

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01263 vom 3. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01263

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01263 du 3 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01263 del 3 maggio 2019

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar.

Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3).

E. 1.3

Nach lit. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen

Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind.

Die genannte allfällige Rentenherabsetzung beziehungsweise -aufhebung ist nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zugesprochene Renten beschränkt. Erging die fragliche

Rentenzusage aber bereits in Beachtung der jeweils relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerden bil dern ohne nachweisbare organische Grundlage, bleibt kein Raum für ein Rück kommen unter dem Titel der Schlussbestimmung (BGE 140 V 8 E. 2).

E. 1.4

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unab hängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weit gehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 1.5

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweis belastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

E. 1.6

). 6.4

Dr. med. I.____, Facharzt für Rheumatologie, nannte in einem Bericht vom 20. Oktober 2016 (Urk. 10/297) als (neue) Diagnose eine akute Periarthropathie

humeroscapularis (PHS) rechts (S. 1 Mitte). 6.5

Gemäss Austrittsbericht vom 20. Februar 2017 (Urk. 10/286 = Urk. 10/289) weilte der Beschwerdeführer vom 13. Januar bis 6. Februar 2017 erneut im H.____ (S. 1). Es wurden die gleichen Haupt- und Nebendiagnosen (S. 1 Mitte) genannt wie im Juni 2016 (vgl. vorstehend E. 6.2). 6.6

Gemäss Bericht vom 6. April 2017 (Urk. 10/288) erfolgte vom 11. Oktober 2016 bis 6. Januar 2017 eine tagesklinische Behandlung in J.____ (Ziff. 1.2). Als Diagnose wurde - mit dem Zusatz «aus den Akten zu entnehmen» - eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) genannt. Die Arbeitsunfähigkeit sei nicht beurteilt worden (Ziff. 1.6). 7.7.1

Am 20. Juni 2017 erstatteten die Ärztinnen und Ärzte des Z.____ ein Verlaufs gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/291 /1-62). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben des Versicherten (S.

E. 1.7

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1 mit Hinweisen).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungs einschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2).

E. 1.8

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 20. November 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. Oktober 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine ganze Rente auszurichten; eventuell sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. Januar 2018 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 30. Januar 2018 wurde der Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde (vgl. Urk. 1 S. 2 Mitte) abgelehnt und antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 unten) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt (Urk. 11). Am 31. Oktober 2018 (Urk. 13) reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ein (Urk. 14), die der Beschwerdegegnerin am 1. November 2018 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung:

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die im Rahmen der ursprünglichen

Rentenzusprache berücksichtigten Diagnosen gehörten zu den unklaren Beschwerdebildern im Sinne der 6a-Revisionsbestimmungen (S. 2 oben). Gemäss dem 2015 erstatteten Z.____-Gutachten hätten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können (S.

2). Das genannte Gutachten erlaube auch eine Prüfung der Standardindikatoren im Sinne des strukturierten Beweisverfahrens (S. 4 oben).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Rentenzusprache vom Oktober 2007 sei erst nach der mit BGE 130 V 352 eingeleiteten Praxisänderung erfolgt und habe diese bereits umgesetzt, weshalb die von der Beschwerdegegnerin angerufene 6a-Revisionsbestimmung nicht anwendbar sei (S. 6). Im Y.____-Gutachten sei nebst der somatoformen Störung auch eine schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) diagnostiziert worden (S. 6 ff. Ziff. 4). Ein im Rahmen eines Strafverfahrens 2009 erstattetes Gutachten sei hingegen aussagekräftig (S.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Gesundheitszustand und ob sich dieser gestützt auf die vorhandenen Gutachten beurteilen lässt sowie das Vorliegen allfälliger Revisionsgründe beziehungsweise die allfällige Anwendbarkeit der 6a-Revisionsbestimmungen.

3. 3.1

Am 5. März 2002 wurde der Beschwerdeführer bei der Arbeit auf einer Baustelle von einem herabfallenden Pickel am Kopf getroffen. Im Rahmen der Hospitalisation vom 5. bis 14. März 2002 wurden laut Austrittsbericht vom 21. März 2002 (Urk. 10/10/43) eine Commotio cerebri und ein diffuses muskuloskelettales Schmerzsyndrom mit subjektiven Hypästhesien / Dysästhesien ohne klare somatische Zuordnung diagnostiziert. Die initiale Abklärung im Schädel-CT ergab keine intrakraniellen Verletzungen. 3.2

Die Ärzte der Y.____ erstatteten am 6. November 2006 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 10/94) . Darin nannten sie folgende Diagnosen (S.

8

f.): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3)

Sie führten unter anderem aus, mittlerweile sei es zu einer beträchtlichen Chronifizierung mit Persistenz der Schmerzsymptomatik, der neuropsychologischen Störungen und zu einer depressiven Entwicklung mit psychotischen Symptomen gekommen (S. 7 unten). Bei den Untersuchungen am 3. und 17. Oktober 2006 habe sich

ein vielgestaltiges psychopathologisches Bild mit diffusen wenig umschriebenen Schmerzen vom Kopf bis zum Fuss, mit formalen (verlangsamter, blockierter, teilweise zerfahrener und assoziationsgelockerter Denkablauf) und inhaltlichen Denkstörungen mit paranoid wahnhaften Inhalten sowie halluzinatorischen (optisch, akustisch, haptisch) Wahrnehmungsstörungen, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Angst- und depressiver Symptomatik mit Antriebsarmut, Verlust von Lebensfreude, Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeitsgefühl, latenter Suizidalität, Schlafstörungen mit Alpträumen, sozialem Rückzug und dissoziativer Symptomatik gezeigt (S. 7 f.).

