie die rückwirkende Aufhebung mit einer Meldepflichtverletzung begründete (E. 2.2).

E. 6.2

Jede wesentliche Änderung in den für eine Leistung massgebenden Verhältnissen ist von den Bezügerinnen und Bezüger, ihren Angehörigen oder Dritten, denen die Leistung zukommt, dem Versicherungsträger oder dem jeweils zuständigen Durchführungsorgan zu melden (Art. 31 Abs. 1 ATSG).

Der Berechtigte oder sein gesetzlicher Vertreter sowie Behörden oder Dritte, denen die Leistung zukommt, haben jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung, namentlich eine solche des Gesundheitszustandes, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit, des Zustands der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs, des für den Ansatz der Hilflosenentschädigung und des Assistenzbeitrages massgebenden Aufenthaltsortes sowie der persönlichen und gegebenenfalls der wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten unverzüglich der IV-Stelle anzuzeigen (Art. 77 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV).

Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten erfolgt rückwirkend ab Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung, wenn der Bezüger die Leistung zu Unrecht erwirkt hat oder der ihm nach Art. 77 zumutbare Meldepflicht nicht nachgekommen ist, unabhängig davon, ob die Verletzung der Meldepflicht oder die unrechtmässige Erwirkung ein Grund für die Weiterausrichtung der Leistung war (Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV) in der – mit Blick auf den Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung – hier massgebenden, am 1. Januar 2015 in Kraft getretenen Fassung).

E. 6.3

Im Rentenrevisionsfragebogen vom 27. August 2012 (Urk. 8/64) gab der Beschwerdeführer an, er könne nur an Stöcken und ohne sich hinzusetzen nur eine kurze Strecke (100 Meter) gehen. So sei es seit dem Jahr 1996. Seither habe er nie mehr gearbeitet und sei auch nicht im Stande, etwas zu arbeiten (S. 2). Zur Frage, welche Fortbewegungsmittel er noch selbständig benutzen könne (Auto, Motor- oder Fahrrad und/oder öffentlicher Verkehr) antwortete er: „Ich benutze keine Fortbewegungsmittel“ (S. 4). Aktenkundig sind in diesem Zusammenhang Observationsunterlagen, die den

Beschwerdeführer am 24. Juni 2013 anlässlich eines Gesprächs bei der Beschwerdegegnerin an Unterarmstöcken gehend und danach beim Besteigen eines Fahrzeuges als Beifahrer zeigen. Rund 45 Minuten später kann beobachtet werden, wie der Beschwerdeführer ohne Unterarmstöcke beim Verlassen eines Geschäfts eine Treppe mit sechs Stufen herab steigt und auf ebenem Grund ohne sichtbare Beeinträchtigungen oder Verlangsamungen ein paar Schritte in Richtung eines geparkten Fahrzeuges geht (Urk. 9 S. 12 und S. 13). Aus dem Ermittlungsbericht ergibt sich im Weiteren, dass sich der Beschwerdeführer in der Folge selber ans Steuer des geparkten Fahrzeuges setzte, nach Glattbrugg und später nach Zürich fuhr (Urk. 9. S. 9). Die Filmsequenz ist sehr kurz, kontrastiert aber erheblich vom Wahrnehmungsbild, dass der Beschwerdeführer kurz zuvor bei der Beschwerdegegnerin abgegeben hatte wonach er den Weg vom Empfang zum Besprechungsraum nur sehr langsam und abgestützt auf die beiden Unterarmstöcke bewältigen konnte (Urk. 8/84). Anlässlich der Besprechung gab der Beschwerdeführer sodann zu Protokoll, dass er die Stöcke fast immer brauche und Treppensteigen ohne Stöcke nicht gehe (Urk. 8/83/2).

E. 6.4

Damit hat er qualifiziert unrichtige Angaben zu seinem gesundheitlichen Zustand gemacht und damit seine Meldepflicht verletzt. Nicht massgebend ist, dass aufgrund der kurzen Beobachtungssequenz lediglich eine Aggravation bezüglich der Somatik erkennbar war und die psychische Situation erst im weiteren Verlauf mittels der polydisziplinären Abklärung in der Y.____ beurteilt werden konnte (vgl. auch Stellungnahme des RAD vom 24. Oktober 2013, Urk. 8/125/4).

