

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00496 vom 29. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00496

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00496 du 29 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00496 del 29 settembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1965, arbeitete ab November 1995 als Küchenmitarbeiter im Y.____ (Angaben vom November 2005 im Fragebogen für den Arbeitgeber, Urk. 6/8); daneben war er ab Januar 2001 teilzeitlich als Unterhaltsreiniger bei der Firma Z.____ tätig (Angaben vom April 2006 im Fragebogen für den Arbeitgeber, Urk. 6/15).

Seit dem Jahr 1998 war X.____ immer wieder wegen Kopfschmerzen in Form von Migräne und Spannungskopfschmerzen in ärztlicher Behandlung; unter anderem wurden in den Jahren 1998, 2003 und 2005 neurologische Abklärungen durchgeführt (Berichte von Dr. med. A.____, Spezialarzt für Neurologie, von Ende 1998, Urk. 6/5/31-32 und Urk. 6/5/33-34, von Ende 2003/Anfang 2004, Urk. 6/5/25-26 und Urk. 6/5/23-24, und von Anfang 2005, Urk. 6/5/22), und im März 2005 hielt sich X.____ während zwei Wochen in der B.____ auf, wo neben den Kopfschmerzen auch ein chronisches Lumbo- und Zervikovertebralsyndrom Gegenstand der Behandlungen war (Austrittsbericht vom 21. April 2005, Urk. 6/5/17-21).

E. 1.2

Im Oktober 2005 meldete sich X.____ bei der Invalidenversicherung an (Urk. 6/2), nachdem er zum einen seine Arbeitstätigkeit im Y.____ im Lauf des Jahres 2004 eingestellt (100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 5. Juli 2004) und im Juli 2005 im Umfang von zwei Stunden an einzelnen Tagen versuchsweise wieder aufgenommen hatte (vgl. Urk. 6/5/1-2 und Urk. 6/8/1-2) und zum andern seine Teilzeitstelle in der Reinigung per Ende Juni 2004 verloren hatte (vgl. Urk. 6/15/1+6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, holte die Berichte des Hausarztes Dr. med. C.____, Spezialarzt für Innere Medizin, vom 21./22. Oktober 2005 und vom 28. April 2006 (Urk. 6/5/1-4 und Urk. 6/18/1-2) und die Berichte des D.____ des E.____ vom 26. Oktober 2005 und vom 23. Mai 2006 ein, wo der Versicherte im September 2004 eine Behandlung aufgenommen hatte (Urk. 6/7 und Urk. 6/20), und zog die vertrauensärztlichen Berichte von Dr. med. F.____, Spezialarzt für Innere Medizin, vom 30. April 2005 und vom 10. Februar 2006 zuhanden der Beamtenversicherungskasse bei (Urk. 6/25/1-5 und Urk. 6/25/6-10). Sie erhielt ausserdem Kenntnis von Abklärungen im G.____ in der Abteilung für Psychosoziale Medizin und in der Kopfwehsprechstunde vom Frühjahr 2006 (Urk. 6/22/1-3 und Urk. 6/22/4-6) und von einem Aufenthalt des Versicherten in der H.____ vom Sommer 2006 (Urk. 6/22/7-9). Sodann liess sie den Versicherten durch das I.____ polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 16. Juli 2007, Urk. 6/38; Dr. med. J.____, internistische und allgemeine medizinische Fallführung, Dr. med. K.____, Spezialarzt für Neurologie, und Dr. med. L.____, Spezialarzt für Psychotherapie und Psychiatrie).

Mit Verfügung vom 26. November 2007 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 33 % (Urk. 6/43). Im Beschwerdeverfahren hob das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich die Verfügung mit Urteil vom 30. April 2009 auf und verpflichtete die IV-Stelle zu weiteren Abklärungen in Form einer vertieften Analyse der psychischen Komponente des geklagten Beschwerdebildes und des Zusammenwirkens der somatischen und psychischen Faktoren (Prozess Nr. IV.2008.00120; Urk. 6/59 E. 3.5 und E. 3.6). Das Urteil blieb unangefochten.

E. 1.3

Die IV-Stelle nahm in der Folge einen vertrauensärztlichen Bericht von Dr. med. Dipl. psych. M.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Februar 2009 zuhanden der Beamtenversicherungskasse zu den Akten (Urk. 6/62), zog das Schreiben der GG.____ vom 25. Juli 2006 zur Auflösung der Anstellung im Y.____ per Ende Oktober 2006 bei (Urk. 6/69), holte bei Dr. C.____ den Bericht vom 14. August 2009 ein (Urk. 6/71/1-6, unter anderem mit einem Bericht des D.____ vom 1. November 2006 über die Behandlung im Zeitraum September 2004 bis November 2006, Urk. 6/71/37-39, einem Bericht des E.____ vom 4. August 2008 über eine teilstationäre Behandlung von Mai bis Juli 2008, Urk. 6/71/16-19, und einem Bericht der B.____ vom 29. Mai 2009 über einen Rehabilitationsaufenthalt vom April/Mai 2009, Urk. 6/71/7-13) und liess durch das D.____ den Bericht vom 15. Oktober 2009, Dr. med. N.____, verfassen (Urk. 6/72). Anschliessend liess sie das poly disziplinäre Gutachten der Gutachtenstelle O.____ vom 1. Juli 2010 erstellen (Urk. 6/83; Dr. med. P.____, Spezialarzt für Neurologie, Fallführung, Dr. med. Q.____, Spezialarzt für Innere Medizin und Rheumatologie, und Dr. med. R.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie) und unterbreitete es ihrer RAD-Ärztin Dr. med. S.____ (Stellungnahme von Dr. S.____ vom 13. August 2010, Urk. 6/85/5).

Mit Verfügung vom 13. Mai 2011 sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Wirkung ab dem 1. Dezember 2004 eine Viertelsrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 47 % zu (Urk. 6/100 und Urk. 6/104). Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 1.4

Im Dezember 2011 verlor X.____ bei einem Überfall in Kosovo sein linkes Auge (vgl. Urk. 6/130/1) und wurde mit einer Augenprothese versorgt (vgl. die Operationsberichte der Augenklinik des G.____ vom 6. Januar und vom 30. Oktober 2012, Urk. 6/114/5 und Urk. 6/114/3-4, den Austrittsbericht der Augenklinik vom 2. November 2012, Urk. 6/131/7-8, den Bericht des T.____ vom 4. Dezember 2012, Urk. 6/134/28, und den Bericht der Augenklinik vom 11. März 2013, Urk. 6/134/29-30).

Im November 2013 leitete die IV-Stelle ein Rentenrevisionsverfahren in die Wege (Angaben des Versicherten im Fragebogen, Urk. 6/128). Sie führte mit dem Versicherten am 19. Dezember 2013 ein Standortgespräch (Protokoll in Urk. 6/130) und erfuhr dabei, dass der Versicherte am 13. Dezember 2013 als Beifahrer von einem Auffahrunfall betroffen gewesen war und dass ein Schädel-Hirn-Trauma 1. Grades diagnostiziert worden war (vgl. die Polizeiuunterlagen in Urk. 6/137 und die Austrittsberichte des U.____ vom 16. und 23. Dezember 2013 über die Hospitalisation vom 13. bis zum 16. Dezember 2013, Urk. 6/131/1-4 und Urk. 6/134/42-45). Nachdem sie ausserdem den Bericht von Dr. C.____ vom 8. Januar 2014 (Urk. 6/134/1-6, unter anderem mit einem Bericht des D.____ vom 1. Oktober 2010 über Konsultationen des Versicherten vom April und vom Juni 2010, Urk. 6/134/10 12) und den Bericht von Dr. med. V.____, Spezialärztin für Psychiatrie und

Psychotherapie, vom 24. Februar 2014 über die Behandlung seit Mai 2011 (Urk. 6/139) eingeholt hatte, veranlasste die IV-Stelle erneut eine polydisziplinäre Begutachtung, die wieder dem I.____ zufiel (Gutachten vom 9. November 2015, Urk. 6/157; Dr. med. W.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Spezialarzt für Rheumatologie, Fallführung, Dr. med. AA.____, Spezialarzt für Neurologie, Dr. med. BB.____, Spezialärztin für Ophthalmologie, und Dr. med. CC.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie).

