

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00137 vom 8. Juni 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00137

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00137 du 8 juin 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00137 del 8 giugno 2016

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen , Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgegli chenen 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

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezü gerin oder eines Rentenbezü gers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tat sächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidier bar , wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bun desgerichts 9C_261/2009 vom 1 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesund heitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisi onsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Ein spracheentscheid , welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Renten anspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

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

E. 1.3

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

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 29. Januar 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Dezember 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei en ihm über das Renteneinstellungsdatum per 31. Juli 2011 hinaus Renten leistungen zuzusprechen. Eventuell seien ihm bis zum 31. Januar 2016 Renten leistungen zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1. März 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 1. April 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk. 9).

Mit Eingabe vom 11. April 2016 (Urk. 10) reichte der Beschwerdeführer diverse Arztberichte nach (Urk. 11/1-3), welche der Beschwerdegegnerin am 12. April 2016 zugestellt wurden (Urk. 12).

E. 2.1

Dr. E.____ führte in seinem psychiatrischen Gutachten (Urk. 7/243/13-90) - nach ausführlicher Darlegung der Aktenlage (S. 3-36) sowie in Kenntnis des Obser vationsmaterials (S. 36-40), nach Durchführung von zwei Untersuchungsge sprächen mit dem Beschwerdeführer (S. 40-55) sowie einem Auskunftsgespräch mit der Tochter des Beschwerdeführers (S. 55-60)

- Folgendes zu r Frage betref fend aktuell vorliegende r psychische r Störung en aus (S. 64 ff.):

Der Beschwerdeführer berichte aktuell im Rahmen der Begutachtung über eine lange Liste von depressiv wirkenden Klagen und Zuständen unter Einbezug der Angabe von visuellen Verfolgungserlebnissen und Berichten von Kollapszu ständen mit Amnesie und einem

derweil schlafähnlich beschriebenen Zustand, in welchem er spreche und Phänomene wie visuelle Halluzinationen angebe (S. 65 oben). Rein von der objektiven Befundlage und vom beobachtbaren Verhalten her seien verdeutlichende Schmerzäußerungen und ein langsames Gangmuster und ein zeitweiser Stockgebrauch sichtbar, was mindestens in dieser Art nicht auf den eingereichten Observationsunterlagen sichtbar sei (S. 65 Mitte). Insbesondere sei jedoch die Art, wie sich der Beschwerdeführer gleich einleitend im Gespräch selber präsentiere und in welcher Art er inhaltlich berichte, nicht für eine schwerergradige oder gar schwere Depression typisch, auch nicht für eine agitierte Form einer Depression: Der Beschwerdeführer setze nämlich sogleich zu einer umfangreichen, mit schneller Wortfolge und entsprechend nicht stockend vorgebrachten Beschwerdeschilderung an, die sich inhaltlich in auffälliger Weise in Art und Formulierung mit früher dokumentierten Beschwerdeschilderungen decke. Gewisse depressive Kernsymptome würden dabei druckvoll, aber etwas plakativ und unscharf in der Beschreibung oder gemäß Beispielgebung vorgetragen. Dies kontrastiere doch in erheblicher Art mit dem Eindruck, den schwerer Depressive in fachpsychiatrisch typischer Weise hinterlassen würden: Bei Depressiven werde üblicherweise die düstere innere Verfassung auch atmosphärisch und im Kontakt spürbar und gleichsam greifbar, über die sie viel eher stockend und in immer gleichen depressiven und schuldgeprägten Gedankenzirkeln befangen wirkend berichten würden, während in vorliegendem Fall vor allem das Bemühen spürbar werde, die Klagen möglichst schnell und umfangreich beim Gutachter anzubringen. Sodann würden auch die - im Einzelnen näher beschriebene - Mimik sowie gewisse Verhaltenssequenzen des Beschwerdeführers nicht mit jener eines Depressiven übereinstimmen (S. 65 f.).

Sodann führte Dr. E. ___ aus, es seien weder die vorgebrachten Klagen über die visuellen Halluzinationen eines Mannes mit gezücktem Messer noch die vom Beschwerdeführer geschilderten Episoden von sogenannten „Kollapszuständen“ einer psychischen Störung zuordenbar (S. 66 f.). Derartige Angaben seien eher und häufiger vor dem Hintergrund zu verstehen, wie sich medizinisch ungebildete Personen auffällige psychische Störungen vorstellen würden (S. 67 oben). Ferner habe der Beschwerdeführer angeführt, sich als wertlos und unfähig zu erleben, weil er nicht mehr die einfachsten Handreichungen im Alltag zu tun im Stande sei, im Speziellen als Beispiele seien Klagen über massive kognitive Leistungsdefizite angeführt worden, die im klaren Kontrast stehen würden zu implizit tadellosen kognitiven Leistungen, eine lange Beschwerdeliste (identisch im Abgleich mit in den Akten geschilderten Beschwerden) so prompt und augenscheinlich ohne wesentliche Auslassungen und nicht gestützt auf eine schriftliche Liste verbal vorzubringen. Es falle auf, wie auch diesbezüglich offenbar immer wieder dieselben Beispiele gebracht worden seien, so zum Beispiel nicht im Stande zu sein, auch einfachste Speisen zu kochen beziehungsweise diese zu versalzen, was als wenig einschlägig typisch für depressives Versagen an Aufgaben gelten müsse. Dr. E. ___ führte weiter aus, der Beschwerdeführer habe zwar Schuldgefühle genannt, er habe daneben aber auch Äußerungen gemacht, die mit typisch depressiven schuldbeladenen Gedankenzirkeln unvereinbar seien, so zum Beispiel die expressiv vorgetragene Klage an Gott, wieso er den n von Gott mit dem Unfall und dessen Folgen so geschlagen worden sei, wo er sich doch zuvor in seinem Leben, das bis anhin genussvoll und gut verlaufen sei, letztlich so tadellos betragen habe. So eine Äußerung sei zum Beispiel von einem typischerweise schuldbereiten Depressiven in keiner Weise zu erwarten, der auch seine bisherige Existenz als misslungen

und unwert her abqualifizieren würde (S. 67 Mitte). Alsdann werde vom Beschwerdeführer eine Variabilität der depressiven Symptomatik angegeben, was an sich bei depressiven Patienten mit Schwankungen von Tag zu Tag durchaus vorkommen könne. Die genannte vorwiegende Abhängigkeit vom Wetter würde jedoch viel eher populären Vorstellungen als effektiv nachhaltigen Beobachtungen zu Abhängigkeiten vom Wetterwechsel entsprechen. Auffällig und atypisch für Situationen mit effektiv depressiven Patienten im familiären Rahmen seien auch die - im einzelnen genannten - Angaben, die der Beschwerdeführer - aber auch seine Tochter - hinsichtlich der familiären Interaktion rund um depressive, teils suizidale Äusserungen des Beschwerdeführers und angebliche aggressive Reaktionen seinerseits auf die Familienangehörigen gemacht hatten (S. 68 oben). Hinsichtlich der Frage des Bestehens einer somatoformen Schmerzstörung führte Dr. E. ___ aus, der Beschwerdeführer habe spontan und ganz vorrangig über depressiv anmutende Beschwerden berichtet und es sei hinsichtlich der Schmerzen erst zu Angaben gekommen, nachdem der Untersucher diese zum Thema gemacht habe, was für somatoforme Schmerzstörungen atypisch sei. Zudem sei zu beachten, dass beim Vorliegen einer schweren Depression keine gleichzeitig bestehende somatoforme Schmerzstörung gemäss Regeln des ICD

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), am 16. Dezember 2010 hätten Ärzte des