Aufgrund der vorliegenden Befunde, der anamnestischen Angaben und der psychopathologischen Merkmale werde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert. Die halluzinatorische und paranoide Symptomatik lasse sich allerdings nicht der somatoformen Schmerzstörung zuordnen (S.

8 Mitte).

Am ehesten sei die paranoid-halluzinatorische und dissoziative Symptomatik im Rahmen einer depressiven Erkrankung zu sehen, weshalb eine schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) diagnostiziert werde. Ob das depressive Zustandsbild im Verlauf phasenweise auftrete oder andauernd sei, könne nicht sicher beurteilt werden (S. 9 oben).

Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 9 Ziff. 1) seit dem Unfall vom 5. März 2002 (S. 10 Ziff. 3) in der angestammten und auch einer angepassten Tätigkeit (S. 10 Ziff. 4). 3.3

Dr. med. univ. Dr. phil. A.____ , Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Beurteilung vom 27. November 2006 aus, es sollte wie im Gutachten von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % angestammt und angepasst ausgegangen werden (Urk. 10/95 S. 2 unten). 3.4

Mit Verfügung vom 18. Oktober 2007 erfolgte sodann die Zusprache einer ganzen Rente ab März 2003

(Urk. 10/116) . 4. 4.1

Dr. med. B.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die den Beschwerdeführer seit 12. August 2004 behandelt (vgl. Urk. 10/196 S. 2 Mitte), nannte in einem Verlaufsbericht vom 14. April 2008 (Urk. 10/122) folgende Diagnosen (Ziff. 2): - schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) - posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) - somatoforme Schmerzstörung - Hörstörung

Sie bezeichnete den Gesundheitszustand als stationär (Ziff. 1), attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 5. März 2002 (Ziff. 2) und führte zum Verlauf unter anderem aus, neben den somatischen und psychischen Gesundheitsstörungen seien auch soziale Folgezustände aufgetreten: Trennung von der Ehefrau, Isolation, finanzielle Probleme (Ziff. 3). 4.2

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 18. August 2009 ein Gutachten in einem Strafverfahren (Urk. 10/196). Er nannte folgende Diagnosen (S. 11 Ziff. 1): - mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) - wahnhaft Störung (ICD-10 F22.0) - somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - dissoziativer Stupor (ICD-10 F44.2)

Er erläuterte, aufgrund welcher Diskrepanzen er die Depression zwar als mittelgradig bis schwer bezeichnete, aber lediglich als mittelschwere (F32.1) kodierte (S. 9 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde er nicht gefragt und äusserte er sich nicht. 4.3

Am 13. September 2009 erstattete Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/133). 4.4

Gemäss Bericht vom 28. Januar 2010 (Urk. 10/140/1) befand sich der Beschwerdeführer seit 8. Januar 2010 in teilstationärer Behandlung in der E.____, F.____. Als Diagnosen wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) genannt.

Die gleichen Diagnosen wurden im Bericht vom 28. Mai 2010 (Urk. 10/146) genannt (Ziff. 1.1.). Die teilstationäre Behandlung sei bis 5. März 2010 in der Akutagesklinik und seither in der rehabilitativen Tagesklinik erfolgt (Ziff. 1.2). Aktuell (beurteilbar seit 8. Januar 2010) betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % (Ziff. 1.6). 4.5

Gemäss der Beurteilung vom 28. Juni 2010 durch Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), handelte es sich beim Gutachten von Dr. D.____ (vorstehend E. 4.3) um eine andere Beurteilung des mehr oder weniger gleich gebliebenen Gesundheitszustandes (Urk. 10/147 S. 3 unten), weshalb mit Verfügung vom 12. Juli 2010 der bisherige Rentenanspruch bestätigt wurde (Urk. 10/148). 5.5.1

Am 30. Januar 2015 erstatteten die Ärzte des Z.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/234/1-121). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 4 ff.), die Angaben des Versicherten (S. 42 ff.) und die von ihnen am 29. September, 2. 2. und 24. Oktober und 5. November 2014 (S.

1 unten) erhobenen Befunde. 5.2

Im rheumatologischen Teilgutachten (S.

57

ff.) wurde als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom unklarer Ätiologie und Zuordnung genannt (S. 62 unten). Die Untersuchung des Bewegungsapparates sei unauffällig und ohne somatisches Korrelat für die geklagten Beschwerden. Festgehalten wurde eine offensichtlich bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung und Selbstlimitierung. Die

Untersuchung und Befragung sei mit Diskrepanzen verbunden (S. 63 Mitte). Aufgrund des Fehlens klinisch pathologischer

beziehungsweise radiologischer Befunde und eines nicht näher spezifizierbaren Beschwerdebildes mit inkonstant reproduzierbaren Tendenzen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für jegliche Tätigkeiten (S. 64 oben).