E. 6.5

Die Terminierung der Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers durch die Y.____-Gutachter auf Juni 2013 ist nicht zu beanstanden. Diese legten unter Bezugnahme auf die Akten in nachvollziehbarer Weise dar, dass spätestens ab dann von einer Besserung auszugehen ist. Die Begründung hierfür überzeugt, verwiesen sie doch auf spätestens ab diesem Zeitpunkt erkennbare Aggravation und willensnahe Ausgestaltung der Symptomatik bei gebesselter psychischer Verfassung.

Zusammenfassend kann damit ab Juni 2013 von einer Verbesserung der Situation ausgegangen werden, welche ab diesem Zeitpunkt als erhebliche Änderung im Sinne von Art. 88 bis

Abs. 2 lit. b IVV zu berücksichtigen ist. Von einer labilen Verbesserung ist vorliegend nicht auszugehen und Art. 88 a Abs. 1 IVV damit nicht anwendbar (Urteil des Bundesgerichts 8C_232/2016 vom 30.

September 2016 E. 4.4). Die rückwirkende Leistungseinstellung per Ende Juni 2013 ist damit nicht zu beanstanden, was insgesamt zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

E. 7

Arterielle Hypertonie

E. 7.1

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

Eine Person, die ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege stellt, hat ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse darzulegen und sich zur Sache sowie über ihre Beweismittel zu äussern (§ 28 lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht in Verbindung mit Art. 119 Abs. 2 Satz 1 der Zivilprozessordnung). Im Verfahren betreffend die unentgeltliche Rechts pflege gilt ein durch die umfassende Mitwirkungsobliegenheit eingeschränk ter Untersuchungsgrundsatz .

E. 7.2

Mit seiner Beschwerde vom 4. Oktober 2015 ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2). Mit Verfü gung vom 6. Oktober 2015 wurde er ausdrücklich aufgefordert, das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedür ftigkeit vollständig ausgefüllt, verse hen mit der Erklärung betreffend Rechtsschutzversicherung und unter Beilage sämtlicher Belege zur finanziellen Situation einzureichen (Urk. 5). Der Beschwerdeführer reichte hierauf lediglich eine Unterstützungsbestätigung der Sozialen Dienste Horgen ein

(Urk. 12). Dabei fehlt es insbesondere an einer Deklaration über eine allfällige Rechtsschutzversicherung wie auch über Angaben betreffend die aktuellen Wohn- und Partnerschaftsverhältnisse. Unklar sind aber auch die Vermögensverhältnisse nach aktenkundigen Hin weisen über eine eigene Liegenschaft in Serbien (Urk. 8/83/4).

Unter diesen Umständen kann dem Gesuch um unentgeltliche Prozess führung mangels hinreichender Substantiierung nicht stattgegeben werden (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_173/2016 vom 17. Mai 2016 E. 5).

E. 7.3

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsge mäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 4. Oktober 2015 um Gewährung der unent geltlichen Prozessführung wird abgewiesen, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'0 00 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 17 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesge richt 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 Beweis mittel 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 Der Gerichtsschreiber Gräub Nef

