

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00450 vom 30. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00450

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00450 du 30 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00450 del 30 giugno 2017

Erwägungen

E. 1.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die bisherige Dreiviertelrente des Beschwerdeführers zu Recht auf Ende des der Zustellung der angefochtenen Verfügung vom 1. März 2016 (Urk. 2) folgenden Monats ein gestellt hat.

E. 1.2

Die Beschwerdegegnerin begründet die Aufhebung der bisherigen Dreiviertelrente im Wesentlichen damit, dass die Rentenverfügung vom 10. Juni 2010 im widererwägungsrechtlichen Sinn zweifellos unrichtig sei. Statt des dieser Verfügung zugrunde liegenden Einkommensvergleichs hätte richtiger Weise ein Prozentvergleich durchgeführt werden müssen. Auch der leidensbedingte Abzug in der Höhe von 20 % wäre nicht zulässig gewesen. Bei korrekter Vornahme hätte der IV-Grad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 50 % entsprochen. Damit hätte lediglich Anspruch auf eine halbe Rente bestanden. Da es sich bei Rentenleistungen um periodisch wiederkehrende Leistungen handle, sei die Berichtigung der Verfügung zudem von erheblicher Bedeutung. Gemäss den B.____-Gutachtern sei der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht arbeitsfähig. In psychischer Hinsicht würden sie dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren. Diese Einschätzung sei jedoch nicht plausibel, denn die Durchsicht des gesamten B.____-Gutachtens vom 10. August 2015 ergebe eine eindeutige Aggravation durch den Beschwerdeführer. Da die geklagten Einschränkungen auf einer Aggravation des Beschwerdeführers beruhen würden, liege kein versicherter Gesundheitsschaden vor (Urk. 2, Urk. 6/151/3).

E. 1.3

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber im Wesentlichen geltend, die Aufhebung der Rente sei zu Unrecht erfolgt, da weder ein Widererwägungs- noch ein Revisionsgrund gegeben sei (Urk. 1 S. 6 ff.). Mit Verfügung vom 10.

Juni 2010 habe die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Ermessens rechtskonform und ohne Willkür einen leidensbedingten Abzug von 20 % vorgenommen. Es liege keine falsche Rechtsanwendung vor. Zudem habe das B.____ in seinem Gutachten vom 10. August 2015 eine Einschränkung seines Belastungsprofils bestätigt (Urk. 1 S. 7). Die B.____-Gutachter hätten sodann bestätigt, dass sich sein Gesundheitszustand seit 2009 nicht wesentlich verändert habe. Laut diesen Gutachtern sei er in seiner angestammten Tätigkeit und in einer Verweisungstätigkeit weiterhin bloss zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 1 S. 8). Daher bestehe nach wie vor Anspruch auf die bisherige Dreiviertelrente (Urk. 1 S. 2). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 18. April 2016 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 1. März 2016 seien ihm die gesetzlichen Leistungen gemäss IVG zu erbringen. Die Dreiviertelsrente sei ihm bis zum Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich weiterhin zu erbringen. Eventualiter sei die Sache, "mit der Verpflichtung einen rechtskonformen Entscheid zu erlassen", an die Beschwerdegegnerin zurückweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 11. Mai 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 5, unter Beilage ihrer Akten [Urk. 6/1-163]).

Mit Gerichtverfügung vom 19. Mai 2016 wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde gegen die Verfügung vom 1. März 2016 abgewiesen und dem Beschwerdeführer das Doppel der Beschwerdeantwort vom 11. Mai 2016 (Urk. 5) zugestellt (Urk. 7).

E. 2.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 2.2

Lässt sich eine massgebliche Sachverhaltsänderung als Voraussetzung für eine revisionsweise Rentenherabsetzung oder -aufhebung nicht nachweisen, so kann die Verwaltung eine rechtskräftig zu gesprochenen Rente nur herabsetzen 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 Beurteilung 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 Voraussetzung für eine Wiedererwägung nur unter restriktiven Bedingungen zu bejahen, da die

Wiedererwägung andernfalls zum Instrument für eine jederzeitige voraussetzungslose Neubeurteilung von rechtskräftig zugesprochenen Dauerleistungen würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/03 vom 30. Dezember 2003 E. 2.2.1). Nicht jede Unrichtigkeit, sondern nur eine qualifizierte, offensichtlich Unrichtigkeit berechtigt somit zur wiedererwägungsweisen Herabsetzung oder Aufhebung einer rechtskräftig zugesprochenen Dauerleistung.

Die Wiedererwägung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung 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 wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil des Bundesgerichts 8C_33/2011 vom 16. Mai 2011 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 2.3

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. 2.4.1

vorstehend).

E. 2.4.2

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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck

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).