Die IV-Stelle holte zum Gutachten des I.____ die Stellungnahme ihres RAD-Arztes Dipl. med. DD.____, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. November 2015 ein (Urk. 6/159/16-17) und teilte dem Versicherten daraufhin mit Vorbescheid vom 8. Februar 2016 mit, dass sie seine Rente aufzuheben gedenke, da sich sein Gesundheitszustand durch den Verlust des linken Auges vom Dezember 2011 und durch den Autounfall vom Dezember 2013 verändert habe, die deshalb vorzunehmende neue Einschätzung seines Gesundheitszustandes jedoch keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Erkrankung erkennen lasse (Urk. 6/160).

Nachdem der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Jürg Leimbacher, am 11. März 2016 Einwendungen hatte vorbringen lassen (Urk. 6/165), entschied die IV-Stelle mit Verfügung vom 18. März 2016 im Sinne ihres Vorbescheids und hob die Rente auf das Ende des Monats nach der Verfügungszustellung auf (Urk. 2 = Urk. 6/169).

E. 2

Gegen die Verfügung vom 18. März 2016 liess X.____ durch Rechtsanwalt Jürg Leimbacher mit Eingabe vom 29. April 2016 Beschwerde erheben (Urk. 1) und deren Aufhebung beantragen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 1. Juni 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Nachdem der Versicherte die Beschwerde mit Eingabe vom 1. September 2016 ergänzt hatte (Urk. 14), entsprach das Gericht mit Verfügung vom 8. September 2016 dem Antrag des Versicherten um die unentgeltliche Rechtspflege (vgl. Urk. 1 S. 2) und ordnete einen zweiten Schriftenwechsel an (Urk. 16). In der Replik vom 20. September 2016 blieb der Versicherte bei seinem Standpunkt (Urk. 17). Die IV-Stelle verzichtete mit Eingabe vom 6. Oktober 2016 darauf, eine Duplik zu erstatten (Urk. 21), was dem Versicherten am 10. Oktober 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 22).

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

Am 1. Januar 2012 sind die im Zuge der Revision 6a geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zugrunde zu legen sind, die gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 18. März 2016 ergangen. Da ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der IV-Revision 6a begonnen hat - zur Diskussion steht die Aufhebung einer Rente, die dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 13. Mai 2011 für die Zeit ab dem 1. Dezember 2004 zugesprochen worden war (Urk. 6/100 und Urk. 6/104) - und die Verfügung eine Dauerleistung betrifft, ist entsprechend der dargelegten intertemporalrechtlichen Regelung für die Zeit bis Ende

2011 auf die damals gültig gewesenen Bestimmungen und für die Zeit ab Anfang 2012 auf die neuen Normen der IV Revision 6a abzustellen (vgl. zur 4. IV Revision: BGE 130 V 445; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006, E. 1). Soweit die Revision 6a jedoch keine substantiellen Änderungen gegenüber der früheren Rechtslage gebracht hat, ist die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009, E. 2).

E. 2.1.1

Invalidität ist nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG definiert als 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 Arbeitsmarkt.

Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1), und eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

E. 2.1.2

Im Hinblick auf das Erfordernis in Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG hatte das Bundesgericht die Arbeitsunfähigkeit bei bestimmten Leiden seit dem Jahr 2004 nach besonderen Grundsätzen beurteilt. Es hatte diese Leiden unter dem Begriff der pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage zusammengefasst und festgestellt, es seien dies Störungen, die sich hinsichtlich ihrer invalidisierenden Wirkung einer objektiven Beurteilung weitgehend entzögen, weil sie in erster Linie auf den Angaben der Patienten basierten (BGE 139 V 547 E. 5.9). Das Bundesgericht war weiter zum Schluss gelangt, dass solche Störungen keinen direkten Nachweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit erlaubten und der Nachweis daher indirekt, gestützt auf Indizien, zu erbringen sei, wobei bei Beweislosigkeit vermutet werde, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirke (BGE 139 V 547 E. 7.2 und E. 8.1).

Für diesen Nachweis hatte das Bundesgericht in Anlehnung an eine bestimmte medizinische Lehrmeinung (vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.3 mit Hinweis auf Klaus Foerster, Begutachtung und Erwerbsfähigkeit bei Patienten mit psychogenen Störungen, SZS 1996 S. 486 ff.) besondere Kriterien aufgestellt, die in gewisser Ausprägung und Zahl erfüllt sein mussten (BGE 137 V 64 E.

4.1). Als Hauptkriterium hatte das Bundesgericht eine psychische Komorbidität genannt, also die Diagnose einer weiteren, von der pathogenetisch-ätiologisch unklaren Störung zu unterscheidenden psychischen Krankheit von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Für den Fall des Fehlens einer psychischen Komorbidität hatte das Bundesgericht weitere Faktoren bezeichnet, die bei entsprechender Intensität auf eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit hindeuten können, nämlich chronische körperliche Begleiterkrankungen und einen mehrjährigen Krankheitsverlauf bei unveränderter oder

progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung, einen ausgewiesenen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens, einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (sogenannter primärer Krankheitsgewinn, "Flucht in die Krankheit") sowie unbefriedigende Ergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter oder stationärer Behandlungs- oder Rehabilitationsbemühungen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (BGE 139 V 547 E. 9.1.1, 137 V 64 E. 4.1, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.3).

Ursprünglich hatte das Bundesgericht diese Kriterien für die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Code F45.4 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10) entwickelt, später hatte es sie auf alle pathogenetisch-ätiologisch unklaren

Beschwerdebilder im dargelegten Sinne ausgedehnt (vgl. die Kasuistik in BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 139 V 547 E. 2.2). Das Bundesgericht hatte den Kriterien normativen Charakter zugeschrieben und dazu festgehalten, der ursprüngliche Katalog fachpsychologischer Prognosekriterien habe sich zu einem rechtlichen Anforderungsprofil verselbständigt (vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.3 und E. 7.2).

E. 2.1.3

Im Grundsatzurteil vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) hat das Bundesgericht entschieden, an der bisherigen Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage nicht länger festzuhalten und die sogenannte Überwindbarkeitsvermutung aufzugeben. Stattdessen hat das Bundesgericht unter Aufstellung von Standardindikatoren einen neuen Prüfungsraster entwickelt, anhand dessen die Auswirkungen solcher Beschwerdebilder zu ermitteln sind. Er präsentiert sich wie folgt (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 und E. 6): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnostisch relevanten 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

Dieser Raster verzichtet insbesondere auf den Begriff des primären Krankheitsgewinns und auf die Bedeutung der psychiatrischen Komorbidität als Hauptkriterium (vgl. BGE 141 V 281 E. 6). Hingegen schreibt das Bundesgericht dem neuen Raster wiederum normativen Charakter zu, weist jedoch darauf hin, dass es die Aufgabe der medizinischen Fachpersonen sei, innerhalb der einschlägigen Indikatoren das Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.1 und E. 5.2). Des Weiteren müssen die funktionellen Einschränkungen nach wie vor mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein - nun mehr anhand der neuen Standardindikatoren -, und es ist die versicherte Person, welche die Beweislast dafür trägt (vgl. BGE 141 V 281 E. 6).

E. 2.1.4

Von vornherein nicht als relevant im Sinne des Invalidenversicherungsrechts gelten geklagte Beschwerden insoweit, als sie aggraviert werden, also als stärker beeinträchtigend

dargestellt werden, als sie tatsächlich sind beziehungsweise empfunden werden. Hinweise für eine Aggravation erblickt das Bundesgericht etwa darin, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, dass intensive Schmerzen angegeben werden, die jedoch nur vage charakterisiert werden, dass Klagen in einer Weise demonstrativ vorgetragen werden, die unglaublich wirkt, dass keine medizinischen Behandlungen in Anspruch genommen werden und dass schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 3.7.1, 131 V 49).

Des Weiteren gilt rechtsprechungsgemäss der Grundsatz, dass ein invalidenversicherungrechtlich relevantes Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen darf, die von psychosozialen und soziokulturellen Faktoren her rühren, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde umfassen muss, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss nach der Rechtsprechung eine fachärztlich festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorhanden sein. Dort, wo nur Befunde erhoben werden, die in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden und somit gleichsam in ihnen aufgehen, verneint das Bundesgericht einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweis).