Y. ___ ein zweites Gutachten erstellt und sei er zum Schluss gelangt, aus psychiatrischer Sicht liege eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, was eine zirka 50%ige Arbeitsunfähigkeit bewirke (S. 7 oben). Nach Visionierung des Observationsmaterials seien die Y. ___ -Gutachter zum Schluss gelangt, die im Gutachten angegebene Arbeitsunfähigkeit von 50 % lasse sich nicht mehr rechtfertigen. Ein Abstellen auf in dieser Weise zustande gekommene Gutachteraussagen sei unzulässig, da einerseits das Stellen einer psychiatrischen Diagnose aufgrund von kurzen Filmausschnitten nicht einer Begutachtung lege artis entspreche. Andererseits könne auch aufgrund des zeitlichen Aspekts nicht darauf abgestellt werden, lasse das im Frühling 2011 produzierte Observationsmaterial doch keinen Rückschluss auf den Gesundheitszustand vor eineinhalb Jahren zu (S. 7 Ziff. 18). Somit seien die Ausführungen des Y. ___ -Gutachtens vom 16. Dezember 2010 nach wie vor als rechtlich relevante Grundlage zu betrachten (Ziff. 19). Sodann sei das Gutachten der Rehaklinik Z. ___ vom 12. Juli 2013 - aus näher dargelegten Gründen - nicht geeignet, eine rentenrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes nachzuweisen, weshalb die Rente nicht rückwirkend einzustellen sei, sondern vielmehr ein weiterwährender Rentenanspruch zu bestätigen sei (S. 7 f. Ziff. 20 f.).

Weiter machte der Beschwerdeführer geltend, selbst wenn davon auszugehen sei, dass keine dauerhafte Invalidität vorliege, könne die Renteneinstellung lediglich mit Wirkung ex nunc et pro futuro angeordnet werden. Rückwirkend sei eine Aufhebung nur möglich, wenn er seine Meldepflicht verletzt hätte. Da ihm mehrere Ärzte in der fraglichen Zeit eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten, habe er gar keinen Anlass gehabt, eine Verbesserung seines Gesundheitszustandes der Beschwerdegegnerin zu melden (S. 9 Ziff. 24).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der rückwirkenden Aufhebung der ganzen Rente des Beschwerdeführers für die Zeit ab dem 1. Januar 2009.

Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist demgegenüber die Rückforderung der ab dem 1. Januar 2009 ausgerichteten Rentenbeträge.

Die dies bezüglich ergangene Verfügung vom 16. Dezember 2015 (vgl. Urk. 3) wurde ebenfalls mit Beschwerde angefochten, worüber im Prozess IV.2016.00157 mit Urteil vom heutigen Tag entschieden wurde.

E. 3

dritter Abschnitt).

Die Unrechtmässigkeit des Leistungsbezuges ergebe sich daraus, dass der Beschwerdeführer zu seinem tatsächlichen Gesundheitszustand, Funktionsniveau und zu seinen (sozialen) Aktivitäten nicht wahrheitsgetreue, umfassende und unverzügliche Angaben gemacht habe. Unter Berücksichtigung der verschiedenen Observationsergebnisse aus den Jahren 2006 bis 2008 sowie 2011 seien die Gutachter zum Schluss gelangt, dass der Beschwerdeführer in der Explorationssituation seine Beschwerden zumindest aggraviert habe (S. 3 Mitte). Das aggravierte Verhalten des Beschwerdeführers stelle eine Meldepflichtverletzung dar.

Mit Blick auf die wiederholt gutachterlich erwähnte „bewusst gesteuerte Verhaltensmodifikation“ und diesbezüglich insbesondere unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Verhaltens in der Schweiz und im Herkunftsland könne ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer gewusst habe oder hätte wissen müssen, dass er bei seinem tatsächlichen Gesundheitszustand und seiner Funktionsfähigkeit keinen Rentenanspruch mehr gehabt hätte. Die von ihm verübte Meldepflichtverletzung sei daher als schwer und zumindest eventualvorsätzlich begangen zu betrachten (S. 4 unten).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort fest (vgl. Urk. 6).

E. 3.1

Mit Verfügung vom

5. Dezember 2005 (Urk. 7/79) wurde dem Beschwerdeführer ab 1. März 2004 eine ganze Rente zugesprochen. Die medizinische Aktenlage präsentierte sich im Wesentlichen wie folgt:

E. 3.2

Mit Bericht vom 30. März 2004 (Urk. 7/47/1-4) nannte Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule (HWS) mit Distorsion der HWS und Problemen im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS; vgl. lit. A und lit. D.3). Er attestierte dem Beschwerdeführer ab 13. März 2003 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (lit. B).

E. 3.3

Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 20. Juli 2004 (Urk. 7/50) eine HWS-Distorsion bei Status nach Schleudertrauma vom 13. März 2004 mit nachfolgender Impingementsymptomatik der ganzen Wirbelsäule und erheblicher posttraumatischer Belastungsstörung mit vegetativer Symptomatik und depressiver Einstellung (S. 1 lit. A). In seiner letzten Tätigkeit als Bodenleger sei der

Beschwerdeführer daher zu 70 % arbeitsunfähig (lit . B). Der Beschwerdeführer habe eine schonende Haltung des Kopfes eingenommen und zeige eingeschränkte und schmerzhafte Bewegungen des Kopfes in alle Richtungen. Es sei eine ausgesprochene Hyperästhesie in der linken Gesichts- und Körperseite, Grenze mittlere Linie, und auch der linken Extremitäten festzustellen (S. 2 Mitte).

E. 3.4

Im Auftrag des Unfallversicherers erstellte Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 7. Februar 2005 ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/57 /1-5) und nannte folgende Diagnosen (S. 4 ad 4): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), DD (differentialdiagnostisch) rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.2) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8). Dr. C.____ führte aus, es handle sich beim Beschwerdeführer um eine prämorbid sehr wenig belastbare Persönlichkeit. Es sei davon auszugehen, dass die all gemeine Verunsicherung und die Schmerzen in Folge des Unfalls die depressive Störung ausgelöst hätten (ad 5). Er sei weiterhin für jegliche Tätigkeit auf dem freien Markt zu 100 % arbeitsunfähig (ad 7).

E. 3.5

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Bericht vom 22. April 2005 (Urk. 7/58/2-5) eine schwere depressive Episode mit posttraumatischer Symptomatik (ICD-10 F32.2) nach einer Auffahrtkollision am 13. März 2003 sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom. Der Beschwerdeführer sei deshalb zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 unten).

E. 3.6

Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer gestützt auf die zuvor genannten Berichte eine ganze Rente zu (vgl. Urk. 7/67/2 -4).

E. 4.1

Mit Mitteilung vom 25. April 2008 wurde dem Beschwerdeführer ein unveränderter Invaliditätsgrad bescheinigt (Urk. 7/98), nachdem sowohl durch den Beschwerdeführer (Urk. 7/92) als auch durch Dr. A.____ (Urk. 7/94) ein stationärer Gesundheitszustand bestätigt worden war . Von Dr. D.____ war trotz wiederholter Mahnung (Urk. 7/96) kein Verlaufsbericht eingegangen (Urk. 7/97).

In der Folge wurde der Beschwerdeführer während diversen Zeiträumen observiert (Urk. 7/110-113, Urk. 7/ 151- 152 = Urk. 8/1) und drei Mal medizinisch begutachtet: Am 14. Mai 2009 (Urk. 7/107/2-59) sowie am 16. Dezember 2010 (Urk. 7/142/2-35) erstatteten Ärzte des Y.____ jeweils ein polydisziplinäres Gutachten und am 15. Juli 2013 folgte ein polydisziplinäres Gutachten durch Ärzte der Rehaklinik Z.____ (Urk. 7/243/1-12; psychiatrisches Teilgutachten Urk. 7/243/13-90; neurologisches Teilgutachten Urk. 7/243/91-110; orthopädisches Teilgutachten Urk. 7/243/111-141; neuropsychologisches Teilgutachten Urk. 7/243/143-148; Bericht zur Therapie und Pflege Urk. 7/243/149-154). Gestützt auf die genannten Unterlagen - insbesondere gestützt auf das Gutachten der Rehaklinik Z.____ - erfolgte die am 10. Dezember 2015 verfügte rückwirkende Rentenaufhebung per 1. Januar 2009 (Urk. 2).