Im neuropsychologischen Teilgutachten (S. 64 ff.) wurde ausgeführt, die Zusammenstellung der Befunde (Testergebnisse) lasse auf ein Aggravationsverhalten schließen. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests nicht inhaltlich ausgewertet werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit

keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbildeten. Aus neuropsychologischer Sicht könne keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden (S. 73 Mitte).

Im psychiatrischen Teilgutachten (S.

73 ff.) wurde unter anderem ausgeführt, zusammenfassend bestünden mit Verweis auf die aktuellen somatischen Untersuchungen erhebliche Inkonsistenzen und ein ausgesprochen selbstlimitierendes Verhalten (S. 95 f.). Ein subjektives Schmerzsyndrom stehe im Vordergrund. Es sei die Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) zu stellen (S.

96 oben). Die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) würden aus näher genannten Gründen nicht erfüllt (S. 97 oben). Es sei stattdessen von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) auszugehen. Deren Ausprägung sei im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv leicht einzustufen (S. 97 Mitte). Die gutachterliche Konsistenzprüfung ergebe Hinweise auf - näher dargelegte - nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen (S. 98), die Befunde ergäben ein in sich un schlüssiges, inkonsistentes Bild (S. 98 unten). 5.3

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde zu früheren Beurteilungen wie folgt Stellung genommen: Zum Y.____-Gutachten (vorstehend E. 3.2) wurde unter anderem ausgeführt, im Rahmen der aktuellen Untersuchung würden bis auf die demonstrierten kognitiven Defizite analog dem semiobjektiven psychopathologischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien keine psychopathologischen Auffälligkeiten festgestellt. Insgesamt ergäben sich im klinischen Eindruck keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte kognitive Störungen. Es würden keine Auffassungs-, Gedächtnis-, Merkfähigkeits-, oder Aufmerksamkeitsstörungen gefunden. Im Hinblick auf die Konzentration sei der Versicherte während des gesamten Untersuchungsverlaufs immer aufmerksam und vermöge sich auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einzustellen (S. 103 unten). Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei durchgehend erhalten. Der Versicherte zeige während der Exploration eine breite Variation an emotionalen Qualitäten, im Hinblick auf den Affekt könne keine depressive Stimmungslage festgestellt werden. Es liege keine Verarmung, Starrheit, Insuffizienz oder Labilität der Affekte vor. Der Antrieb und das psychomotorische Verhalten seien ungestört. Hinweise für Wahn oder Sinnestäuschungen in Form von Halluzinationen oder illusionären Verkennungen bestünden keine. Die vom Versicherten anamnestisch angebenen Wahrnehmungsstörungen könnten nicht objektiviert werden (S.

f.). Zusammenfassend müsste gegenwärtig eine depressive Störung bei m Versicherten mehrheitlich verneint werden. Die von den Y.____-Gutachtern berichteten und im semi objektiven Befund analog dem AMDP beschriebenen kognitiven Einschränkungen seien nicht im Rahmen einer neuropsychologischen Untersuchung objektiviert worden. Ob zum damaligen Zeitpunkt eine depressive Störung vorgelegen habe, lasse sich retrospektiv nicht plausibel beantworten. Auffallend sei, dass bereits damals als auch heute ähnliche Beschwerden vom Versicherten vorgetragen worden seien, die aufgrund von erheblichen Inkonsistenzen und Diskrepanzen insbesondere zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe nicht nachvollziehbar erschienen und sich

analog dem AMDP nicht objektivieren liessen. Die durch den Versicherten demonstrierte kognitive Störung, insbesondere aufgrund der inkonsistenten Krankheitsbilder, lasse sich mit keinem neurologischen und psychiatrischen

Krankheitsbild vereinbaren. Die apparative Zusatzdiagnostik im Sinne einer MRI - Schädel-Untersuchung als auch die Labor diagnostik, durchgeführt im Rahmen der Abklärung, schliesse eine organische Genese der vorgetragenen Beschwerden und Symptome weitgehend aus (S. 104).

Bezüglich des Berichts von Dr. B.____ (vorstehend E. 4.1) wurde die diagnostizierte schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen auf die soeben referierten Aussagen verwiesen (S. 105 oben) und näher dargelegt, warum sich die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) nicht begründen lasse (S. 105 f.).

Bezüglich des Gutachtens von Dr. C.____ (vorstehend E. 4.2) wurde eben falls auf schon erfolgte Ausführungen verwiesen (S. 107 oben).

Bezüglich der Berichte über eine teilstationäre Behandlung in der F.____ (vorstehend E. 4.4) wurde unter anderem ausgeführt, es ergäben sich aufgrund der heutigen Untersuchung, unter Würdigung der langjährigen Versicherungsakte und der im Rahmen der Abklärung durchgeführten apparativen,

laborchemischen und neuropsychologischen Untersuchung, erhebliche Zweifel an den durch den Versicherten bereits im gleichen Ausmass seit Jahren vorgetragenen Symptomen, die nicht objektiviert werden können (S. 108 unten). Es sei nicht nachvollziehbar, dass

sich der intelligente Versicherte mit nicht abgeschlossenem Jus-Studium aufgrund des subjektiven Leidensdruckes in keiner leitlinienentsprechenden psychiatrisch - psychotherapeutischen

