

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00641 vom 9. Juli 1999

ZH Sozialversicherungsgericht, 1999-07-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00641

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00641 du 9 juillet 1999

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00641 del 9 luglio 1999

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspre chung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Ände rung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Fer ner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Ände rung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kon text unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, wel che auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommens vergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswir kungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4) . Dabei braucht es sich nicht u m eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu han deln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materi ellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisi onsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit . f IVV auf dem W eg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bun desgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 201

E. 1.2

Unabhängig von einem materiellen Revisionsgrund kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Überprüfung gebildet haben, zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn – was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft (BGE 119 V 475 E. 1c mit Hinweisen) – ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2, 138 V 147 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_819/2017 vom 13. Februar 2017 E. 2.2). Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhaltes (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_121/2017 vom 5. Juli 2018 E. 8.2).

Die Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG setzt voraus, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, folglich nur dieser ein ziger Schluss denkbar ist. In diesem Sinne qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung, wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln beziehungsweise ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen zugesprochen wurde (BGE 141 V 405 E. 5.2, 140 V 77 E. 3.1 mit Hinweis). Gleiches gilt bei einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, insbesondere wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden (vgl. Art. 43 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2017 vom 2. August 2018 E. 3.2 mit Hinweisen). Soweit ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (BGE 141 V 405 E. 5.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_766/2016 vom 3. April 2017 E. 1.1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, ist bei überzeugendem Beweisergebnis volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 201 E. 1.3.4 S. 227; 125 V 351 E. 3b/ bb S. 353). 2.

2.1

Mit der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen, bei der im Jahr 1999 erfolgten Rentenzusprache sei die Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis nicht korrekt angewandt worden. Schon damals habe es aus rechtlicher Sicht zur Annahme einer Invalidität in jedem Fall ein medizinisches Substrat gebraucht, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt worden sei und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt e. Dr. Z. ___ sei in seinem Gutachten vom 30. Dezember 1998 von einem behandlungsbedürftigen Störungsbild ausgegangen. Einen stabilisierten Gesundheitsschaden, welcher die Arbeitsfähigkeit in

angepasster Tätigkeit dauernd behinderte, habe die medizinische Aktenlage damals nicht aus gewissen. Damit könne nicht von einem fachärztlich schlüssig ausgewiesenen psychischen Leiden gesprochen werden. Es habe kein iv-relevanter Gesundheitsschaden vorgelegen. Die Zusprechung der ganzen Rente habe damit auf einem Rechtsfehler beruht und sei zweifellos unrichtig gewesen, weshalb die Verfügung vom 9. Juli 1999 aufgehoben werde.

Die Prüfung des Rentenanspruchs habe ergeben, dass beim Beschwerdeführer von Aggravation auszugehen sei. Auf das bidisziplinäre Gutachten der Klinik H.____ vom 2. und 7. November 2013 sowie das Gutachten der Medas

E.____ vom 30. November 2016 und die darin aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % könne nicht abgestellt werden, zumal darin insbesondere die zahlreichen

Inkonsistenzen und Hinweise auf Aggravation nicht aufgegriffen worden seien. Da die Leistungseinschränkung im Bereich der Psychiatrie auf Aggravation beruhe, liege keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Aus neurologischer sowie orthopädischer Sicht bestehe ebenfalls keine Beeinträchtigung. Aus internistischer Sicht werde dem Beschwerdeführer eine Einschränkung von 20 % in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit attestiert. Dies führe jedoch zu keinem rentenbegründenden IV-Grad. Somit liege auch aktuell kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, womit die Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats aufgehoben werde (Urk. 2). 2.2

Mit seiner Beschwerde bringt der Beschwerdeführer zunächst vor, die Beschwerdegegnerin sei im Rahmen der Rentenzusprache im Jahr 1999 gestützt auf das fachärztliche Gutachten, in Rücksprache mit dem eigenen ärztlichen Dienst, und unter vertieften Abklärungen zur rechtlichen Situation zur Auferlegung einer Schadenminderungspflicht, zum Schluss gekommen, dass eine volle Erwerbsunfähigkeit vorgelegen hat. Die Beschwerdegegnerin habe in Anbetracht des damaligen Rechts das ihr zustehende Ermessen ausgeübt, sodass die Zusprache der Invalidenrente zumindest vertretbar gewesen sei. Eine zweifellos unrichtige Rentenzusprache liege nicht vor (Urk. 1 S. 7).