E. 4.2

Zwischen dem 23. Oktober und dem 22. Dezember 2008 wurde der Beschwerdeführer während mehreren Tagen observiert (Urk. 7/113). Gemäss dem Bericht vom 19. Januar 2009 bestanden die Aktivitäten während dieser Überwachungsphase vornehmlich im Zusammenhang mit dem Erledigen von Einkäufen, dem Wahrnehmen von Terminen und dem Chauffieren von Familienmitgliedern (S. 11 Ziff. 6.1.1.). An den Überwachungstagen, welche nicht direkt im Kontext mit dem Aufenthalt im Y.____ gestanden hätten, seien keine körperlichen Behinderungen und / oder signifikante Einschränkungen beim Beschwerdeführer festzustellen gewesen. Der Beschwerdeführer sei insgesamt als „mobil, agil und geschmeidig“ wahrgenommen worden. An den beiden Tagen, als der Beschwerdeführer zur Begutachtung ans Y.____ an beziehungsweise abgereist sei, habe er sich insbesondere im Bereich des Oberkörpers und des Kopfes als erheblich in der Rotation eingeschränkt gezeigt. Dies habe sich insofern gezeigt, als dass der Beschwerdeführer mit seinem Kopf nahezu keine Kopfdrehungen und -neigungen getätigt und diesen steif und unbewegt gehalten habe. Diese Feststellungen hätten in grobem Gegensatz zu den gemachten Feststellungen vor und nach der Begutachtung gestanden (S. 13 Ziff. 6.1.3 oben).

Abgesehen von den besagten Beobachtungen im Zusammenhang mit der Begutachtung am Y.____ seien keine signifikanten Einschränkungen des Beschwerdeführers zu erkennen gewesen. Die beobachteten alltäglichen körperlichen Bewegungsabläufe seien als uneingeschränkt empfunden und eine offensichtliche Zurückhaltung in der Ausführung sei nicht erkannt worden. Insbesondere sei der Gang augenscheinlich als ungestört, sicher und koordiniert festgestellt worden. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, spontane und ausgedehnte Kopfbewegungen zu beiden Seiten auszuführen, tief zu kauern und könne den Oberkörper weit nach vorne beugen (Ziff. 6.1.3 Mitte).

E. 4.3

Während der laufenden Observation erfolgten vom 15. bis 19. Dezember 2008 die medizinischen Untersuchungen im Rahmen der im Y.____ durchgeführten polydisziplinären Begutachtung (Gutachten an den Haftpflichtversicherer vom 14. Mai 2009, Urk. 7/107/2-59). Die Ärzte stellten folgende Diagnosen (S. 49 Ziff. 4.4.1): - Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) - Differentialdiagnose (DD): Dysthymie (ICD-10 F34.1) - mit erheblicher Somatisierungstendenz im Sinne der Schmerzverarbeitung - anamnestisch depressive Störung, schwere Episode (ICD-10 F33) mit Status nach Suizidversuch Juli 2005 - Status nach Traumatisierung der LWS am 26. Juni 2001 - Status nach Sturz und LWS-Kontusion und Distorsion am 26. Juni 2001 - Status nach HWS-Distorsion am 13. März 2003 Sowohl in der rheumatologischen (S. 26 unten) als auch in der orthopädischen (S. 30 unten) und der neurologischen Untersuchung (S. 36 Mitte) hätten sich erhebliche Diskrepanzen zwischen den ausgeprägten subjektiven Beschwerden und den objektiv fassbaren Befunden ergeben. Funktionsprüfungen der HWS seien aufgrund der ausgeprägten Gegeninnervation nicht möglich gewesen. Der neurologische Gutachter führte aus, die Intensität der geschilderten Schmerzen lasse nicht zuletzt an eine Verdeutlichungstendenz denken. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung habe psychopathologisch im Wesentlichen eine Ängstlichkeit, eine depressive Stimmungslage, Klagen über massive Schmerzen und eine Hilflosigkeit und Verzweiflung dem Leiden gegenüber konstatiert werden müssen. Die Validierung dieser psychischen Beschwerden habe sich ausserordentlich schwierig gestaltet, da die Klagen des Beschwerdeführers offensichtlich erheblich verdeutlicht, im somatischen Bereich sicher auch aggraviert, wenn

nicht vorgetäuscht seien. Der Beschwerdeführer sei im Zeitpunkt der Begutachtung observiert worden. Im Rahmen der durchgeführten Observation seien keine der anlässlich der Begutachtung gezeigten (Bewegungs-) Einschränkungen vorhanden gewesen. Der Beschwerdeführer habe dort ohne weiteres Dinge ausgeführt (beispielsweise diskrepante Angaben bezüglich Autofahren), die er gegenüber den Gutachtern als nicht möglich bezeichnet habe. Es müsse somit doch davon ausgegangen werden, dass auch die Angaben bezüglich psychischer Symptome und der Schmerzsymptome bewusstseinsnahe verfälscht worden seien (S. 43 f.). Andererseits müsse darauf hingewiesen werden, dass mindestens bis ins Jahr 2005 immer wieder von einer Depressivität - teils schweren Ausmasses - ausgegangen worden sei. Auch die fremdanamnestic erhobenen Angaben würden auf eine psychische Beeinträchtigung schliessen lassen. Das auf dem Filmmaterial der Observation zu beobachtende Verhalten lasse sich im psychischen Bereich auch mit einer Dysthymie oder einer leichten depressiven Störung vereinbaren (S. 44 oben). Der psychiatrische Gutachter kam zum Schluss, dass aktuell eine - vorwiegend auf sozialer und (unbewusster) Konfliktebene begründete - psychische Störung vorliege, welche durch Täuschung ganz erheblich überlagert werde (S. 44 Mitte) und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als gering zu bezeichnen sei (S. 45).

Aus gesamtgutachterlicher Sicht seien dem Beschwerdeführer aufgrund der Spontylolyse körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Unter Berücksichtigung auch der unfallfremden Faktoren führten die Gutachter aus, dem Beschwerdeführer sei jede körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne repetitive Überkopfarbeiten zumutbar (S. 56 Ziff. 4.7.4 ff.).

E. 4.4

Am 16. Dezember 2010 erfolgte ein (weiteres) polydisziplinäres Gutachten der Ärzte des Y.____ an die Beschwerdegegnerin (Urk. 7/142/2-35). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Y.____-Gutachter eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode, deutlich ängstlich gefärbt, aktuell ohne Hinweise für psychotische Symptome) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung fest (S. 28 f. Ziff. 5.1). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Bodenleger sowie in einer Verweistätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig (S. 31 Ziff. 6.3 f.).

E. 4.5

Eine weitere Observation fand vom 24. März bis 12. Mai 2011 statt (Urk. 8/1). Der Beschwerdeführer wurde sowohl im Raum Zürich als auch während seinem Urlaub in Bosnien observiert. Gemäss Ermittlungsbericht vom 20. Mai 2011 über die Ermittlungen in der Schweiz (Urk. 8/1 S. 1-36) sind die getätigten Aktivitäten allgemein speditiv, zielgerichtet und routiniert ausgeführt worden. Auffälligkeiten seien im Bereich der unteren Extremitäten festzustellen gewesen, wobei sich der Beschwerdeführer zuweilen sichtlich langsam und etwas später in moderaterem Tempo fortbewegt habe. Am 25. März 2011 habe im Schrebergarten beobachtet werden können, dass es ihm aber möglich sei, dünne Latten ähnliche Holzstücke geschickt mit dem linken Fuss zu zerkleinern (S. 12 oben).

