

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00145 vom 24. Oktober 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00145](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00145)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00145 du 24 octobre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00145 del 24 ottobre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

8. Mai 2010 ein ( Urk. 13 /98). Am 2. September 2010 erlangte sie Kenntnis von der Einleitung eines Strafverfahrens gegen den Versicherten durch die Arbeitslosenkasse und die Sozialen Dienste der Stadt Zürich wegen Verdachts auf (Versicherungs-)Betrug und Urkundenfälschung (vgl. Urk. 13/103 ff., Urk. 13 /115-120) .

Daraufhin verfügte sie am 17. Mai 2011 die Sistierung der laufen den Viertelsrente ( Urk. 13 /125). Die vom Versicherten dage gen erhobene Beschwerde wurde vom hiesigen Gericht mit dem - unangefochten in Rechtskraft erwachsenen - Urteil IV.2011.00685 vom 23. Januar 2013 abge wiesen ( Urk. 13 /170).

### **E. 1.1**

Die massgeblichen rechtlichen Grundlagen zum Invaliditätsbegriff, zum Renten anspruch und zur Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleich wurden bereits in den Erwägungen 1 sowie 2.1-3 des Rückweisungsurteil s des Sozialver sicherungsgerichts IV.2015.950 vom 2 7. März 2017 wiedergegeben ( Urk. 13/230 ). Darauf kann verwiesen werden.

### **E. 1.2**

Zu ergänzen ist, dass gemäss Art. 17 des Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) Invalidenrenten dann, wenn

s ich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers nach der Leis tungszusprechung erheblich ändert , von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöh t, herabgesetzt oder aufgehoben werden . Anlass zur Rentenrevision im Sinne von Art. 17 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich geblie benen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bun desgerichts 9C\_261/2009 vom 1 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswir kungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des

Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismäßigkeit und Invaliditätsbeurteilung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Im Mai 2011 stellte die IV-Stelle dem Versicherten erneut den Revisionsfragebogen zu (Urk. 13/124; vgl. auch Urk. 13/133-134) und holte wegen der geltend gemachten gesundheitlichen Verschlechterung (Urk. 13/127, Urk. 13/140) das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS G. \_\_\_ vom 18. Oktober 2012 ein (Urk. 13/146). Laut diesem Gutachten war der Versicherte in einer leichten Tätigkeit immer uneingeschränkt arbeitsfähig (Urk. 13/164/37-39). Am 29. November 2011 reichte die IV-Stelle bei der zuständigen Staatsanwaltschaft eine Strafanzeige gegen den Versicherten ein wegen dringendem Verdacht auf unrechtmässigen Bezug von IV-Leistungen (Urk. 13/151). Ferner zog sie die neusten Akten des laufenden Strafverfahrens bei

(Urk. 13/153, Urk. 13/173; vgl. auch Urk. 13/155-157). Daraus ging hervor, dass das Verfahren bezüglich Handlungen im Zeitraum vor dem 1. Februar 2002 eingestellt worden war, der Versicherte aber mit Urteil des Bezirksgerichts Zürich vom 1. Februar 2012 des gewerbmässigen Betruges wegen unrechtmässigen Bezugs von Leistungen der Sozialhilfe (Urk. 13/173/21, Urk. 13/173/67, Urk. 13/173/149-151) sowie von Taggeldern der Arbeitslosenversicherung (Urk. 13/173/127-129, Urk. 13/173/149-150) sowie der mehrfachen Urkundenfälschung schuldig gesprochen und zu einer bedingten Freiheitsstrafe von zwei Jahren verurteilt worden war (Urk. 13/153, Urk. 13/173; vgl. auch Urk. 13/155-157).

Mit Revisionsgesuch vom 7. Januar 2014 machte der Versicherte bei der IV-Stelle unter Hinweis auf Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte (Urk. 13/187) erneut eine gesundheitliche Verschlechterung geltend (Urk. 13/188). Die Staatsanwaltschaft stellte das von der IV-Stelle eingeleitete Strafverfahren betreffend (Versicherungs-)Betrug mit Verfügung vom 11. April 2014 ein (Urk. 13/199-200). Unter Berücksichtigung der aktuellsten ärztlichen Verlaufsberichte (vgl. Urk. 13/190-192, Urk. 13/202) gelangte die IV-Stelle zur Einschätzung, der Versicherte sei sowohl in der angestammten Tätigkeit als Geschäftsmann als auch in einer angepassten Tätigkeit zu keiner Zeit arbeitsunfähig gewesen. Zudem habe er seine Meldepflicht verletzt, indem er ihr unvollständige Angaben über den Umfang seiner (selbständigen) Erwerbstätigkeit in den Jahren 2002 bis 2007 gemacht habe; bei korrekten Angaben wäre keine Leistungszusprechung erfolgt. Deshalb hob sie die Rente nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 13/203, Urk. 13/207) mit Verfügung vom 22. Juli 2015 rückwirkend ab Februar 2007 auf. Den Zeitpunkt der Rentenaufhebung begründete sie damit, dass die mit dem Einspracheentscheid vom 8. Januar 2007 rückwirkend ab 1. Februar 2004 zugesprochene Viertelsrente wegen der Bestätigung des Einspracheentscheids mit dem Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2007.00205 vom 30. Dezember 2008 nicht aufgehoben werden könne (Urk. 13/215). Die vom Versicherten dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 13/217/3) wurde vom Sozialversicherungsgericht mit dem Urteil IV.2015.00950 vom 27. März 2017 in dem Sinne gutgeheissen, dass die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde, damit diese prüfe, ob sich der Gesundheitszustand seit Erlass des Einspracheentscheids vom 8. Januar 2007 wesentlich

geändert habe, und hernach neu über den Rentenanspruch verfüge (Urk. 13/230). Die ses Urteil wurde rechtskräftig.

#### **E. 1.4**

Die IV-Stelle traf daraufhin ergänzende berufliche Abklärungen (Urk. 13/233-242, Urk. 13/244). Der Beschwerdeführer reichte zudem aktuelle medizinische Berichte ein (Urk. 13/243). Nach Durchführung des Vorbescheid verfahrens, in dessen Rahmen der Versicherte die Einholung eines medizinischen Gutachtens beantragt hatte (Urk. 13/247-250, Urk. 13/252-253), verfügte die IV-Stelle am 29. Dezember 2017 erneut die rückwirkende Aufhebung der Rente ab Februar 2007 (Urk. 2).

#### **E. 2**

).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

##### **E. 2.1**

Das Sozialversicherungsgericht hielt in Erwägung 5.2-3 des Rückweisungsurteil s IV.2015.950 vom 27. März 2017 fest, d er Sachverhalt, welcher zur strafrecht lichen Verurteilung des Beschwerdeführers wegen gewerbsmässigen Betruges und mehrfacher Urkundenfälschung geführt habe , habe sich schwergewichtig vor Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung vom 26. Juni 2006 beziehungsweise des diese ersetzenden Einspracheentscheides vom 8. Januar 2007 ereignet . All fällige durch das Strafurteil zu Tage getretene und für die Ermittlung der zumut baren Arbeitsfähigkeit oder der Validen- und Invalideneinkommen erhebliche neue Tatsachen hätten sich bei Erlass des Einspracheentscheids vom 8. Januar 2007 bere its verwirklicht. Damit scheidet diesbezüglich eine Revision der Rente gestützt auf Art. 17 ATSG wegen einer nachträglichen Veränderung des Invalidi tätsgrades ( nach Erlass des Einspracheentscheids vom 8. Januar 2007) aus. Eine Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG wegen zweifelloser Unricht igkeit des Einspracheentscheids vom 8. Januar 2007 komme

ebenfalls nicht in Frage, weil

bei der Wiedererwägung einzig auf die Verhältnisse und den Wissens stand im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids abzustellen sei und weil der Einspracheentscheid Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung (mit dem Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2007.00205 vom 30. Dezember 2008 ) gebildet habe. Aus dem letztgenannten Grund habe die IV-Stelle den Ein spracheentscheid vom 8. Januar 2007 auch nicht wegen erheblicher neue r Tat sachen , welche durch d as Strafurteil zu Tage getreten seien,

in (prozessuale) Revision im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG ziehen können. In dieser Situation hätte sie beim Sozialversicherungsgericht ein Gesuch um Revision des Urteils vom 30. Dezember 2008 im Sinne von § 29 GSVGer stellen können, was sie aber nicht getan habe. Es könne deshalb bloss noch geprüft werden, ob bez iehungsweise inwiefern sich der körperliche und/oder psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in der Zeit zwischen dem Erlass des mit dem Urteil des Sozialversicherungsgerichts im Verfahren IV.2007.00205 vom 30. Dezember 2008

bestätigten Einspracheentscheids vom 8. Januar 2007 und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Juli 2015 wesentlich geändert habe, beziehungsweise ob insofern die

Voraussetzungen für eine materielle Rentenrevision im Sinne von Art. 17 ATSG gegeben seien. Hierzu sei die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen. Unter diesen Umständen brauche nicht geprüft zu werden, ob die bereits bei den Akten liegenden medizinischen Berichte und Gutachten zur Klärung dieser Frage ausreichen oder ob zuerst weitere medizinische Abklärungen getätigt werden müssten (Urk. 13/230).