Eine zweifellos und klar ausgewiesene Aggravation liege gemäss psychiatrischen Gutachten gerade nicht vor. Alle beteiligten Fachärzte für Psychiatrie sähen einen medizinischen Grund als Ursache für das Verhalten des Beschwerdeführers beziehungsweise lediglich eine Verdeutlichungstendenz und gerade keine Aggravation. Der Vorwurf der Aggravation könne deshalb nicht erhoben werden; insbesondere nicht mit dem für eine Wiedererwägung erforderlichen Beweismass der Zweifellosigkeit (Urk. 1 S. 10).

E. 1.4

Gestützt auf die Schlussbestimmung

lit. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderung vom 18. März 2011 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; kurz: lit. a Abs. 1 SchlB IVG)

überprüfte die IV-Stelle den Rentenanspruch erneut (Urk. 7/49) und stellte die Invalidenrente wie auch die Hilflosenentschädigung auf Ende des auf die Zustellung des Entscheids folgenden Monats ein (Verfügung vom 28. August 2012, Urk. 7/61), wogegen der Versicherte am 28. September 2012 Beschwerde erhob (Urk. 7/66). Mit Urteil des hiesigen

Gerichts vom 26. März 2013 im Prozess

Nr. IV.2012.01046 wurde die Beschwerde in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene n Verfügungen aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurück gewiesen wurde, damit diese unter Weiterausrichtung der bisherigen ganzen Invalidenrente und der Hilflosenentschädigung leichten Grades die erforderlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen treffe und hernach über die Leistungsansprüche des Versicherten neu verfüge (Urk. 7/79).

Mit Verfügungen vom 27. Januar und 18. Februar 2014 vollzog die IV-Stelle den Anspruch des Versicherten auf die rückwirkende Weiterausrichtung der Hilflosenentschädigung leichten Grades (Urk. 7/100, Urk. 7/119) und mit Verfügung vom 30. Januar 2014 den Anspruch auf die rückwirkende Weiterausrichtung der Invalidenrente (Urk. 7/107), wobei sie für den Zeitraum 1. Oktober 2012 bis 31. Januar 2014 am 24. Februar 2014 eine separate Verfügung erliess und gleichzeitig den Anspruch auf eine Kinderrente infolge Abbruchs der Ausbildung per April 2012 verneinte (Urk. 7/125). Mit Verfügung vom 22. Mai 2014 verfügte die IV-Stelle sodann die rückwirkende Einstellung und Rückforderung von zu Unrecht ausgerichteten Kinderrenten der Periode Mai bis August 2012 (Urk. 7/131, Urk. 7/136).

E. 1.5

Die IV-Stelle veranlasste in Umsetzung des Urteils des hiesigen Gerichts

vom

26. März 2013 eine interdisziplinäre Begutachtung durch Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH A.____, Innere Medizin FMH spez. Rheumaerkrankungen, und Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (rheumatologisch-internistisches Teilgutachten vom 2. November 2013 [Urk. 7/91], psychiatrisches Teilgutachten mit interdisziplinärer Beurteilung vom 7. November 2013 [Urk. 7/95]). Am 12. November 2013 nahm RAD-Arzt in Dr. C.____ zur medizinischen Aktenlage Stellung (Urk. 7/218/2ff.). Sie erachtete die im Gutachten vom 11. November 2013 gezogenen Schlussfolgerungen als widersprüchlich und nicht nachvollziehbar und regte eine Überprüfung der Überwindbarkeit der Schmerzstörung durch den Rechtsanwender an.