Behandlung befinde. Als Grund für die niedrige therapeutische

Sitzungsfrequenz mit Therapien alle 4 Wochen werde angegeben, die 10 % der

Rechnungskosten nicht tragen zu können, während gleichzeitig Auslandsreisen unternommen würden (S. 108 f.). Der durch den Versicherten vorgetragene vollständige soziale Rückzug in allen Bereichen des Lebens sei nicht nachvollziehbar (S. 109 oben). Im

Hinblick auf die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung einer mittelgradigen Ausprägung (ICD-10 F33.1) ergäben sich aktuell keine Hinweise auf das Vorliegen einer affektiven Störung, wobei die bei m Versicherten im Vordergrund stehenden multiplen, nicht IV-relevanten psychosozialen Belastungsfaktoren (mit Arbeitsunfall, Rentenentzug, Migrationshintergrund, finanziellen Schwierigkeiten, keine in der Schweiz anerkannte berufliche Ausbildung, Alter, schwere Arbeit) eine vorübergehende Anpassungsstörung aus gelöst hätten und /oder es auch im weiteren Verlauf einzelne depressive Phasen gegeben habe, die sich möglicherweise auch durch die durchgeführte antidepressive Pharmakotherapie gebessert hätten. Die Kardinalsymptome einer Depression seien gegenwärtig nicht gegeben, die vorgetragene Symptome lägen im rein Subjektiven und liessen sich anhand der zur Verfügung stehenden objektiven Untersuchungsverfahren nicht nachvollziehen (S. 109). 5.4

Zum Verhalten des Versicherten wurde unter anderem ausgeführt, dieses sei während der Anamneseerhebung und der Untersuchung diskrepant und uneinheitlich. Die in der gezielten Untersuchung gezeigten Verhaltensweisen und Einschränkungen könnten nicht durch organische Befunde erklärt werden. Die wiederholt beobachtete Fallneigung könnte bei einer wirklich vorhandenen neurologischen Störung nicht aufgefangen werden. Wiederholt habe der Versicherte aufgefordert werden müssen, in der Untersuchung mitzumachen. Er habe einige Tests initial mit Angabe von Schwindel und Müdigkeit verweigert (S. 53 Ziff. 4.2).

Bei der Befragung für das Grundgutachten habe er angegeben, dass er bis zum Krieg im Libanon gewesen sei und wegen des Krieges in die Schweiz gekommen sei. Diese Angaben fänden sich auch wiederholt in den Akten. Gegenüber dem Psychiater habe er dann angegeben, dass er nicht ins Kriegsgeschehen verwickelt gewesen sei, da er zu dieser Zeit in Syrien gelebt habe. Der libanesischer Bürgerkrieg habe bis 13. Oktober 1990 gedauert, sei also zum Zeitpunkt der Einreise in die Schweiz 1994 schon seit einigen Jahren beendet gewesen. Wenn sich der Versicherte also vor seiner Einreise in die Schweiz wie angegeben nur ein Jahr im Libanon aufgehalten habe, habe er den Libanonkrieg nicht miterlebt, was er schliesslich auch bei der psychiatrischen Befragung angegeben habe (S. 54 oben).

Während der Anamneseerhebung habe er die linke Hand sehr oft steif gehalten und

den Daumen mit den Langfingern umfasst. Gefragt, weshalb er dies mache, gebe er an,

dass er häufig bis zu den Schultern ausstrahlende Schmerzen im Bereich der Weichteile zwischen Daumen und Zeigfinger

habe. Wenn er die Hand so

halte, könne er dies verhindern. Im Verlauf sei er jedoch wiederholt beobachtet worden, wie

er die linke Hand völlig normal benutze und auch die Schulter völlig normal bewege, ohne Anzeichen von Schmerzen (S. 54 Mitte).

Während einer Pause habe sich der Versicherte während gut 10 Minuten draussen mit dem Dolmetscher unterhalten; es habe keinen Hinweis auf

Verständigungsprobleme gegeben. Auch während der rheumatologischen Untersuchung hätten keine Verständigungsschwierigkeiten zwischen dem Übersetzer und dem

Versicherten festgestellt werden können. Deshalb sei es unverständlich, weshalb er erst bei der

psychiatrischen Untersuchung angegeben habe, den Übersetzer, der unter anderem längere Zeit

in Syrien und im Libanon gelebt habe, nicht verstehen zu können. Falls seine Angaben über die Schulbildung stimmen, müsste er zudem auch Hocharabisch verstehen (S. 54).

Die Angaben über die Medikamenten-Einnahme seien absolut nicht nachzu vollziehen.

Es könne aufgrund der Angaben und der mitgebrachten Unterlagen nicht festgestellt werden, welche Medikamente der Versicherte einnehme. Die gemessenen

Medikamentenspiegel seien alle unterhalb des messbaren Bereichs (S. 54 unten).

Auffallend sei auch, dass der Versicherte bei der Frage nach seinen Geschwistern jedes Mal wieder von neuem überlegen müsse, wie viele es gewesen seien, und bei der neuropsychologischen Untersuchung gar nicht mehr wisse, wie viele Geschwister er habe (S. 55 oben). 5. 5

Gesamthaft sei keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (S. 109 Ziff. 6.1). Ferner wurden die folgenden, hier gekürzt angeführten Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 110 Ziff. 6.2): - milde arterielle Hypertonie - chronifiziertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom unklarer Ätiologie und Zuordnung - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Status nach Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastung (ICD-10 F43.21) - linksbetonte Innenohrschwerhörigkeit beidseits 5.6

Zusammenfassend sei der Versicherte aus chirurgisch-allgemeinmedizinischer, rheumatologischer und psychiatrischer Sicht für die angestammte wie auch für sämtliche infrage kommenden Verweistätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Aus neuropsychologischer Sicht könne die Arbeitsfähigkeit aufgrund des Aggravationsverhaltens nicht beurteilt werden (S. 117 Ziff. 7.4).

