

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00441 vom 21. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00441

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00441 du 21 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00441 del 21 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Ge such hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialver siche rungs rechts ; ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invalidi tätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch

dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gle ich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert ha ben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesund heitlichen Verhält nisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Ar beitsfähigkeit ver ändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1 1. Mai 2009 E.

E. 1.2

Lässt sich eine massgebliche Sachverhaltsänderung als Voraussetzung für eine revisionsweise Rentenherabsetzung oder – aufhebung nicht nachweisen, so kann die Verwaltung eine rechtskräftig zugesprochene Rente nur herab setzen oder aufheben, wenn die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung erfüllt sind. Dies ist dann der Fall, wenn sich eine formell rechtskräftige Rentenverfügung, die nicht Gegenstand einer materiellen richterlichen Beur teilung gewesen ist, als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (vgl. Art. 53 Abs. 2 ATSG).

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ist die zweifellose Unrichtigkeit als Vor aussetzung für eine Wiedererwägung nur unter restriktiven Bedingungen zu bejahen, da die Wiedererwägung andernfalls zum Instrument für eine jederzeitige voraussetzungslose Neubeurteilung von rechtskräftig zugespro che nen Dau erleistungen würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/03 vom 3 0. Dezember 2003 E. 2.2.1). Nicht jede Unrichtigkeit, sondern nur eine qua li fizierte, offen sichtliche Unrichtigkeit berechtigt somit zur wiedererwä gungsweisen Herabset zung oder Aufhebung einer rechtskräftig zugespro che nen Dauer leistung.

Die Wiedererwägung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechts an wendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Wür digung des Sachverhalts (Urteil des Bundesgerichts 8C_33/2011 vom 16. Mai

2011 E.

2.2). Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprache darboten, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar. Insbesondere ist eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wie dererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil des Bundesgerichts 8C_33/2011 vom 16. Mai 2011 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

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

E. 1.4

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiterentwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V

547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung auf gegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren

Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell belastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargestellten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (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).

E. 1.5

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten

- Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in

Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2). 1.

E. 2

0. Dezember 2005 sowie 23. März 2011 stellte die IV-Stelle einen unveränderten Anspruch auf Ausrichtung einer ganzen Rente der Invalidenversicherung fest (Urk. 6/43, 6/53, 6/62). Einen Anspruch auf Hilflosenentschädigung lehnte sie mit Verfügung vom 20. Dezember 2005 hingegen ab (Urk. 6/52). 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, im Gutachten vom 4. April 1996 sei beim Beschwerdeführer keine psychiatrische Diagnose gestellt worden. Der Gutachter habe darauf hingewiesen, dass sich die Arbeitsfähigkeit kaum beurteilen lasse. Trotz ungenügender Abklärungen sei die IV-Stelle von einer Teilerwerbsunfähigkeit ausgegangen. Damit habe sie den Untersuchungsgrundsatz im Sinne von Art. 43 ATSG verletzt, weshalb der Entscheid zweifellos unrichtig sei. Am 5. Mai

1998 habe der Beschwerdeführer eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend gemacht, woraufhin ein aktueller Bericht seines Hausarztes eingeholt worden sei. Zusätzlich sei ein Austrittsbericht des Y.____ eingereicht worden. In der Folge habe die IV-Stelle eine ärztliche Begutachtung in Auftrag gegeben, die jedoch nie stattgefunden habe, weil der zuständige Gutachter den Auftrag mit der Bemerkung, die gestellten Fragen würden sich anhand der bereits bestehenden Berichte beantworten lassen, abgelehnt habe. Die IV-Stelle sei daraufhin von einer 100%igen Erwerbsunfähigkeit ausgegangen und habe dem Beschwerdeführer eine ganze Rente zugesprochen. Dieses Vorgehen stehe im Widerspruch zum Untersuchungsgrundsatz, weshalb die entsprechende Entscheid zweifellos unrichtig und die betreffende Verfügung aufzuheben sei. Die aktuelle Begutachtung vom 21. Mai 2013 habe ergeben, dass die so genannte Schmerzstörung keine Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe und damit keinen invalidisierenden Gesundheitschaden darstelle.