### **E. 2.2**

Die IV-Stelle begründete die rückwirkende Rentenaufhebung in der angefochtenen Verfügung vom 29. Dezember 2017 damit, der Beschwerdeführer habe seit dem 8. Januar 2007, dem im Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2015.00950 vom 27. März 2017 bestimmten Vergleichszeitpunkt, zweimal eine neue Erwerbstätigkeit (bei der H. \_\_\_ AG sowie der I. \_\_\_ AG) aufgenommen. Dabei habe er jeweils neu ein Einkommen von jährlich mindestens Fr. 1'500.-- im Sinne von Art. 31 IVG erzielt. Hierbei handle es sich zweifellos um erhebliche Veränderungen der tatsächlichen Verhältnisse, welche geeignet seien, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Damit liege ein erwerblicher Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vor. Infolgedessen müsse der Rentenanspruch sowohl in rechtlicher als auch in tatsächlicher Hinsicht umfassend geprüft werden. Deshalb könne auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS G. \_\_\_ vom 18. Oktober 2012 abgestellt werden, unabhängig davon, ob darin eine andere Beurteilung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands vorgenommen werde oder nicht. Laut dem Gutachten sei ihm die angestammte, körperlich leichte Tätigkeit als Geschäftsmann durchgehend zumutbar gewesen. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht nötig, zumal eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in der Zeit zwischen dem Begutachtungszeitpunkt und der Pensionierung nicht ausgewiesen sei. Gestützt darauf habe zu keiner Zeit ein Rentenanspruch bestanden. Der Beschwerdeführer habe seine Meldepflicht verletzt, indem er die Tätigkeiten bei der H. \_\_\_ AG sowie der I. \_\_\_ AG viel zu spät gemeldet habe. Zwischen dieser Meldepflichtverletzung und dem unrechtmässigen Leistungsbezug bestehe ein Kausalzusammenhang: Hätte er die Tätigkeiten früher gemeldet, wäre das im Jahr 2012 erstellte Gutachten früher eingeholt worden, was zu einer früheren Renteneinstellung geführt hätte. Eine weitere Meldepflichtverletzung habe der Beschwerdeführer hinsichtlich des Umstands begangen, dass er sich vom 26. Juni bis 13. Oktober 2008 109 Tage in Untersuchungshaft befunden habe. Gestützt auf Art. 21 Abs. 5 ATSG hätte sie die Auszahlung der Rente während dieser Zeit stoppen dürfen, was sie mangels Meldung nicht getan habe. Zu spät gemeldet habe er schliesslich auch die Tatsache, dass er sich in den Jahren 2008 bis 2017 während etwa 13 Monaten in Pakistan aufgehalten habe, wobei er am 28. September 2017 retrospektiv keine genaueren Angaben zu den genauen Zeiträumen machen könne. Wäre er pflichtgemäss vorgegangen, hätte sie prüfen können, ob er damit seinen Wohnsitz verlegt habe, und die Leistungen gegebenenfalls für diese Zeit einstellen können. Möglicherweise seien Leistungen während der Auslandsaufenthalte zu Unrecht ausbezahlt worden. Aus diesen Gründen sei die Rente rückwirkend per Anfang Februar 2007 einzustellen (Urk. 2, Urk. 12; vgl. auch Urk. 13/234, Urk. 13/245, Urk. 13/252/2-3).

### **E. 2.3**

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, er habe im Zeitraum von Februar 2007 bis zu seiner Pensionierung im Mai 2016 mindestens Anspruch auf eine Viertelsrente. Auch im Rahmen von Art. 31 IVG gälten die Grundsätze von Art. 17 ATSG, wonach eine Invalidenrente nur dann revidiert werden könne, wenn eine erhebliche Änderung in den

tatsächlichen Verhältnissen eingetreten sei, welche sich auf den Invaliditätsgrad und die Leistung auswirke. Die Annahme der IV-Stelle, dass jedes neu erzielte Einkommen in Höhe von Fr. 1'500.-- einen Revisionsgrund darstelle, treffe nicht zu. Art. 31 IVG bestimme einzig, dass, aus gehend vom bisherigen Invalideneinkommen, bloss eine Einkommensverbesserung von mehr als Fr. 1'500.-- relevant sei. Bei der ursprünglichen Zusprechung der Viertelsrente aufgrund eines Invaliditätsgrads von 43 % sei von einem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 38'935.-- ausgegangen worden. Ein möglicher Revisionsgrund liege erst dann vor, wenn er ein Jahreseinkommen von über Fr. 40'400.-- auch tatsächlich verdiene. Das in den Jahren 2009 respektive 2012 während einiger Monate effektiv erzielte Einkommen von Fr. 1'600.--, was hochgerechnet auf ein Jahr maximal Fr. 19'200.-- entspreche, komme nicht annähernd an das dem ursprünglichen Rentenentscheid zugrunde gelegte Invalideneinkommen heran. Damit lägen weder eine relevante Einkommensverbesserung im Sinne von Art. 31 IVG noch ein Revisionsgrund vor. Ausserdem habe sich sein Gesundheitszustand in der Zeit ab Februar 2007 nicht verbessert. Das MEDAS-Gutachten vom 18. Oktober 2012 sei im vorliegenden Kontext unbeachtlich, weil darin eine andere Einschätzung des unveränderten Sachverhalts vorgenommen werde. Die im Gutachten enthaltene Verlaufsbeurteilung beziehe sich folglich stets auf eine falsche Ausgangslage und sei deshalb nicht brauchbar. Folglich könne die IV-Stelle die Aufhebung der laufenden Viertelsrente auch nicht mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes begründen. In den sonstigen medizinischen Berichten sei eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes ab Januar 2007 dokumentiert. Die Gutachter E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ hätten in ihrer interdisziplinären Expertise festgestellt, dass er wegen seines schlechteren psychischen Zustands ab Januar 2007 nur noch im Umfang eines 70%-Pensums arbeitsfähig sei. Diese Änderung führe zu einem Invaliditätsgrad von über 50 % und damit zum Anspruch auf eine halbe Rente nach Ablauf der drei monatigen Übergangsfrist gemäss Art. 88a IVV ab 1. April 2007. Hinsichtlich der weiteren gesundheitlichen Entwicklung bestünden in den Akten zahlreiche Hinweise, dass sich sein Gesundheitszustand weiter verschlechtert habe, etwa die im Gutachten der MEDAS G.\_\_\_\_ erwähnte Verschlechterung der kardialen Situation im Jahr 2010. Auch aus den von ihm mit seinem letzten Revisionsbegehren vom 7. Januar 2014 eingereichten Berichten ergäben sich Hinweise auf eine weitere Zustandsverschlechterung. Da eine verlässliche Gesamtbeurteilung seiner Leiden für die Zeit ab April 2007 fehle, müsse die Sache an die IV-Stelle zur umfassenden gutachterlichen Abklärung des medizinischen Sachverhalts ab April 2007 zurückgewiesen werden. Die Ausführungen der IV-Stelle zur allfällig unterlassenen Meldung der Untersuchungshaft und von Auslandsaufenthalten seien im vorliegenden Kontext, wo der Rentenanspruch und die Höhe des Invaliditätsgrades strittig seien, nicht relevant. Denn diese Umstände hätten höchstens auf die Auszahlung der Invalidenrente einen Einfluss (Urk. 1 S. 3-7).