Das aktuell ermittelte Belastungsprofil gelte seit 1. Mai 2004, als die Suva die Einstellung der Leistungen per Ende April 2004 verfügt habe, da die geklagten Beschwerden keine organischen Folgen des Unfalls, sondern psychisch bedingt seien (S. 117 Ziff. 7.5).

Psychosoziale Belastungsfaktoren spielten bis heute eine Rolle. Es sei gut vorstellbar, dass vorübergehend eine Anpassungsstörung mit einzelnen depressiven Phasen vorgelegen habe, die sich möglicherweise durch die psychiatrische psychopharmakologische Behandlung gebessert habe (S. 118 oben). Auffallend sei, dass der Versicherte trotz der subjektiven Schwere des Leidens kaum in intensiver psychiatrischer Behandlung gewesen sei (S. 118 unten).

Aufgrund der aktuellen Begutachtung seien die Schlussfolgerungen und die Beurteilung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit durch die Y.____ - Gutachter (vgl. vorstehend E. 3.2) nicht nachvollziehbar. Eine neuropsychologische Untersuchung sei 2006 nicht durchgeführt worden (S. 119).

Ziff. 1). Es könne aus heutiger Sicht von keiner Veränderung des Gesundheitszustandes gesprochen werden, vielmehr handle es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes unter kritischer Würdigung (S. 120 unten). 6. 6.1

Eine MR-Arthrographie der linken Schulter vom 19. Dezember 2014 ergab eine mässiggradige AC-Gelenksarthrose, eine lediglich leichte ansatznahe Tendinopathie der Supraspinatussehne ohne Rotatorenmanschetten-Ruptur, und ein deutlich alteriertes inferiores und posteriores Labrum (Urk. 10/239). 6.2

Vom 16. Mai bis 15. Juni 2016 weilte der Beschwerdeführer stationär im H.____. Im Austrittsbericht vom 21. Juni 2016 (Urk. 10/259/5-6) und im gleichlautenden Bericht vom 9. August 2016 (Urk. 10/260) wurden als Hauptdiagnose eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, bei Austritt mittelgradige depressive Symptomatik (ICD-10 F32.3), als Nebendiagnosen laut Zuweisungsschreiben Restsymptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS = PTSD) mit anhaltender Persönlichkeitsveränderung (phobisch-vermeidend) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, sowie als X-, Y- und Z-Diagnosen eine absichtliche Selbstschädigung (ICD-10 X84.9) genannt (S. 1).

6.3

Dr. B.____ (vorstehend E. 4.1) nannte in ihrem Bericht vom 6. Oktober 2016 (Urk. 10/265) als neue Diagnose Panikattacken seit zirka Herbst 2015 (Ziff. 1.1). Im Oktober 2016 sei eine tagesklinische Behandlung begonnen worden (Ziff. 1.5). Die Arbeitsunfähigkeit als Bauarbeiter und in einer Autogarage bezifferte sie mit 100 % seit 2002, dies fortlaufend mit kurzer Unterbrechung (Ziff.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 7.2

Aus rheumatologischer Sicht wurde unter anderem ausgeführt, im Vergleich zur früheren Untersuchung habe sich klinisch reproduzierbar und radiologisch keine Änderung ergeben, das Schmerzverhalten sei unverändert diskrepant, mit deutlichen Hinweisen für eine bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung und Selbstlimitierung (S. 57 Mitte).

Aus neuropsychologischer Sicht wurde - nach erneuter Testung im März 2017 (S.

30 Ziff. 5.2) - ausgeführt, die Zusammenstellung der Befunde lasse auf ein Aggravationsverhalten schliessen. Daher könne keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden (S. 57 unten).

Aus psychiatrischer Sicht wurde unter anderem ausgeführt, der Explorand beichte über optische und akustische Halluzinationen. Weiter würden Zwangshandlungen, Insuffizienzgefühle, Ein- und Durchschlafstörungen und ein sozialer Rückzug angegeben. Die Exploration des Tagesprofils weise auf ein weitgehend normales Aktivitätsniveau hin. Analog den Parametern der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an das Mini-ICF-APP gebe es keine Einschränkungen.

Aufgrund der vom Versicherten angegebenen körperlichen Schmerzen und der nicht ausreichenden Erklärbarkeit durch ein somatisches Korrelat sei aus psychiatrischer Sicht eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu diagnostizieren. Der funktionelle Schweregrad sei leicht ausgeprägt.

Die vom Versicherten geschilderte psychotische Symptomatik könne keiner psychiatrischen Störung zugeordnet werden und müsse möglicherweise im Rahmen eines symptomverstärkenden Verhaltens interpretiert werden. Es bestünde keine Hinweise für eine depressive Störung. Des Weiteren seien die Kriterien für eine Zwangsstörung (ICD-10 F42) nicht erfüllt.