Zu den im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwänden führte die IV-Stelle aus, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass beim Beschwerdeführer keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Daher werde am Entscheid festgehalten (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber macht der Beschwerdeführer geltend, der ursprünglichen Rentenzusprache am 18. Dezember 1996 sei eine ausführliche, fachmedizinische Begutachtung durch die psychiatrische Klinik des B.____ vorausgegangen. Gemäss der damaligen Praxis sei aufgrund der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine Rente zugesprochen worden, was nicht als zweifellos unrichtig angesehen werden könne. Die Erhöhung der Rente sei aufgrund des hausärztlichen Berichts sowie der akuten ärztlichen Beurteilung durch die psychiatrische Klinik des B.____

und des zuständigen Arztes der IV-Stelle erfolgt. Diese Abklärungen hätten den damals geltenden Regeln entsprochen, weshalb auch diesbezüglich keine offensichtliche Unrichtigkeit vorliege. Zudem bestätige das polydisziplinäre Gutachten, dass sich die gesundheitliche Situation seit der Rentenzusprache in keiner Weise verändert habe. Schon damals habe der Beschwerdeführer unter einer somatoformen Schmerzstörung gelitten. Damit sei belegt, dass selbst eine ausführlichere Begutachtung zu keinem anderen Resultat geführt hätte.

Da es sich um eine somatoforme Schmerzstörung handle, seien die Schlussbestimmungen zur IVG-Revision 6a anwendbar. Daher müssten die vom Gesetzgeber vorgesehenen Schutzmassnahmen eingehalten werden. Es könne nicht sein, dass diejenigen Fälle, die nicht in den vom Gesetzgeber vorgesehenen Zeitrahmen liegen würden, einfach wiedererwägungsweise aufgehoben würden. Das käme einer Umgehung gleich.

Ausserdem seien entgegen der geltenden Rechtsprechung die neu eingeführten Kriterien für die Beurteilung, ob die Diagnose der somatoformen

Schmerzstörung invalidisierend sei, nicht geprüft worden. Die Abklärungen seien deshalb in grober Weise unvollständig und weitgehend unbrauchbar. Die abgebrochenen beruflichen Massnahmen würden zeigen, dass ein Wiedererwerb des Berufslebens unmöglich sei (Urk. 1). 3. 3.1

Im Bericht der Psychiatrischen Poliklinik des B.____ vom 24. Januar 1995 wurde ausgeführt, beim Patienten finde sich ein auffälliges, abnorm imponierendes Schmerzverhalten. Er hinkte stark vorgebeugt, halte sich an den Stuhllehnen, sitze die ganze Konsultation über nach links vorne verkrümmt da, mit gesenktem, wegwendetem Blick und wirke von der ganzen Haltung, der Stimme und der Art, sich selber zu präsentieren, ein deutlich regredient. Er klagte über Schmerzen vom Kreuz in den rechten Oberschenkel ausstrahlend. Auch im rechten Rippenbogen habe er Schmerzen, was ihn besonders beunruhige (Urk. 6/4 S. 2).

Weiter wurde ausgeführt, es handle sich mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit um ein Konversionssymptom. Die verzögerte Schmerzentstehung, die völlige Therapieresistenz und die Beobachtung, dass Berührungen auch nur leichter Art die Schmerzen verstärkten, seien ein Hinweis auf die Konversionsgenese. Die Schmerzbewältigung sei entsprechend

passiv-regressiv. Es sei davon auszugehen, dass der Patient keine Einsicht in den Mechanismus der Problematik zeigen und eine Psychotherapie ablehnen werde (Urk. 6/4 S. 3-4). 3.2

Im Bericht der Rheumaklinik des B.____ vom 24. Oktober 1995 wurden folgende Diagnosen aufgeführt (Urk. 6/5 S. 5): - Chronifiziertes

Thorakolumbovertebral -Syndrom mit intermittierend lumbospondylogener Komponente bei/mit - Wirbelsäulenfehlform (thorakale Hyperkyphose, s-förmiger Torsions skoliose thorakolumbal links-, hochthorakal rechtskonvex) - St. n. Rückenkontusion im thorakolumbalen Übergang am 14.10.94 - Hinweise für eine Konversionssymptomatik