Der IV-Rechtsdienst teilte in seiner Stellungnahme vom 13. Dezember 2013 (Urk. 7/218/4) die Ansicht, dass das psychiatrische Teilgutachten hinsichtlich Aktivitätsniveau und Diagnosestellung nicht nachvollziehbar sei und hielt weitergehende Abklärungen zum tatsächlichen Aktivitätsniveau für notwendig. Mit Erhebung vom 20. Mai 2014 klärte die IV-Stelle die Verhältnisse vor Ort ab (Urk. 7/209). Nachdem dem Versicherten auf Verordnung seines Hausarztes verschiedene Hilfsmittel abgegeben worden waren (am 10. Februar respektive 16. Februar 2015 Kostengutsprachen für zwei Schwellenkeile [Urk. 7/164], einen Rollstuhl [Urk. 7/165] sowie eine Toiletensitzerhöhung [Urk. 7/166] respektive einen Kostenbeitrag für einen Elektrollstuhl [Urk. 7/169]; am 7. Mai 2015 Kostengutsprache für eine Kopfstütze zum Elektrollstuhl [Urk. 7/176] und am 19. April 2017 für ein Elektrobett [Urk. 7/208]) stellte RAD-Arzt Dr. med. D.____, Facharzt für Anästhesiologie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, in seiner Aktenbeurteilung vom 17. Dezember 2015 die Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung in Frage und ordnete – unter Hinweis auf die früheren Stellungnahmen von Dr. C.____ und des Rechtsdienstes – die Einholung eines MEDAS-Gutachtens (mit den Fachdisziplinen Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie und Psychiatrie) an (Urk. 7/218/6f.), was dem

Beschwerdeführer am 28. Dezember 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 7/183). Der Auftrag wurde nach dem Zufallsprinzip (vgl. Art. 72 bis

der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) E.____ zugeteilt (Urk. 7/185) und das Gutachten am 30. November 2016 erstattet (Urk. 7/202). Hierzu nahm ein RAD-Arzt Dr. med. F.____, FMH für Allgemeine Medizin und zertifizierter medizinischer Gutachter (SIM), am 3. Januar 2017, und RAD-Ärztin Dr. G.____ am 27. Januar 2017 Stellung (Urk. 7/218/8-10).

E. 1.6

Nach durchgeführtem

Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 24. Oktober 2017 betreffend wiedererwägungsweise Aufhebung der Hilflosenentschädigung [Urk. 7/211], vorsorglicher Einwand vom 8. November 2017 [Urk. 7/212], begründeter Einwand vom 29. Dezember 2017 [Urk. 7/215], Vorbescheid vom 8. Februar 2018 betreffend wiedererwägungsweise Aufhebung der Invalidenrente [Urk. 7/223], Einwand vom 16. März 2018 [Urk. 7/229]) hob die IV-Stelle die Hilflosenentschädigung mit Verfügung vom 2. Mai 2018 (Urk. 7/232) und die Invalidenrente mit Verfügung vom 28. Juni 2018 (Urk. 7/239 = Urk. 2) wiedererwägungsweise auf Ende des Monats, der dem Datum der jeweiligen Verfügung folgt, auf und entzog allfällig dagegen erhobenen Beschwerden die aufschiebende Wirkung. 2.

Gegen die Verfügung vom 28. Juni 2018 (wiedererwägungsweise Aufhebung der Invalidenrente) erhob der Versicherte am 25. Juli 2018 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und dem Beschwerdeführer unverändert weiter eine ganze Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2). In prozessualer Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde. Mit Beschwerdeantwort vom 30. August 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten [Urk. 7/1-241]). Mit Verfügung vom 1. Oktober 2018 wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde abgewiesen (Urk. 8).

Gegen die Verfügung vom 2. Mai 2018 (wiedererwägungsweise Aufhebung der Hilflosenentschädigung) erhob der Versicherte am 1. Juni 2018 Beschwerde. Das Verfahren wird separat unter Prozess-Nr. IV.2018.00516 geführt und die Beschwerde mit heutigen Datums abgewiesen.

E. 3

wieder restituierte Rentenverfügung vom 9. Juli 1999 nicht Gegenstand einer materiellen richterlichen Überprüfung und steht daher grundsätzlich einer Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG offen (E. 1.2).

E. 4

.1

Im Zeitpunkt der Rentenverfügung vom 9. Juli 1999 (Urk. 7/15) lagen verschiedene Arztberichte der (somatisch) behandelnden Ärzte (Urk. 7/5-8) und das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ vom 30. Dezember 1998 (Urk. 7/12) vor.