### **E. 3.1**

Dem mit dem Urteil des Sozialversicherungsgerichts im Verfahren IV.2007.00205 vom 30. Dezember 2008

bestätigten Einspracheentscheid vom 8. Januar 2007, womit wiederum die in der Rentenverfügung vom 26. Juni 2006 ab 1. Februar 2004 zugesprochene Viertelsrente bestätigt wurde, lagen in medizinischer Hinsicht folgende Beurteilungen zugrunde:

Der Internist und Kardiologe Dr. B.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer am 17. Oktober 2005 gutachterlich untersuchte, stellte in seinem Gutachten vom 8. Dezember 2005 die

Diagnose einer koronaren Dreifässerkrankung bei kardiovaskulären Risikofaktoren (positive Familienanamnese, arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Adipositas). Weiter diagnostizierte er atypische Thoraxbeschwerden funktioneller oder möglicherweise zum Teil auch muskuloskelettaler Genese sowie rezidivierende Rückenbeschwerden, möglicherweise im Sinne eines Lumbovertebralsyndroms. Aus internistischer und kardiologischer Sicht, aber sei neuer Ansicht nach auch unter Berücksichtigung der Beschwerden im Bewegungsapparat, sei der Beschwerdeführer für körperlich leicht und mittelschwer belastende Arbeiten zu 100 % arbeitsfähig, was bedeute, dass er seine frühere Tätigkeit als Geschäftsführer uneingeschränkt ausüben könnte (Urk. 13/22).

Am 13. Februar 2006 wurde der Beschwerdeführer durch die Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ gutachterlich untersucht. Im Gutachten vom 15. Februar 2006 diagnostizierte sie eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode und somatischem Syndrom, akzentuierte narzisstische und histrionische Persönlichkeitszüge mit Somatisierungstendenz sowie eine schwerwiegende psychosoziale Belastungssituation. Dr. C.\_\_\_\_ erklärte sich die vor gefundene Symptomatik damit, dass der Beschwerdeführer auf die langwierige Versicherungstreitigkeit seiner Arbeitgeberin wegen des Wasserschadens, welche schliesslich zum Zusammenbruch des Geschäfts geführt habe, und die damit einhergehende psychosoziale Demontage und Fürsorgeabhängigkeit mit einer depressiven Entwicklung reagiert habe, welche ihn weitgehend handlungsunfähig gemacht und blockiert habe. Seine narzisstisch und histrionisch gefärbte Persönlichkeitsstruktur mit einer Tendenz zur Somatisierung schränke insbesondere seine Umstellungsfähigkeit ein. Dies führe - nebst kulturellen Faktoren - dazu, dass er die aktuelle schwere psychosoziale Belastungssituation beziehungsweise den erlebten sozialen Abstieg nur schlecht tolerieren könne. Aus psychiatrischer Sicht sei er daher in der bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführer seit etwa Mitte 2003 zu 50 % arbeitsunfähig. In einer einfachen Tätigkeit, beispielsweise als Museumswächter, Magaziner oder Portier, bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 80 %. Eine Verbesserung der Symptomatik könne erst bei Überwindung der schwerwiegenden psychosozialen Belastungsfaktoren erwartet werden. Andernfalls sei eine Chronifizierung der depressiven Störung sowie das Verharren des Beschwerdeführers in einem demonstrativen, narzisstisch gekränkten, regredierten Zustand zu befürchten (Urk. 13/26).

Im Urteil des Sozialversicherungsgerichts wurden zusätzlich der Bericht des Hausarztes Dr. J.\_\_\_\_ vom 16. März 2005 sowie die Berichte von Dr. K.\_\_\_\_, Oberarzt des Universitätsspitals L.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 27. November 2007 und 9. Juni 2008 betreffend die Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers berücksichtigt. Soweit daraus auf die gesundheitliche Situation bei Erlass des Einspracheentscheids vom 8. Januar 2007 geschlossen werden konnte, gelangte das Gericht zur Beurteilung, dass die Rückenbeschwerden noch kein invalidisierendes Ausmass angenommen hatten (Urk. 13/71/14). Das Sozialversicherungsgericht ging abschliessend in medizinischer Hinsicht davon aus, dass der Beschwerdeführer in der herkömmlichen Tätigkeit als Geschäftsführer ein Pensum von 50 % bewältigen könnte, in einer behinderungsangepassten, einfachen, körperlich leicht und mittelschweren Tätigkeit erachtete es ein Pensum von 80 % für zumutbar. Dabei stellte es auf das Profil von Dr. B.\_\_\_\_ und die psychiatrische Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ ab (Urk. 13/71/14).

In erwerblicher Hinsicht erachtete es das Sozialversicherungsgericht als erwiesen, dass der Beschwerdeführer als Gesunder in einer Tätigkeit als Angestellter im Handels- und

Dienstleistungsgewerbe, welche Fachkenntnisse erfordere, im Jahr 2004 in einem 100%-Pensum ein Jahreseinkommen von Fr. 68'755.-- hätte erzielen können (hypothetisches Valideneinkommen). Unter Berücksichtigung seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen sei ihm im gleichen Jahr die Erzielung eines Invalideneinkommens von Fr. 38'935.60 in einer einfachen, körperlich leicht bis mittelschwer belastenden Tätigkeit mit einem Beschäftigungsgrad von 80 % zumutbar (Urk. 13/71/15-18). Daraus resultierte bei einem Invaliditätsgrad von 43 % der Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. Februar 2004.

### **E. 3.2**

Da der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 17. Oktober 2008 und 25. Februar 2009 eine Schmerzexazerbation im lumbosakralen Bereich geltend machte (Urk. 13/70, Urk. 13/72), holte die IV-Stelle das interdisziplinäre orthopädisch-psychiatrische Gutachten des Orthopäden Dr. E.\_\_\_\_ und des Psychiaters Dr. F.\_\_\_\_ vom 14. April 2010 ein.

Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte im Wesentlichen eine hypertrophe Spondylarthrose L4/5 mit birezessaler Stenose und Kompromittierung der Nervenwurzeln L5 sowie eine schwere Spondylarthrose L5/S1 mit Diskushernie, hochgradiger Spinalkanalstenose, Beeinträchtigung der Nervenwurzeln S1 bei konstitutionell engem Spinalkanal und Einengung des Canalis sacralis mit eventueller Beeinträchtigung der Nervenwurzeln S2. Die von ihm bildgebend erhobenen Befunde seien im Vergleich zu den anlässlich einer MRI-Untersuchung im Jahr 2007 erhobenen Pathologien nicht wesentlich schwerer (Urk. 13/98/5-7). Dr. F.\_\_\_\_ hielt zum psychischen Status fest, der Beschwerdeführer habe niedergeschlagen, affektarm und zeitweise affektlabil sowie im Antrieb eher reduziert gewirkt. Die Konzentrationsfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien etwas eingeschränkt gewesen. Er habe beim Gespräch auf seine exogenen Probleme eingeeengt gewirkt, wobei den ausufernden Ausführungen zu seinen geschäftlichen Problemen teils nicht habe gefolgt werden können. Daneben hätten keine Hinweise für inhaltliche Denkstörungen bestanden. Allerdings habe er die Befürchtung geäußert, verhaftet, entführt oder vergiftet zu werden. Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, sowie eine akzentuierte Persönlichkeit mit histrionischen und narzisstischen Persönlichkeitszügen mit Somatisierungstendenzen. Im Vergleich zur Situation anlässlich der Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_ habe sich der psychische Gesundheitszustand nicht wesentlich verändert. Aufgrund des langen Krankheitsverlaufs hätten sich die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aber geringgradig verstärkt (Urk. 13/98/15-21). Laut der interdisziplinären Beurteilung der Gutachter hatte sich die zumutbare Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zwischenzeitlich leicht verschlechtert. Dem Beschwerdeführer seien ab Januar 2007 noch körperlich leichte, wechselbelastend auszuübende Tätigkeiten in temperierten Räumen, ohne häufige inklinierte und reklinierte Körperhaltungen, ohne das Heben und Tragen von Gegenständen über 5 kg, ohne erhöhte emotionale Belastung, Stressbelastung und Dauerbelastung sowie ohne die Notwendigkeit geistiger Flexibilität und überdurchschnittlicher Konzentrationsfähigkeit zumutbar, und zwar wegen der psychischen Problematik nur noch im Umfang eines 70%-Pensums (Urk. 13/98/21-25).