Der Patient klagt über Schmerzen im Bereich der distalen BWS und gesamten LWS, die dauernd vorhanden seien und zum Teil bis in beide Oberschenkel und Unterschenkel beidseits symmetrisch ausstrahlen würden. Von den bisherigen Massnahmen habe nichts geholfen. Allerdings würden die Schmerzen noch zunehmen und zusätzlich ein Zittern auftreten, wenn er seine Medikamente nicht nehme (Urk. 6/5 S. 5).

Weiter führten die Ärzte aus, anlässlich der klinischen Untersuchung sei eine eindeutige Diskrepanz zwischen objektiven Befunden und subjektivem Empfinden aufgefallen. Dies würde auf eine Konversionssymptomatik hindeuten, wobei sie nicht beurteilen könnten, ob dieser ein Krankheitswert zukomme. Aus rheumatologischer Sicht sei der Patient zu 100 % arbeitsfähig, wobei Tätigkeiten in gebückter Stellung zu vermeiden seien (Urk. 6/5 S. 4-5). 3.3

Im Bericht der Psychiatrischen Poliklinik des B.____ vom 4. April 1996 wurde ausgeführt, der Patient humpelte breitbeinig ins Konsultationszimmer und setzte in vorgebeugter Haltung im Stuhl. Er spreche mit leiser Stimme, fasse die Fragen aber prompt und aufmerksam auf. Gleichsam wirkten seine Gesichtszüge ausdrucklos, schlaff und er sei in der Haltung sowie den psychischen Funktionen gedrückt. Eine depressive Verstimmung liege indessen nicht vor (Urk. 6/9 S. 1) .

Es handle sich um einen exemplarischen Fall von massivem abnormem Krankheitsverhalten mit Passivität und regressiven Zügen. Die früher vermutete Konversionssymptomatik lasse sich nicht näher präzisieren und bleibe höchst spekulativ. Man bewege sich auf sicherem Boden, wenn man bei der Diagnose des abnormen Verhaltens bleibe. Es sei eine offene Frage, inwiefern dieses einen Krankheitswert aufweise. Die Beurteilung der theoretischen Arbeitsfähigkeit sei äusserst schwierig. Es seien sowohl Komponenten des Nicht-Könnens als auch des Nicht-Wollens vorhanden. In Ermangelung genauerer Kenntnisse lasse sich sagen, dass die Komponente des Nicht-Könnens auf mindestens ähnlich hoch wie diejenige des Nicht-Wollens eingeschätzt werden könne, demnach auf 50 % (Urk. 6/9 S. 2-3). 3.4

Mit Schreiben vom 1. Juli 1997 teilte der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, mit, die Situation habe sich in den letzten zwei Jahren nicht geändert. Der Beurteilung der psychiatrischen Poliklinik sei aus hausärztlicher Sicht nichts hinzuzufügen. Es sei aber natürlich so, dass er in sich vor Schmerzen krümmender, kaum Deutsch sprechender Gastarbeiter keine 50

%- Stelle finde, wobei sich auch diese Situation seit der Beurteilung im Jahr 1995 nicht verändert habe (Urk. 6/21). 3.5

Am 14. Juli 1998 gab Dr. C.____ an, der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär. Er verweise auf das psychiatrische Konsilium aus dem Januar 1995. Die regelmässigen hausärztlichen Gespräche hätten keine Verbesserung bewirken können, wobei in Anbetracht der seit vier Jahren dauernden Arbeitsunfähigkeit kaum mehr mit einer Besserung zu rechnen sei. Unverändert imponiere ein abnormes Schmerzverhalten. Das Trauma vom Jahr 1994 und die objektiven Veränderungen an der Wirbelsäule hätten nichts mehr mit den aktuellen Beschwerden zu tun. Die Arbeitsunfähigkeit sei jetzt durch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet. Er denke, dass aufgrund dieser psychischen Störung nun eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege (Urk. 6/27 S. 2).