An den Observationstagen in der Schweiz - mit Ausnahme vom 21. April 2011, als sich der Beschwerdeführer ohne Gehhilfe von einer Tankstelle über eine Treppe zum Shop und zurück zum Fahrzeug verschoben habe - sei der Beschwerdeführer stets mit einer Unterarmgehstütze unterwegs gewesen. Diese habe er alternierend sowohl mit dem linken als auch dem rechten Arm zum Einsatz gebracht, wobei keine Periodizität erkennbar

gewesen sei. Des Weiteren habe es den Anschein gemacht, als würde der Beschwerdeführer die Gehstützen sowohl dezenter als auch intensiver zum Einsatz bringen. Die beobachteten körperlichen Bewegungsabläufe hätten mehrheitlich frei von gravierenden Defiziten, welche vom Nacken-, Schulter- und Rückenbereich herrühren würden, gewirkt. Das Einsteigen in sein Auto habe er teilweise mit seiner Gehilfe unterstützt (S. 12 Mitte). Die Sachbearbeiter hätten einen eher zwiespältigen Eindruck erhalten, was das körperliche Befinden des Beschwerdeführers angehe: Die gezeigten Einschränkungen beim Gehen, die teilweise deutlich verzögerte Schrittfolge (mit Gehhilfe) in Kombination mit gesenktem Kopf und starrem Blick seien als Aggravation empfunden worden (S. 11 f. Ziff. 6.1.3).

Im Zuge der Überwachungen während desurlaubes des Beschwerdeführers in Bosnien (Bericht vom 9. Mai 2011, Urk. 8/1 im Anhang) habe sich herausgestellt, dass bei ihm absolut keine Gehbehinderung vorliege. Er habe sich ohne Gehhilfen bewegt und sei in der Lage, seinen PKW zu lenken, den Rasen zu mähen, seinen PKW zu reinigen und am Markt einzukaufen. Der Beschwerdeführer wirke vital und kräftig. Das vom Beschwerdeführer vorgegebene Beschwerdebild könne aufgrund der vorliegenden Überwachungsergebnisse nicht nachvollzogen werden (S. 9 Mitte).

E. 4.6

). Ebenso wenig ist es zutreffend, dass die Y.____-Gutachter „rein aufgrund von kurzen Filmausschnitten“ (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 18) eine Beurteilung vornahmen: Die Y.____-Gutachter untersuchten den Beschwerdeführer beide Male eingehend. Im Rahmen der zweiten Begutachtung vom Oktober 2010 lag ihnen noch kein aktuelles Observationsmaterial vor, sie wiesen jedoch bereits gestützt auf die erhobenen Befunde auf Inkonsistenzen und eine Selbstlimitierung hin (vgl. Urk. 7/159/3 und Urk. 7/142 S. 18 oben, S. 22, S. 31 Ziff. 6.2 Mitte). Aufgrund der unterschiedlichen Art und Weise, wie sich der Beschwerdeführer in der Schweiz und in Bosnien verhalten hatte, schlossen nebst den Gutachtern der Rehaklinik Z.____

auch die Y.____-Gutachter darauf, dass eine die Arbeitsfähigkeit relevant einschränkende Depression oder Schmerzproblematik nicht vorliegen könne. Eine depressive Problematik im Zeitpunkt der Begutachtung im Oktober 2010 war zwar nach Einschätzung der Y.____-Gutachter aufgrund der Untersuchungsbefunde und des Observationsmaterials nach wie vor nachvollziehbar, jedoch war im Vergleich zu den Ausführungen im Gutachten die Schwere zu korrigieren und lediglich noch von einer leichten depressiven Episode ohne relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (vorstehend E. 4.6). Bereits im Y.____-Gutachten vom Dezember 2008 gingen die Ärzte von vorgetäuschten Beschwerden aus und hielten fest, aufgrund der Untersuchungsergebnisse sowie der damals durchgeführten Observation sei höchstens von einer leichten depressiven Problematik auszugehen (vorstehend E. 4.3). Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur gelten ohnehin grundsätzlich als therapeutisch angebar (Urteil des Bundesgerichts 8C_68/2013 vom 14. Mai 2013 E. 3.5 mit Hinweisen). Dies hat auch dann Geltung, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_195/2014 vom 12. Juni 2014 E. 4.4 mit Hinweisen).

Somit ist gestützt auf die Ausführungen der Gutachter der Rehaklinik Z.____ und jener der Y.____-Gutachter spätestens seit der Untersuchung im Y.____ im Dezember 2008 von einer

gesundheitlichen Verbesserung auszugehen. 5. 5

Nach dem Gesagten ist gestützt auf das Gutachten der Rehaklinik Z.____

erstellt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert hat und ihm retrospektiv spätestens ab der Begutachtung Ende Dezember 2008

wie der eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar ist. Diese gutachterliche Beurteilung vermag insbesondere mit Blick auf die im psychiatrischen Fachgutachten der Rehaklinik Z.____ erhobenen Befunde sowie die weiteren Feststellungen des psychiatrischen Gutachters gerade im Zusammenhang mit dem Observationsmaterial (vorstehend E. 4. 7 .2) zu überzeugen .

6. 6.1

Zu prüfen bleibt, ob die Rentenaufhebung rückwirkend ab Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung zulässig war. Dies ist der Fall, wenn der Leistungsbezüger seiner nach Art. 77 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen war (Art. 88 bis Abs. 2 lit . b IVV).

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird . Die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente erfolgt im Normalfall

frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88 bis Abs. 2 lit . a IVV). Rückwirkend vom Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung an darf eine Leistung nur dann aufgehoben werden, wenn die unrichtige Leistungsausrichtung darauf zurückzuführen ist, dass der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder der ihm gemäss Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (Art. 88 bis Abs. 2 lit . b IVV).

Gemäss Art. 77 IVV hat der Berechtigte jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung, namentlich eine solche des Gesundheitszustands, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit sowie der persönlichen und gegebenenfalls der wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten unverzüglich der IV-Stelle anzuzeigen. Zur Annahme einer Meldepflichtverletzung gemäss Art. 77 IVV genügt auch ein nur leicht schuldhaftes Verhalten (vgl. Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genève 2014, Rz . 147 zu Art. 30-31 IVG). 6.2

Ein solches ist vorliegend fraglos gegeben. Dem Beschwerdeführer musste bei pflichtgemässer Aufmerksamkeit bewusst sein, dass er nicht eine ganze Rente, basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % beziehen konnte, wenn es ihm zeitgleich möglich war, die im Rahmen der Observation dokumentierten Aktivitäten ohne sichtbare erhebliche Einschränkungen psychischer und/oder physischer Art zu bewältigen. Er hat es aber nicht nur unterlassen, den – zumindest seit 2008 (vgl. E. 5.5) verbesserten Gesundheitszustand zu melden, sondern er hat – wie mit Blick auf die Ausführungen der Y.____-Gutachter sowie der Gutachter der Rehaklinik Z.____ und auf die Ergebnisse der mehrfach durchgeführten Überwachung feststeht – im Rahmen ärztlicher Untersuchungen viel mehr Beschwerden vorgetäuscht. So sind Aktivitäten wie regelmässig mit Familienmitgliedern zusammen einkaufen zu gehen, sich im Schrebergarten mit den Nachbarn

zu unterhalten, sich auf einem belebten Markt in Bosnien aufzuhalten und sich dort mit Marktverkäufern zu unterhalten nicht vereinbar mit einem angeblich schwer depressiven Krankheitsbild (vgl. vorstehend E. 4.2 sowie Observationsaufnahmen vom 25. März, 21. April und 6. Mai 2011) .