### **E. 3.3**

Im Rahmen der im Mai 2011 eingeleiteten Rentenrevision (Urk. 13/124; vgl. auch Urk. 13/133-134) holte die IV-Stelle wegen der vom Versicherten geltend gemachten

gesundheitlichen Verschlechterung (Urk. 13/127, Urk. 13/140) das polydisziplinäre (internistische, rheumatologische, kardiologische und psychiatrische) Gutachten der MEDAS G. vom 18. Oktober 2012 ein. Die gutachterlichen Untersuchungen erfolgten vom 22. bis 24. Mai 2012 (Urk. 13/164/1). Die Gutachter diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare Herzkrankheit, eine langjährig bestehende arterielle Hypertonie sowie chronische Lumbalgien mit einer Spinalkanalstenose in den unteren LWS-Segmenten, mässigen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule (Spondylarthrose L4/5 und L5/S1) sowie einem zusätzlichen chronischen Schmerzsyndrom im rechten Lumbal-Gesässbereich, teils in das rechte Bein ausstrahlend, ohne somatische Grundlage. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Diabetes mellitus Typ 2 mit einer beginnenden peripheren Polyneuropathie, eine euthyreote Struma multinodosa, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoiden, dissozialen und narzisstischen Elementen sowie möglicherweise intermittierende depressive Episoden, gegenwärtig remittiert (Urk. 13/164/35-36).

Der rheumatologische Teilgutachter hielt fest, eine aufschlussreiche rheumatologische Untersuchung der Wirbelsäule und des rechten Beins sei aufgrund der massiven Schmerzäusserungen schon bei kleinsten Berührungen und der inkonsistenten Befunde nicht möglich gewesen. Harte objektivierbare Befunde wie bei spielsweise Weichteilatrophien, Reflexdifferenzen oder Hinweise auf ein reproduzierbares Radikulärsyndrom hätten nicht erhoben werden können. Der Langsitz sei bei Ablenkung unauffällig gewesen, was mit recht grosser Wahrscheinlichkeit ein relevantes Radikulärsyndrom der unteren lumbalen Segmente ausschliesse. Bildgebend zeigten sich recht ausgeprägte degenerative Veränderungen mit einer gewissen Progredienz zwischen 2003 und 2012. Am auffälligsten sei die erhebliche Spinalkanalstenose in den unteren Segmenten der Lendenwirbelsäule, allerdings ohne dass mit genügender Sicherheit auf eine neurogene Ausfallssymptomatik geschlossen werden könne. Wegen des eigenartigen Verhaltens des Beschwerdeführers müsse die Diagnosestellung und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hauptsächlich gestützt auf die radiologischen Befunde vorgenommen werden. Aufgrund der Alltagserfahrungen des Gutachters seien diese Befunde aber erheblich und schränkten die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich mittel schweren bis schweren Arbeit zu 100 % ein. Dagegen sei dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit repetitivem Tragen von Lasten von 10 kg bis Gürtelhöhe und 5 kg über Schulterhöhe, ohne gehäufte Rotationsbewegungen des Oberkörpers und ohne gehäufte Vibration zu 100 % zumutbar (Urk. 13/164/32, Urk. 13/164/47-48).

Der begutachtende Kardiologe führte eine seit 2000 bestehende koronare 3-Asterkrankung mit erhaltener Pumpfunktion auf. Der Beschwerdeführer habe nie eine typische Angina pectoris, sondern atypische Thoraxbeschwerden gehabt. Ein eigentliches Infarkt ereignis sei klinisch nie aufgetreten. Seit einer ersten koronaren Intervention am 12. Januar 2012 (PTCA und Stentimplantation) fühle er sich gegenüber dem Vorzustand schlechter, er klage über einen erhöhten Blutdruck beziehungsweise eine verlängerte Erholungszeit nach emotionalen Belastungen. Schmerzen auf der Brust habe er nur, wenn er einen Schock bekomme, etwa ein Telefon aus Pakistan. Anlässlich der kardiologischen Untersuchung habe er sich leider nicht auf dem Ergometer physisch belasten lassen und dafür starke Rückenschmerzen verantwortlich gemacht. Mangels eines aktuellen Belastungs-EKG könne nicht beurteilt werden, ob er an einer belastungsabhängigen Symptomatik leide. Die Anamnese dafür sei aber zu diffus. Die Herzkrankheit sei ein deutlich ungenügend therapiert.

Er habe weder einen Betablocker noch ein Langzeitnitrat. Die Beeinträchtigung wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus, indem der Beschwerdeführer aufgrund der nachgewiesenen Ischämieareale für mittel schwere bis schwere körperliche Arbeiten sicher zu 100 % arbeitsunfähig sei, während ihm leichte körperliche Arbeiten vollumfänglich zumutbar seien. Nicht auf die Arbeitsfähigkeit wirke sich die hypertensive Herzkrankheit mit einem diastolischen Compliance defekt aus (Urk. 13/164/32-33, Urk. 13/164/52-57).

Der Beschwerdeführer gab den Gutachtern an, unter Todesangst zu leiden: Er schulde einigen pakistanischen Persönlichkeiten Geld aus missglückten Geschäften. Diese würden ihn immer wieder telefonisch bedrohen. Er habe Angst, dass er und seine Familie einem Racheakt, etwa ausgeführt durch den pakistanischen Geheimdienst, zum Opfer fallen könnten (Urk. 13/164/23-24, Urk. 13/164/ Urk. 13/164/31). Der fallführende internistische Gutachter bemerkte, der Beschwerdeführer habe auf ihn wie ein gebrochener Mann, depressiv und schwer belastet gewirkt (Urk. 13/164/26, Urk. 13/164/28), während er beim rheumatologischen Gutachter keinen depressiven Eindruck hinterliess (Urk. 13/164/46). Dem psychiatrischen Gutachter gab er an, er fühle sich nirgendwo mehr sicher und leide unter dauernder Angst. Er habe auch Alpträume. Er müsse immer so tun, als ob es ihm gut gehe. Er liege die meiste Zeit im Bett und könne sich zu keinerlei Aktivitäten aufraffen. Laut dem begutachtenden Psychiater war es ausserordentlich schwer, die klinischen Befunde herauszuarbeiten. Der Beschwerdeführer habe während des ganzen Gesprächs versucht, auf der Ebene seiner vielfältigen geschäftlichen Aktivitäten zu bleiben und alle seelischen Dimensionen auszuklammern. Sein Privatleben sei aufgrund seiner Schilderungen blass und für den Gutachter nicht einfühlbar geblieben. Es müsse davon ausgegangen werden, dass sich psychopathologische Symptome auf den Bereich Freizeit und Familie nicht ausgewirkt hätten. Der Beschwerdeführer habe Angaben mit derart eklatanten Widersprüchen gemacht, dass der Wert seiner Angaben generell in Frage gestellt werden müsse. So habe er eine strafrechtliche Verurteilung geleugnet ebenso wie eine Berufstätigkeit in den letzten zehn Jahren. Diese habe er erst zugegeben, als der Gutachter ihn darauf hingewiesen habe, dass er dem federführenden Gutachter über eine Vermittlungstätigkeit berichtet habe. Neben diesen Besonderheiten hinsichtlich der Persönlichkeit sei wenig Psychopathologie fassbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe wohl bedrückt und niedergeschlagen gewirkt, die klassischen Symptome einer Depression seien aber nicht erfüllt. Auch habe keine klassische Angstsymptomatik mit vegetativen Begleiterscheinungen erhoben werden können. Der Beschwerdeführer habe zudem Bereiche angeben können, welche ihm Freude bereiteten, etwa die Erfolge seiner Kinder. Auch den Appetit habe er als unauffällig beschrieben. Sicher lebe er in einer schwierigen sozialen Situation mit Schulden und der Abhängigkeit von Fürsorgeleistungen. Die in zahlreichen Berichten erwähnten Depressionsdimensionen seien aber eher als normale psychologische Reaktionen auf ein risikoreiches, kompliziertes Geschäftsleben aufzufassen. Der Lebensstil des Beschwerdeführers und seine Neigung zu Pseudologien entsprächen in diagnostischer Hinsicht am ehesten einer Persönlichkeitsstörung. Der soziale Abstieg habe ihn auch angesichts seines hohen Selbstwerts schwer gekränkt. Für die Diagnose einer wahnhaften Erkrankung oder eines manischen Geschehens lägen keine genügenden Hinweise vor. Die Haltung des Beschwerdeführers, wonach er nicht Täter, sondern Opfer des ganzen Sozialwesens sei und die von ihm geäusserten Alpträume und Befürchtungen, im Fall eines Gefängnisaufenthalts möglicherweise vergiftet zu werden, seien im Gesamtzusammenhang betrachtet nicht konsistent. Sie bezweckten die Vermeidung von Verhaltensänderungen und die Weiterführung der bisherigen Tätigkeiten. Abgesehen von