E. 2.5

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 arbeitsunfähig 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. 2.6

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.).

E. 3

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

E. 3.1.1

Am A.____-Gutachten vom 20. August 2009 waren PD Dr. med. C.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, und die Dres. med. D.____, Rheumatologie und Physikalische Medizin/Rehabilitation FMH und E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, beteiligt (Urk. 6/50/2, Urk. 6/50/25, Urk. 6/50/38, Urk. 6/50/46). Sie stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/50/20): - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) mit/bei: - chronifiziertem Panvertebralsyndrom (ICD-10: M54.8) - Knieschmerzen rechtsbetont (ICD-10: M17.0) - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten sie an (Urk. 6/50/21): - Arterielle Hypertonie (ICD-10: I10) - Ruptur der langen Bizepssehne rechts mit Retraktion (ICD-10: S46.2) - Status nach Sturz aus 1,5 m Höhe vom LKW am 23. April 2007 mit Schädel-Hirntrauma Grad I, Kontusion des rechten Knies, des rechten Ellbogens, der linken Hand und HWS-Kontusion sowie nicht-dislozierter Nasenbeinfraktur

E. 3.1.2

).

E. 3.2.1

Am B.____-Gutachten vom 10. August 2015 wirkten die Dres. med. F.____, FMH für Allgemeine Innere Medizin, SIM zertifizierter medizinischer Gutachter, G.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, SIM zertifizierter medizinischer Gutachter, und H.____, FMH für Rheumatologie, SIM zertifizierter medizinischer Gutachter, sowie lic. phil. I.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, mit (Urk. 6/148/78). Zu den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hielten sie folgendes fest (Urk. 6/148/73): - Nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung möglich (ICD-10: F33.9) - Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung möglich (ICD-10: F60.9) - Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0) mit Aggravation und Selbstlimitierung möglich - Formal eine schwerste undifferenzierte neuropsychologische Störung, welche mit Sicherheit zu wesentlichen Anteilen auf einer Aggravation beruht - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung sehr wahrscheinlich (ICD-10: F45.4)

Zudem nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/148/73-74): - Status nach Sturz am 23. April 2007 mit Kontusionen des rechten Kniegelenkes, der rechten Schulter, des rechten Ellbogens, der rechten Hand sowie des Rückens, Schädel-/Hirntrauma mit kurzer Bewusstlosigkeit und nicht-dislozierter Nasenbeinfraktur - im weiteren Verlauf ausgeprägte Symptomausweitung, Schmerzfehlverarbeitung und Selbstlimitierung - Medial betonte Gonarthrose rechts - Periarthropathische Schulterbeschwerden beidseits mit fraglicher Impingement-Symptomatik - Unspezifische Nacken- und Kreuzschmerzen - Osteochondrosen Halswirbelkörper (HWK) 6/7, mehr als HWK 4/5 und HWK 5/6 - beginnende Spondylarthrosen, distal-lumbal und Übergangsanomalie mit Nearthros zwischen dem verbreiterten Quervorsatz Lendenwirbelkörper (LWK) 5 rechts und dem Beckenkamm - Anamnestisch Status nach wiederholten Umknick-Traumata am linken Sprunggelenk mit Schmerzsyndrom medial

E. 3.2.2

Die B.____-Gutachter schrieben in ihrer ‘‘Zusammenfassung und Beurteilung‘‘, dass sich angesichts der beim Beschwerdeführer sicher gegebenen Aggravation aus neuropsychologischer Sicht zu dessen Arbeitsfähigkeit keine zuverlässige Aussagen machen liessen. Wie bei der ersten Begutachtung im A.____ im Juni 2009 bestehe in rheumatologischer Hinsicht weiterhin eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers und für jede körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit (Urk. 6/148/75). Aus psychiatrischer Sicht könne dem Beschwerdeführer grundsätzlich zugemutet werden, dass er sein Leiden überwinde und sich in eine Arbeit einlasse. Die Arbeitsfähigkeit werde weiter auf 50 % eingeschätzt (Urk. 6/148/76).

Gesamtmedizinisch sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer, so wie er sich präsentiere, grundsätzlich keinem Arbeitgeber zumutbar sei. Aufgrund der eigenen Feststellungen bei den diversen Untersuchungen sei davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer eine bewusstseinsnahe Aggravation bestehe. Medizinisch-theoretisch werde die Arbeitsfähigkeit weiterhin auf 50 % für jede körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit geschätzt (Urk. 6/148/76).