Aus psychiatrischer Sicht besteht

eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 58). Die in den Berichten des H.____

(vgl. vorstehend E. 6.2) und von der behandelnden Psychiaterin (vgl. vorstehend E. 6.3) genannten Diagnosen seien aus näher dargelegten Gründen nicht nachvollziehbar (S. 52). Die stattfindende Therapie sei nicht leitlinien gerecht, da sie weder in der Muttersprache des Versicherten noch mit Beizug eines Dolmetschers durchgeführt werde. Kontrollen der Medikamentenspiegel fanden nicht statt (S. 52 unten).

E. 7.3

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden keine genannt (S. 53 Ziff. 6.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (S. 53 Ziff. 6.2):
- Eisenmangel - Hyperlipidämie - linksbetonte Innenohrschwerhörigkeit beidseits - Hörgerät beidseits - anamnestisch Tinnitus beidseits - chronifiziertes, nicht näher spezifizierbares weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom unklarer Zuordnung - inkonstante Reproduzierbarkeit von diffus verteilten Tenderpoints an oberer und unterer Körperhälfte ohne somatisches Korrelat bei - im Übrigen unauffälligem Untersuchung des Bewegungsapparates - bis auf eine diskrete Chondrose HWK5 / 6 unauffällige radiologische Darstellung des Achsenskelettes - beginnende degenerative Veränderungen am Schultergelenk links ohne klinisch reproduzierbares Korrelat - Hinweise für eine deutliche Selbstlimitierung mit bewusstseinsnaher Schmerzverdeutlichung - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

E. 7.4

Bereits bei der Begutachtung am 30. Januar 2015 habe der Versicherte bei der letzten Untersuchung für das psychiatrische Teilgutachten angegeben, dass er den Übersetzer nicht verstehen würde, da dieser einen anderen Dialekt spreche. Dies sei jedoch bis zu diesem Zeitpunkt nicht aufgefallen und der Versicherte sei teilweise in den Pausen dabei beobachtet worden, wie er sich lebhaft mit dem Übersetzer unterhalten habe. Bei der aktuellen Untersuchung sei derselbe Übersetzer geschickt worden. Nach Rücksprache mit dem Versicherten sei die Anamneseerhebung für das Grundgutachten mit diesem Dolmetscher erfolgt, Verständigungsschwierigkeiten hätten sich nicht ergeben, auch auf Nachfrage nicht. Hingegen sei aufgefallen, dass der Versicherte einige Male den Übersetzer korrigiert habe, als dieser seiner Meinung nach etwas nicht richtig auf Arabisch übersetzt habe (S.

58 Ziff. 7.4). Gänzlich im Widerspruch zu diesem Verhalten sei, dass der Versicherte seit Jahren eine psychiatrische Behandlung auf Deutsch durchführe und auch die aktuelle tagesklinische Behandlung auf Deutsch stattfinde (S.

59 oben).

Beim Grundgutachten habe

der Versicherte die Schmerzen erst auf Nachfragen hin angegeben und auch dann nur pauschal geschildert, die seit der letzten Begutachtung unverändert seien. Beim Rheumatologen habe er ausgedehnte Schmerzen angegeben, die zugenommen hätten.

Beim Grundgutachten habe er sich problemlos vornüber

neigen können mit einem Fingerbodenabstand (FBA) von 0 cm,

während dies beim Rheumatologen erst nach mehreren Versuchen möglich gewesen sei (S. 59 Mitte) .

Die angegebene Zwangsstörung mit Händewaschen und Duschen seit dem Unfall sei beim Vorgutachten völlig unauffällig gewesen . Dieses Mal habe er beim Grundgutachten schon nach Eintreten ins

Zimmer eine Packung mit Feuchttüchern auf den Tisch gelegt, und bei der Rückkehr vom WC die Türen nur mit einem

Papiertuch in der Hand geschlossen und sich danach die Hände gründlich mit

Feuchttüchern gereinigt . Bei den anderen Teilgutachten sei dieses Verhalten nicht zu

beobachtet gewesen . Dafür habe er bei der psychiatrischen Untersuchung angegeben , dass er auf der

Toilette sämtliche Kleider ausgezogen und auf Zeitungspapier gelegt habe (S. 59 unten).

Entgegen früheren und beim Grundgutachten gemachten Angaben, er sei vor dem Krieg in Libanon in die Schweiz geflüchtet, habe er beim neuropsychologischen und psychiatrischen Teilgutachten angegeben, er sei aus wirtschaftlichen Gründen in die Schweiz gekommen. Auffällig sei auch die Angabe, dass er sich wie bei einer Einvernahme fühle. Er könne jedoch nicht näher angeben, weshalb dies so sei , und was zu ändern wäre, damit er dies nicht so wahrnehme. Bei den Teilgutachtern sei dies nicht mehr erwähnt worden (S. 60 oben). 8 .