der besonderen Persönlichkeit habe sich aktuell keine Psychopathologie im engeren Sinne fassen lassen. Die momentane Befindlichkeit sei als normale psychologische Reaktion auf die für den Beschwerdeführer massiv kränkenden Lebensumstände zu verstehen. Nicht auszuschliessen sei, dass einzelne vorüber gehende depressive Phasen bestanden hätten. Diese seien aber höchstens vorüber gehender Natur gewesen und hätten nicht zu einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit geführt. In der angestammten Tätigkeit als internationaler Geschäftsmann sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkt arbeitsfähig (Urk. 13/164/33-35, Urk. 13/164/66-67).

Die Gutachter gelangten nach erfolgtem interdisziplinärem Konsensfindungsprozess zur Beurteilung, beim Beschwerdeführer bestünden zum einen eindeutige organische Leiden, welche Schmerzen verursachten und die Leistungsfähigkeit einschränkten. Das kardiale Leiden, welches die Arbeitsfähigkeit vor allem einschränke, habe sich nach 2010 verschlechtert, während die Beeinträchtigungen im Bewegungsapparat seit 2010 in etwa gleich geblieben seien. Zum andern leide der Beschwerdeführer an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Bei seinen Aussagen wisse man nie, woran man sei. Eine eigentliche Symptomausweitung liege nicht vor, vielmehr bestünden viele unklare Symptome diversester Art. Es sei davon auszugehen, dass er trotz einer Verschlechterung des kardialen Leidens im Jahr 2010 in einer leichten Tätigkeit immer uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen sei. Diese Einschätzung gelte auch für den Zeitpunkt der Beurteilung im Jahr 2006 und die Situation anlässlich der Begutachtung im D.\_\_\_\_ im Jahr 2010, sei völlig unabhängig von den in den Strafakten enthaltenen Zusatzinformationen und stelle insofern eine Neuurteilung dar (Urk. 13/164/37-39).

#### **E. 3.4**

Mit seinem aktuellsten Revisionsgesuch vom 7. Januar 2014 (Urk. 13/188) reichte der Beschwerdeführer mehrere Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte ein.

Der Neurologe Dr. M.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 15. November 2013 eine chronisch-progrediente Lumbalgie mit radikulären Begleiterscheinungen beidseits sowie einer hochgradigen Spinalkanalstenose L5/S1 durch Diskushernie mit zusätzlicher Duralsackkompression und Beeinträchtigung der Nervenwurzeln S1 rechts und links. Weiter gab der behandelnde Neurologe an, anfangs Oktober hätten Einschlafgefühle am rechten Bein bestanden, welche sich aber wieder zurückgebildet hätten. Die neurologische Untersuchung habe eine diffuse Hypästhesie am ganzen rechten Bein ergeben. Zudem seien die Achillessehnenreflexe beidseits erloschen. Eine Elektromyografie habe keine Zeichen für eine akute Wurzelschädigung ergeben, hingegen Anhaltspunkte für durchgemachte Wurzelläsionen im Segment L5/S1 (Urk. 13/187/1-3).

Auf notfallmässige Zuweisung durch Dr. M.\_\_\_\_ (Urk. 13/187/3) bei Verdacht auf eine dekompensierte Herzinsuffizienz wurde der Beschwerdeführer in der Klinik für Innere Medizin und Kardiologie des Stadtspitals N.\_\_\_\_ behandelt und untersucht. Laut dem Kurzaustrittsbericht vom 15. November 2013 gab der Beschwerdeführer an, die seit mehreren Jahren bestehenden Herzbeschwerden hätten in den letzten Tagen zugenommen. Aufgrund der vorgenommenen Untersuchungen hielten es die Ärzte für unwahrscheinlich, dass ein akutes Koronarsyndrom vorlag. Sie entliessen ihn in gutem Allgemeinzustand nach Hause (Urk. 13/187/5). Im Folgebericht vom 26. November 2013 (Urk. 13/187/4-8) äussern sich die Ärzte des Stadtspitals N.\_\_\_\_ vorwiegend zur optimalen Therapie des kardialen Leidens, indem sie dem Beschwerdeführer die Durchführung einer

Koronarangiographie empfohlen. Der Beschwerdeführer hatte sich aufgrund persistierender Thoraxbeschwerden trotz Behandlung im Universitätsspital L.\_\_\_\_ zur Einholung einer kardiologischen Zweitmeinung bei den Kardiologen des Stadtspitals N.\_\_\_\_ gemeldet. Er berichtete den Ärzten über «seit langer Zeit» bestehende linksseitige

Thoraxbeschwerden mit Ausstrahlung in den Hals und den linken Arm (Urk. 13/187/7). In einem Bericht vom 19. Dezember 2013 bescheinigte Dr. O.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, dem Beschwerdeführer, im gegenwärtigen Zustand arbeitsunfähig zu sein. Dabei stützte er sich auf seine Untersuchungsbefunde und die Ergebnisse eines Belastungs-EKG auf einem Fahrradergometer, wo der Beschwerdeführer eine geringe Belastbarkeit zeigte. Auch Dr. O.\_\_\_\_ empfahl dem Beschwerdeführer die Durchführung einer Koronarangiographie (Urk. 13/187/9-10). Mit Überweisungsschreiben vom 14. Dezember 2013 ersuchte der Hausarzt Dr. J.\_\_\_\_ das Stadtspital N.\_\_\_\_ um Aufnahme des Beschwerdeführers zur stationären Behandlung wegen einer Exazerbation des chronischen lumbalen Leidens (Urk. 13/187/11-12).

P.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stelle, würdigte die mit dem neusten Revisionsgesuch eingereichten Arztberichte am 5. März 2014 versicherungsmedizinisch. Er gelangte zur Beurteilung, durch die neusten kardiologischen Verlaufsberichte würden keine Befunde dokumentiert, welche nicht schon im Gutachten der MEDAS G.\_\_\_\_ berücksichtigt worden seien. Die Herzfunktionen seien weitgehend unverändert. Aus neurologischer Sicht sei den Unterlagen zwar eine subjektive Schmerzzunahme zu entnehmen. Die objektiven Befunde hätten sich aber nicht verändert. Zudem habe der von Dr. J.\_\_\_\_ angestrebte stationäre Aufenthalt im Stadtspital N.\_\_\_\_ gemäss telefonischer Rückfrage im Spital nicht stattgefunden. Es könne deshalb weiterhin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten ausgegangen werden (Urk. 13/202/8-9).