E. 4.1

Strittig und zu prüfen ist zunächst, ob die Beschwerdegegnerin die Rentenverfügung vom 10. Juni 2010 (Urk. 6/78) zu Recht in Wiedererwägung gezogen hat. Es gilt mithin zu beurteilen, ob diese Rentenverfügung zweifellos unrichtig war. Weil es um die Ausrichtung von Invalidenrenten geht, steht indessen ausser Frage, dass deren Berichtigung im Falle zweifelhafter Unrichtigkeit von erheblicher Bedeutung wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2010 vom 22. Dezember 2010 E. 4.2).

E. 4.2.1

In medizinischer Hinsicht stellte die Beschwerdegegnerin bei Erlass der Verfügung vom 10. Juni 2010 (Urk. 6/78) auf das A.____-Gutachten vom 20. August 2009 (Urk. 6/50) ab (vgl. Urk. 6/66/6). Gemäss den A.____-Gutachtern war der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur zu 100 % arbeitsfähig. Aufgrund der diagnostizierten mittelgradig depressiven Störung (bzw. Episode, vgl. Urk. 6/50/42) und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gingen sie jedoch von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 % aus (Urk. 6/50/22). Dies galt sowohl für die angestammte als auch für eine Verweisungstätigkeit (Urk. 6/50/22-23). Zu den Einschränkungen des Beschwerdeführers in psychischer Hinsicht wurde im psychiatrischen Teilgutachten ausgeführt, dass bei ihm neben der psychischen Komorbidität (mittelgradige depressive Störung) eine chronische Begleiterkrankung (Femorotibialarthrose, posttraumatische Periarthrosis humeroscapularis), ein Verlust der sozialen Integration (der Beschwerdeführer verlasse kaum noch das Haus, seine Kollegen hätten sich abgewendet), ein mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter Symptomatik ohne längerfristige Remission, bisher unbefriedigende Behandlungsmassnahmen trotz konsequent durchgeführter ambulanter Behandlungsmassnahmen und zum Teil gescheiterter Rehabilitationsmassnahmen vorliegen würden. Der Beschwerdeführer weise mithin ‘‘6 von 7 ‘Försterkriterien‘ auf‘‘, die eine zumutbare Willensanstrengung (zur Schmerzüberwindung) ‘‘eher‘‘ ausschliessen würden (Urk. 6/50/43).

E. 4.2.2

Zunächst ist auf die psychische Komorbidität (vgl. dazu: BGE 130 V 352 E. 2.2.3) einzugehen. Gemäss der nach BGE 130 V 352 ergangenen Rechtsprechung des Bundesgerichts lagen bei mittelgradigen depressiven Episoden keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare an dauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens vor, die es der betroffenen Person verunmöglichten, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden. So hat das Bundesgericht schon vor Erlass der hier zu prüfenden Verfügung vom 10. Juni 2010 (Urk. 6/78) entschieden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_803/2008 vom 29. Mai 2009 E. 5.3.2 mit weiteren Hinweisen). Die beim Beschwerdeführer diagnostizierte mittelgradige depressive Episode hätte daher nicht als psychische Komorbidität angesehen werden dürfen.

Die übrigen Kriterien, welche nach der früheren Rechtsprechung für eine Unzumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung gesprochen haben (vgl. dazu: BGE 130 V 352 E. 2.2.3), wären ebenfalls klar zu verneinen gewesen. Als chronische Begleiterkrankung nannte der psychiatrische A.____-Gutachter eine Femorotibialarthrose und eine posttraumatische Periarthrosis humero scapularis (Urk. 6/50/43). Diese somatischen Beschwerden erreichten jedoch das Mass einer chronischen körperlichen Begleiterkrankung mit mehrjährigem Krankheitsverlauf bei unverändertem oder progredienten Symptomatik ohne längerfristige Remission nicht. Gemäss dem rheumatologischen A.____-Gutachter war dem Beschwerdeführer aufgrund der erhobenen Befunde am Bewegungsapparat die angestammte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur ohne Einschränkungen zumutbar (Urk. 6/50/37; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_747/2009 vom 20. Oktober 2009 mit Hinweis). Des Weiteren gab der Beschwerdeführer zwar an, dass seine Bekannten den Kontakt zu ihm meiden würden (Urk. 6/50/41). Es bestanden jedoch Kontakte innerhalb und ausserhalb der Familie. Drei seiner erwachsenen Kindern wohnten noch zu Hause (Urk. 6/50/33, Urk. 6/50/41). Zudem hatte der Beschwerdeführer bei sich zu Hause gelegentlich Besucher (Urk. 6/50/33) und er begab sich in den Jahren 2007, 2008 und 2009 jeweils im Sommer nach Mazedonien in die Ferien (Urk. 6/24/57, Urk. 6/52). Dort besuchte er seine Familie (Urk. 6/52). Dies hatte er schon vor dem Unfall vom 23. April 2007 so getan (vgl. Urk. 6/24/57). Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens hätte daher klar verneint werden müssen (Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2012.00102 vom 11. Juni 2013 E. 4.2.3). Gleiches gilt für das Kriterium "verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn ["Flucht in die Krankheit"])" . Laut A.____-Gutachter hätten noch stationäre psychiatrisch-psycho somatische Behandlungsmassnahmen versucht werden sollen (Urk. 6/50/43). Solche hatte der Beschwerdeführer noch nicht absolviert. Deshalb hätte auch das Kriterium "unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) und gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person" eindeutig nicht als erfüllt angesehen werden müssen.