Im Schreiben vom 31. Oktober 2018 wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer absolviere eine ambulante Gruppentherapie im K. ____, und es würden die Ergebnisse eines dort durchgeführten Tests eingereicht (Urk. 13). Als Beilage zu einem vom 23. Oktober 2018 datierenden Dokument ohne ersichtliche Angaben zu dessen Autorschaft wurde ein mit «Paranoid-Depressivitäts-Skala (PDS)» betiteltes Datenblatt eingereicht, das aufgrund eines am 7. Juni 2018 durchgeführten Tests von 27 Minuten Dauer (S. 1 oben) entstanden war (Urk. 14). 9. 9. 1

Im Rahmen der 2010 abgeschlossenen Anspruchsprüfung kam die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass im Vergleich zum Sachverhalt, der 2007 der Renten zusage ab März 2003 zugrunde gelegen hatte, keine relevante Änderung eingetreten sei (vorstehend E. 4.5).

Zu vergleichen ist somit der aktuelle Sachverhalt mit dem der Rentenzusprache 2007 zugrunde gelegten Sachverhalt, mithin den im Y.____ -Gutachten von 2006 getroffenen Feststellungen. 9.2

Im Y.____ -Gutachten wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) diagnostiziert (vorstehend E. 3.2).

Im Z.____ -Gutachten von 2015 wurden als psychiatrische Diagnosen (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und ein Status nach Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastung (ICD-10 F43.21) genannt (vorstehend E. 5.5).

Im Z.____ -Gutachten von 2017 wurde als psychiatrische Diagnose (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) genannt. 9.3

In diagnostischer Hinsicht besteht demnach ein markanter Unterschied zwischen den Beurteilungen im Jahr 2006 (Y.____) und 2015 /2017 (Z.____). Wohl wurde durchgängig eine Schmerzstörung (F45) diagnostiziert. Die 2006 zusätzlich gestellte Diagnose einer schweren depressiven Störung mit psychotischen Symptomen (F32.3) konnte hingegen sowohl 2015 als auch 2017 nicht bestätigt werden. In beiden neueren Gutachten wurde diesbezüglich eingehend und begründet dar gelegt, dass die vom Beschwerdeführer angegebenen Wahrnehmungsstörungen nicht objektiviert werden konnten ,

keine depressive Stimmungslage festzustellen war und die Kardinalsymptome einer Depression nicht gegeben waren (vorstehend E. 5.3) , beziehungsweise dass die vom Beschwerdeführer geschilderte psychische Symptomatik keiner psychiatrischen Störung zugeordnet werden könne und möglicherweise im Rahmen eines symptomverstärkenden Verhaltens interpretiert werden müsse , und dass keine Hinweise für eine depressive Störung bestünden (vorstehend E. 7.2).

Die entsprechenden Darlegungen in beiden Gutachten sind nachvollziehbar und schlüssig und führen zur Feststellung, dass sich den Gutachtern 2015 und 2017 ein Gesundheitszustand präsentierte, der deutlich verschieden war vom Gesundheitszustand, der sich den Gutachtern 2006 präsentierte hatte.

Daran ändert die am Schluss des Gutachtens von 2015 angefügte Wendung, es könne nicht von einer Veränderung des Gesundheitszustandes gesprochen werden , sondern es handle sich eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts (vorstehend E. 5.6 am Ende) nichts, denn sie ist nicht vereinbar mit allen übrigen im Gutachten gemachten Feststellungen. So wurde etwa festgehalten, ob 2006 eine depressive Störung vorgelegen habe, lasse sich retrospektiv nicht plausibel beantworten (vorstehend E. 5.3) , und es wurden eine vorübergehende Anpassungsstörung wie auch - allenfalls unter Therapie gebesserte - einzelne depressive Phasen als möglich erachtet (vorstehend E. 5.3 am Ende). Dass 2006 der Sachverhalt der gleiche gewesen sei wie 2015 und nun lediglich anders beurteilt werde, lässt sich vor diesem Hintergrund gerade nicht sagen, vielmehr stützen sämtliche Angaben im Gutachten (ausser der genannten) die entgegengesetzte Feststellung. 9.4

Somit bleibt festzuhalten, dass sich der aktuell gegebene Gesundheitszustand und derjenige, welcher zur ursprünglichen Rentenzusprache geführt hat, erheblich unterscheiden. Es liegt also eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen vor , die Anlass zur

revisionsweisen Überprüfung des Rentenanspruchs gibt (vorstehend E. 1.2). Damit erübrigt sich die Frage einer allfälligen Überprüfung auch ohne Sachverhaltsänderung gestützt auf die 6a-Revisionsbestimmungen (vorstehend E.

1.3). 9.5

9.5.1

Zahlreiche Hinweise auf eine Aggravation oder damit vergleichbare Auffälligkeiten (vorstehend E. 1.7) finden sich sowohl im Gutachten von 2015 (vorstehend E. 5.2 und 5.4) als auch im Gutachten von 2017 (vorstehend E. 7.4). 9.5.2

Im Gutachten von 2015 wurde ausgeführt, die in der Untersuchung gezeigten Verhaltensweisen und Einschränkungen hätten nicht durch organische Befunde erklärt werden können, so etwa insbesondere eine wiederholt beobachtete Fallneigung, die bei einer wirklich vorhandenen neurologischen Störung nicht hätte aufgefangen werden können (S. 53 Ziff. 4.2). Die biografischen Angaben seien unklar und widersprüchlich gewesen (S. 54 oben). Erwähnt wurde auch, dass der Beschwerdeführer eine spezielle Haltung der einen Hand demonstrierte, aber wiederholt beobachtet werden konnte, wie er diese Hand und auch die Schulter ohne Anzeichen von Schmerzen völlig normal bewegte (S. 54 Mitte). Er habe sich ohne Verständigungsschwierigkeiten mit dem Dolmetscher unterhalten, bei der psychiatrischen Untersuchung dann aber angegeben, den Übersetzer nicht verstehen zu können (S. 54). Die Angaben über die Medikamenten-Einnahme seien absolut nicht nachzuvollziehen, die gemessenen Medikamentenspiegel seien alle unterhalb des messbaren Bereichs (S. 54 unten).