Die in der Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin des Universitätsospitals I.____ durchgeführte Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit vom

28./29. Mai 1998 erbrachte keine verwertbaren Test ergebnisse. Der Beschwerdeführer habe während des Untersuchs eine geringe Bewegungskbereitschaft und Kooperation sowie ein stark schmerzfixiertes Verhalten (demonstratives Verhalten wie Grimassieren, Stöhnen, Reiben des Rückens) und eine Tendenz zur Schmerzausweitung (fünf positive Wad d ellzeichen) gezeigt (Urk. 7/7/6-

E. 4.3

Die der Rentenverfügung vom 9. Juli 1999 zugrundeliegende medizinische Aktenlage postulierte weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht eine durch Krankheit entstandene andauernde Arbeitsunfähigkeit in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit, unabhängig davon welchen Beweiswert man dem Gutachten vom 30. Dezember 1998 beimisst. Selbst wenn der Gutachter Dr. Z.____

– in dieser Hinsicht etwas unklar – einen länger dauernden stationären Aufenthalt zur Behandlung für notwendig erachtete und anschliessend eine Neu beurteilung der Arbeitsfähigkeit befürwortete, so beurteilte er dennoch unmiss verständlich den psychischen Gesundheitsschaden nicht derart, dass er aufgrund dessen eine wesentliche Verminderung der Arbeitsfähigkeit für gegeben erach tete. Kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer nach Lage der Akten nie eine län gerdauernde, intensive psychiatrische Behandlung, auch nicht im ambulanten Ra hmen, in Anspruch genommen hat , weshalb – stellt man auf das Gutachten von Dr. Z.____ ab –

nie eine (längerdauernde) Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen war. Die vorbehaltlose – ohne Nachweis des Antritts einer langjährigen stationä ren Therapie –

Zusprache einer ganzen Rente beruhte daher auf keiner medizi nisch begründeten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit . Unter Annahme einer aus somatischer Sicht vollständigen Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten wäre die Schwelle für einen anspruchsbegündenden Invaliditätsgrad von mindestens 40 % jedoch nicht erreicht worden (vgl. BGE 117 V 8). Nach Angaben der Arbeitgeberin hätte der Beschwerdeführer als Kundenmaurer 1998 monatlich Fr. 5'280.-- bzw. jährlich Fr. 68'640.-- erzielt (Urk. 7/4) und lag der Zentralwert des monatlichen Bruttolohns für Männer in einfachen und repetitiven Tätigkeiten 1998 umgerechnet auf die durchschnittliche betriebsübliche Wochen arbeitszeit von 42 Stunden (vgl. Tabelle T 03.02.03.01.04.01, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) bei Fr. 53'776.80 (vgl. Die vom Bundes amt für Statistik herausgegebene Schweizerische Lohnstrukturerhebung [LSE] 1998, Tabelle TA1) . Die Rentenverfügung vom 9. Juli 1999 war daher zweifellos unrichtig.

E. 4.4

Ferner steht fest, dass das Leiden des Beschwerdeführers (gemäss Gutachten vom 30. Dezember 1998 umschrieben als massive psychogene Überlagerung der mut masslichen somatischen Beschwerden im Rahmen einer depressiven Störung hypochondrischer Färbung)

unter die pathogenetisch-ätiologisch unklaren synd romalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage fällt, wes halb es der besonderen Revision nach

lit . a Abs. 1 SchlB IVG

unterlag. Es kann jedoch offen bleiben, ob auch unter diesem Rückkommenstitel eine (revisions rechtliche) Anpassung des Rentenanspruchs ex nunc et pro futuro vorzunehmen gewesen wäre.

E. 4.5

War nach dem Gesagten die leistungszusprechende Verfügung vom 9. Juli 1999 nach damaliger Sach- und Rechtslage zweifellos unrichtig, ist die Rentenaufhebungsverfügung vom 28. Juni 2018

nur zu schützen, sofern die zwischenzeitliche Entstehung eines Rentenanspruchs bis zum letztgenannten Zeitpunkt zu verneinen ist (SVR 2014 IV Nr. 39 S. 137, 9C_121/2014 E. 3.4; Urteil des Bundesgerichts I 859/05 vom 10. Mai 2006 E. 2.3). Die Prüfung der Rentenberechtigung ex nunc et pro futuro hat allerdings im Lichte der mit Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 (publ. in BGE 141 V 281) in der Zwischenzeit grundlegend überdachten und teilweise geänderten Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung somatoformer und diesen gleichgestellter Beschwerdebilder zu erfolgen (BGE 141 V 281 E.

E. 7

). Aus rheumatologischer Sicht attestierten die Ärzte des I.____ dem Beschwerdeführer für eine mittelschwere Tätigkeit ohne repetitives Heben von mehr als 20 kg und unter Vermeidung von längerer Zwangshaltung eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. Bericht vom 29. Juli 1998, Urk. 7/7 /3-5).