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (so genanntes Valideneinkommen).

Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 28 Abs. 1 IVG frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig war (lit. b), sofern sie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ist (lit. c).

E. 2.3

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 ATSG).

Erheblich ist rechtsprechungsgemäss jede Änderung in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person, die zu einer Über- oder Unterschreitung eines Schwellenwertes der Rentenabstufung führt (vgl. BGE 133 V 545 E. 6.3 und E. 7, unter anderem mit Hinweis auf

BGE 130 V 343; vgl. auch die Urteile des Bundesgerichts 8C_844/2016 vom 2. März 2017 E. 6.2 und 9C_223/2011 vom 3. Juni 2011 E. 3.1). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, so besteht nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung keine Bindung mehr an das Mass der übrigen, unverändert gebliebenen Parameter, die dem vorangegangenen rechtskräftigen Entscheid zugrundegelegt worden sind. Vielmehr ist der Rentenanspruch diesfalls in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht frei und umfassend zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3, 117 V 198 E. 4b, je mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist dagegen nach der Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Die Frage, ob eine erhebliche Änderung im dargelegten Sinn eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 130 V 343 E. 3.5.2; vgl. auch BGE 133 V 108).

E. 2.4

Der Grundsatz, wonach eine Sachverhaltsänderung nachgewiesen sein muss, damit eine formell rechtskräftig zugesprochene Rente erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben werden kann, gilt dann nicht, wenn die Voraussetzungen für eine prozessuale Revision oder für eine Wiedererwägung erfüllt sind.

Nach Art. 53 Abs. 1 ATSG müssen formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war (sogenannte prozessuale Revision im Gegensatz zur Revision aufgrund veränderter Verhältnisse). Ferner bestimmt Art. 53 Abs. 2 ATSG, dass der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide zurückkommen kann, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (sogenannte Wiedererwägung).

Was das Invalidenversicherungsrecht im Besonderen betrifft, so kann das Gericht dort, wo es bei der Überprüfung einer Revisionsverfügung feststellt, dass zwar die Voraussetzungen für eine Revision zu verneinen sind, dass hingegen die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung gegeben sind, die rentenherabsetzende oder -aufhebende Verfügung mit dieser substituierten Begründung schützen (vgl. BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen). Zweifellose Unrichtigkeit im Sinne der Wiedererwägungsvoraussetzung verlangt, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung besteht; massgebend ist die Rechtslage, einschliesslich der Rechtspraxis, im Zeitpunkt des Verfügungserlasses (BGE 140 V 77 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_566/2016 vom 19. April 2017 E. 2.2). Kein vernünftiger Zweifel kann in der Regel dann bestehen, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebende Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt worden sind. Eine unrichtige Anwendung einer Gesetzesbestimmung liegt auch dort vor, wo der Sachverhalt in klarer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG unvollständig abgeklärt worden ist (BGE 140 V 77 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_280/2017 vom 28. Juli 2017 E. 2.3 und 9C_566/2016 vom 19. April 2017 E. 2.2). Dort wo hingegen Anspruchsvoraussetzungen zur Diskussion stehen, deren Beurteilung notwendig gerweise

Ermessenszüge aufweist, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus, soweit bei der Beurteilung der einzelnen Schritte das Ermessen vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der damaligen Leistungszusprechung in vertretbarer Weise ausgeübt worden ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_381/2017 vom 7. August 2017 E. 2 und 8C_280/2017 vom 28. Juli 2017 E. 2.3).

E. 3.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die bisherige Viertelsrente des Beschwerdeführers mit der angefochtenen Verfügung vom 18. März 2016 zu Recht aufgehoben hat.

Die Zulässigkeit der Rentenaufhebung hängt davon ab, dass entweder eine Änderung im Sachverhalt eingetreten ist oder sich die ursprüngliche Rentenzusprechung als zweifellos unrichtig erweist. Da die ordentliche Rentenrevision aufgrund einer Sachverhaltsänderung vorrangig ist gegenüber der substituierten Begründung der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Verfügung, ist zunächst die Frage nach einer rentenrelevanten Veränderung zu prüfen.

Massgebende Vergleichsbasis ist der Sachverhalt, wie er zur Zeit der ursprünglichen, rentenzusprechenden Verfügung vom 13. Mai 2011 (Urk. 6/100 und Urk. 6/104) bestanden hat.

E. 3.2.1

Der rentenzusprechenden Verfügung vom 13. Mai 2011 lag in medizinischer Hinsicht das Gutachten der Gutachtenstelle O.____ vom 1. Juli 2010 zugrunde (Urk. 6/83; Untersuchungen vom 21. April 2010), das die Beschwerdegegnerin eingeholt hatte, nachdem das Sozialversicherungsgericht im Urteil vom 30. April 2009 die Einschätzung der somatischen Seite des Beschwerdebildes im Gutachten des I.____ vom 16. Juli 2007 als plausibel befunden hatte (Urk. 6/59 E. 3.3), hingegen eine eingehendere Analyse der psychischen Komponente des geklagten Beschwerdebildes für erforderlich gehalten hatte (Urk. 6/59 E. 3.4 und E. 3.5).

E. 3.2.2

Der rheumatologische Fachgutachter Dr. Q.____ beschrieb ein linksbetontes zervikopondylogenes und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Übergang in ein linksseitiges Halbseitenkörperschmerzsyndrom. Die arthrotischen Veränderungen an den Hals- und Lendenwirbeln bezeichnete er aber angesichts eines Röntgenbefundes vom 19. Juni 2009 (Urk. 6/83/38; siehe den Bericht des EE.____ in Urk. 6/71/23) als (erst) beginnend, und Hinweise auf ein zerviko- oder lumboradikuläres Reizsyndrom oder auf eine systemisch entzündliche rheumatologische Grundkrankheit konnte er nicht erkennen. Aus der Sicht seines Fachgebietes machte er eine Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung und eine eher gering ausgeprägte muskuläre Dysbalance für einen Teil des Schmerzbildes verantwortlich, kam jedoch zum Schluss, ganz im Vordergrund müsse eine chronische Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne der in den Akten beschriebenen somatoformen Schmerzstörung stehen (Urk. 6/83/38-41).

Im Rahmen der neurologischen Fachbegutachtung gelangte auch Dr. P.____ zur Diagnose eines Zervikalsyndroms, das er in Übereinstimmung mit der Einschätzung von Dr. K.____ im Gutachten des I.____ vom 16. Juli 2007 (vgl. Urk. 6/38/16) als höchstens leichtgradig einstuft (Urk. 6/83/49-50). Ebenfalls übereinstimmend mit Dr. K.____ (Urk. 6/38/15) zog

Dr. P.____ verschiedene Ursachen für die langjährigen Kopfschmerzen in Betracht - Spannungskopf schmerzen oder schmerzmittelinduzierte Kopfschmerzen (Urk. 6/83/49) -, er zweifelte jedoch angesichts des Verhaltens des Beschwerdeführers im Rahmen der neurologischen Untersuchung und der neuropsychologischen Zusatzuntersuchung (vgl. Urk. 6/83/47-49) an der Schmerzintensität, die dieser angab (Urk. 6/83/50-51), und umschrieb dieses Verhalten mit dem Begriff des Ganser-Syndroms (Urk. 6/83/49-50).

Der psychiatrische Fachgutachter Dr. R.____ schliesslich stellte wie Dr. L.____ des I.____ (Urk. 6/38/12) die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Code F45.4 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 ; Urk. 6/83/57), beobachtete jedoch ebenfalls Tendenzen der Aggravation (Urk. 6/83/59 und Urk. 6/83/61) und schloss sich hierin dem Neurologen Dr. P.____ wie auch dem Psychiater Dr. L.____ (vgl. Urk. 6/38/13) und der vorbehandelnden Ärztin Dr. N.____ des D.____ (Fremdanamnese gemäss Urk. 6/83/56 und Bericht vom 15. Oktober 2009, Urk. 6/72) an. Als weitere Diagnosen (Urk. 6/83/57) nannte Dr. R.____ leicht- bis mittelgradige rezidivierende depressive Episoden (ICD-10 Code F33.0-1), den Verdacht auf eine generalisierte Angststörung (ICD-10 Code F41.1) und akzentuierte Persönlichkeitszüge vom ausweichenden, passiven, wenig durchsetzungsfähigen und ängstlichen Typ (ICD-10 Code Z73.1).