E. 8

Adipositas

E. 9

Anamnestisch Status nach Magenulkus 1990

E. 10

Status nach Leistenhernien-Operation 1996

Anlässlich der psychiatrischen Exploration wurde festgehalten (S. 15), der Beschwerdeführer zeige sich über Schmerzen, Depression und depressiven Rückzug klagend und gebe nur wenig Auskunft. Es ergebe sich eine oft vage, teilweise auch inkonsistente und gelegentlich sogar widersprüchliche Anamneseschilderung. Der Beschwerdeführer räume vielfach erst auf Konfrontation mit der Aktenlage Sachverhalte ein, an welche er sich zuvor angeblich nicht erinnert oder die er abgestritten habe. Auch im Hinblick auf die wiederholt aktenkundige Neigung zu Aggravation sei festzuhalten, dass er im Rahmen der psychiatrischen Exploration durchaus eine willensgesteuerte Modulation seines Verhaltens an den Tag gelegt habe. Dabei seien demonstrativ-histrionische Züge nicht übersehbar gewesen. Die von ihm geschilderten Erinnerungslücken und Gedächtnisbeeinträchtigungen seien im Lichte der Inkonsistenzen als pseudodement zu interpretieren. Die geschilderte Schmerzsymptomatik müsse auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zurückgeführt werden. Einerseits lägen keine ausreichenden somatischen Befunde vor, welche die Beschwerden erklären könnten, und andererseits müsse vor dem Hintergrund psychosozialer Belastungsfaktoren eine nicht aufgelöste innerseelische Konfliktsituation angenommen werden. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit resultiere aus der vorliegenden psychiatrischen Situation allerdings nur in begrenztem Umfang. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei vorliegend für die Arbeitsfähigkeit ohne Belang, auch wenn sie in der subjektiven Selbstwahrnehmung des Beschwerdeführers zu einer Invalidisierung führe. Die sogenannten Foerster-Kriterien seien keineswegs hinlänglich erfüllt. Es bestehe keine gravierende Komorbidität, insbesondere nicht auf psychiatrischem Fachgebiet. Die in der Vergangenheit mehrfach beschriebene mittelschwere oder gar schwere depressive Symptomatik sei nicht zu bestätigen beziehungsweise weitgehend remittiert. Es bestehe lediglich das Bild einer leichten depressiven Störung. Der vom Beschwerdeführer dargestellte soziale Rückzug sei im Lichte der zahlreichen Inkonsistenzen in der Anamneseschilderung einerseits sowie vor dem Hintergrund durchaus vorhandener Interaktionskompetenzen andererseits als willentlich gesteuert und keineswegs vollständig zu beschreiben. Hinweise auf einen therapieresistenten primären Krankheitsgewinn ergäben sich nicht. Lediglich zur Frage der Chronifizierung sei festzuhalten, dass die Symptomatik bereits lange vorliege. Andererseits müssten aber vor dem Hintergrund der erhobenen Befunde an einer Veränderungsmotivation Zweifel geäußert werden, so dass ebenfalls nicht von einer Therapieresistenz ausgegangen werden könne. Die depressive Symptomatik gehe mit einer vermehrt nach innen gerichteten Selbstwahrnehmung und dysfunktionalen Empfindung von

Defiziten einher. Die damit verknüpfte leichte Beeinträchtigung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit sowie der Affektregulation führe zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 %, sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wie auch in etwaigen adaptierten Verweistätigkeiten.

Die neurologische Untersuchung ergebe (S. 16), dass die beklagten ständig vorhandenen, maximal ausgeprägten, vom rechten Bein ausgehenden Schmerzen mit invalidisierendem Charakter nach einem Velounfall vor 17 Jahren mit fraglicher Commotio aus neurologischer Optik nicht erklärbar seien. Aus rein neurologischer Sicht besteht eine Arbeitsfähigkeit zu 100 %, sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wie auch für adaptierte Tätigkeiten.

Auch gegenüber dem Orthopäden (S. 16) habe der Beschwerdeführer angegeben, dass er bis zum Tage seines Unfalles am 15. März 1996 als Staplerfahrer gearbeitet habe und er seit diesem Ereignis invalidisiert sei. Er leide unter Schmerzen am ganzen Körper, alles tue weh, er habe Schwindel. Die eingehende orthopädische Untersuchung des Versicherten habe jedoch keine relevanten Diagnosen für die Arbeitsfähigkeit ergeben. Ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit demonstrierter aufgehobener Funktion der Lenden- als auch der Brustwirbelsäule bleibe ebenso ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wie ein chronisches zervikales Vertebralsyndrom mit demonstrierter aufgehobener Funktion. Ein leichtes Streckdefizit am rechten Ellenbogen nach Radiusköpfchenfraktur sei für die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht relevant, so dass die Arbeitsfähigkeit sowohl für die bisherige Tätigkeit wie auch für Verweistätigkeit mit 100 % eingeschätzt werde.

Die internistische Untersuchung habe ergeben (S. 17), dass die verbliebenen Diagnosen eines arteriellen Bluthochdrucks, Adipositas, Status nach Magenulcus und Status nach Leistenhernienoperation ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien. Die hypertonen Blutdruckwerte müssten kontrolliert, resp. die Behandlung optimiert werden. Aus internistischer Sicht bestehe sowohl für die bisherige Tätigkeit wie auch für adaptierte Verweistätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 100 %.

In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Experten fest (S. 18), von Seiten der somatischen Fachgebiete Innere Medizin, Orthopädie und Neurologie seien keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zu stellen. Im psychiatrischen Bereich liege beim Beschwerdeführer eine deutliche Selbstlimitierung und Symptomausweitung vor dem Hintergrund einer somatoformen Schmerzstörung (F45.4) vor. Darüber hinaus liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mit einem leichten Ausprägungsgrad der Depression, vor. Die geschilderten Beeinträchtigungen bei der Alltagsbewältigung, der Tagesstruktur sowie der geschilderte soziale Rückzug seien durch psychopathologische Befunde nicht zu erhärten und seien auf Selbstlimitierung zurückzuführen und der Willensteuerung unterworfen. Ferner hätten auch während der psychiatrischen Exploration deutliche Hinweise auf Inkonsistenzen, Widersprüchlichkeiten und Aggravation bestanden. Die fehlenden beziehungsweise unzureichenden Medikamentenspiegel erhärteten den Eindruck von fehlendem Leidensdruck.