### **E. 3.5**

Ende September 2017 (Urk. 13/242) reichte der Beschwerdeführer der IV-Stelle den Verlaufsbericht des Stadtspitals N.\_\_\_\_ vom 25. August 2017 (Urk. 13/243/3-7) inklusive MRI-Befund vom 22. August 2017 (Urk. 13/243/1) zu den Akten. Dem Verlaufsbericht ist zu entnehmen, dass er sich am 17. August 2017 notfall mässig wegen lumbaler Rückenschmerzen vorgestellt hatte und nach der MRI-Untersuchung vorübergehend in der Klinik für Rheumatologie hospitalisiert war. Er gab den Ärzten an, seit 2002 vermehrt unter Rücken schmerzen zu leiden. Seit zwei Wochen bestehe eine Kraftverminderung im linken Bein und das Gefühl, dass der linke Fuss eingeschlafen sei. Die MRI-Bilder zeigten einen konstitutionell engen Spinalkanal, eine Atrophie der autochthonen Rückenmuskulatur, eine Diskusprotrusion L4/5 nach kaudal ziehend mit hochgradiger Spinalkanalstenose und Kompression der Nervenwurzel L5 median und rezessal beidseits sowie S1 rezessal links betont. Ein wegen der Zeichen für eine Herzinsuffizienz ebenfalls durchgeführtes kardiologisches Konsil ergab im Wesentlichen einen normal dimensionierten linken Ventrikel mit normaler Auswurfsfraktion und eine diastolische Dysfunktion Grad I. Die Ärzte äusserten sich nicht zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit (Urk. 13/243/3-6).

### **E. 4.1**

Zu prüfen ist, ob sich der erwerbliche oder medizinische Sachverhalt seit Erlass des Einspracheentscheides vom 8. Januar 2007 (geschützt mit dem Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2007.00205 vom 30. Dezember 2008), mit dem die in der

Rentenverfügung vom 26. Juni 2006 ab 1. Februar 2004 zugesprochene Viertelsrente bestätigt wurde, wesentlich verändert hat.

Dabei ist noch Folgendes zu beachten: Gemäss Art. 21 Abs. 1 a und b des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) entsteht der Anspruch auf eine Altersrente bei Männern am ersten Tag des Monats, welcher der Vollendung des 65. Altersjahres folgt. Die Altersrente kann ein oder zwei Jahre vorbezogen werden. Der Altersrentenanspruch entsteht in diesen Fällen für Männer am ersten Tag des Monats nach Vollendung des 64. oder 63. Altersjahres (Art. 40 Abs. 1 AHVG). Mit der Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung erlischt der Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 30 IVG). Der Beschwerdeführer bringt zumindest sinngemäss vor, er erhalte ab Anfang Juni 2016 vorbezugsweise eine Altersrente. Da er am 15. Mai 1953 geboren ist, hatte er an diesem Tag sein 63. Altersjahr vollendet. Zusammen mit entsprechenden Hinweisen in den Akten (Urk. 13/235, Urk. 13/244/5, Urk. 13/249/1-2, Urk. 13/250, Urk. 13/252/2, Urk. 13/253/2) ist der Altersrentenbezug ab Juni 2016 hinreichend nachgewiesen. Die Entstehung des AHV-Rentenanspruchs am 1. Juni 2016 markiert folglich das Ende des relevanten Prüfungszeitraums, da ab diesem Zeitpunkt auf jeden Fall kein IV-Rentenanspruch mehr besteht.

#### **E. 4.2**

Zur Umsetzung des Rückweisungsurteils des Sozialversicherungsgerichts IV.2015.950 vom 27. März 2017 traf die IV-Stelle zunächst Abklärungen zu den erwerblichen Verhältnissen ab 2007 (Urk. 13/234). Dem beigezogenen Auszug aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers bei der Ausgleichskasse ist zu entnehmen, dass für ihn in den Jahren 2007 bis 2012 schwankende jährliche Erwerbseinkünfte in einer Bandbreite zwischen Fr. 8'400.-- und Fr. 19'200.-- abgerechnet wurden. In den Vorjahren 2004 bis 2006 schwankten die Einkommen zwischen Fr. 5'600.-- und Fr. 8'400.--. Als Arbeitgeber werden die Firmen A.\_\_\_\_ GmbH (ab 2004), H.\_\_\_\_ AG (ab 2009) und I.\_\_\_\_ AG (ab 2012) vermerkt (Urk. 13/236). Aus den vom Beschwerdeführer eingereichten Steuererklärungen für die Jahre 2008 bis 2016 ergibt sich weiter, dass er im Jahr 2014 ein Einkommen von Fr. 6'500.-- erzielt hatte (Urk. 13/244/7; vgl. auch Urk. 13/244/5-13), laut seinen Angaben aufgrund der Tätigkeit für die Firma I.\_\_\_\_ (Urk. 13/244/4). Er gab der IV-Stelle auch an, er habe für diese Firmen in den Jahren 2007 bis 2012 sowie 2014 pro Jahr zwischen 26 und 110 Stunden gearbeitet (Urk. 13/244/4).

Kann eine rentenberechtigte Person neu ein Erwerbseinkommen erzielen oder ein bestehendes Erwerbseinkommen erhöhen, so wird die Rente nur dann im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG revidiert, wenn die Einkommensverbesserung jährlich mehr als Fr. 1'500.-- beträgt (Art. 31 IVG in der seit dem 1. Januar 2012 gültigen Fassung [vom 1. Januar 2008 bis 31. Dezember 2011: Art. 31 Abs. 1 IVG]). Nach Ansicht der IV-Stelle stellt der Umstand, dass der Beschwerdeführer seit dem 8. Januar 2007 zweimal eine neue Erwerbstätigkeit (bei der H.\_\_\_\_ AG sowie der I.\_\_\_\_ AG) aufgenommen und dabei jeweils neu ein Einkommen von jährlich mindestens Fr. 1'500.-- im Sinne von Art. 31 IVG erzielt hat, stelle einen erwerblichen Revisionsgrund dar (Urk. 2 S. 2). Diese Sichtweise ist unzutreffend. Mit der Einführung des Art. 31 IVG wurde darauf abgezielt, das bisherige, einer Aufnahme einer Erwerbstätigkeit beziehungsweise einer Erweiterung des Arbeitspensums eher hinderliche System der unmittelbaren Kürzung der Rentenleistungen bei einer erhöhten Erwerbstätigkeit insofern zu mildern, als neu innerhalb des Einkommensfrei betrages von Fr. 1'500.-- auf eine sofortige revisionsrechtliche

Herabsetzung der Rente verzichtet wird. Es soll damit die möglichst zügige (Re-)Integration der rentenbeziehenden Person in den Arbeitsmarkt gefördert werden. Eine Rentenrevision ist gemäss Art. 31 IVG denn auch nur möglich, wenn die versicherte Person ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt tatsächlich verwertet und die dadurch erzielte Einkommensverbesserung den Betrag von Fr. 1'500.-- überschreitet (BGE 136 V 216 E. 5.4 und 5.6). Mit dem Beschwerdeführer wäre dies vorliegend erst dann der Fall, wenn sein tatsächlich erzieltetes Einkommen das bisherige Invalideneinkommen von Fr. 38'935.-- (vgl. die vorstehende Erwägung 3.1), erhöht um den Einkommensfreibetrag von Fr. 1'500.--, übersteigen würde (Urk. 1 S. 5). Davon kann angesichts der höchsten erzielten Einkünfte (in Höhe von Fr. 19'200.-- im Jahr 2011 [Urk. 13/236/2, Urk. 13/244/10] respektive Fr. 19'585.-- im Jahr 2012 [Urk. 13/244/9]) keine Rede sein. Die IV-Stelle scheint zu übersehen, dass bisher von einer verbliebenen Restarbeitsfähigkeit von 80 % in einer leidensangepassten Tätigkeit (laut dem in Rechtskraft erwachsenen, die Rentenverfügung vom 26. Juni 2006 bestätigenden Einspracheentscheid vom 8. Januar 2007 [Urk. 13/30, Urk. 13/35, Urk. 13/49]) ausgegangen wurde, welche der Beschwerdeführer mit seiner Erwerbstätigkeit ab 2009 gar nicht vollständig verwertet. Damit sind die in diesem Rahmen erzielten Erwerbseinkünfte auch nicht geeignet, eine tatsächliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit zu belegen. Folglich besteht entgegen der Ansicht der IV-Stelle insofern kein erwerblicher Revisionsgrund.