Aus rheumatologischer Sicht wurden eine offensichtliche bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung und Selbstlimitierung (S. 63 Mitte) und ein nicht näher spezifizierbares Beschwerdebild mit inkonstant reproduzierbaren Tenderpoints (S.

64 oben) festgehalten. Die neuropsychologische Untersuchung zeigte ein Aggravationsverhalten, weshalb die Ergebnisse der Leistungstests nicht inhaltlich ausgewertet werden konnten und wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde

lieferten, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbildeten

(S. 73 Mitte). Aus psychiatrischer Sicht wurde auf erhebliche Inkonsistenzen und ein ausgesprochen selbstlimitierendes Verhalten hingewiesen (S. 95 f.) und auf - näher dargelegte - nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen (S. 98) und ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild (S. 98 unten). 9.5.3

Im Gutachten von 2017 wurde wiederum über Unstimmigkeiten in den biografischen Angaben (S. 60 oben) und Auffälligkeiten bezüglich der Notwendigkeit einer Übersetzung beziehungsweise deren Modalitäten berichtet (S. 58 Ziff. 7.4). Im Rahmen der Grundbegutachtung habe sich der Beschwerdeführer problemlos mit einem FBA von 0 cm vornüberneigen können, während dies beim Rheumatologen erst nach mehreren Versuchen möglich gewesen sei (S. 59 Mitte).

Beim Grundgutachten habe er die angegebene Zwangsstörung des Händewaschens - auf näher dargelegte Weise - demonstriert, bei den anderen Teilgutachten sei dieses Verhalten nicht zu beobachten gewesen. Dafür habe er bei der psychiatrischen Untersuchung

angegeben, dass er auf der Toilette sämtliche Kleider ausgezogen und auf Zeitungspapier gelegt habe (S. 59 unten). 9.6

Die Inkonsistenzen und auf Aggravation schliessen lassenden Auffälligkeiten sind in einer Vielfalt und Fülle vorhanden, die zum Schluss führen, dass vor liegend effektiv vom Vorliegen eigentlicher Ausschlussgründe im Sinne der Recht sprechung (vorstehend E. 1.7) auszugehen ist.

Damit liegt schon aus diesem Grund kein versicherter Gesundheitsschaden vor, weshalb von der detaillierten Prüfung der Standardindikatoren im Sinne des strukturierten Beweisverfahrens abzusehen ist (vgl. vorstehend E. 1.8). Lediglich der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung der Z.____ - Gutachter, die zu stellenden Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, möglicherweise auch mit Hinweis darauf, was sich zur Kategorie der Konsistenz ergäbe (vgl. vorstehend E. 1.6), zu bestätigen wäre. 9.7

Aus den genannten Gründen liegt kein versicherter Gesundheitsschaden und somit keine anspruchrelevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vor, womit auch kein Rentenanspruch besteht.

Damit erweist sich die mit der angefochtene Verfügung erfolgte Rentenaufhebung als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 10.

E. 10

f. Ziff. 6). Das Z.____ -Gutachten stehe hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit im Widerspruch zu allen anderen aktenkundigen Gutachten und Berichten, dies mit Ausnahme des von der Beschwerdegegnerin selber als beweisuntauglich beurteilten Gutachtens von 2009, und auch diagnostisch bestünden erhebliche Abweichungen (S. 17 f. Ziff. 10).

E. 10.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf §

E. 10.2

Nach § 34 Abs. 3 GSVGer bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der seit 1. Juli 2011 in Kraft stehenden Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

E. 10.3

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin hat mit Honorarnote vom 7. Mai 2019 (Urk. 16) einen Aufwand von 26 Stunden und Barauslagen von Fr. 87.70 (Urk. 17) geltend gemacht.

Der von der Rechtsvertreterin geltend gemachte Aufwand ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass sie den Beschwerdeführer schon im Vorbescheid verfahren vertrat und die

Akten somit bekannt waren. Sodann entspricht die Beschwerdeschrift zumindest in Teilen der Stellungnahme vom 2. Mai 2016 zum Vorbescheid (Urk. 10/251). Namentlich erscheint ein Aufwand von rund 20 Stunden für die Beschwerdeschrift als überhöht.

Angesichts der zu studierenden Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, der gut 20-seitigen Beschwerde, den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträgen ist ein Aufwand von insgesamt rund 14 Stunden als gerechtfertigt zu bezeichnen.

Somit ist die unentgeltliche Rechtsvertreterin beim praxisgemässen Satz von Fr. 220.-- mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Marina Kreuzmann , Zürich, wird mit Fr. 3'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Marina Kreuzmann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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, zuzustellen.

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

E. 13

ff.) und die von ihnen am 27., 30. und 31. März sowie 7. April 2017 (S. 1 unten) erhobenen Befunde.

E. 16

Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) .

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