Ebenfalls auffällig war das gezeigte kontroverse Verhalten bezüglich körperlichen Einschränkungen: So zeigte der Beschwerdeführer gemäss Observationsbericht zur Überwachung in der Zeit zwischen Oktober und Dezember 2008 an den Tagen, welche nicht im Kontext mit dem Aufenthalt im Y.____ standen, keine signifikanten körperlichen Einschränkungen, am An- und Abreisetag zum Y.____

hielt er jedoch seinen Oberkörper und Kopf steif und unbewegt (vorstehend E. 4.2).

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit war auch der Gebrauch eines Gehstockes während der Observation zwischen März und Mai 2011, welchen er alternierend das eine Mal mit dem linken und ein anderes Mal dem rechten Arm zum Einsatz brachte, nicht aufgrund einer körperlichen Einschränkung nötig: So war es ihm ohne sichtbare Probleme möglich, sich während seines Ferienaufenthaltes in Bosnien ohne Gehilfe - und trotzdem ohne Einschränkung beim Gehen - zügig fortzubewegen (vgl. Observationsaufnahmen sowie vorstehend E. 4.5).

Nach Sichtung des Observationsmaterials haben die Ärzte des Y.____ ihre vorläufige Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit denn auch korrigiert und eine vollständige Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten attestiert (E. 4.6; vgl. auch Urk. 7/174). Es steht damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer mit für ihn erkennbaren irreführenden anamnестischen Angaben über sein tatsächliches Aktivitätsniveau getäuscht und damit die - spätestens seit 2008 - unrichtige Weitausrichtung der Rente der Invalidenversicherung bewirkt hat. Hieran vermag entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9) nichts zu ändern, dass die behandelnden Ärzte O.____ (Urk. 7/175) und Dr. D.____ (Urk. 7/178) trotz Observierung des Beschwerdeführers an ihrer eigenen Einschätzung unverändert festhielten, ist doch davon auszugehen, dass auch sie vom Beschwerdeführer über dessen Aktivitätsniveau getäuscht wurden. So beklagte sich der Beschwerdeführer gemäss Darstellung des Arztes O.____ nach der Rückkehr aus Bosnien bitter darüber, dass ihn seine Ehefrau nicht einmal habe den Rasen mähen lassen; er habe nur ein sehr kleines Rasenstück mähen dürfen, während der eigentliche Rasen von seiner Frau gemäht worden sei (Urk. 7/175/2). Demgegenüber ergibt sich aus den Ausführungen von Dr. D.____, dass die Ehefrau des Beschwerdeführers ihm in Bosnien Vorwürfe gemacht habe, sie müsse alles alleine machen, woraufhin er wütend den Rasen gemäht habe und danach ganz kaputt gewesen sei (Urk. 7/178/2). Dass der Beschwerdeführer mit divergierenden Angaben betreffend seinen Tagesablauf die Ärzte im Unwissen über sein effektives Aktivitätsniveau liess, wird damit nachgerade belegt. 6.3

Indem der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern - in Diskrepanz zu den Observationsbefunden - wiederholt angegeben hatte, er könne nur noch wenig tun beziehungsweise sei unfähig, die einfachsten Handreichungen im Alltag zu erledigen, sei ganz vergesslich und halte sich sehr viel in seinem Zimmer auf, um der Familie nicht zur Last zu fallen (Urk. 7/107/41-42, Urk. 7/142/12-13, E. 4.7.2.1), hat er nicht bestehende Einschränkungen vorgetäuscht beziehungsweise seine effektiven funktionellen Möglichkeiten verheimlicht. Dieses Vortäuschen lässt den einzigen Schluss zu, dass der

Beschwerdeführer sehr wohl um die Erheblichkeit der eingetretenen Gesundheitsverbesserung beziehungsweise um die erwerbliche Verwertbarkeit seiner Fähigkeit wusste, womit eine schuldhaft Meldepflichtverletzung zu bejahen ist (E. 6.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_349/2015 vom 2. November 2015 E. 5. und 9C_338/2015 vom 12. November 2015 E. 4.2). Nachdem sich die Hinweise auf das irreführende Verhalten des Beschwerdeführers erst durch die Stellungnahme der Y.____-Gutachter vom Juli 2011 (E. 4.6) dergestalt verdichteten, dass die Beschwerdegegnerin von einem erheblich veränderten Gesundheitszustand auszugehen hatte und sich zur vorsorglichen Einstellung der Rente per August 2011 gezwungen sah, ist der Kausalzusammenhang zwischen Meldepflichtverletzung und Weiterausrichtung der Rente bis im Juli 2011 gegeben. Die Beschwerdegegnerin hat damit zu Recht die Rente rückwirkend eingestellt und die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit per 1. Januar 2009 berücksichtigt (vorstehend E. 5.5; Urteil des Bundesgerichts 9C_1022/2012 vom 16. Mai 2013 E. 3.3). 7.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aufgrund seines spätestens seit Ende Dezember 2008 verbesserten Gesundheitszustandes keinen Rentenanspruch mehr hat.

Die Beschwerdegegnerin hat den Sachverhalt bis zum 14. August 2014 abgeklärt und den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers im Rahmen der angefochtenen Verfügung bis zu diesem Zeitpunkt beurteilt. Die nach dem 14. August 2014 eingegangenen Berichte der P.____ (P.____) vom 25. November 2014 (Urk. 7/253, vgl. auch Urk. 11/3), der I.____ vom 25. Februar 2015 (Urk. 7/255) und der Ärzte des Medizinischen Zentrums K.____ (K.____) vom 28. September 2015 (Urk. 7/266) sowie die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingegangenen Berichte der Ärzte der P.____ vom 15. Dezember 2015 (Urk. 11/2) und vom 16. März 2016 (Urk. 11/1) lassen auf das bereits Bekannte - und wie dargelegt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bewusst vorgetäuschte - Beschwerdebild schliessen. Eine abschliessende Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin und insbesondere eine Verfügung darüber ist jedoch noch ausstehend und von der Beschwerdegegnerin an die Hand zu nehmen. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom

siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 7

.2

4.

E. 10

diagnostiziert werden sollte (S. 69 Mitte). Insgesamt sei zu folgern, dass der Beschwerdevortrag des Beschwerdeführers - und auch seiner Tochter - mehrheitlich nicht authentisch wirke, und dass verschiedenste typische Wesensmerkmale für das Bestehen einer relevanten schweren Depression fehlen würden, beziehungsweise dass die geschilderten Klagen und Verhaltensmerkmale mit einer solchen relevanten schweren Depression inkompatibel seien (S. 69 f.).

Dasselbe gelte auch für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung. Sodann würden sich für eine posttraumatische Belastungsstörung keine Anhaltspunkte ergeben (S. 70 oben). Die Angaben des Beschwerdeführers würden zwar durch die auskunftgebende Tochter vordergründig eine inhaltliche Bestätigung erfahren, was allerdings die gesamthafte Feststellung nicht widerlegen könne, dass Widersprüche, die medizinisch nicht überbrückt werden könnten, bestehen bleiben würden. Es sei hinsichtlich der Auskünfte der Tochter, die eine abgeschlossene Ausbildung auf dem Sektor Psychiatriepflege und spezifische Erfahrung mit typisch depressiven Zustandsbildern habe, festzuhalten, dass die Tochter im Mindesten die nötige fachlich gebotene Distanz und Urteilskraft hinsichtlich der geschilderten Beschwerdesymptomatik des Vaters vermissen lasse. Eher wahrscheinlich sei die Variante, dass die auffallende Aussagenübereinstimmung zu psychopathologischen Phänomenen, die mehr einer naiven Vorstellung von medizinisch nicht ausreichend gebildeten Personen entsprechen würden, das Produkt von Absprachen innerhalb der Familie seien (S. 70 Mitte). Differentialdiagnostisch müsse grundsätzlich auch an die Variante gedacht werden, dass Menschen im Laufe von jahrelangen Fehlentwicklungen in Überzeugungen und Verhaltensmuster progressiv „hineinrutschen“ könnten, die zum Beispiel an ein sogenanntes Ganser-Syndrom erinnern würden, und wo die Betroffenen mittlerweile in mehr oder weniger hohem Ausmass selber an das zu glauben scheinen, was sie auf der Verhaltensebene über die Jahre darstellen und über sich inhaltlich berichten würden. Einer solchen Interpretation würden jedoch die beobachteten Szenen im Rahmen der Observation entgegenstehen, in welchem Rahmen sich der Beschwerdeführer doch jeweils anders verhalten habe und, soweit erkennbar, auch eine deutlich andere Mimik und andere Kommunikationsmuster gezeigt habe als hier in der gutachterlichen Untersuchung. Es sei somit aufgrund dieser Überlegungen bezüglich der erhaltenen Befunde und Angaben überwiegend wahrscheinlich von einer bewusst gesteuerten Verhaltensmodifikation aus