E. 4.3

Unter Berücksichtigung der damaligen Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung erweist sich der Schluss der Beschwerdegegnerin, wonach gestützt auf das A.____-Gutachten vom 20. August 2009 (Urk. 6/50) von einer Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 % auszu gehen sei, als unhaltbar. Dies umso mehr, als der psychiatrische Gutachter die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit letztlich einzig damit begründete, dass er "bei Vorliegen fast sämtlicher 'Försterkriterien', aber deutlicher Selbstlimitierung im Rahmen der Symptomausweitung" von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehe. Auch er verwies zwar auf die starke Selbstlimitierung und das starke Schonverhalten mit subjektiv sehr tiefer Bewertung der eigenen Leistungsfähigkeit, was nicht der "eigentlichen Arbeitsfähigkeit" des Beschwerdeführers entspreche, und vermerkte, dass der Beschwerdeführer in der Beobachtung sehr demonstrativ auftrete (vgl. Urk. 6/50/44). Dennoch lässt sein Gutachten eine Auseinandersetzung mit diesen Anzeichen eines zumindest als Verdeutlichung zu qualifizierenden Verhaltens missen und er legte nicht dar, weshalb dem Beschwerdeführer die Überwindung desselbigen aus krankheitswertigen Gründen nicht zumutbar wäre. Damit erweist sich der psychiatrische Teil des Gutachtens vom 20. August 2009 auch als nicht nachvollziehbar. Die Rentenverfügung vom 10. Juni 2010 (Urk. 6/78) ist aus diesen Gründen zweifellos unrichtig im wiedererwägungs rechtlichen Sinn.

Bei diesem Ergebnis braucht nicht mehr geprüft zu werden, ob von der Beschwerdegegnerin angeführte Wiederwägungsgründe (vgl. E. 1.2) gegeben sind. Ebenso wenig braucht geprüft zu werden, ob angesichts der bereits im Februar 2012 (vgl. Urk. 6/101/3) festgestellten Remission der depressiven Episode (vgl. Urk. 6/101/22) allenfalls auch ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG gegeben wäre.

E. 5.1

Zu prüfen ist weiter, ob beim Beschwerdeführer aktuell noch ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt.

E. 5.2.1

Diese Prüfung erfolgt anhand der vom Bundesgericht mit BGE 141 V 281 begründeten Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung. Wie festgehalten, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, wenn die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Das strukturierte Beweisverfahren muss in einem solchen Fall nicht durchgeführt werden (vgl. E.

E. 5.2.2

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung trifft dies namentlich zu, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, wenn intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, wenn keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, wenn demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen un glaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Ob die ärztlichen Feststellungen auf einen Ausschlussgrund folgern lassen, ist als Rechtsfrage frei überprüfbar (Urteile des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1 und 8C_438/2015 vom 13. Oktober 2015 E. 6, je mit Hinweisen).

Wie das Bundesgericht weiter ausgeführt hat, ist im Einzelfall sorgfältig zu prüfen, ob ein Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist. Eine Aggravation zeichnet sich aus durch eine Übertreibung oder Ausweitung von

Beschwerden, indem tatsächlich vorhandene Symptome zur Erreichung eines Ziels (im hier interessierenden Kontext die Zuspreehung einer Rente) verstärkt werden. Externe Motivation (Erreichen einer Rente) und Bewusstseinsnähe sind somit starke (in der Praxis allerdings oft schwierig nachzuweisende) Anhaltspunkte für eine anspruchshindernde Aggravation. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass eine Aggravation umso eher vorliegt, je mehr Hinweise auf eine absichtliche, gezielte und in diesem Sinne "bewusste" Symptomerzeugung hindeuten. Für die Beantwortung dieser Frage ist - wiederum - zentral, dass die Gutachter, wie auch die anderen mit der Berichterstattung über die versicherte Person befassten Ärzte, alle verfügbaren Hinweise aus dem Alltag der versicherten Person, insbesondere auch aus dem ausserberuflichen Bereich, berücksichtigen und auf dieser möglichst breiten Beobachtungsbasis eine Verbindung herstellen zwischen dem festgestellten versicherten Gesundheitsschaden und den dadurch bewirkten funktionellen Einschränkungen einerseits sowie den geschilderten sowie tatsächlichen, gegebenenfalls fremdanamnestic erhobenen Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation andererseits. Auf dieser Grundlage ist zu plausibilisieren, dass die Inkonsistenzen über das im Rahmen einer blossen Verdeutlichung "Normale" hinausgehen

(Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.2 mit weiteren Hinweisen).