#### **E. 4.3.1**

Hinsichtlich der Rückenbeschwerden wird durch die medizinischen Akten höchstens eine geringfügige Verschlechterung des Gesundheitszustandes im massgeblichen Beurteilungszeitraum vom 8. Januar 2007 bis zum 31. Mai 2016 dokumentiert.

Während Dr. B. dem Beschwerdeführer in seiner Expertise vom 8. Dezember 2005 hauptsächlich aus internistisch-kardiologischer Sicht, gemäss eigenen Angaben aber unter Mitberücksichtigung der Beschwerden im Bewegungsapparat, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für körperlich leicht und mittelschwer belastende Arbeiten attestiert hatte (Urk. 13/22/11, Urk. 13/22/13, Urk. 13/22/15-16), bescheinigte ihm der orthopädische Gutachter Dr. E. im interdisziplinären Gutachten des D. vom 18. Mai 2010 seit November 2007 eine in zeitlicher Hinsicht uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastend auszuübenden Tätigkeit ohne das Heben und Tragen von Gegenständen über 5 kg. Dabei hielt er fest, mangels genügender Dokumentation der somatischen Befunde könne er nicht rückwirkend zur Arbeitsfähigkeit Stellung nehmen. Die ihm vorliegenden MRI-Bilder aus dem Jahr 2007 zeigten aber die in seiner aktuellen Untersuchung sichtbar gewordene Einengung des Canalis sacralis mit eventueller Beeinträchtigung der Nervenwurzeln S 2 noch nicht (Urk. 13/98/4-5, Urk. 13/98/23-24). Der rheumatologische Teilgutachter der MEDAS G. wies aufgrund seiner Erhebungen im Mai 2012 darauf hin, dass die bildgebend erhobenen Befunde der Wirbelsäule eine gewisse Progression im Zeitraum 2003 bis 2012

zeigten. Eine neurogene Ausfallssymptomatik konnte er nicht mit genügender Sicherheit feststellen. Er ging davon aus, dass die Beeinträchtigungen im Bewegungsapparat seit 2010 in etwa gleich geblieben seien, und erachtete eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit repetitivem Tragen von Lasten von 10 kg bis Gürtelhöhe und 5 kg über Schulterhöhe, ohne gehäufte Rotationsbewegungen des Oberkörpers und ohne gehäufte Vibration als zu 100 % zumutbar (Urk. 13/164/32, Urk. 13/164/37, Urk. 13/164/47-48).

Wie

P.\_\_\_\_ vom RAD in seiner Beurteilung vom 5. März 2014 ( Urk. 13/202/8-9) festhielt, sind den Berichten des Neurologen Dr. M.\_\_\_\_ vom 15. November 2013 sowie des Hausarztes Dr. J.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2013 ( Urk. 13/187/11-12) keine genügenden, objektiven Anhaltspunkte für eine wesentliche Verschlechterung der vom Rücken ausgehenden Beschwerden zu entnehmen. Die im Bericht von Dr. M.\_\_\_\_ erwähnten kurzzeitig bestehenden Einschlafgefühle am rechten Bein genügen hierfür nicht, zumal dieser Arzt elektro myografisch keine Zeichen für eine akute Wurzelschädigung erheben konnte und die von ihm erwähnten klinischen Befunde im Wesentlichen mit denjenigen, die im rheumatologischen Teilgutachten der MEDAS G.\_\_\_\_ festgehalten werden, übereinstimmen. Insbesondere konnte auch der rheumatologische MEDAS- Teilgutachter den Achillessehnenreflex beidseits nicht auslösen ( Urk. 13/164/45; vgl. auch Urk. 13/164/29). Ferner fand die von Dr. J.\_\_\_\_ angestrebte stationäre Hospitalisation wegen der Rückenbeschwerden nicht statt ( Urk. 13/202/8-9) , was gegen eine längerdauernde Verschärfung der Problematik spricht .

Ebenfalls gegen eine wesentliche Verschlechterung der Rückensymptomatik spricht der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich der kardiologischen Untersuchung durch Dr. O.\_\_\_\_ am 19. Dezember 2013 einem Belastungs-EKG auf dem Fahrradergometer unterziehen konnte (Urk. 13/187/10); anlässlich der kardiologischen Begutachtung in der MEDAS G.\_\_\_\_ am 23. Mai 2012 hatte er noch angegeben, wegen seiner Rückenschmerzen nicht Fahrrad fahren zu können, weshalb damals auf ein Belastungs-EKG verzichtet werden musste (Urk. 13/164/54).

Dem neusten Bericht des Stadtsitals N.\_\_\_\_ vom 25. August 2017 ist zwar eine gewisse Verschlechterung der objektivierbaren Befunde im Bereich der Wirbelsäule zu entnehmen (Urk. 13/243/3-6). Zu berücksichtigen ist aber, dass die von diesen Ärzten Ende August 2017 durchgeführte stationäre Behandlung Folge einer erneuten Verschärfung der Rückenbeschwerden Anfang August 2017 war. Eine wesentliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation im hier allein massgeblichen Zeitraum bis Ende Mai 2016 wird durch diesen Bericht nicht belegt.

Mithin hatte sich das Rückenleiden frühestens seit November 2007 höchstens insofern verschlechtert, als dass der Beschwerdeführer deshalb keine mittelschweren Tätigkeiten, sondern nur noch leichte leidensangepasste Tätigkeiten im Vollzeitpensum ausüben konnte.

#### **E. 4.3.2**

Der kardiologische Gutachter der MEDAS G.\_\_\_\_ stellte im Mai 2012 eine Verschlechterung des Herzleidens im Vergleich zur Situation im Jahr 2010 fest. Im Gegensatz zum Vorgutachter Dr. B.\_\_\_\_, welcher in seinem

Gutachten vom 8. Dezember 2005 noch von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für mittel schwere körperliche Arbeiten ausgegangen war (Urk. 13/22), mutete ihm der MEDAS-Kardiologe neu nur noch leichte körperliche Arbeiten zu (Urk. 13/164/32-33, Urk. 13/164/37-39, Urk. 13/164/52-57).

In den Berichten des Stadtsitals N.\_\_\_\_ vom 15. November und 26. November 2013 wird bei im Wesentlichen unveränderten Diagnosen (vgl. Urk. 13/164/53, Urk. 13/164/55, Urk. 13/187/6) lediglich eine vorübergehende subjektive Zunahme der Herzbeschwerden

dokumentiert. Im Übrigen äusserten diese Ärzte auf Wunsch des Beschwerdeführers eine kardiologische Zweitmeinung insbesondere zu therapeutischen Fragen (Urk. 13/187/3-8).

Die im Bericht des behandelnden Kardiologen Dr. O.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2013 bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/187/10) ist nicht geeignet, bei objektiver Betrachtung eine wesentliche Verschlechterung der Herzproblematik zu belegen. Zum einen sind die in seinem Bericht aufgeführten Diagnosen (Urk. 13/187/9) weitgehend deckungsgleich mit den bereits im MEDAS-Gutachten und in früheren Berichten des Universitätsspitals L.\_\_\_\_ aufgeführten (Urk. 13/164/53, Urk. 13/164/55). Zum anderen stützte er seine Beurteilung im Wesentlichen auf die Ergebnisse eines Belastungs-EKG auf dem Fahrradergometer, wo der Beschwerdeführer eine geringe Belastbarkeit zeigte (Urk. 13/187/9-10). Allerdings fiel bereits Dr. B.\_\_\_\_ im Jahr 2005 auf, dass der Beschwerdeführer den von ihm durchgeführten Belastungstest schon nach zwei Minuten bei einer Leistung von 100 Watt und einer Herzfrequenz von 119/min abgebrochen hatte, wobei er beim Gutachter keinen besonders erschöpften Eindruck hinterlassen hatte (Urk. 13/22/12). Der Kardiologe der MEDAS G.\_\_\_\_

seinerseits konnte das geplante Belastungs-EKG im Mai 2012 nicht durchführen, weil der Beschwerdeführer ihm angab, wegen seiner Rückenbeschwerden nicht Fahrrad fahren zu können (Urk. 13/164/54). Mithin ergab bereits der Belastungstest im Jahr 2005 eine sehr niedrige Belastbarkeit. Zudem wird von Dr. O.\_\_\_\_ nicht angegeben, inwiefern die Rückenbeschwerden das Ergebnis des von ihm durchgeführten Belastungstests auf dem Fahrrad mitbeeinflussten und wie stark sich der Beschwerdeführer während des Belastungstests anstrengte. Unter diesen Umständen ist die undifferenzierte Angabe einer fehlenden Arbeitsfähigkeit im Bericht von Dr. O.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2013 nicht geeignet, genügende Hinweise für eine (weitere) wesentliche Verschlechterung der Herzproblematik zu liefern. Mit P.\_\_\_\_

vom RAD ist davon auszugehen, dass die Herzfunktionen damals im Vergleich zur Situation anlässlich der MEDAS-Begutachtung im Mai 2012 weitgehend unverändert waren (Urk. 13/202/8-9).