Dr. C.____ legte zudem einen Hospitalisationsbericht des Y.____ vom 8. April 1997 bei. In diesem wurde ausgeführt, beim Patienten habe sich ein chronisches kallöses, akut nicht blutendes Ulkus bulbi

duodeni im Bereich des Bulbusdaches bei gleichzeitiger erosiver

Bulbitis gezeigt. Es sei eine Eradikationstherapie mit einer Dreierkombination eingeleitet worden. Am 7. April 1997 sei der Patient in beschwerdefreiem Allgemeinzustand entlassen worden. Für die Zeit der Hospitalisation sei er vollständig arbeitsunfähig gewesen (Urk. 6/27 S. 5). 3.6

Der behandelnde Hausarzt Dr. C.____ hielt am 22. September

2000, 18. November 2005, 12. November 2010 sowie am 15. November 2012 fest, der Gesundheitszustand sei stationär und die Diagnose unverändert (Urk. 6/41, 6/49, 6/60, 6/65). 4.

Am 13. Mai 2013 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch Dr. A.____ sowie Dr. Z.____ begutachtet (Urk. 6/69 S. 1, 6/70 S. 3). Im Gutachten vom 21. Mai 2013 wurden keine Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen aufgeführt (Urk. 6/69 S. 7 f.): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) - schädlicher Gebrauch von Opioiden (Tramadol) (ICD-10 F 11.1) - schädlicher Gebrauch von Sedativa (Lorazepam) (ICD-10 F 13.1) - finanzielle Probleme

(ICD-10 Z 59) - chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - primäres Fibromyalgie-Syndrom - betont im Bereich der unteren im Vergleich zur oberen Körperhälfte - betont im Bereich der linken im Vergleich zur rechten Körperhälfte - Panalgie - diffuse Druckschmerzangabe - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb und Bauch, Atembeschwerden, kalte Füße, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit - Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in alle Extremitäten und in den Kopf - diffuse idiopathische skelettale

Hyperostose - Bewegungseinschränkungen thorakal - gestörte Gluconeogenese - anamnestisch Reizmagen-Syndrom

Im rheumatologischen Gutachten führte Dr. A.____ aus, beim Exploranden imponiere eine schmerzvermittelnde Mimik. Er bewege sich langsam und vorsichtig. Während der klinischen Untersuchung nehme die schmerzvermittelnde Mimik und Gestik zu und es würden 4 der 5 Waddell-Zeichen als Hinweis auf nicht organisch abstützbare Beschwerden nachweisbar. Auf der Untersuchungsliege könne der Explorand beide Arme funktionell

unbehindert einsetzen. Wenn er sich selber mobilisiert und in Bauchlage könne er beide Arme vollständig elevieren und flektiert neben dem Kopf ablegen. Die geschilberte ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit könne nicht objektiviert werden, weshalb an funktionelle Beschwerden zu denken sei (Urk. 6/69 S. 8-9).

An den oberen Extremitäten könnte kein relevanter klinisch-pathologischer Befund und kein Hinweis auf eine funktionelle Einschränkung objektiviert werden. In abgelenkter Situation könne der Explorand beidseits, aktiv und passiv geprüft, sämtliche peripheren Gelenke frei bewegen. Insbesondere könne auch kein Hinweis auf eine subacromiale Sehneineinklemmung oder auf eine Läsion der Rotatorenmanschette objektiviert werden. Die Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule würden eine leichtgradig rechts konvexe Skoliose von maximal 14-16° zeigen. Thorakal komme eine leichtgradige Hyperkyphose zur Darstellung (Urk. 6/69 S. 11-12).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. A. ___ aus, aus somatisch-rheumatologischer Sicht sei der Explorand in seiner angestammten Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Lediglich für die Zeit nach dem Unfall im Jahr 1994 könne ihm eine zeitlich limitierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal zwei Wochen und während der Hospitalisation im Jahr 1997 eine solche von maximal drei Wochen attestiert werden (Urk. 6/69 S. 16).