E. 5.3.1

Bei der rheumatologischen Untersuchung im B.____ fanden sich gemäss Dr.

H.____ deutliche Zeichen einer Selbstlimitierung (Urk. 6/148/53). Auf Nachfrage habe der Beschwerdeführer die stärksten Schmerzen im Bereich der Präasacralregion lokalisiert. Die erwähnten praktisch als Berührungsschmerzen imponierenden Schmerzen würden aber nicht nur im Bereich der Kreuzregion, sondern eigentlich überall am Körper angegeben. Auch bezüglich der Fibromyalgie-Druckpunkte würden diese vom Beschwerdeführer schon bei deutlich geringerem Druck als üblich bereits als schmerzhaft beschrieben (Urk.

6/148/47). Beim Lasègue-Manöver habe er beidseits ab 30 Grad blockierende Kreuzschmerzen angegeben. Unter Ablenkung habe er jedoch die Langsitzposition ohne Schmerzangabe einnehmen können (Urk.

6/148/46). Bei der Untersuchung sei die Rotation der Halswirbelsäule in Neutralstellung nach rechts nur bis 20 Grad und nach links 10 Grad mit endständiger Schmerzangabe bei deutlich spürbarer Gegenintervention durchführbar gewesen. Im Gespräch hätten jedoch beidseits wiederholte spontane Rotationsbewegungen bis gut 45 Grad beobachtet werden können. Pas siv sei die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) und der Brustwirbelsäule (BWS) ausgeprägt eingeschränkt gewesen. Beim Anziehen der Hosen in sitzender Position am Ende der Untersuchung habe der Beschwerdeführer aber mehrmals zügige Bückbewegungen mit deutlicher Flexion der LWS ausgeführt. Er habe dabei kein Schmerzempfinden gezeigt (Urk. 6/148/47). Rechts sei eine Greifkraft von 0,07 bar und links von 0,06 bar gemessen worden. Palpatorisch und inspektorisch hätten jedoch keine Gründe für derart tiefe Werte gefunden werden können. Die Flexion beider Hüftgelenke sei bis 80 Grad möglich gewesen, danach sei eine Gegenintervention feststellbar gewesen. Im Sitzen habe der Beschwerdeführer vor und nach der Untersuchung aber jeweils problemlos auf 90 Grad beugen können (Urk.

6/148/48).

Dr.

H.____ war sodann erstaunt darüber, dass der Beschwerdeführer seinen Stock rechts benutzt hatte. In früheren rheumatologischen Fachgutachten des A.____ vom 29. Juni 2009 und 21. Februar 2012 sei nämlich jeweils festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer den Handstock links benutzt habe (Urk. 6/148/49). Darauf angesprochen habe der Beschwerdeführer erklärt, er könne das rechte Bein besser entlasten. Das rechte Bein schmerze ihn hauptsächlich im Kniebereich. Zuweilen benutze er den Stock auch links, da er auch am linken Sprunggelenk Beschwerden habe (Urk. 6/148/46, Urk. 6/148/49). Gemäss Dr. H.____ hat der Beschwerdeführer jedoch auch beim Gang mit Stock das rechte Bein voll belastet, ohne dabei zu hinken (Urk. 6/148/46, Urk. 6/148/49). Bei der psychiatrischen Untersuchung vom 14. Juli 2015 benutzte der Beschwerdeführer seinen Stock links (Urk. 6/148/63), bei der neuropsychologischen Untersuchung, welche am selben Tag am Nachmittag durchgeführt wurde (Urk. 6/148/60), jedoch wieder rechts (Urk. 6/148/33). In der Praxis des neuropsychologischen Gutachters lic. phil. I.____ stützte sich der Beschwerdeführer mit angespannter und schmerzverzerrter Miene schwer auf diesen Stock. Nach der Untersuchung konnte lic. phil. I.____ beobachten, dass der Beschwerdeführer sich beim Zugehen auf das Taxi und beim Einsteigen kaum mehr auf den Stock abgestützt und sich deutlich schneller, flüssiger und agiler bewegt und dabei auch unauffällig entspannt gewirkt habe (Urk. 6/148/33).

Schliesslich gab der Beschwerdeführer an, dass er “konstant 24 Stunden“ Schmerzen am Bewegungsapparat habe (Urk. 6/148/42). Er konnte jedoch nicht angeben, wann er zum letzten Mal bei seinem Hausarzt war oder Physiotherapie absolvierte hatte (Urk. 6/148/31).