E. 3.2.3

In der Zeit zwischen der Begutachtung durch die Gutachtenstelle O.____ und dem Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 13. Mai 2011 sind abgesehen von regelmässigen Konsultationen beim Hausarzt (vgl. Urk. 6/134/3) und einer Blut- und Urinuntersuchung, einer Röntgenuntersuchung des Thorax und eines Elektrokardiogramms je vom 23. März 2011 (Bericht von Dr. C.____ vom 29. März 2011, Urk. 6/134/20) keine medizinischen Abklärungen oder Vorkehrungen und somit auch keine Veränderungen dokumentiert. Für die Frage nach einer Sachverhaltsänderung seit dem Erlass der Verfügung vom 13. Mai 2011 ist daher in medizinischer Hinsicht der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zur Zeit der Begutachtung durch die Gutachtenstelle O.____ die massgebende Vergleichsbasis.

In der Zeit nach dem 13. Mai 2011 sind zwei Ereignisse mit Einfluss auf den Gesundheitszustand eingetreten, nämlich zum einen der Verlust des linken Auges im Dezember 2011 und zum andern der Auffahrunfall vom 13. Dezember 2013, der eine viertägige Hospitalisation im U.____ zur Folge hatte (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.4). In Bezug auf den Auffahrunfall konnte der Neurologe Dr. AA.____ im zweiten Gutachten des I.____ vom 9. November 2015 (Untersuchungen vom 21. und 22. September 2015) keine bleibenden Folgen feststellen und wies auf die diesbezüglich unauffälligen Befunde in einem von ihm beigezogenen Bericht über eine neurologische Untersuchung vom 31. März 2014 (Bericht von Dr. med. FF.____; vgl. Urk. 6/157/10+11) hin (Urk. 6/157/35). Demgegenüber attestierte die Ophthalmologin Dr. BB.____ des I.____ dem Beschwerdeführer aufgrund des Verlusts des linken Auges und von festgestellten Veränderungen im rechten Auge eine 25%ige Einschränkung für alle Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an das Sehvermögen (Urk. 5/157/37), und der Psychiater Dr. CC.____ hielt im psychiatrischen Teilgutachten des I.____ unter Hinweis auf den Bericht von Dr. V.____ vom 24. Februar 2014 (Urk. 6/139) fest, die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung liesse sich heute nicht mehr mit Sicherheit stellen, die Erlebnisse aus dem Überfall fliessen jedoch in die depressive Verarbeitungsweise mit ein (Urk. 6/157/27). Dementsprechend sprachen die Gutachter des I.____ in der Gesamtbeurteilung von einem

psychiatrischen Zustandsbild, das sich seit Anfang 2014 leicht verschlechtert habe, wobei sie insgesamt keine wesentliche Änderung der Arbeitsfähigkeit ausmachten (Urk. 6/157/39).

E. 3.2.4

Im Vergleich zum Zustand zur Zeit der Begutachtung durch die Gutachtenstelle O.____ wurde somit die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die beschriebenen Faktoren in einem gewissen Mass zusätzlich beeinträchtigt; Faktoren, die sich umgekehrt positiv auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hätten, sind demgegenüber nicht ersichtlich.

Es ist also keine Änderung nachgewiesen, die für sich allein zu einer Senkung des Invaliditätsgrades unter den Schwellenwert für eine Viertelsrente von 40 % führen könnte, sondern die beschriebenen Änderungen sind allenfalls dazu geeignet, den Invaliditätsgrad bis zum Schwellenwert für eine halbe Rente von mindestens 50 % zu erhöhen. Diese Änderungen führen somit zwar dazu, dass der Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Sinne der dargelegten Rechtsprechung (vorstehend E. 2.3) frei und umfassend zu prüfen ist. Insoweit erweist sich das Vorgehen der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 und Urk. 5) als richtig. Führt jedoch diese Prüfung zu einem Invaliditätsgrad von unter 40 %, so kann eine Aufhebung der bisherigen Viertelsrente nur dann zulässig sein, wenn sich die ursprüngliche Zusprechung dieser Rente im Sinne der Wiedererwägungsvoraussetzungen als zweifellos unrichtig erweist. Denn könnte eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeit ohne diese Schranke zu einer Rentenreduktion oder -aufhebung führen, so wären diejenigen Rentenbezüger, deren Gesundheitszustand sich verschlechtert, benachteiligt gegenüber den Rentenbezügern mit unverändertem Gesundheitszustand, deren Rente mangels Revisions- und Wiedererwägungsgrund unangetastet bleibt. Dies wäre mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz nicht vereinbar. Etwas anderes kann auch aus dem veröffentlichten Grundsatzurteil des Bundesgerichts vom 21. Januar 2015 nicht abgeleitet werden, denn das Bundesgericht hat dort wohl eine neu hinzugekommene Schulterverletzung zum Anlass für eine freie und umfassende Prüfung des Rentenanspruchs genommen (BGE 141 V 9 E. 5.3 und E. 6.1), die Rentenaufhebung hat es jedoch mit dem Argument bestätigt, dass trotz dieser Verletzung insgesamt eine gutachterlich attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit eingetreten sei (BGE 141 V 9 E. 6.3.2).

E. 3.3.1

Entgegen dem Dafürhalten der Beschwerdegegnerin (vgl. die Besprechungsnotizen vom 3. Februar 2016, Urk. 6/159/19) lässt sich somit eine Aufhebung der bisherigen Viertelsrente des Beschwerdeführers nicht allein mit den beschriebenen gesundheitlichen Veränderungen und der darauf basierenden freien und umfassenden Prüfung des Rentenanspruchs rechtfertigen, sondern die Zulässigkeit der Aufhebung hängt zusätzlich davon ab, dass entsprechend dem Eventualstandpunkt der Beschwerdegegnerin (Urk. 5) die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung der rentenzusprechenden Verfügung vom 13. Mai 2011 gegeben sind. Als nächstes ist zu prüfen, ob dies der Fall ist.

E. 3.3.2

Beim Erlass der rentenabweisenden Verfügung vom 26. November 2007 (Urk. 6/43) hatte sich die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten des I.____ vom 16. Juli 2007 gestützt (Urk. 6/38).

Das Sozialversicherungsgericht stellte im Urteil vom 30. April 2009 fest, dass die somatischen Befunde und die daraus abgeleiteten Diagnosen im Gutachten im Wesentlichen im Einklang mit den Resultaten der vorangegangenen medizinischen Erhebungen stünden (Urk. 6/59 E. 3.3), dass das Gutachten hingegen in der Beurteilung der vorhandenen psychischen Problematik von derjenigen in den Vorakten abweiche. Namentlich konstatierte das Gericht, dass der Beschwerdeführer in den früheren Berichten als bedrückt, leidend und deprimiert geschildert worden sei, wogegen der Psychiater Dr. L. ___ des I. ___ keine depressiven Symptome habe feststellen können und von einer erheblichen Diskrepanz zwischen den als schwerwiegend geklagten Beschwerden und dem fehlenden Leidensdruck gesprochen habe (Urk. 6/59 E. 3.4.2). Angesichts dieser unterschiedlichen Beobachtungen vermisste das Gericht im Gutachten des I. ___ die Würdigung der Vorakten und die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Umständen, die für oder gegen eine massgebliche psychische Beeinträchtigung sprächen, und erachtete es im Besonderen als notwendig, dass die Umstände, die im Jahr 2004 zur angegebenen Schmerzverstärkung und Ausweitung der Symptomatik geführt hätten, näher ausgeleuchtet würden (Urk. 6/59 E. 3.4.3).

Sodann beurteilte das Gericht es als wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit neben seiner Haupttätigkeit weiterhin eine Nebenbeschäftigung in etwa gleichem Umfang ausgeübt hätte, wie er sie bis Mitte 2004 bei der Z. ___ innegehabt hatte. Es hielt deshalb im Rahmen der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung auch eine Klärung der Frage für erforderlich, wie weit der Beschwerdeführer gesundheitlich zur Ausübung einer solchen Nebenbeschäftigung in der Lage sei (Urk. 6/59 E. 3.5).