Zur Frage einer Verbesserung des Gesundheitszustandes hielten die Experten fest (S. 20), eine Verbesserung des Gesundheitsschadens sei seit der letzten Begutachtung im Z. ___ im Jahr 2002 erfolgt. Rückblickend betrachtet sei die seinerzeit dokumentierte schwere depressive Episode weitgehend remittiert. Ferner fänden sich Hinweise auf eine willensnahe Ausgestaltung der Symptomatik und deutliche Aggravation. Spätestens seit

der Dokumentation des Aktivitätsniveaus im Rahmen der Observation, also im Sommer 2013, sei die Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 % ausgewiesen. 3.2.5

Dr. med. univ. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welcher im Auftrag des Rechtsvertreters das Gutachten vom 16. März 2015 (Urk. 8/112/3 ff.) verfasste, stellte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 f.): - Chronifizierte depressive Entwicklung, gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome, bei einer rezidivierenden depressiven Störung (F 33.2), die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet (sei) und mindestens seit 1996 bestehe - Kombinierte Persönlichkeitsstörung (F 61.0) mit schizoiden, vermeiden den, dependenten, unreifen und selbstunsicheren Anteilen, bestehend seit mindestens 1996 - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts bei radiologisch nachgewiesener Spondylolyse mit Dysplasie von L5 (M 54.4), bestehend seit 1996 - DD (Differentialdiagnose): Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F 45.41) - DD: Dissoziative Bewegungsstörung (F 44.4) - Verdacht auf Andauernde Persönlichkeitsänderung bei Schmerzsyndrom (F 62.80) Zum Psychostatus wurde festgehalten (S. 13 f.), der Beschwerdeführer sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert mit bedrückter Mimik, reduzierter Gestik und leichten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Hinweise auf Störungen der Aufmerksamkeit oder Merkfähigkeit hätten sich nicht ergeben. Im formalen Gedankengang sei er verlangsamt und mit Grübelneigung, im inhaltlichen Gedankengang jedoch unauffällig: Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen bestünden nicht und auch keine Hinweise für Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken. Im Affekt habe er deprimiert, ängstlich und angespannt, zum Teil starr gewirkt. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei reduziert und eine durchgehend depressive Stimmung sei deutlich vorhanden sowie ein „depressiver Habitus“ feststellbar. Es hätten Insuffizienzerleben und Selbstvorwürfe mit Schuldgefühlen sowie Gefühle der Wertlosigkeit vorgelegen und es sei über Freudlosigkeit und negative Zukunftsperspektiven berichtet worden. Es sei ein Interessenverlust vorhanden. In der Psychomotorik sei der Beschwerdeführer unruhig, der Antrieb vermindert und es bestünden ausgeprägte Schlafstörungen (Ein- und Durchschlaf), Libidoverlust, eine erhöhte Ermüdbarkeit und sporadisch eine Appetitminderung. Es sei ein deutlicher Leidensdruck spürbar. In der MADRS habe er einen Wert von 40 Punkten und in der HAMD einen Wert von 45 Punkten erreicht, was auf eine schwere depressive Störung hinweise. Von diesen Störungen wären auch Simulation und Aggravation abzugrenzen. Hinweise hätten sich aber nicht ergeben. Jedoch könnte das Verhalten des Beschwerdeführers aufgrund seiner Krankheit (kombinierte Persönlichkeitsstörung) einen Verdacht auf Aggravationsneigung erwecken. Die unter einer kombinierten Persönlichkeitsstörung leidenden Betroffenen hätten Merkmale mehrerer verschiedener Persönlichkeitsstörungen, wobei kein vorherrschendes Symptombild eine spezifischere Diagnose erlaube. Schizoiden Persönlichkeiten bereiteten wenige oder überhaupt keine Tätigkeiten vor, sie seien emotional kühl und verfügten über eine geringe Fähigkeit, warme, zärtliche Gefühle anderen gegenüber zu zeigen und hätten auch wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen und es mangle ihnen an engen Freunden oder vertrauensvollen Beziehungen. Vermeidende Persönlichkeiten zeichneten sich durch andauernde Gefühle von Anspannung und Besorgtheit aus und seien der Überzeugung, selbst sozial unbeholfen und minderwertig im Vergleich mit anderen zu sein. Sie seien überempfindlich gegenüber Ablehnung und Kritik und zeigten eine Abneigung sich auf persönliche Kontakte einzulassen, und einen eingeschränkten Lebensstil. Dependente Persönlichkeiten zeigten sich darin, dass bei den