zugehen und von Beschwerdeangaben, die ein depressives Zustandsbild glauben machen sollen, jedoch vom Beschwerdeführer nicht so erlebt würden. Diese Beurteilung könne ebenfalls in Übereinstimmung gebracht werden mit dem Umstand, dass im Rahmen der körperlichen Untersuchung (orthopädische Chirurgie, Neurologie) objektiv relativ geringe Befunde festgestellt worden seien, aber auf der Verhaltensebene Inkonsistenzen zu beobachten gewesen seien. Insbesondere hätten sich auch aus der neuropsychologischen Untersuchung keine Hinweise ergeben, dass die erhaltenen Testresultate beziehungsweise die hier gemessene kognitive Minderleistung einer Symptomvalidierung standhalten würde (S. 70 unten). Aufgrund der Resultate der neuropsychologischen und psychiatrischen Symptomvalidierungstests sei auch aus diesem Blickwinkel von einer nicht authentischen Beschwerdedarstellung auszugehen. Nichts an dieser Schlussfolgerung vermöge der Umstand zu ändern, dass der erzielte Summenwert von 43 im sogenannten MADRS an sich auf eine schwere Depression verweisen würde. Denn dieser Summenwert sei grösstenteils ein Abbild der verbalen Angaben der untersuchten Person und somit verfälschungsanfällig. Dasselbe gelte für den hohen Wert im Beck-Depressionsinventar. Ebenso wenig vermöge der Umstand, dass der Psychopharmaka-Spiegel im therapeutischen Bereich gelegen habe, zu belegen, dass die Angaben des Beschwerdeführers zum Bestehen der psychischen Beschwerdebilder authentisch gewesen seien (S. 71 oben). Aussagen zur zugrunde liegenden Persönlichkeitsstruktur seien ebenfalls nicht möglich in Anbetracht der geringen Zuverlässigkeit der Aussagen des Beschwerdeführers zu sich selber. Verlässliche und detailreiche Angaben wären jedoch Voraussetzung für die Diagnose einer irgendwie gearteten Auffälligkeit der Persönlichkeitsstruktur. Entsprechende Hinweise in früheren medizinischen Akten seien als nicht verlässlich anzusehen (S. 71 unten). 4. 7 .2.2

Schliesslich nahm Dr. E. ___ zu den sich in den Akten befindenden Stellungnahmen hinsichtlich psychischer Störungen Stellung (S. 72 ff.) : Die Situation nach dem ersten Unfall vom Juni 2001 (Ausrutschen mit Zementsack) sei relativ gut nachvollziehbar und es hätten sich bis dahin keine eindeutigen psychiatrischen Auffälligkeiten gezeigt. Der Heckauffahrunfall vom 13. März 2003 bedeute die Wende im Fallverlauf. Der Beschwerdeführer habe in der Folge zunehmend ein Beschwerdebild angegeben, das an das sogenannte „typische Beschwerdebild“ erinnere (S. 73 oben). Aufgrund der Ausführungen von Dr. C. ___ anlässlich der Untersuchung vom 19. Oktober 2004 habe der Beschwerdeführer damals stark schmerzfixiert, leise und monoton sprechend, deprimiert, verängstigt und verunsichert gewirkt und habe damit aus heutiger Optik doch einen anderen, wohl vermehrt depressiven Eindruck erweckt. Aus heutiger Optik erscheine es aufgrund des weiteren Verlaufs bis im Juli 2005, als er nach einer Mischintoxikation in suizidaler Absicht unter der Diagnose einer schweren Depression und einer somatoformen Schmerzstörung in der Psychiatrischen Klinik I. ___ hospitalisiert worden sei, als doch eher wahrscheinlich, dass mindestens bis zum Sommer 2005 eine relevante depressive Komponente bestanden habe. Dies auch und vielleicht vor allem in Zusammenhang mit einer Konfliktsituation mit der Ehefrau und in schwieriger finanzieller Situation und allenfalls nur als indirekte Folge des Auffahrunfalls vom März 2003 (S. 73 oben). Danach würden sich in den Akten bis zur Begutachtung beim Y. ___ im Dezember 2008 keine medizinischen Akten mehr finden. Der psychiatrische Y. ___ -Gutachter habe damals depressive Störungen im leichten Spektrum unterhalb des Schweregrades einer sogenannten depressiven Störung diagnostiziert und habe befunden, dass eine solchermassen als leichte Depressivität klassifizierte Stimmungsstörung durchaus noch mit dem Verhalten vereinbar sei, das man auf dem Observationsmaterial sehe (S. 73 f.). Dr. E. ___ führte aus, aus

aktueller gutachterlicher Optik sei darauf hinzuweisen, dass nun nach einer langen Dokumentationslücke seit Sommer 2005, wo der Beschwerdeführer noch effektiv relevant depressiv erschienen sei, sich anlässlich der Untersuchungen im Dezember 2008 auch psychiatrischerseits erhebliche Diskrepanzen ergeben hätten. Man müsse davon ausgehen, dass mittlerweile seit Sommer 2005 psychiatrisch effektiv eine Besserung eingesetzt habe und die depressiven Beschwerden mittlerweile atypischer und aggraviert dargestellt worden seien. Die Relativierung des Schweregrades durch die Gutachter des Y.____ sowie deren Aussage, dass die Observationsunterlagen mit einer leichtgradigen depressiven Störung durchaus vereinbar seien, könne aus heutiger Sicht vollumfänglich bestätigt werden (S. 74 oben). Im Oktober 2010 habe eine weitere Begutachtung durch Ärzte des Y.____ stattgefunden. Aus aktueller Sicht habe sich der psychiatrische Y.____-Gutachter

im Oktober 2010 vorwiegend auf subjektive Angaben des Beschwerdeführers hinsichtlich Depressivität gestützt und habe als objektivierbaren Befund den allgemeinen Eindruck eines depressiven Verhaltensmusters und einer allgemeinen depressiv wirkenden Erscheinung genannt. Diese stelle aber offensichtlich eine globale und teils subjektive Bewertung durch den Gutachter dar, die aufgrund der später vorliegenden Observationsergebnisse auch vom Y.____-Gutachter relativiert worden seien. Auch hätten zur Zeit der zweiten Y.____-Begutachtung schon etliche Hinweise auf Inkonsistenzen und auf eine ungenügende Compliance hinsichtlich Medikamente vorgelegen. Es sei insgesamt aus aktueller Sicht daraus zu folgern, dass zur Zeit der zweiten Begutachtung im Oktober 2010 das Zustandsbild (bei im Wesentlichen deckungsgleichen Klagen des Beschwerdeführers) überwiegend wahrscheinlich gleich gewesen sei, wie es aktuell beurteilt werden müsse (S. 75 oben). Die diversen Berichte des Medizinischen Zentrums J.____ vom 23. Dezember 2010, vom 27. Oktober 2011 sowie vom 21. Dezember 2010 und das Schreiben von Dr. D.____ vom 31. Dezember 2011 würden an der ausweisbaren Sachlage nichts ändern