Mit diesen Erwägungen auferlegte das Gericht der Beschwerdegegnerin, eine neue polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Es hielt ausserdem fest, dass sich die Analyse der psychischen Komponente des geklagten Beschwerdebildes nicht auf die Diskussion der vorhandenen Vorakten beschränken können, sondern dass zusätzlich fremdanamnestiche Angaben bei den behandelnden Ärzten und gegebenenfalls auch bei den ehemaligen Arbeitgebern einzuholen seien. Ferner erwog das Gericht die Möglichkeit, dass mehrmalige Explorationsgespräche an verschiedenen Tagen geführt würden oder dass eine konkrete Erprobung der Leistungsfähigkeit über einen längeren Beobachtungszeitraum hinweg stattfinde (Urk. 6/59 E. 3.5 und E. 3.6).

E. 3.3.3

Eine Begutachtung mit Explorationen und Leistungserprobungen während eines längeren Zeitraums im Sinne des gerichtlichen Vorschlags wurde in der Folge nicht angeordnet; die Untersuchungen in der Gutachtenstelle O. ___ erfolgten im Rahmen von einmaligen Terminen, die alle auf denselben Tag angesetzt waren (vgl. Urk. 6/83/2). Hingegen war die Beschwerdegegnerin schon im Vorfeld dieser Begutachtung in den Besitz des Berichts des E. ___ vom 4. August 2008 über die teilstationäre Behandlung des Beschwerdeführers von Mai bis Juli 2008 gelangt (Urk. 6/71/16-19). Im Rahmen dieser Behandlung war eine Beobachtung über längere Zeit erstmals möglich, währenddem die psychotherapeutischen Konsultationen im D. ___ in der Zeit zwischen der Behandlungsaufnahme im September 2004 und der Behandlungsbeendigung im Oktober 2006 nur in unregelmässigen Abständen erfolgt waren, zuletzt nur noch alle drei Monate (vgl. die Berichte des D. ___ vom 23. Mai und vom 1. November 2006, Urk. 6/20/2 und Urk. 6/71/38).

Die Verfasserinnen des Berichts vom 4. August 2008 schilderten den Beschwerdeführer als sehr motiviert und kooperativ beim Eintritt in die Tagesklinik, berichteten aber, dass sich nach der ersten Absenz die Abmeldungen, die jeweils von Familienangehörigen mitgeteilt worden seien, gehäuft hätten. Im Therapieverlauf erkannten die Berichterstatterinnen gewisse Fortschritte in der Ausdauer, der Konzentration und der Schmerzreduktion, sie stellten aber fest, dass der Beschwerdeführer auf die Rückmeldungen zu diesen Fortschritten mit zunehmendem Verweis auf seine Schmerzsymptomatik und mit Rückzug reagiert habe, und interpretierten dies als Widerstand infolge Angst vor der Übernahme von Selbstverantwortung. Während der Paargespräche fielen ihnen sodann gegenseitige familiäre Abhängigkeiten und symptomhaltende Verhaltensmuster auf, und sie bezeichneten diese Umstände als Grund dafür, dass die therapeutische Arbeit im tagesklinischen Rahmen nicht mehr weitergeführt werden können (Urk. 6/71/18).

Diese Darstellung des Verlaufs der teilstationären psychiatrischen Behandlung im Jahr 2008 weist darauf hin, dass das Zustandsbild, aus dem zu jener Zeit die Beeinträchtigung in der Arbeitsfähigkeit hergeleitet wurde, von erheblichen psychosozialen Faktoren mitbestimmt wurde. Dr. N.____, die den Beschwerdeführer nach dessen Austritt aus dem teilstationären Programm im D.____ weiterbetreute (vgl. Urk. 6/71/19), bestätigte dies in ihrem Bericht vom 15. Oktober 2009. Ihr fielen auch im Rahmen der ambulanten Behandlung, die der Beschwerdeführer im Juni 2007 wieder aufgenommen hatte, die Passivität und das fehlende Verständnis für Eigeninitiative auf, und sie beschrieb den Beschwerdeführer zudem als sehr fordernd in Bezug auf Krankschreibungen und sprach von deutlichen Aggravationstendenzen und ausgeprägten Schonungsverhalten (Urk. 6/72/2-4). Dementsprechend hielt sie weitere therapeutische Vorkehren nicht mehr für durchführbar und berichtete, die Behandlung sei des halb Ende September 2009 abgeschlossen worden (Urk. 6/72/3).

E. 3.3.4

Die Hinweise auf invaliditätsfremde psychosoziale Faktoren und auf aggravatorisches Verhalten setzen sich im Gutachten des O.____ vom 1. Juli 2010 fort.

Wie schon dargelegt (vorstehend E. 3.2.2), konnte der rheumatologische Fachgutachter Dr. Q.____ als objektivierbare Befunde nur leichtgradige arthrotische Veränderungen, eine als gering ausgeprägt bezeichnete muskuläre Dysbalance, leicht vermehrten muskulären Hartspann im Schulter-/Nackengürtel und eine Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung feststellen (Urk. 6/83/36-41), und er leitete aus diesen Befunden wohl eine gewisse verminderte Belastbarkeit ab, jedoch nicht im subjektiv vom Beschwerdeführer angegebenen Ausmass (Urk. 6/83/41). Insgesamt sprach er von einer erschwerten Untersuchung wegen der Gegeninnervationen und des Schmerzvermeidungsverhaltens (Urk. 6/83/36 38+40) und beschrieb zudem positive Waddell-Zeichen als Indizien für eine nicht-organische Schmerzursache (Urk. 6/37+38).

Dr. P.____ beschrieb aus neurologischer Sicht ebenfalls nur einen geringfügigen objektivierbaren Befund in Form eines leichtgradigen Zervikalsyndroms (Urk. 6/83/49-50). Darüber hinaus bemerkte auch er, anders als noch der neurologische Teilgutachter Dr. K.____ des I.____ im Jahr 2007 (vgl. Urk. 6/38/15), zahlreiche Zeichen einer aggravatorischen Beschwerdenpräsentation. So fiel ihm auf, dass der Beschwerdeführer trotz der Angabe sehr starker Schmerzen mit entsprechenden Lautäusserungen keine vegetativen Begleitsymptome wie vermehrtes Schwitzen oder Erblassen und auch keine

motorische Unruhe gezeigt habe, dass beim Prüfen der Kraft eine ausgeprägte Fehlinnervation aufgetreten sei, deren tatsächliches Vorhandensein eine Steh- oder Gehfähigkeit ausgeschlossen hätte, und dass die geklagten Sensibilitätsstörungen keinem organischen Verteilungsmuster hätten zugeordnet werden können (Urk. 6/83/50). Die Ergebnisse der neuropsychologischen Zusatzuntersuchung sodann (Urk. 6/83/47-49) beurteilte Dr. P.____ bei stark wechselnder Kooperation des Beschwerdeführers als nicht valide (Urk. 6/83/48-49); er schilderte nicht plausible Auffälligkeiten in den Tests zum Erinnerungsvermögen und hielt fest, die Konzentrationstests seien derart schlecht ausgefallen, dass bei einer effektiven Beeinträchtigung in diesem Ausmass die Fahrtauglichkeit mit Sicherheit nicht mehr gegeben gewesen wäre (Urk. 6/83/50). Dr. P.____ gelangte daher zur Beurteilung, dass die demonstrierten Fehler auch bei Annahme einer erheblichen Schmerzinterferenz nicht erklärbar seien und für eine fehlende Koordination sprächen und ordnete die Art und Weise der Fehlerpräsentation unter den Begriff des Ganser-Syndroms ein, das zwar im ICD-10 codiert ist (Code F44.80), dessen Merkmale in der Praxis jedoch schwierig abzugrenzen sind gegenüber zielgerichteten, willentlich beeinflussbaren Verhaltensweisen (vgl. Ebner/Kopp, Das Ganser-Syndrom - Trugbild oder Krankheit?, in: Psychiatrie & Neurologie 4/2014, S. 18, und Butke/Hofmann/Offinger/Stanga, Das Ganser-Syndrom: Scheinblödsinn oder Konversionsstörung?, in: Schweiz Med Forum 2005, S. 300). Insgesamt sprach Dr. P.____ von einer ausgeprägten Verdeutlichungs tendenz, die sowohl die Intensität der Schmerzen generell als auch die Intensität der Kopfschmerzen im Besonderen relativiere (Urk. 6/83/50-51).