Im psychiatrischen Gutachten wurde ausgeführt, der Explorand klagte über Schmerzen, die sich im Laufe der Jahre ausgedehnt hätten. Inzwischen schmerze beinahe der ganze Körper. Die vom Hausarzt regelmässig verabreichten Spritzen würden kaum Linderung bringen. Am besten helfe Tramadol, von denen der Explorand eine grosse Menge schlucke, obwohl die Ärzte ihn darauf hingewiesen hätten, dass er zu viel davon nehme. Die Schmerzen würden in deutlichem Ausmass vom Wetter abhängen. Lebensprobleme würden auf die Schmerzen verstärkend wirken (Urk. 6/70 S. 6-7).

Dr. Z. ___ schilderte, der Explorand wirke mürrisch, bedrückt und dysphorisch. Besonders deprimiert wirke er beim Sprechen über finanzielle Probleme. Öfters könne er sich aber von der Verstimmung lösen und sei aufgeschlossen und gesprächig. Das Denken sei weder gehemmt noch umständlich und inhaltliche Denkstörungen seien nicht feststellbar. Der Explorand sei weder aggressiv noch suizidal und zeige keinen sozialen Rückzug. Eine Persönlichkeitsstörung liege nicht vor (Urk. 6/70 S. 8-9).

Der Explorand sei auf die Schmerzen fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung. Lebensprobleme führten zu einer Verstärkung der Schmerzen. Damit sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nachweisbar. Objektive Befunde, die einer psychischen Störung entsprechen würden, würden jedoch nicht vorliegen. Hingegen falle seine enorme Müdigkeit auf. Diese sei aber höchstwahrscheinlich auf den durch die Laborresultate belegten Tramadol- und Lorazepam-Abusus zurückzuführen (Urk. 6/70 S. 10-11).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. Z. ___ aus, aufgrund dessen, dass keine psychische Komorbidität ausgewiesen und der Explorand sozial gut integriert sei, sei er in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Es könne ihm in seiner angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werden (Urk. 6/70 S. 12). 5.

E. 5

Im September 2012 wurde erneut ein ordentliches Revisionsverfahren eröffnet (Urk.

E. 5.1

Am 18. Dezember 1996 sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Oktober 1995 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu. Dabei stützte sie sich auf den Bericht der Psychiatrischen Poliklinik des B.____ vom 4. April 1996, in welchem von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wurde (Urk. 9).

Wie die Beschwerdegegnerin richtig darlegt, war anhand der damaligen Aktenlage keine klare Diagnose ausgewiesen. Im Bericht der Psychiatrischen Poliklinik wurde darauf hingewiesen, dass es eine offene Frage sei, ob dem abnormen Krankheitsverhalten ein psychiatrischer Krankheitswert zukomme. Auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde als ausserordentlich schwierig bezeichnet und schliesslich auf 50 % eingeschätzt, mit dem Hinweis, genaueres lasse sich beim besten Willen nicht sagen (Urk. 6/9 S. 2-3).

Dass die Beschwerdegegnerin keine weiteren Abklärungen tätigte und trotz der dürftigen Aktenlage eine Arbeitsfähigkeit von 50 % als ausgewiesen erachtete, ist nur schwer nachvollziehbar. Indessen ist vorliegend zu berücksichtigen, dass immerhin zwei Berichte eines Facharztes der Psychiatrischen Poliklinik vorlagen und dieser darauf hinwies, dass weitere Abklärungen wohl auch keine Klarheit bringen würden. Damit scheint vertretbar, dass die Beschwerdegegnerin keine weiteren Untersuchungen anordnete und von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausging. Die ursprüngliche Rentenzusprache kann daher nicht als zweifellos unrichtig qualifiziert werden.

E. 5.2

Am 7. Oktober 1998 wurde die Rente des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung erhöht (Urk. 6/36), nachdem der IV-Arzt handschriftlich festgehalten hatte, gemäss Arztbericht sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (Urk. 6/32).