(S. 75 Mitte). In den Berichten zur zweiten und dritten Hospitalisierung in der Klinik I.____ vom 11. November 2011 bis 8. Februar 2012 sowie vom 17. September bis 28. November 2012 hätten sich die Ärzte offenbar wenig kritisch von den inhaltlichen Angaben des Beschwerdeführers leiten lassen, die im Wesentlichen dem entsprochen hätten, was er aktuell äussere und die als nicht authentisch zu werten seien. Es sei aus aktueller Sicht davon auszugehen, dass der effektive Zustand des Beschwerdeführers während beiden Hospitalisierungen als im Wesentlichen gleich bewertet werden müssen wie der aktuelle Zustand: Das Bestehen einer relevanten Depression könne damals wie heute nicht belegt werden. Die teils atypischen Angaben des Beschwerdeführers hätten die Ärzte der Klinik I.____ dazu bewegen sollen, die Situation neu zu überdenken (S. 75 f.). Auch der Bericht des Medizinischen Zentrums K.____ vom 25. Juni 2012 nenne vor allem subjektive Verhaltensbeschreibungen durch den Beschwerdeführer (S. 76 oben). 4. 7. 2.3

Aus der Aktenanalyse in Zusammenschau mit der aktuellen Befundlage schlussfolgerte Dr. E.____, dass effektiv letztmals im Sommer 2005 mit einiger Wahrscheinlichkeit ein depressives Zustandsbild vorgelegen habe, wobei insbesondere der Kontext der damaligen Depression (erste Hospitalisierung nach Suizidversuch) intransparent bleibe und Folgen des Unfalls vom 13. März 2003 daran nur möglicherweise beziehungsweise indirekt beteiligt gewesen seien (S. 76 f.). Beim Beschwerdeführer sei effektiv aktuell keine psychische Störung belegbar, auch wenn seine Stimmung aktuell effektiv missgestimmt sein dürfte angesichts der für ihn zweifellos schwierigen Situation mit Stopp der

Rentenleistungen und dem ganzen gutachterlichen Verfahren. Es sei eher unwahrscheinlich, dass der effektive Schweregrad einer solchen unspezifischen, durch psychosoziale Umstände bedingten Missstimmung den Grad einer eigenständigen psychischen Störung erreiche (S. 77 oben). Eine Einschränkung in der zumutbaren Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht könne nicht attestiert werden. Der Beschwerdeführer habe im Übrigen wahrscheinlich auch erhebliche Ressourcen, die sich auch darin äussern würden, dass er - auch begründet durch eine gute Schulbildung und Intelligenz - erhebliche Konsequenz in der Darstellung der psychischen Beschwerdesymptomatik demonstriere (S. 77 Mitte). 4. 8

Am 3. September 2013 nahm Dr. E. ___ in Absprache mit dem neurologischen Teilgutachter Dr. G. ___ - Dr. F. ___ arbeits- bzw. zwischenzeitlich an einem anderen Ort - Stellung zu den zwischenzeitlich eingegangenen Arztberichten (Urk. 7/246): Mit Bericht vom 18. April 2013 habe Dr. L. ___ festgehalten, es sei aufgrund der von ihm gestellten Diagnosen die Indikation für ein operatives Vorgehen gegeben (S. 1 unten). Im Gutachten sei von Dr. F. ___ und Dr. G. ___ festgehalten worden, dass die MRI-Bildgebung des Jahres 2013 keine sichere Tangierung von austretenden Nervenwurzeln zeige. Insbesondere habe Dr. F. ___ folgendes festgehalten: „Der klinische bzw. bildgebende Nachweis einer Spondylolyse lässt also überhaupt keine Aussage betreffend einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit oder verminderten körperlichen Leistungsfähigkeit treffen. Bei Herrn X. ___ sind sichere Zeichen einer Nervenwurzelbeinträchtigung, welche diese Beschwerden erklären könnten, nicht nachgewiesen worden (vergleiche MRI HWS/LWS vom 20. März 2013, Klinik M. ___ , Institut für Radiologie). Insbesondere konnte auch eine lumbale Diskushernie nicht nachgewiesen werden.“

Es sei somit festzuhalten, dass aus Sicht der Gutachter die aktuelle Operationsindikation von Dr. L. ___ den Einschätzungen der aktuellen Gutachter widerspreche, die sich auf aktuelles Bildmaterial hätten stützen können. Auch das MRI des Kopfes von 2012 zeige keine wesentlichen Auffälligkeiten.

Insgesamt sei festzuhalten, dass die nachgereichten Unterlagen keine Änderung der gutachterlichen Beurteilung zu begründen vermögen würden (S. 2). 5. 5.1

Die Mitteilung vom 25. April 2008, mit welcher dem Beschwerdeführer ein unveränderter Invaliditätsgrad von 100 % bestätigt wurde (Urk. 7/98), beruhte nicht auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches (vgl. vorstehend E. 1.2). Zeitlicher Referenzzeitpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Veränderung bildet somit die rentenzusprechende Verfügung vom 5. Dezember 2005, mit welcher dem Beschwerdeführer ab 1. März 2004 eine ganze Rente zugesprochen worden war (Urk. 7/79). 5. 2

Das Gutachten der Rehaklinik Z. ___ beruht auf für die strittigen Belange umfassenden Untersuchungen und berücksichtigt die vom

Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten und insbesondere den Observationsunterlagen erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Es ist für die Beantwortung der Fragen umfassend und erfüllt die praxismässigen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Die im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vorliegenden Diagnosen einer schweren Depression und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung - welche damals zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und folglich zur Berentung geführt hatten - konnte der psychiatrische Gutachter der Rehaklinik Z. ___ anlässlich der aktuellen Untersuchung nicht mehr feststellen. Er legte nachvollziehbar und begründet dar, dass beim Beschwerdeführer aktuell keine psychische Störung nachweisbar ist. Im Vergleich zum Gesundheitszustand im Rahmen der rentenzusprechenden Verfügung hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus gesamtgutachterlicher Sicht nachweislich erheblich verbessert und ihm ist eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar (vorstehend E. 4. 7.1).

5.3

5.3.1

Daran vermögen die übrigen Arztberichte nichts zu ändern. Der Beschwerdeführer machte geltend, auf das Gutachten der Rehaklinik Z. ___ könne nicht abgestellt werden, da mit Blick auf die wiederholten Suizidversuche sowie die zum Teil langdauernden stationären Klinikaufenthalte davon auszugehen sei, dass er eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit aufweise. Der psychiatrische Gutachter hätte Rückfragen bei den behandelnden Institutionen stellen müssen (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 20). 5.3.2

Die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen können bezüglich Anforderungsprofil für die Fachdisziplin Psychiatrie als Standard herangezogen werden. Sie haben zwar nicht verbindlich-behördlichen Charakter, formulieren aber doch den fachlich anerkannten Standard für eine sachgerechte, rechtsgleiche psychiatrische Begutachtungspraxis in der Schweiz.

Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen und eröffnet dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_945/2009 vom 23. September 2010 E. 5 mit weiteren Hinweisen).

Dies ist vorliegend nicht der Fall.