Der psychiatrische Fachgutachter Dr. R.____ nahm den Beschwerdeführer bei der persönlichen Untersuchung als betäubt, ängstlich, unsicher und wenig durchsetzungsfähig wahr und konstatierte einen leicht verminderten Antrieb und eine leicht verminderte körperliche Frische und Spannkraft (Urk. 6/83/56). Er bemerkte jedoch einen gewissen Widerspruch zwischen den Beeinträchtigungen, wie sie der Beschwerdeführer darstellte, und seinem klaren und wachen Blick sowie seiner freundlichen und entspannten Art, welche nicht zu einem durchgehend depressiven Symptomenkomplex und einer gravierenden Schlafstörung passe (Urk. 6/83/59). Dementsprechend bestätigte er die Einschätzung von Dr. N.____ (Urk. 6/83/59), die ihm bei der fremdanamnestischen Anfrage wiederum die Aggravationstendenz und Passivität des Beschwerdeführers geschildert hatte und von einem erneuten Abbruch eines Schmerzprogramms nach ein oder zwei Terminen erzählt hatte (vgl. Urk. 6/83/56 sowie den Bericht des D.____ vom 1. Oktober 2010, Urk. 6/134/10-12). Für die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sah Dr. R.____ unter diesen Umständen gegenwärtig zu wenig Anhaltspunkte, auch wenn er dem Beschwerdeführer eine gewisse depressive und insbesondere ängstlich verunsicherte Stimmung nicht absprach (Urk. 6/83/60). Zusammenfassend hielt Dr. R.____ fest, krankheitsbestimmend seien die Schonhaltung, die Passivität, die deutlichen Aggravationstendenzen und die mangelnde Bereitschaft, mitzuarbeiten und eine Eigeninitiative zu zeigen (Urk. 6/83/60-61). Mit den Gründen, die im Jahr 2004 zur Verstärkung der Symptomatik geführt haben sollen, setzte sich Dr. R.____ zwar entgegen der gerichtlichen Vorgabe (Urk. 6/59 E. 3.4.3) nicht näher auseinander, sondern er beschränkte sich darauf, die Aussage des Beschwerdeführers zu zitieren, es sei nach einem Leitungswechsel im Y.____ zu Problemen gekommen (Urk. 6/83/61). Im Kündigungsschreiben der GG.____ vom 25. Juli 2006 erwähnten die Verantwortlichen jedoch, dass das Arbeitsverhältnis zusätzlich zu den krankheitsbedingten Absenzen durch

die als verdeckt bezeichnete Nebenbeschäftigung belastet worden sei (Urk. 6/69/1). Dies ist ein Hinweis darauf, dass der Beschwerdeführer am Auftreten der Schwierigkeiten am Arbeitsplatz beteiligt war, und es lässt diese Schwierigkeiten nicht ohne Weiteres als dazu geeignet erscheinen, eine langdauernde gesundheitliche Verschlechterung auszulösen.

E. 3.3.5

Damit ergänzen sich die Beobachtungen der behandelnden medizinischen Fachpersonen des E.____ und des D.____ und die Feststellungen der Gutachter der Gutachtenstelle O.____ zu einem kohärenten, im Vergleich zur Aktenlage zur Zeit der Begutachtung im I.____ des Jahres 2007 vertieften Bild. Es zeigte sich, dass die anfänglichen Momente der guten Kooperation, die im Urteil vom 30. April 2009 erwähnt sind (Urk. 6/59 E. 3.4.3), im Lauf der Zeit zurückgingen und das gesamte psychische Beschwerdebild zunehmend von krankheitsfremden Faktoren beeinflusst wurde.

Das Ausmass dieser Faktoren erlaubt es nicht, aufgrund der Akten, wie sie sich bis zur Zeit des Erlasses der rentenzusprechenden Verfügung vom 13. Mai 2011 präsentierten, einen krankheitsbedingten Kern abzugrenzen, der die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit über die organisch bedingten Beeinträchtigungen hinaus einschränken würde. Bereits Dr. M.____ hatte in seinem vertrauensärztlichen Bericht zuhanden der Beamtenversicherungskasse vom 9. Februar 2009 eine solche Abgrenzbarkeit nicht für möglich gehalten (Urk. 6/62/6-7), und bezeichnenderweise hielt Dr. R.____ den Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht auch nur für zu maximal 30 % in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Urk. 6/83/61). Auch wenn die Gutachter diese Relativierung in der Gesamtbeurteilung fallen liessen und aus gesamtmedizinischer Hinsicht von einer Beeinträchtigung der Arbeitsunfähigkeit von fixen 30 % ausgingen (Urk. 6/83/31), so leuchtet zwar durchaus ein, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers von einer psychischen Problematik beeinflusst war, aufgrund der zahlreichen krankheitsfremden Faktoren ist jedoch beweisrechtlich nicht erstellt, dass diese psychische Problematik tatsächlich Krankheitswert im Sinne des Invalidenversicherungsrechts hatte oder dass eine allfällige psychische Problematik mit Krankheitswert sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkte. Daran ändert nichts, dass die Gutachter in ihrer Beurteilung gemäss der zutreffenden Ansicht in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 7) versuchten, die krankheitsfremden Faktoren auszuklammern. Für die Zeit bis zum Erlass der Verfügung vom 13. Mai 2011 durfte somit keine höhere Beeinträchtigung in der Arbeitsfähigkeit als diejenige angenommen werden, die dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer und neurologischer Sicht attestiert wurde. Diese belief sich nach der übereinstimmenden Einschätzung von Q.____ und Dr. P.____ für eine leichte bis mässig belastende Tätigkeit auf 20 %, bei zumutbarem ganztägigen Einsatz (Urk. 6/83/41 und Urk. 6/83/51).

Die Gutachter der Gutachtenstelle O.____ zitierten sodann zwar die Passage im Urteil vom 30. April 2009, wonach festzulegen sei, wieweit der Beschwerdeführer mit Rücksicht auf seine gesundheitlichen Probleme dazu in der Lage sei, neben einer Haupttätigkeit eine Nebenbeschäftigung auszuüben, wie er sie bis Mitte 2004 innegehabt habe (Urk. 6/83/10). Sie unterliessen es jedoch, diese Frage tatsächlich abzuhandeln. Dass der Rheumatologe und der Neurologe dem Beschwerdeführer nur eine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit, nicht aber eine Einschränkung in der Präsenzzeit attestierten, könnte für die Zumutbarkeit einer Nebenbeschäftigung sprechen. Wie zu zeigen ist, kann diese Frage jedoch offen bleiben, da selbst bei Unzumutbarkeit einer Nebenbeschäftigung - wovon die

Beschwerdegegnerin bei der Bemessung des Invalideneinkommens ausgegangen ist (vgl. das Feststellungsblatt vom 15. November 2010, Urk. 6/85/5-6) - ein Invaliditätsgrad von deutlich unter 40 % resultiert.

E. 3.3.6

Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist zu postulieren, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit in seiner Anstellung im Y.____ verblieben wäre und dass er nach dem Verlust seiner Stelle bei der Z.____ wieder eine vergleichbare Nebentätigkeit mit vergleichbarem Einkommen ausgeübt hätte. Es ist hierzu auf die Erwägungen im Urteil vom 30. April 2009 zu verweisen (Urk. 6/59 E. 3.5).