E. 5.3.2

Der neuropsychologische Gutachter lic. phil. I.____ hielt fest, dass der Beschwerdeführer bei der Begrüssung sowie auch später im Untersuchungs-gespräch weitestgehend den Blickkontakt gemieden und meist am Gutachter vorbei oder vor sich auf den Boden geschaut habe. Nach der Untersuchung habe er aber mit dem Taxifahrer ohne Zögern Blickkontakt aufgenommen (Urk. 6/148/33). Beim Untersuchungsgespräch habe er in seiner Auffassung deutlich verzögert und verlangsamt gewirkt. Dabei sei er bewusstseinsklar, zu Person und Ort sicher und zu Zeit und Situation unsicher orientiert gewesen. Er habe eine deutliche Affekteinengung und -armut gezeigt (Urk. 6/148/33). Der biographisch-episodische Gedächtniszu-griff und -abruf sei dem Beschwerdeführer unterschiedlich gut gelungen. Gewisse Einzelheiten seien ihm ohne Mühe verfügbar gewesen, andere wiederum nicht, obwohl sie chronologisch zeitgleich oder thematisch unmittelbar anverwandt seien (Urk. 6/148/40). So präsentierte sich der Beschwerdeführer auch bei weiteren Untersuchungen im B.____ (vgl. Urk. 6/148/23-27, Urk. 6/148/54-64). Bei der psychiatrischen Untersuchung gab er sich über weite Strecken pseudo dement. Er gab beispielsweise an, nicht zu wissen wie alt seine Kinder seien, wo genau er wohne und wie der Gesundheitszustand seiner Frau sei. Andererseits gelang ihm aber, zwischen durch kohärente Antworten zu geben oder kohärent von einem Zettel abzulesen, so auch Worte wie Efexor® und Mirtazapin® (Urk. 6/148/63). Sodann konnte er ohne zu zögern bei jedem Medikament die Dosierung angeben (Urk. 6/148/26-27). Als er seine Tasche im Untersuchungszimmer vergessen hatte, erinnerte er sich daran und ging sie holen (Urk. 6/148/63).

Zwar gab der Beschwerdeführer an, dass er seit dem Unfall zweimal pro Monat zu seinem Psychiater gehe, wo sie die Krankheit und Schmerzen “diskutieren“ würden

(Urk. 6/148/58). Die von den B.____-Gutachtern durchgeführte Blutuntersuchung zeigte jedoch, dass der Medikamentenspiegel für die Antidepressiva Efexor® und Mirtazapin® unterhalb des unteren Normbereichs lag (Urk. 6/148/22).

Die beim Beschwerdeführer angeblich bestehenden kognitiven Einschränkungen sind nicht konsistent. So konnte er vor der Untersuchung bei lic. phil. I.____ im Wartezimmer problemlos sein Mobiltelefon benutzen und hat einem Anrufer prompt, bestimmt und kurz Antwort gegeben (Urk. 6/148/33). Sodann gab er an, dass er Auto fahre, wenn es ihm gut gehe. Er fahre zum Beispiel zum Einkaufen (Urk. 6/148/25). Bei der Testung der Basisfunktionen wie kognitives Tempo, Aufmerksamkeit und Konzentration resultierte gemäss lic. phil. I.____ aber eine schwer gestörte Antwortreaktionsbereitschaft. Konsequenterweise dürfte sich der Beschwerdeführer damit als Fussgänger nicht auf die Strasse begeben, geschweige denn sich ans Steuer setzen (Urk. 6/148/35-36).

E. 5.3.3

Bereits in früheren Arztberichten und Gutachten finden sich deutliche Hinweise auf ausgeprägtes Schmerzgebaren, Selbstlimitierung und Inkonsistenzen (vgl. die Berichte des J.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 31. Oktober 2007 [Urk. 6/24/24 ff., insbes. Urk. 6/24/25] sowie des K.____ vom 4. Dezember 2007 [Urk. 6/24/8 ff., insbes. Urk. 6/24/10-11, Urk. 6/24/16 ff.]). Dem A.____-Gutachten vom 20. August 2009 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer bei der Untersuchung vorwiegend vor sich auf den Fussboden starrte und keinen Augenkontakt mit dem Gutachter und der Dolmetscherin aufgenommen hat. Er habe sehr verlangsamt und mühsam Auskunft auf die gestellten Fragen gegeben. Bereits nach fünf Minuten sei es zu einem Wechsel der Sitzposition gekommen. Er habe während der ca. zweistündigen Untersuchung wiederholt gestöhnt und ständig Mineralwasser getrunken. Während der Untersuchung sei es zur Schmerzmittelinnahme mit schmerzverzerrtem Gesicht gekommen. Zum Ende der Untersuchung sei er nur sehr langsam, stark abstützend mit stark verzerrtem Gesicht aufgestanden und habe sich kaum noch bewegen können. Er sei sehr langsam zur Tür gegangen. Bereits das Untersuchungszimmer verlassend sei das Laufen jedoch wieder deutlich flüssiger erschienen (Urk.