Wie der IV-Arzt zu dieser Schlussfolgerung kam, ist unklar. Dr. C.____ gab in seinem Bericht vom 3. Juli 1998 an, der Zustand des Beschwerdeführers sei stationär. Das Trauma von 1994 und die objektiven Veränderungen an der Wirbelsäule hätten mit den aktuellen Beschwerden nichts zu tun. Die Arbeitsunfähigkeit sei durch eine somatoforme Schmerzstörung begründet, wo bei er denke, dass aufgrund dieser psychischen Störung jetzt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege (Urk. 6/27). Dem von Dr. C.____ zusätzlich beigelegten Bericht des Y.____ sind indes keine Angaben zur somatoformen Schmerzstörung zu entnehmen, weshalb dieser für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit irrelevant war. Daher ist es unerklärlich, weshalb die Psychiatrische Poliklinik das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Gutachten mit der Bemerkung, die zwei Arztberichte würden alle Fragen beantworten, für nicht notwendig hielt (Urk. 6/31). Ebenfalls nicht nachvollziehbar ist, weshalb die Beschwerdegegnerin in der Folge davon ausging, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei ausgewiesen.

Schliesslich geht aus dem Arztbericht von Dr. C.____

gerade hervor, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers unverändert blieb. Dass die Beschwerdegegnerin einzig gestützt auf seine Bemerkung, er glaube, dass jetzt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege, die Rente erhöht hat, ist nicht bloss als unangemessen zu qualifizieren. Vielmehr hat sie mit dieser Entscheidung Art. 43 Abs. 1 ATSG verletzt, weil sie ohne weitere Abklärungen gestützt auf eine dürftige Bemerkung die Rente

erhöhte. Die se Verfügung muss
daher als zweifellos unrichtig angesehen werden .

E. 5.3

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist der Rentenanspruch eines Ver sicherten, dem eine halbe Rente der Invalidenversicherung zugesprochen wurde und dem die Rente in der Folge zweifellos zu Unrecht erhöht wurde, für die Zukunft frei zu prüfen. Dies auch dann, wenn bezüglich der ursprünglichen Verfügung kein Rückkommenstitel vorliegt (vgl. BGE 140 V 514 E. 5). 6.

E. 6

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). 1.

E. 6.1

Der Beschwerdeführer wurde am 13. Mai 2013 psychiatrisch-rheumatologisch begutachtet (Urk. 6/69). Das interdisziplinäre

Gutachten vermag zu über zeugen. Es beruht auf sorgfältigen und allseitigen Untersuchungen (Urk. 6/69 S. 3-4, 6/70 S. 8-9), berücksichtigt die geklagten Beschwerden (Urk. 6/69 S.

2-3, 6/70 S. 6-8) und ist in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben worden (Urk. 6/69 S. 5-7, 6/70 S. 4-5). Die Gutachter haben detaillierte Befunde und hieraus begründete Diagnosen erhoben, die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Daher erfüllt das Gutachten die recht sprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche Entscheidungsgrundlagen . Namentlich erlaubt es entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers auch eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 (vgl. dazu E. 1.4 -1.5).

E. 6.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung führt die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheits schädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Aus se rungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen

auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist bloss verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen selbstständigen Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2).

E. 6.3

In der rheumatologischen Untersuchung durch Dr. A.____ konnten nur wenige objektivierbare pathologische Befunde erhoben werden. Phasenweise habe der Beschwerdeführer zunächst harmonische Bewegungen, insbesondere der Schultern, mit einem abrupt einsetzenden muskulären Widerstand abgeblockt (Urk. 6/69 S. 8). In abgelenkter Situation habe der Beschwerdeführer beidseits, aktiv und passiv geprüft, sämtliche peripheren Gelenke frei bewegen können (Urk. 6/69 S. 11). Zudem kam Dr. A.____ zum Schluss, es liege eine limitierte Motivation vor (Urk. 6/69 S. 17). Dr. Z.____ führte im psychiatrischen Teilgutachten aus, es würden ungünstige krankheitsfremde Faktoren vorliegen, die mit einer Selbstlimitierung verbunden seien. Die subjektive Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers sei vor allem auf derartige Faktoren zurückzuführen (Urk. 6/70 S. 15).

E. 6.4

Es erscheint aufgrund dieser Befunde fraglich, ob überhaupt eine versicherte Gesundheitsschädigung vorliegt oder ob die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht.