Wie bereits dargelegt

ergibt sich aus dem Bericht des Stadtspitals N.\_\_\_\_ vom 25. August 2017, dass sich der Beschwerdeführer damals wegen verstärkter lumbaler Rückenschmerzen in ärztliche Behandlung begeben hatte. Zwar wurde während der stationären Hospitalisation auch ein kardiologisches Konsil durchgeführt, die Kardiologen äusserten sich aber nicht zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Ihre wesentlichste Schlussfolgerung war die Empfehlung, ein ambulantes Herz-MRI durchzuführen. Selbst wenn die im Bericht des Stadtspitals N.\_\_\_\_ vom 25. August 2017 festgehaltenen objektiven Herzbefunde im Vergleich zur Situation anlässlich der MEDAS-Begutachtung im Mai 2012 (vgl. Urk. 13/164/55, Urk. 13/243/3, Urk. 13/243/5) eine gewisse Verschlechterung erklären könnten, sind dem Bericht keinerlei Anhaltspunkte für eine erhöhte subjektive Beeinträchtigung des Beschwerdeführers durch das Herzleiden zu entnehmen (Urk. 13/243/3-6). Deshalb sind die kardiologischen Befunde im Bericht des Stadtspitals N.\_\_\_\_ vom 25. August 2017 nicht geeignet, eine (weitere) wesentliche Verschlechterung des Herzleidens zu belegen. Dies gilt auch deshalb, weil dieser Bericht über ein Jahr nach dem Ende des massgeblichen Beurteilungszeitraums im Mai 2016 erstellt wurde (vgl. auch Urk. 13/252/2).

Aus dem Gesagten folgt, dass eine Verschlechterung des Herzleidens im massgeblichen Beurteilungszeitraum aufgrund des Gutachtens der MEDAS G.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2012 insofern ausgewiesen ist, als dass der Beschwerdeführer deshalb keine mittelschweren Tätigkeiten, sondern nur noch leichte leidensangepasste Tätigkeiten im Vollzeitpensum ausüben konnte.

#### **E. 4.3.3**

Es fehlen Anhaltspunkte, dass die weiteren in den Berichten des Stadtsitals N.\_\_\_\_ vom 26. November 2011 und vom 25. August 2017 erwähnten, vorwiegend internistischen Diagnosen (Urk. 13/187/6, Urk. 13/243/3-5), welche teilweise in der Diagnosenliste im Gutachten der MEDAS G.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2012 noch nicht enthalten sind (Urk. 13/164/35-36), zu einer invaliden versicherungsrechtlich bedeutsamen Verschlechterung des Gesundheitszustandes geführt haben. Entsprechendes wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht konkret geltend gemacht (Urk. 1 S. 6 f.).

#### **E. 4.3.4**

Was die psychische Symptomatik anbelangt, fällt auf, dass im Gutachten der MEDAS G.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2012 bei den Diagnosen – anders als in den Vorgutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2006 und von Dr. F.\_\_\_\_ vom 14. April 2010 - keine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom aufgeführt wird. Die MEDAS-Gutachter gingen lediglich von möglich erweise intermittierenden depressiven Episoden, welche gegenwärtig remittiert seien, aus (Urk. 13/164/36). Den Ausführungen im psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten ist klar zu entnehmen, dass der Gutachter nicht von einer zwischenzeitlichen Besserung der psychischen Symptomatik ausging, sondern dass seine andere diagnostische Beurteilung auf einer abweichenden Einschätzung des im Wesentlichen unveränderten, bereits von den Vorgutachtern erhobenen psychischen Krankheitsbildes beruht. Er erwähnte, wie auch der internistische Teilgutachter, bei den Befunden durchaus gewisse depressive Teilsymptome wie Bedrücktheit und Niedergeschlagenheit. Im Gegensatz zu den Vorgutachtern erhob er aber auch eine Neigung des Beschwerdeführers zu Pseudologien. Grund dafür war unter anderem dessen Leugnung der strafrechtlichen Verurteilung sowie jeglicher Berufstätigkeit während der letzten zehn Jahre (im Gegensatz zu seinen früheren Angaben gegenüber dem federführenden internistischen MEDAS-Gutachter). Vor diesem Hintergrund wies der MEDAS-Psychiater darauf hin, dass es ausserordentlich schwierig gewesen sei, die klinischen Befunde herauszuarbeiten, weil der Wert der Angaben des Beschwerdeführers generell in Frage gestellt werden müssen. Auf dieser Grundlage schloss er, dass die Angaben des Beschwerdeführers zu seiner Haltung und seinen Ängsten im Gesamtzusammenhang betrachtet nicht konsistent

seien; die wirklich fassbare psychopathologische Symptomatik sei unbedeutend, mit Ausnahme der bereits von den Vorgutachtern festgestellten Besonderheiten hinsichtlich der Persönlichkeit. Der psychiatrische MEDAS-Gutachter interpretierte sodann nicht nur die von ihm erhobenen, sondern auch die in den Vorberichten erwähnten psychischen Symptome eher als normale psychologische Reaktion auf Misserfolge im Rahmen eines risikoreichen und komplizierten Geschäftslebens. Dadurch wird klar, dass er die von den Vorgutachtern vorgenommene Einschätzung der psychischen Symptomatik nicht teilte (Urk. 13/164/34-35). Dies wird in der abschliessenden interdisziplinären Gesamtbeurteilung noch deutlicher, wonach der Beschwerdeführer bereits bei Erlass der

Rentenverfügung im Jahr 2006 und auch anlässlich der Begutachtung im D.\_\_\_\_ im Jahr 2010 in einer körperlich leichten Tätigkeit immer uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen sei (Urk. 13/164/37-38).

Das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS G.\_\_\_\_ berücksichtigt – wie die übrigen Teile des Gutachtens auch - die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält begründete Schlussfolgerungen. Es erfüllt damit grundsätzlich die höchstgerichtlichen Vorgaben an beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Ins besondere lassen sich mit diesem Gutachten wie zuvor dargelegt erhebliche tatsächliche Veränderungen zuverlässig von bloss abweichenden ärztlichen Bewertungen abgrenzen, was im Hinblick auf das revisionsrechtliche Beweisthema von besonderer Bedeutung ist

( Urteil e des Bundesgerichts 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013, E. 6.1.3 ,

sowie 9C\_418/2010 vom 29. August 2011, E. 4.3 , je mit weiteren Hinweisen). Schliesslich verwirklichten sich die im Strafurteil beurteilten Tatsachen zwar im Wesentlichen vor der vom Sozialversicherungsgericht bestätigten und in Rechtskraft erwachsenen ursprünglichen Rentenzusprechung; das Strafurteil des Bezirksgerichts Zürich vom 1. Februar 2012 (Urk. 13/173) erging aber erst nach diesem Zeitpunkt, und dessen Negierung durch den Beschwerdeführer durfte von den MEDAS-Gutachtern im Rahmen ihrer Beurteilung genau gleich wie andere widersprüchliche Angaben berücksichtigt werden. Im Übrigen hielten die Gutachter ausdrücklich fest, ihre Beurteilung sei völlig unabhängig von den in den Strafakten enthaltenen Zusatzinformationen erfolgt (Urk. 13/164/38, Urk. 13/164/63).

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