6/50/42). Im A.____-Gutachten vom 23. Mai 2012 wurde festgehalten, die Aussage des Beschwerdeführers, er fahre Auto, könne mit den geklagten Beschwerden nicht vereinbart werden. Es sei zu vermuten, dass auch sonst das Niveau des Funktionierens im Alltag höher als geschildert liege (Urk.

E. 5.3.4

Zwar hielt Dr. H.____ dafür, dass das subjektiv verstärkte Schmerzsyndrom hauptsächlich auf eine Zunahme der Schmerzfehlerverarbeitung zurückzuführen sei. Verdachtsmomente für eine bewussten Aggravation oder Simulation hätten für ihn keine bestanden. Er fügte aber an, dass dies im Rahmen einer zweistündigen Anamneseerhebung und klinischen Untersuchung schwierig zu beurteilen sei (Urk. 6/148/53). Dessen ungeachtet kann das Verhalten des Beschwerdeführers bei den B.____-Untersuchungen nur als Aggravation angesehen werden. Lic. phil. I.____ hielt fest, dass das vom Beschwerdeführer gebotene Leistungsverhalten und -bild unter der Testfähigkeitsgrenze gelegen habe. Es würde einer vorbestehenden schweren Intelligenzminderung mit einem IQ unter 30 oder schweren Demenz entsprechen, so dass lebensalltäglich eine vollständige Hilflosigkeit und Abhängigkeit in allen Lebensbereichen bestehen müsste (Urk. 6/148/35, Urk. 6/148/38-39). Zur

Authentizität der neuropsychologischen Befunde führte er aus, dass zwischen dem klinischen Verhalten des Beschwerdeführers und der anamnestisch feststellbaren Alltagsfunktionalität (gelegentliches Autofahren, alleinige Anreise per Zug und Taxi, promptes Reagieren und Handeln am Mobiltelefon, rasche Absprache mit dem Taxifahrer u.a.m.) einerseits und den neuropsychologischen Funktionsschwächen, insbesondere auch deren Ausmasse (eigentlich hätten sich beim Beschwerdeführer formal nur Funktionsausfälle ergeben), andererseits eine derart ausgeprägte Diskrepanz bestehe, dass dem Beschwerdeführer zumindest eine schwere Aggravation unterstellt werden müsse (Urk. 6/148/38). Nach der Beschwerdevalidierung müsse eine bewusstseinsnahe Aggravation als gesichert gelten. Wie bewusstseinsnah sie tatsächlich sei, müsse von psychiatrischer Seite her beurteilt werden (Urk. 6/148/41). Der psychiatrische Gutachter Dr. G. ___ hielt fest, dass eine lege-artis-Begutachtung wegen psychiatrischer Auffälligkeiten, Verhaltens auffälligkeit, Aggravation und Inkonsistenzen des Beschwerdeführers in seiner Kommunikation und in der Art und Weise, wie er sich in die Begutachtung eingegeben habe, nicht möglich gewesen sei (Urk. 6/148/54). Der Beschwerdeführer habe kein Bild einer nach ICD-10 diagnostizierbaren affektiven Störung geboten. Er habe deutlich überzeichnet vorgetragene Beschwerden bei deutlichen Hinweisen auf zumindest aggravatorisches Verhalten gezeigt. Aus rein psychiatrischer Sicht hätten beim Beschwerdeführer keine Defizite objektiviert werden können, welche zu einer Verminderung der Arbeitsfähigkeit führen würden (Urk. 6/148/67). Es müsse eine Aggravation angenommen werden (Urk. 6/148/68). Der Beschwerdeführer gebe eine sehr schlechte allgemeine Funktionsfähigkeit vor und aggraviere deutlich (Urk. 6/148/70).

E. 5.3.5

Nach dem Gesagten überwiegen die Anhaltspunkte für eine Aggravation ein deutlich und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens sind klar überschritten. Dem B. ___-Gutachten vom 10. August 2015 (Urk. 6/148) kann nicht entnommen werden, dass das in zahlreichen Fällen gezeigte aggravatorische Verhalten des Beschwerdeführers auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen ist. Daher fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.4 und 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.2.2.2 mit Hinweis).