Dr. Z.____ diagnostizierte eine massive psychogene Überlagerung der mutmasslichen somatischen Beschwerden im Rahmen einer depressiven Störung hypochondrischer Färbung und konstatierte während der psychiatrischen Exploration ein unübersehbares demonstrativ aggraviorisches Verhalten (Urk. 7 /12/4). Er erachtete die psychische Störung als behandlungsbedürftig, jedoch nicht als «invalidisierend». Man könne – so Dr. Z.____

– von einer psychischen Fehlentwicklung sprechen, der die körperliche Krankheit zu Grunde liege und welche sich zum Teil in depressiven, hypochondrischen Symptomen ausdrücke. Diese Fehlentwicklung müsse psychotherapeutisch angegangen und gestoppt werden. Das werde aber nicht möglich sein, wenn man dem Beschwerdeführer längerfristig eine Arbeitsunfähigkeit attestiere – obwohl er darauf dränge – und ihn in absehbarer Zukunft sogar als einen Invaliden deklariere. Vom gegenwärtigen psychischen Zustand her lasse sich keine wesentliche Verminderung der Arbeitsfähigkeit ableiten. Da die bisherigen therapeutischen Bemühungen durchwegs gescheitert seien, schlage er (Dr. Z.____) vor, den Beschwerdeführer zwecks weiterer Beobachtung und Behandlung schnellstmöglich in eine psychiatrische Klinik mit Schwerpunkt einer Rehabilitation einzuweisen. Während dieses Zeitraums sei der Beschwerdeführer verständlicherweise voll arbeitsunfähig. Nach Abschluss der (länger andauernden) Behandlung müsse definitiv zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen werden (Urk. 7/12/5). 4 .2

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 145 V 215 E. 5.1, 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 unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 142 V 342) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte «Foerster-Kriterien», vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 49 E. 1.2, je wiedergegeben BGE 139 V 547 E. 5 mit weiteren Hinweisen).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung auf gegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraaster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2).

An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person – hat sich dadurch nichts geändert. Im Grunde konkretisieren die in BGE 141 V 281 E. 4 und E. 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. 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 beweibelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 142 V 106 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2017 vom 28. Februar 2018 E. 6.3).

E. 8

S. 309; 137 V 210 E. 6 Ingress am Anfang S. 266). 5.

5.1

Hinsichtlich des aktuellen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erstattete die Medas

E.____ am 30. November 2016 ein interdisziplinäres Gutachten (Orthopädie / Psychiatrie / Neurologie / Innere Medizin; Urk. 7/202). Die dem Gutachten zeitlich vorgelagerten Berichte werden im interdisziplinären Gutachten zitiert, worauf verwiesen werden kann (Urk. 7/202/4-8). 5.2

In somatischer Hinsicht hielten die Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer mangels Kooperation praktisch nicht untersuchbar war. Aus orthopädischer Sicht konnten die Beschwerden überwiegend nicht nachvollzogen werden, weshalb aufgrund der objektivierbaren Schulterproblematik und der leichten Coxarthrose rechts betont die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maurer auf 80 % und in einer Verweistätigkeit (im Rahmen eines näher umschriebenen orthopädischen Zumutbarkeitsprofils) auf 100 % eingeschätzt wurde, ohne dass retrospektiv je eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (Urk. 7/202/17). Ein sicherer Muskelabbau war – wie bereits Dr. A.____ festgestellt habe – weder an den oberen noch an den unteren Extremitäten ausgewiesen. Auch an der Schweregradigkeit der angegebenen Schmerzen bestanden Zweifel, weil das Schmerzmittel nicht oder jedenfalls nicht regelmässig eingenommen werde. Aus neurologischer Sicht konnte eine Polyneuropathie bei Diabetes mellitus als sehr wahr scheinlich gegeben betrachtet werden, Hinweise für eine objektivierbare Hemi-symptomatik bestanden jedoch keine (Urk. 7/202/19). Aus internistischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus infolge vermehrt erforderlicher Pausen (viermaliges Messen und Spritzen des Insulins) in jeder Tätigkeit um maximal 20 % eingeschränkt bei vollzeitlich zumutbarem Pensum (Urk. 7/202/20). Somit kamen die Gutachter zum Schluss, dass das Beschwerdebild ausschliesslich psychiatrisch geprägt sei. Von allen Gutachtern seien zudem erhebliche Inkonsistenzen, Nicht-Kooperation und ein aggressives Verhalten attestiert worden (Urk. 7/202/20). 5.3

Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem psychiatrischen Teilgutachten im Rahmen des Medas-Gutachtens vom 30. November 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/202/34): -
Andauernde Persönlichkeitsänderung, nicht näher bezeichnet, F 62.9 -
Somatisierungsstörung mit erheblichen dissoziativen Anteilen (Konversion) F 45.0

Der Beschwerdeführer sei während der Untersuchung soweit beurteilbar zeitlich, örtlich, situativ und zur Person orientiert und bewusstseinsklar gewesen. Es hätten sich keine Hinweise auf Störungen des Ich-Bewusstseins ergeben. Aufmerksamkeit und Konzentration hätten keine Auffälligkeiten ergeben. Es sei von einer primär durchschnittlichen Intelligenz bei gegenwärtig vorliegendem regressivem Verhalten auszugehen. Der Beschwerdeführer sei affektiv kaum auslenkbar und schwingungsfähig. Es bestehe eine ausgeprägte Affektlabilität. Im Kontakt sei er unfreundlich-abweisend. Die Stimmung wirke mürrisch-dysphorisch. Es bestehe eine Persönlichkeit mit exzentrischer, sich dominant präsentierender Persönlichkeit mit einer schizoid anmutenden Akzentuierung bei erheblichen narzisstischen Anteilen. Die Willensbildungsfähigkeit sei stark vermindert, eine Antriebsschwäche bestehe nicht. Es bestehe soweit beurteilbar eine Verzerrung der Realitätsorientierung. Beim Beschwerdeführer sei keinerlei Motivation erkennbar. Schmerzen und eine dissoziative Bewegungsstörung im Sinne einer schweren Konversion stünden beim Beschwerdeführer im Vordergrund. Der Schweregrad mit der bereits seit vielen Jahren bestehenden Chronifizierung und der Art der Symptomatik,

welche mit subjektiven Bewegungs- und Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag einhergehe, müsse als bedeutsam und nicht mehr reversibel angesehen werden. Die Symptomatik sei beim Beschwerdeführer nach entscheidenden und belastenden Lebensveränderungen wie dem Tod beider Eltern, und zum Zeitpunkt der Krankheitsentwicklung auch bei Verlust des langjährig angestammten Arbeitsplatzes aufgetreten. Nach der Ankunft seiner Familie in der Schweiz, die zunächst einem Verbleib in der Schweiz sehr kritisch gegenübergestanden habe, habe er in seiner damaligen Situation nicht mehr garantieren können, dass er die Existenzgrundlage seiner Familie in der Schweiz auch dauerhaft sichern könne. Im Falle eines Sozialhilfeantrages wäre von den Behörden gegebenenfalls eine Zurückweisung seiner Familienmitglieder in den Kosovo nicht auszuschliessen gewesen. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in dieser Zeit mit grosser Sorge, Kränkung, negativen Gefühlen, Selbstwertproblemen, Verlustängsten, autoaggressiven Impulsen und letztlich auch einer psychischen Desintegration reagiert habe. Bei einer erzwungenen Abreise seiner Familie in den Kosovo wäre auch seine Existenz, der Bestand seiner Ehe und somit die Integrität seiner Familie gefährdet oder zumindest in Frage gestellt gewesen. Als Antwort auf innerseelische und interpersonelle Konflikte, deren Einwirken als Bedrohung der Ich-Integrität erlebt worden sei, bei Vorhandensein strukturpathologischer Phänomene beim Beschwerdeführer, habe sich als Kompromiss zwischen Triebwunsch und introjektiver Abwehr eine somatoforme Symptomatik mit Konversion entwickelt. In den seit dieser Zeit vom Beschwerdeführer präsentierten Symptomen sei der damals bestehende Konflikt symbolisch verarbeitet worden; es sei eine Verschiebung der Konfliktspannung vom ursprünglichen Kontext in einen körperlichen erfolgt. Das gegenwärtig vorhandene Zustandsbild des Beschwerdeführers zeichne sich durch eine fast vollständige körperliche Inaktivität, eine Ritualisierung der Beschwerdepräsentation und des Tagesablaufs unter Inanspruchnahme der Hilfe fast aller Familienangehörigen, diese gehe aber auch mit einer «Depression» der Persönlichkeit durch starke Regression, mit teilweisem Verlust von normgebundenem Verhalten einher. Auch wenn gegenwärtig keine regelmässige psychiatrische Behandlung stattfindet, auch die medikamentöse Therapie teilweise ausbleibe und eine Therapiebereitschaft und Motivation des Beschwerdeführers nicht erkennbar sei, ändere dies nichts an dem inzwischen desolaten psychischen Zustand und an dem Umstand, dass selbst mit einer adäquaten Therapie allenfalls nur ein marginaler Therapieerfolg zu erzielen wäre, dies jedoch mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit ohne eine versicherungsmedizinische Bedeutung. In prognostischer Hinsicht ergebe sich selbst bei einer störungsadäquaten Therapie eine ungünstige Voraussage im Hinblick auf eine berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers. Eine wirksame Therapie werde deutlich erschwert durch die Chronifizierung, die ausgeprägten somatischen Symptome, die zusätzliche Komorbidität, den sekundären Krankheitsgewinn, die schlechte Introspektion, die fehlende Motivation und eine strukturelle Unreife des Beschwerdeführers. Sein aggressives Verhalten würde seine berufliche Verwendbarkeit ebenfalls in Frage stellen (Urk. 7/202/30-32).