meisten Lebensentscheidungen an die Hilfe anderer appelliert werde, sie ein unbehagliches Gefühl beim Alleinsein befallt aus übertriebener Angst, nicht für sich allein sorgen zu können, und über eine eingeschränkte Fähigkeit verfüge, Alltagsentscheidungen zu treffen. Die Betroffenen fühlten sich selbst hilflos, inkompetent und nicht leistungsfähig. Alle diese Merkmale seien beim Beschwerdeführer vorhanden. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht könne eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 70 % angenommen werden und es seien Rehabilitationsmassnahmen grundsätzlich möglich, aber in diesem Fall mit wenig Aussicht auf einen Erfolg (S. 17). Es sei weiterhin eine IV-Berentung bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % zu empfehlen (S. 19). 3.2.6

Am 14. April 2015 (Urk. 8/120/13-17) berichteten die Ärzte der B.____ über die Hospitalisation vom 24. Februar bis 2. April 2015. Die freiwillige Aufnahme sei nach Zuweisung durch Dr. D.____ zur Behandlung einer chronifizierten schweren depressiven Erkrankung erfolgt (S. 1). Es sei schwierig gewesen, realistische Behandlungsziele festzulegen, da der Beschwerdeführer seine körperlichen Beschwerden sehr im Vordergrund gesehen habe und hinsichtlich seines psychischen Befindens wenig differenziert „gesund werden“ als Wunsch formuliert habe. Zu Beginn der Behandlung habe er sich sehr verschlossen, klagsam, schon bei geringfügigen Anforderungen überfordert, stark somatisierend, schnell reizbar und fordernd, deutlich regressiv und kaum bereit zu Bemühungen gezeigt. Selbst an den niederschweligen Therapieangeboten auf der Station habe er kaum teilgenommen, da er sich sehr schnell überfordert gefühlt habe und von ihm Schmerzen, Schwindel und Ängste beklagt worden seien. Auch der angebotenen Einzel-Physiotherapie habe er sich nicht gewachsen gefühlt. Thema Tisch habe sich in den Einzelgesprächen vieles um die Frage des Therapieauftrages und der Möglichkeit einer Mitwirkung durch den Beschwerdeführer selbst gedreht. Nach ca. der dritten Behandlungswoche sei es zu einer akuten Krise gekommen. Hintergrund sei die Tatsache gewesen, dass der Beschwerdeführer den Bescheid erhalten habe, dass seine IV-Rente nach 15 Jahren nicht weiter bewilligt worden sei (S. 3).

Nach erfolgter Stabilisierung und Überwindung der Krise seien die Therapieoptionen ausgeschöpft gewesen und die Behandlung sei einvernehmlich abgeschlossen worden. Zusammenfassend sei es trotz des schwierigen Therapieprozesses letztendlich zu einer überraschend raschen und deutlichen Befundbesserung gekommen, wobei sich an der Bedürftigkeit und der Passivität des Beschwerdeführers trotz der verbesserten Stimmung nichts geändert habe. Diagnostisch bleibe damit die endgültige Einschätzung unsicher, und am ehesten sei von einer rezidivierenden depressiven Störung und einer Somatisierungsstörung vor dem Hintergrund einer langjährigen regressiven Entwicklung auszugehen (S. 4). 4.

4.1

Der zeitliche Referenzpunkt zur Prüfung der anspruchserheblichen Veränderung bilden die ursprünglichen Rentenverfügungen vom 28. und vom 29. April 2003, mit welcher ab 1. März 1997 eine ganze Invalidenrente zugesprochen worden war (Urk. 8/50 f.). Denn die erstmalige Rentenrevision, die mit Mitteilungen vom 16. April 2008 abgeschlossen und mit welcher ein unveränderter Invaliditätsgrad von 70 % bestätigt worden war (Urk. 8/61), erfolgte nicht aufgrund einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines

Einkommensvergleiches, sondern lediglich aufgrund von zwei knappen Formularberichten des behandelnden Ärzte (Urk. 8/54 und Urk. 8/58), weshalb dieser Entscheid keine Referenzbasis bilden kann (vgl.

E.

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