E. 5.4

Anzufügen ist, dass dem Beschwerdeführer gemäss den B. ___-Gutachtern aus rein somatischer Sicht weiterhin jede körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit zumutbar ist (Urk. 6/148/75). Als solche gilt auch die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers als Chauffeur eines Wechselladekippers (vgl. E.

E. 5.5

Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht festgestellt, dass kein Rentenanspruch (mehr) besteht.

E. 6

.2

Im Zeitpunkt der Renteneinstellung (vgl. die angefochtene Verfügung vom 1.

März 2016 [Urk. 2]) war der 1955 geborene Beschwerdeführer beinahe 61 Jahre alt (Urk. 6/14/1). Damit fällt er unter den vom Bundesgericht besonders geschützten

Bezügerkreis.

Vor der Renteneinstellung prüfte die Beschwerdegegnerin Eingliederungsmassnahmen und gelangte zum Schluss, dass keine solche Massnahmen durchzuführen seien. Sie führte dazu aus, dass beim Beschwerdeführer gemäss den B.____-Gutachtern ein klar aggravatorisches Verhalten gegeben sei. Zudem habe er die früher attestierte Restarbeitsfähigkeit von 50 % bisher nie verwertet (Urk. 6/151/4).

Dem ist im Ergebnis zuzustimmen. Zu berücksichtigen ist, dass dem Beschwerdeführer mit A.____-Gutachten vom 20. August 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert wurde (Urk. 6/50/22). Zur Begründung verwiesen die Gutachter auf die beim Beschwerdeführer beobachtete Symptomauswertung, seine starke Selbstlimitierung und sein starkes Schonverhalten mit subjektiv sehr tiefer Bewertung der eigenen Leistungsfähigkeit (Urk. 6/50/43-44). Damit bestand bereits damals eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit. Dies gilt selbst dann, wenn unberücksichtigt bleibt, dass die Annahme einer Unzumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung offensichtlich unrichtig war (E. 4 vorstehend). Eingliederungsmassnahmen sind nicht notwendig, da der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Chauffeur arbeitsfähig war und ist (vgl. Urteil 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2). Angesichts des vom Beschwerdeführer bei den Untersuchungen im B.____ gezeigten Verhaltens (vgl. E. 5 vorstehend) dürften sich Eingliederungsmassnahmen zudem als unwirksam erweisen.

E. 6.1

Das Bundesgericht geht in ständiger Rechtsprechung vom Regelfall aus, dass eine medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist (Urteile des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2 mit Hinweis und 8C_597/2014 vom 6.

Oktober 2015 E. 3.2). In ganz besonderen Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung dennoch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wie der) 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 Annahme 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. 7.1

In der Rechtsprechung wird das fortgeschrittene Alter, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischer nicht mehr zumutbar ist (BGE 138 V 457 E. 3.1). Für die Beantwortung der Frage, ob die Restarbeitsfähigkeit trotz vorgerücktem Alter verwertbar ist, ist das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit massgebend (BGE 138 V 457 E.

3. 3).

E. 7.2

Aufgrund des B. ___-Gutachtens vom 10. August 2015 (Urk. 6/148) ist von einem aggravatorischen Verhalten des Beschwerdeführers auszu gehen. Des wegen ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden zu verneinen (E. 5 vor stehend). Die Untersuchungen im B. ___ fanden im Juni und Juli 2015 statt (Urk. 6/148/4). Damals war der Beschwerdeführer bereits 60 Jahre alt (vgl. Urk. 6/148/4). Weil aber bereits zuvor ein aggravatorisches Verhalten des Beschwerdeführers festgestellt wurde (E. 5.3.3 vorstehend), ist bezüglich Erwerbsfähigkeit nicht auf den Sommer 2015 abzustellen. Es muss davon ausgegangen werden, dass schon zuvor kein invalidisierender Gesundheitsschaden bestanden hat und dem Beschwerdeführer eine Erwerbstätigkeit zuzumuten gewesen wäre. Zudem ist der Beschwerdeführer auch in seiner angestammten Tätigkeit arbeitsfähig, was ihm die Wiedereingliederung erleichtert. Das Alter des Beschwerdeführers steht einer Verwertung seiner Arbeitsfähigkeit mithin nicht entgegen.

E. 8

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Rentenverfügung vom 10. Juni 2010 (Urk. 6/78) zweifellos unrichtig war. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden liegt aktuell nicht vor, weshalb kein Rentenanspruch (mehr) besteht. Trotz seines vor gerückten Alters ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ohne weitere Eingliederungsmassnahme verwertbar. Damit erweist sich die Aufhebung der bisherigen Dreiviertelsrente als rech tens und die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 9

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 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: - lic. iur. Y.____ - 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 Der Gerichtsschreiber HurstHübscher

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