Dem Kündigungsschreiben der GG.____ vom 25. Juli 2006 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nur im Jahr 2002 vorübergehend in den Genuss einer Besoldungserhöhung gekommen war, dass der Lohn jedoch

aufgrund einer neuen Leistungsbeurteilung bereits auf den 1. Januar 2003 wieder auf Fr. 53'007.-- reduziert wurde (Urk. 6/69/1). Die Lohnreduktion erfolgte also, bevor sich der Beschwerdeführer Ende 2003 wegen vermehrter Kopfschmerzen in die Behandlung von Dr. A.____ begab (vgl. Urk. 6/5/25), und kann somit nicht mit einer krankheitsbedingten Leistungsverminderung im Zusammenhang gestanden sein. Daher verbietet es sich entgegen dem unrichtigen Vorgehen der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/84 und Urk. 6/85/6), den höheren Lohn des Jahres 2002 in das Valideneinkommen einzubeziehen, sondern massgebend für das Valideneinkommen ist vielmehr der Lohn des Beschwerdeführers im Jahr 2003, bevor er seine Arbeitstätigkeit ab dem 5. Juli 2004 aufgrund durchgehender 100%iger Arbeitsunfähigkeit eingestellt hatte (vgl. Urk. 6/5/1). Für das Jahr 2003 ist sowohl im Fragebogen für den Arbeitgeber als auch im Auszug aus dem Individuellen Konto ein Betrag von Fr. 55'113.-- eingetragen (Urk. 6/8/2 Ziffer 20 und Urk. 6/6/3). Von diesem Betrag ist auszugehen; er ist etwas höher als der Betrag von Fr. 53'538.--, den die Arbeitgeberin als mutmasslichen Lohn im Jahr 2005 angab (Urk. 6/8/2 Ziffer 16), was mit Wochenendzulagen zusammenhängen mag, die zum Grundlohn hinzutreten. Was den Einkommensteil aus der Nebenbeschäftigung betrifft, so ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, auf den Durchschnittslohn der Jahre 2001 bis 2003 abzustellen (vgl. Urk. 6/85/6) und somit anzunehmen, der Beschwerdeführer hätte wieder eine Nebenbeschäftigung mit diesem Durchschnittslohn gesucht und gefunden (die Kündigung erfolgte gemäss den Angaben der Arbeitgeberin, weil der Einsatzbetrieb den Auftrag gekündigt hatte, also aus krankheitsfremden Gründen; vgl. Urk. 6/15/1 und Urk. 6/15/6), nicht offensichtlich unrichtig. Dieser Durchschnittslohn beträgt Fr. 14'127.-- ([Fr. 13'605.-- + Fr. 17'170.-- + Fr. 11'605.--] : 3; vgl. Urk. 6/6/1 und Urk. 6/15/7-9).

Es resultiert ein Jahres-Gesamtlohn von Fr. 69'240.-- (Fr. 55'113.-- + Fr. 14'127.--). Richtigerweise ist sodann der allfällige Rentenbeginn erst auf das Jahr 2005 zu legen und entgegen dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 6/100 und Urk. 6/104; vgl. auch Urk. 6/85/6-7 und die Beurteilung im Gutachten der Gutachtenstelle O.____, Urk. 6/83/31) nicht bereits auf den 1. Dezember 2004. Der Beschwerdeführer war nämlich, wie aus den Eintragungen in den beiden Fragebogen für den Arbeitgeber zu schliessen ist (Urk. 6/8/2 Ziffer 20 und Urk. 6/15/2 Ziffer 20), erst ab Mitte Mai 2004 im Sinne der Voraussetzungen für den Lauf des Wartjahres (Art. 28 Abs. 1 IVG) ohne wesentlichen Unterbruch (weniger als 30 aufeinanderfolgende Tage nach Art. 29 ter IVV) in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Unter Berücksichtigung der Teuerung (für Männer um je

0,9 % von 2003 auf 2004 und von 2004 auf 2005; vgl. Bundesamt für Statistik , Schweizerischer Lohnindex, Landesindex der Konsumentenpreise, Tabelle T 39) ergibt sich für das Jahr 2005 ein Jahreslohn von Fr. 70'492.--.

E. 3.3.7

Zur Festlegung des Invalideneinkommens zog die Beschwerdegegnerin zu Recht die Tabellenlöhne heran (vgl. Urk. 6/84 und 6/85/6) , wie sie der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu entnehmen sind (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b mit Hinweisen).

Gemäss der LSE 2004 belief sich im Jahr 2004 der Zentralwert (Lohn, über dem beziehungsweise unter dem sich 50 % aller Lohnangaben befinden) des monatlichen Bruttolohnes (unter anteilmässiger Berücksichtigung des 13. Monatslohnes), der bei 40 Wochenstunden von männlichen Arbeitnehmern des Anforderungsniveaus 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) im Privaten Sektor erzielt wird, auf Fr. 4'588.-- (S. 53 Tabelle TA1). Umgerechnet auf die im Jahr 2004 betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Bundesamt für Statistik, Tabelle T 03.02.03.01.04.01) resultiert ein Monatslohn von Fr. 4'783.-- beziehungsweise ein Jahreslohn von Fr. 57'396.--. Dieser vermindert sich aufgrund der 20%igen Leistungs- und Lohneinbusse auf Fr. 45'917.--. Eine weitere Reduktion ist hingegen nicht gerechtfertigt, da dem Beschwerdeführer weiterhin ein Vollzeitpensum zuzumuten ist und somit die krankheitsbedingte Lohnverminderung mit dem 20%igen Abzug bereits berücksichtigt ist. Teuerungsangepasst (wiederum 0,9 %) ergibt sich für das Jahr 2005 ein Jahreslohn von Fr. 46'330.--.

Der Vergleich des Invalideneinkommens von Fr. 46'330.-- mit dem Valideneinkommen von Fr. 70'492.-- führt zu einem Invaliditätsgrad von gerundet 34 %.

E. 3.3.8

Zusammengefasst wurde beim Erlass der Verfügung vom 13. Mai 2011 zum einen die Beweisregel klar verletzt, wonach anspruchsbegründende Tatsachen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein müssen und die Person, die sich auf den Anspruch beruft, die Beweislast trägt, und zum andern wurde mit der Berücksichtigung des Lohnes des Jahres 2002 im Y.____ das Valideneinkommen in nicht vertretbarer Weise fest gelegt. Der auf diese Weise ermittelte Invaliditätsgrad von 47 % und die darauf basierende Rentenzusprechung sind daher als zweifellos unrichtig im Sinne der entsprechenden Wiedererwägungsvoraussetzung zu qualifizieren.

Damit ist der Weg offen für eine Rentenaufhebung, falls die vorzunehmende freie Prüfung im Revisionsverfahren, das die Beschwerdegegnerin Ende 2013 eingeleitet hat, zu einem Invaliditätsgrad von unter 40 % führt. Diese Prüfung ist im Folgenden vorzunehmen. Offen bleiben kann, ob eine Rentenaufhebung auch gestützt auf die Schlussbestimmung a IVG erfolgen könnte, worauf sich die Beschwerdegegnerin indessen nicht berufen hat.

E. 3.4.1

Dr. W.____ als Verfasser des rheumatologischen Teilgutachtens des I.____ stellte im Herbst 2015 die Diagnose eines zervikal- und lumbalbetonten panvertebralen Schmerzsyndroms mit mässig ausgeprägten Myogelosen im Nacken-/Schultergürtel und im Beckengürtel bei muskulärer Dysbalance (Urk. 6/157/30). Dabei bezeichnete er die erhobenen pathologischen Befunde - vergleichbar mit Dr. Q.____ der Gutachtenstelle O.____ im Jahr 2010 - als insgesamt geringfügig; er konnte in den Bildern einer

Magnetresonanzuntersuchung der Wirbelsäule vom März 2014 im Gegensatz zu den konventionellen Röntgenbildern des Jahres 2009 überhaupt keine relevanten degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule erkennen und charakterisierte die festgestellten Fazettengelenksarthrosen an den Lendenwirbeln immer noch als erst beginnend (Urk. 6/157/30-31). Er sprach von einer massgeblichen psychosozialen Überlagerung des Schmerzbildes und schloss sich Dr. Q.____ Attest einer 80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit (Urk. 6/83/41) auch für den Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung explizit an (Urk. 6/157/31).