E. 6.5

Die begutachtenden Ärzte sowie die Beschwerdegegnerin sind in Anwendung der bisherigen Rechtsprechung zu den somatoformen

Schmerzstörungen zum Ergebnis gelangt, dass die somatoforme Schmerzstörung des Beschwerdeführers als überwindbar zu gelten habe und der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig sei. Der Beschwerdeführer machte geltend, vor dem Hintergrund der Rechtsprechungsänderung seien die Abklärungen als ungenügend anzusehen (Urk. 1 S. 9). Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden. Wie das Bundesgericht ausführte, verlieren bereits vor der Rechtsprechungsänderung eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung zu entscheiden, ob auf die vorhandene Beweisgrundlage abgestellt werden kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 8), weshalb nachfolgend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers anhand der vom Bundesgericht genannten Indikatoren geprüft wird.

6.6

Unter dem Aspekt „funktioneller Schweregrad“ ist in Betracht zu ziehen, dass die diagnoserelevanten Befunde und Symptome nicht besonders ausgeprägt erscheinen. Gemäss gutachterlichen Feststellungen von Dr. A.____ bestünden diverse noch nicht ausgeschöpfte Optionen um die Beschwerden zu lindern, so seien insbesondere aktivierende Bewegungsübungen zu empfehlen (Urk. 6/69 S. 17). Es ist zu erwähnen, dass dem

Beschwerdeführer bereits anlässlich der ersten psychiatrischen Untersuchung im Jahr 1995 angeraten worden war, körperliche Aktivitäten auszuüben, was jedoch auf Unwillen stiess (Urk. 6/4 S. 2). Was den Indikator „Komorbiditäten“ betrifft, wies der psychiatrische Gutachter darauf hin, dass keine relevante psychische Komorbidität bestehe (Urk. 6/70 S. 11). Zudem legten beide Gutachter überzeugend dar, dass der Zustand des Beschwerdeführers massgeblich

durch invaliditätsfremde Faktoren (finanzielle Probleme, Medikamenten-Missbrauch, mässige Integration, lange Arbeitslosigkeit) beeinflusst werde (Urk. 6/69 S. 17, 6/70 S. 11). Weiter konnten keine chronischen körperlichen Begleiterkrankungen festgestellt werden (Urk. 6/70 S. 12). 6.7

Zum Komplex „Persönlichkeit“ ist festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter auf die unauffällige prämorbid Persönlichkeitsstruktur hinwies (Urk. 6/70 S. 12). Hinsichtlich des Komplexes „Sozialer Kontext“ kann auf durchaus vorhandene Ressourcen des Beschwerdeführers geschlossen werden. So lebt er in einer intakten Ehe, pflegt ein gutes Verhältnis zu seinen Kindern und nimmt Anteil am politischen Geschehen (Urk. 6/70 S. 12).

E. 6.9

Mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist daher von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit auszugehen. 7.

E. 7

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim

Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; 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. 7.1

Das Bundesgericht geht in ständiger Rechtsprechung vom Regelfall aus, dass eine medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung

verwertbar ist (Ulrich Meyer, Rechtsprechung zum IVG, 2. Auflage, Zürich 2010, S. 383). In ganz besonderen Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung dennoch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und/oder beruflich-erwerblichen Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch zumutbaren Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich

ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010, E. 4.2.2).

Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 dahingehend präzisiert, dass die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben, nur zulässig ist, wenn die Beschwerdegegnerin zuvor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat (E. 3.3).

Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass solche versicherte Personen aufgrund des 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 selber wie der einzugliedern.

Dies führt zwar für die Betroffenen nicht zu einer Art Besitzstandsgarantie. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf (vgl. erwähntes Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011, E. 3.5).

E. 7.2

Im Zeitpunkt der Renteneinstellung war der Beschwerdeführer 57 Jahre alt und bezog seit 18 Jahren eine ganze Rente. Damit fällt er unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezügerkreis.