Dr. E. ___ setzte sich eingehend mit den vorhandenen Berichten und ausdrücklich auch mit jenen der Klinik

I. ___ (Bericht vom 29. Februar 2012, Urk. 7/187; Bericht vom 10. Dezember 2012, Urk. 7/205) auseinander und legte aufgrund seiner erhobenen Befunde und insbesondere der durch den Beschwerdeführer - weitgehend identisch - geschilderten subjektiven

Angaben dar, dass das Bestehen einer relevanten Depression damals wie heute nicht belegt werden kann. Dies auch vor dem Hintergrund des ihm vorliegenden Observationsmaterials, das den Ärzten der I.____ soweit ersichtlich nicht vorlag. Auffallend ist im Übrigen, dass der Beschwerdeführer auch gegenüber den Ärzten der I.____ Angaben machte, die sich nicht mit der Realität deckten: So gab der an einer Schlafstörung leidende Beschwerdeführer an, er trage nachts während vier bis fünf Stunden eine Maske. Bei der Auswertung des Geräts habe jedoch lediglich eine Tragedauer von durchschnittlich eineinhalb Stunden objektiviert werden können (Urk. 7/205/4 oben). 5.3 .3

Objektive Anhaltspunkte dafür, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der polydisziplinären Begutachtung in der Rehaklinik Z.____ bis zum 14. August 2014 - bis zu diesem Datum erachtete die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt als abgeklärt und entscheidungsfähig (vgl. Urk. 2 S. 3 oben) - verschlechtert hätte beziehungsweise dass von jener Einschätzung Abstand zu nehmen wäre, sind nicht ersichtlich.

Weder der Bericht von Dr. L.____ vom 25. November 2013 (Urk. 7/251/20-21), der Bericht vom 13. Dezember 2013 zur stationären Rehabilitationsmassnahme vom 25. November bis 13. Dezember 2013 im Rehasentrum

N.____

(Urk. 7/251/15-16), der Bericht der Ärzte der I.____ vom 26. Februar 2014 (Urk. 7/251/4-6; freiwilliger stationärer Eintritt infolge starker Suizidimpulse mit Suizidfantasien) noch die Stellungnahme der Fachpersonen des Medizinischen Zentrums J.____ (J.____) vom 22. April 2014 (Urk. 7/251/1-3) vermögen eine Verschlechterung zu belegen. Insbesondere im Rahmen der Rehabilitation nach Spodylodese L5/S1 vom 15. November 2013 im Rehasentrum

N.____ wurde festgehalten, dass die (Schmerz) Angaben des Beschwerdeführers nicht gut verwertbar und nicht immer schlüssige Befunde zu erheben gewesen seien (Urk. 7/251/16 oben). Auch hier zeigen sich Diskrepanzen zwischen geklagten und objektivierbaren Beschwerden, wie sie bereits zuvor von etlichen Ärzten sowie aufgrund der Observationen festgehalten worden waren. Während des Rehabilitationsaufenthaltes habe der Beschwerdeführer sodann weder an Panikattacken noch Verfolgungswahn gelitten (Urk. 7/251/18 Bemerkungen). Schliesslich wurde weder von Dr. L.____ noch von den Ärzten des Rehasentrums

N.____ - es wurde über einen komplikationslosen postoperativen Verlauf und eine problemlose sukzessive Mobilisation berichtet (vgl. Urk. 7/251/20 unten) - eine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Es fällt im Weiteren auf, dass sich die Ärzte der I.____

sowohl betreffend Diagnosestellung als auch bezüglich Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in erster Linie an den vom Beschwerdeführer beschriebenen Symptomen orientierten (Urk. 7/251/4-6). Eine gesamthafte Würdigung unter Einbezug der Vorakten und insbesondere des Gutachtens der Rehaklinik Z.____ sowie des Observationsmaterials fehlt vollständig und soweit ersichtlich waren ihnen diese Vorakten auch nicht bekannt. Ein Abstellen auf diese Berichte fällt damit ohne hin ausser Betracht.

Sodann vermag die Stellungnahme der Fachpersonen des J.____ das psychiatrische Teilgutachten der Rehaklinik Z.____ ebenso wenig in Frage zu stellen: Entgegen der im genannten Bericht aufgeführten Darstellung hatte

Dr. E.____ fest gestellt , dass aufgrund der Aktenlage mindestens bis im Sommer 2005 eine relevante depressive Komponente bestanden habe. Weiter ist nicht zutreffend, dass Dr. E.____ die im Verlauf weiterhin diagnostizierte schwere Depression und die Suizid versuche nicht berücksichtigt hätte . Dr. E.____ setzte sich im Gegenteil ausführlich mit den vorhandenen - diagnostisch abweichenden - Berichten aus einander und nahm auch zu den genannten Suizidversuchen Stellung (vgl. Urk. 7/243/87-88 sowie vorstehend E. 4. 7 .2.2). Im Lichte dessen, dass Dr. E.____ das Vorliegen einer psychisch relevanten Erkrankung nachvollziehbar ausgeschlossen hat und sich gestützt auf dessen Gutachten sowie die Observationsergebnisse die bereits von den Y.____ -Gutach tern aktenkundig gemachten Zweifel an der Validität der psychischen Beschwerdesymptomatik (E. 4.3; E. 4.6) dahingehend verdichtet haben, dass vielmehr von einer (bewusstseinsnahen) Demonstration der psychischen Beschwerdesymptomatik durch den Beschwerdeführer auszugehen ist (E. 4.7), sind die von den behandelnden Ärzten und Kliniken verfassten Berichte nicht geeignet, die Einschätzung des Gutachters Dr. E.____ in Zweifel zu ziehen. Dies umso weniger, als für die geltend gemachten Suizidversuche nachvollziehbare Berichte fehlen und die Klinikeintritte jeweils freiwillig erfolgten (Urk. 7/187/4 oben; Urk. 7/205/3; Urk. 7/251/4). 5.4

5.4.1

Weiter ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Observationsunterlagen sowie insbesondere gestützt auf das Gutachten der Rehaklinik Z.____ retrospektiv von einer seit Dezember 2008 bestehenden Verbesserung und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausging. 5.4.2

Vorauszuschicken ist, dass ein Observationsbericht für sich allein keine sichere Basis für Sachverhalts feststellungen betreffend den Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person bietet . Im Verbund mit einer – schlüssigen – fachärztlichen Stellungnahme ist er jedoch verwertbar und in eine gesamthafte Beweiswürdigung miteinzubeziehen (Urteil des Bundes gerich tes 9C_492/2012 vom 25. September 2012 E. 4.2 und E. 4.3). 5.4.3

Der Beschwerdeführer machte geltend, es sei gestützt auf das Y.____ -Gutachten vom 16. Dezember 2010 davon auszugehen, dass er aus psychiatrischen Grün den weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig sei (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 17 ff.). Dr. E.____

habe sodann fest gehalten , dass das im Begutachtungszeitpunkt gezeigte Zustandsbild dasselbe gewesen sei wie jenes anlässlich der Y.____ -Begutachtung. Daraus sei aus rechtlicher Sicht zu folgern, dass ein im Wesentlichen gleich gebliebener Gesundheitszustand von einem neuen Gutachter anders beurteilt worden sei. Dies genüge nicht, um eine laufende Rente zu revidieren (Urk. 1 S. 8 Ziff. 21). 5.4.4

Sowohl im Zeitpunkt der beiden Y.____ -Begutachtungen als auch im Zeitpunkt der Begutachtung in Z.____ präsentierte sich der Beschwerdeführer

sehr ähnlich bezüglich der geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 7/107/48-49 Ziff. 4.2; Urk. 7/142/35 Ziff. 3.6 und Urk. 7/243/55-59 , Urk. 7/243/97-100, Urk. 7/243/129-130) . Dr. E.____ folgerte deshalb , dass - mit Blick auf das Observationsmaterial - im Zeitpunkt der zweiten Begutachtung beim Y.____ Ende Oktober 2010 das Zustandsbild bei im Wesentlichen deckungsgleichen Klagen des Beschwerdeführers überwiegend wahrscheinlich gleich gewesen sei, wie es aktuell zu beurteilen sei. Entgegen der

Darstellung des Beschwerdeführers attes tierten ihm die Y.____ -Gutachter nach Sichtung des Observationsmaterials keine 50%ige Arbeitsunfähigkeit mehr, sondern erachteten vielmehr eine 100%ige Arbeitsfähigkeit als gegeben (vorstehend E.

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