Der Neurologe Dr. AA.____ stufte die geklagten Kopfschmerzen und Schmerzen am ganzen Körper als zervikozephal und chronisches lumbales Schmerzsyndrom ein, bezeichnete aber den zervikalen Befund mit lediglich leichtgradiger Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule als wenig eindrücklich. Neurologische Auffälligkeiten konnte er nicht feststellen, insbesondere auch keine Folgen des Auffahrunfalles vom 13. Dezember 2013, und die geklagten Sensibilitätsstörungen konnte er nicht verifizieren (Urk. 6/157/34-35). Dementsprechend stellte Dr. AA.____ aus neurologischer Sicht keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und hielt somit mit dem Hinweis auf eine stark ausgeprägte Aggravation nicht einmal eine nur 20%ige Einschränkung, wie Dr. P.____ sie dem Beschwerdeführer attestiert hatte (Urk. 6/83/51), für neurologisch gerechtfertigt (Urk. 6/157/35-36).

Offensichtlich ist sodann die Beeinträchtigung der Sehfähigkeit durch den Verlust des linken Auges und durch gewisse Veränderungen am rechten Auge, nämlich eine Presbyopie (Altersweitsichtigkeit), einen beginnenden Katarakt (grauer Star) und eine chronische Benetzungsstörung; Dr. BB.____ attestierte dem Beschwerdeführer aufgrund dieser Befunde für Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an das Sehvermögen eine Einschränkung von 25 % (Urk. 6/157/37).

Aus somatischer Sicht bleibt es somit bei der 20%igen Beeinträchtigung in der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Schmerzen, wie sie dem Beschwerdeführer im Gutachten der Gutachtenstelle O.____ bescheinigt worden war, und hinzu kommt die Einschränkung aufgrund der Augenproblematik.

E. 3.4.2

Der psychiatrische Teilgutachter Dr. CC.____ stellte, insoweit übereinstimmend mit Dr. R.____ der Gutachtenstelle O.____ (Urk. 6/83/57), die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung, die er als gegenwärtig leicht qualifizierte. Ausserdem beobachtete er gleichermassen akzentuierte Persönlichkeitszüge (Urk. 6/157/26). Ohne nähere Begründung gelangte er aufgrund seiner Diagnosen zu einer Einschränkung von 40 % für eine Tätigkeit als Hilfskoch und zu einer solchen von 30 % für eine angepasste Tätigkeit (Urk. 6/157/27).

Diese Beurteilung floss in die Gesamtbeurteilung ein, in der die Gutachter dem Beschwerdeführer für leichte bis mittelschwere, adaptierte berufliche Tätigkeiten eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit zubilligten, vollschichtig umsetzbar mit einem erhöhten Pausenbedarf von 10-15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement (Urk. 6/157/39).

E. 3.4.3

Wie sämtliche Gutachter der Gutachtenstelle O.____ beobachteten indessen auch die Gutachter des I.____ mannigfache Zeichen der Inkonsistenz und der Übertreibung der geklagten Beschwerden.

Dr. W.____ fiel auf, dass der Beschwerdeführer während des Anamnesegesprächs keine Schwierigkeiten gehabt habe, ruhig sitzen zu bleiben, und dass er beim Aus- und Anziehen keine Bewegungseinschränkungen gezeigt habe, dies im Gegensatz zur Untersuchungssituation, wo eine ausgeprägte Gegeninnervation ersichtlich gewesen sei (Urk. 6/157/28-29 und Urk. 6/157/30). Aufgrund dieser Inkonsistenzen sprach er von einer deutlichen Selbstlimitierung und einer massgeblichen psychosozialen Überlagerung des Schmerzbildes (Urk. 6/157/31). Auch Dr. AA.____ schilderte Diskrepanzen zwischen dem generellen Auftreten des Beschwerdeführers und dessen Verhalten in der spezifischen Untersuchungssituation, insbesondere den Widerspruch zwischen dem muskulösen Körperbau und den fehlenden Einschränkungen bei unauffälliger Beobachtung auf der einen Seite und dem Verhalten bei der Kraftprüfung auf der anderen Seite, und er berichtete zudem von einem auffälligen Bewegungsmuster bei der Prüfung des Strichganges, die aufgehört habe, als der Beschwerdeführer auf die Rele -vanz dieses Tests für die Fahreignungsprüfung hingewiesen worden sei (Urk. 6/157/34) Ferner wies Dr. AA.____ auf Widersprüche in der Schilderung des Überfalls vom Dezember 2011 und des Unfalles vom Dezember 2013 hin (Urk. 6/157/35).

Dr. CC.____ nahm den Beschwerdeführer zwar beim Eintritt ins Zimmer als betrübt und kränklich und im Gespräch als etwas bedrückt wahr (Urk. 6/157/23); er konstatierte aber, dass dieser dazu in der Lage sei, eine Vielzahl von sozialen Kontakten mit seinen Angehörigen und Verwandten zu pflegen (Urk. 6/157/25) - der Beschwerdeführer berichtete, sich am Nachmittag oft bei den Verwandten in der näheren Umgebung oder bei befreundeten Familien aufzuhalten (Urk. 6/157/22), was im Gegensatz zu seiner Angabe gegenüber dem Neurologen Dr. AA.____ steht, das Haus nur noch selten zu verlassen (Urk. 6/157/32). Und wenn Dr. CC.____ des Weiteren festhielt, die bisherige Therapie habe lege artis stattgefunden und die Kooperation des Beschwerdeführers sei intakt (Urk. 6/157/24), so leuchtet dies insoweit nicht ein, als Dr. CC.____ nicht auf die Feststellungen von Dr. N.____ in der Vergangenheit einging und die im Mai 2011 aufgenommene psychotherapeutische Behandlung bei Dr. V.____ wiederum nur in monatlichen (Aussage des Beschwerdeführers; Urk. 6/157/21) oder sogar zweimonatlichen Abständen (Bericht von Dr. V.____ vom 24. Februar 2014; Urk. 6/139/4) erfolgte.

E. 3.4.4

Damit ist es aufgrund der markanten krankheitsfremden Faktoren psychosozialer und aggravatorischer Art beweisrechtlich nach wie vor nicht möglich, aus dem gesamten Beschwerdebild ein psychisches Leiden eines Ausmasses zu isolieren, das die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers über das körperlich bedingte Mass hinaus einschränkte. Dies gilt insbesondere deshalb, weil das aggravatorische Verhalten auch die Intensität allfälliger organisch nicht erklärbarer Schmerzen relativiert und weil die Gutachter des I.____ das psychische Zustandsbild als nur leicht verschlechtert bezeichneten und insgesamt keine wesentliche Änderung der Arbeitsfähigkeit seit der Begutachtung durch die Gutachtenstelle O.____ konstatierten (Urk. 6/157/39).

Weiterhin kann daher keine höhere Beeinträchtigung in der Arbeitsfähigkeit angenommen werden als die aus organischer Sicht attestierte. Aufgrund der Schmerzen beläuft sich diese

nach dem Ausgeführten im Falle von angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeiten auf 20 %, dies in Übereinstimmung mit der Beurteilung durch die Gutachter der Gutachtenstelle O.____. Sodann ist, wie auch in der Beschwerdeschrift dargetan wurde (vgl. Urk. 1 S. 5), davon auszu gehen, dass der Stellenmarkt genügend Arbeitsmöglichkeiten bereit hält, die der Beschwerdeführer mit seiner Sehbehinderung uneingeschränkt wahrzunehmen vermag (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_508/2014 vom 4. November 2014 E. 3.3 mit Hinweisen). Zu bemerken ist in diesem Zusammenhang namentlich, dass der Beschwerdeführer die Anforderungen zur Lenkung eines Personenwa gens (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts I 29/92 vom 24. Juli 2003 E. 6.2) offenbar erfüllt (vgl. Urk. 6/157/22).

E. 3.4.5

Für die Ermittlung des Invaliditätsgrades ist damit nach wie vor der Einkommensvergleich massgebend, wie er vorstehend (E. 3.3.6 und E. 3.3.7) zur Beurteilung der Verfügung vom 13. Mai 2011 durchgeführt worden ist. Da sich das Validen- und Invalideneinkommen im Zeitverlauf mutmasslich gleich ent wickelt haben, bleibt es beim Invaliditätsgrad von 34 %.

E. 3.5

Damit ist die strittige Aufhebung der bisherigen Invalidenrente des Beschwerde führers rechts. Die Verfügung vom 18. März 2016 ist daher zu bestätigen, und die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 4

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für den unterliegenden Beschwerdeführer kostenpflichtig. Die Kosten sind unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen, sie sind jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozess führung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 5

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, zuzu stellen.

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

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