Am 3. April 2014 lud die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer zu einem Gespräch zwecks Besprechung von Integrationsmassnahmen ein (Urk. 6/76). Nachdem dieser zuerst Bedenken bezüglich beruflicher Massnahmen geäussert hatte (Urk. 6/90 S. 2), wies ihn die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 8. Mai 2014 auf seine Mitwirkungspflicht hin (Urk. 6/80). Am 21. Mai 2014 erklärte sich der Beschwerdeführer dazu bereit, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen (Urk. 6/81). In der Folge teilte die Beschwerdegegnerin am 13. Juni 2014 mit, sie übernehme die Kosten für ein Belastbarkeitstraining (Urk. 6/83). Aus dem Schlussbericht des Belastbarkeitstrainings vom 10. September 2014 ergibt sich, dass der Beschwerdeführer an diesem grundsätzlich teilnahm, jedoch aufgrund geklagter Beschwerden häufig fehlte. Eine stabile Präsenz habe nicht erreicht werden können und aufgrund der schlechten Deutschkenntnisse habe er sich weder selber der Bearbeitung eines Themas widmen noch an den verschiedenen Programmen teilnehmen können. Er habe ausserhalb des Arbeitseinsatzes zudem eine 1:1-Betreuung benötigt. Aus diesen Gründen mache die Weiterführung der Integrationsmassnahme wenig Sinn (Urk. 6/88 S.

5). Am 3. November

2014 wurde dem Beschwerdeführer mitgeteilt, die Arbeitsvermittlung sei abgeschlossen (Urk. 6/89).

E. 7.3

Dem Schlussbericht des Belastbarkeitstrainings ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer die geforderte Präsenzzeit nicht erreichte. Er habe über Rückenschmerzen geklagt, das Atelier sei ihm zu lärmig und die Anreise zu beschwerlich gewesen. Teilweise sei er aufgrund der von ihm geklagten Schmerzen vorzeitig nach Hause gegangen (Urk. 6/88 S. 8). Die vom Beschwerdeführer geklagte Unmöglichkeit, länger als zwei Stunden täglich am Programm teilnehmen zu können, steht im Widerspruch zur Beurteilung der Gutachter. Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 6), bestehen beim Beschwerdeführer weder somatische noch psychische Einschränkungen, die eine Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Seine häufigen Absenzen können daher nicht auf medizinische Ursachen zurückgeführt werden. Vielmehr lassen sie auf einen fehlenden subjektiven Eingliederungswillen schliessen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass er bereits mit Schreiben vom 8. Mai 2014 auf die Folgen mangelhafter Mitwirkung aufmerksam gemacht worden war (Urk. 6/80), ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Eingliederungsmassnahmen abschloss und die Invalidenrente einstellte. Sie kam ihrer Pflicht vollumfänglich nach, weshalb der Aufhebungsentscheid rechtmässig war. 8.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Verfügung betreffend Renten Erhöhung zweifellos unrichtig war. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden liegt aktuell nicht (mehr) vor. Damit erweist sich die Aufhebung der bisherigen Rente als rechtmässig und die Beschwerde ist abzuweisen. 9.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsmässig vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christoph Häberli - 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin HurstCuriger

E. 10

f.). Zum - be weisrechtlich entscheidenden - Aspekt der Konsistenz ist zu erwähnen, dass die aktenkundigen Behandlungsbemühungen nicht auf einen ausgeprägten Leidensdruck schliessen lassen. Zwar begibt sich der Beschwerdeführer mo nat lich zu seinem Hausarzt , um sich Spritzen und Medikamente verabreichen zu lassen (Urk. 6/60 S. 2). Entgegen ärztlichem Rat sind indessen keine Be müh ungen zu erkennen, aktivierende Bewegungsübungen durchzuführen oder an einem Training teilzunehmen. Auch betreibt der Beschwerdeführer offenbar einen Medikamenten-Abusus, was sich negativ auf ausserhäusliche Tätigkei ten auswirkt (Urk. 6/70 S. 11). 6 .8

Demnach sind auch unter Berücksichtigung der nunmehr im Regelfall beacht li chen Standardindikatoren (vgl. E.

1. 5) erhebliche funktionelle Aus wirkungen der Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Aus rechtlicher Sicht ist daher die somatoforme Schmerzstörung nicht als invali disierend zu betrachten.

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