Beim Beschwerdeführer liessen sich in psychiatrischer Hinsicht durchaus erhebliche Diskrepanzen in seinen Angaben zum Zustandsbild speziell im Längsschnitt erkennen, diese könnten jedoch als Verdeutlichungstendenzen gedeutet werden. Auch eine Aggravation könne in bestimmten Bereichen (siehe das orthopädische Gutachten) nicht ausgeschlossen werden. Die gegenwärtige psychiatrische Behandlungsaktivität sei gering und es könne nicht belegt werden, dass der Beschwerdeführer gegenwärtig ein

Antidepressivum einnehme (Urk. 7/202/33).

Beim Beschwerdeführer bestehe ein Mangel an psychischer Stabilität, Umgänglichkeit, Selbstvertrauen und Vertrauen zu Dritten. Im Verlauf würden auch Antriebsstörungen auftreten. Das Durchhaltevermögen sei stark reduziert. Es bestünden bei ihm deutliche und kaum überwindbare Motivationsschwierigkeiten. Die affektive Instabilität würde in Belastungssituationen des Berufslebens zu affektiven Ausbrüchen und zu aggressivem Verhalten führen. In Belastungssituationen sei mit einer reduzierten Affektkontrolle zu rechnen. Der Beschwerdeführer sei nur begrenzt in der Lage, sich an von aussen vorgegebene Regeln und Routinen anzupassen und diese auch durchzuhalten, neige zu stereotypen Verhaltensweisen und einer Symptompräsentation, die eine berufliche Wiedereingliederung verunmögliche. Auch die kognitiven Fähigkeiten seien eingeschränkt. Selbst in einfachen und sich stets wiederholenden Tätigkeiten, beispielsweise in der seriellen Fertigung, könne der Beschwerdeführer nicht durchhalten. Er sei nicht umstellungs- und anpassungsfähig. Die Kommunikation sei erschwert, die häusliche Situation geprägt durch dominierendes Verhalten des Beschwerdeführers und dessen Klagen. Der Beschwerdeführer sei einem Arbeitgeber nicht zumutbar. Eine Intensivierung der Psychotherapie wäre zwar sinnvoll, diese werde jedoch keine versicherungsmedizinischen Auswirkungen zeigen. Der Beschwerdeführer sei nicht mehr in der Lage, in seiner letzten (angestammten) Tätigkeit zu arbeiten, dies gelte auch für eine Verweistätigkeit (Urk. 7/202/33). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit liege retrospektiv seit 1998 vor, soweit aus der vorliegenden Aktenlage darstellbar (Urk. 7/202/35). 5 .4

Das im Rahmen des Medas -Gutachten vom 30. November 2016 erstattete psychiatrische Teilgutachten von Dr. J.____ beruht auf den erforderlichen sorgfältigen und allseitigen Untersuchungen (Urk. 7/202/29-31), wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet (Urk. 7/202/4-8, Urk. 7/202/33-34), berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander (Urk. 7/202/29-33). Dr. J.____ hat die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolgerungen grundsätzlich nachvollziehbar begründet. Zudem setzt sich das Gutachten mit den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 auseinander (Urk. 7/202/22-25). Damit erfüllt das Gutachten die rechtsprechungsge massen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1. 3).

Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 S. 3) setzt e sich Dr. J.____ auch mit dem Verhalten des Beschwerdeführer s und einer möglicher weise

damit zusammenhängenden Aggravation auseinander, deutete es aber

aus seinem Fachbereich Psychiatrie – in Kenntnis des

in den anderen Fachbereichen aufgeworfenen Verdachts auf Aggravation

–

eher als Verdeutlichungstendenz (vgl. Urk. 7/202/33). Das auffällige Verhalten des Beschwerdeführers wurde als im Rahmen der psychischen Störung und mit dem Vorliegen von Verdeutlichungstendenzen erklärbar beschrieben (Urk. 7/202/25, Urk. 7/202/33). Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer ablehnenden Haltung gegenüber dem Gutachten von Dr. J.____ insbesondere auf die RAD-Stellungnahme vom 27. Januar 2017 (Urk. 7/210, vgl. Urk. 7/218/9-10). Darin führte RAD-Ärztin G.____

aus, im Gutachten der Medas vom 30. November 2016 fänden sich Widersprüche und diagnostische Unsicherheiten. Die Frage, ob das gezeigte Verhalten krankheitsbedingt und darüber hinaus nicht bewusst und willentlich zu beeinflussen sei, werde durch das Gutachten nicht abschliessend beantwortet (Urk. 7/218/10). Diese Kritik ist nicht vollständig von der Hand zu weisen. Der Gutachter kam jedoch nachvollziehbar zu dem Schluss, dass das gezeigte Verhalten, welches hochgradig von Inkonsistenzen und Aggravation sowie von aggressiv verteidigtem, regressivem Krankenrollenverhalten gekennzeichnet sei, im Rahmen der psychischen Störung (Somatisierungsstörung mit erheblichen dissoziativen Anteilen [Konversion] und andauernde Persönlichkeitsänderung) erklärbar werde. Ferner wies der Gutachter daraufhin, dass sich diese Störung seit 1998 so erheblich chronifiziert habe, dass eine Reversibilität jetzt nach 17 Jahren nicht mehr als realistisch anzunehmen sei (Urk. 7/202/25). Damit hat der Gutachter die Frage, ob es dem Beschwerdeführer objektiv zumutbar wäre, seine Krankheitsüberzeugung zu überwinden, verneint. Jedenfalls scheint der Gutachter nicht davon auszugehen, dass die gezeigte Krankheitsrolle vorgetäuscht ist.

Auch ist keine fachärztliche Einschätzung auszumachen, welche ernsthafte Zweifel an den Schlussfolgerungen von Dr. J. ___ zu erwecken vermag, vielmehr gelangte auch Dr.

B. ___ in seinem fachpsychiatrischen Gutachten vom 7. November 2013 zur Einschätzung, dass aus psychiatrischen Gründen keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei, und hielt keine Aggravation fest (vgl. Urk. 7/95). 5.5

Auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. J. ___ kann somit abgestellt werden. Es liegt kein triftiger Grund vor, von der von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen, da er aufgrund der erhobenen Befunde unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Inaktivitäten die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung überzeugend dargelegt hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_808/2018 vom 2. Dezember 2019 E. 4.3 mit Hinweisen).

Ferner bleibt auch darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer im Januar 2013 das 55. Altersjahr vollendete und seit über 15 Jahren eine ganze Invalidenrente bezogen hat, weshalb grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen angezeigt gewesen wären (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_940/2012 vom 12. Dezember 2013 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Der psychiatrische Gutachter verneint nicht nur eine Selbsteingliederungsfähigkeit, sondern schätzt einen möglichen Therapieerfolg als marginal und ohne versicherungsmedizinische Bedeutung ein (Urk. 7/202/32). Damit ist nicht davon auszugehen, dass eine korrekte Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens

(Art. 21 Abs. 4 ATSG) zur Überwindung der Krankheitsüberzeugung hätte führen können, wobei weder die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht noch Eingliederungsbemühungen aktenkundig sind. 6.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und festzustellen, dass der Beschwerdeführer (rückwirkend) weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1

bis IVG) und auf Fr. 8 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7 .2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 GSVGer) erscheint es als angemessen, die Prozessentschädigung auf insgesamt Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen. Ausgangsgemäss ist sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 28. Juni 2018

aufgehoben , und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'700 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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