

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00292 vom 9. März 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-03-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00292](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00292)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00292 du 9 mars 2005

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00292 del 9 marzo 2005

## Erwägungen

### E. 1.1

unten). Dr. P.\_\_\_\_ führte zu den angegebenen Beschwerden aus , der Explorand leide unter Kopfschmerzen, vergesse viel und fühle sich überlastet. Sein Zustand sei seit 2006 nie besser geworden (S. 5 Ziff. 3.1 unten).

Beim Rey Memory Test, einem Symptomvalidierungsverfahren, hätten sich Hinweise für eine Aggravation oder Simulation von kognitiven Defiziten ergeben. Es seien nur 6 der 15 Symbole wiedergegeben worden (S. 10 Ziff. 4.3.2 oben). Ein weiterer Test zur Validierung der psychischen Symptome und Schmerzen

habe ergeben, dass es sich mit einer Wahrscheinlichkeit von 93 % um eine vorgetäuschte Störung handle und das Resultat aus einer nicht glaubwürdigen Präsentation herkomme . Da alle Parameter auffällig ausgefallen seien, sei von einer nicht ausreichenden Leistungsbereitschaft des Exploranden während der Durchführung der kognitiven Tests auszugehen (S. 10 Ziff. 4.3.2 unten). Beim Beschwerdeführer seien alle vier Parameter der Symptomvalidierung auffällig gewesen, sodass eine Aggravation oder Simulation der Beschwerden als sehr wahrscheinlich eingestuft werden müsse . Die Ergebnisse der kognitiven Tests könnten daher nicht als aussagekräftig betrachtet werden. Im Stroop Test sei die Leistung mit zunehmender Komplexität der Tafeln schneller geworden, was sich nicht plausibel erklären lasse ( S. 11 oben). Die Performance in der Testung weise im Vergleich mit der Performance im täglichen Leben (Autofahren, Einkaufen) auf Diskrepanzen hin. So habe die Reaktionsgeschwindigkeit in der Alertness aufgabe in einem weit unterdurchschnittlichen Bereich gelegen, was ein unfallfreies Autofahren mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit verunmöglichen würde (S. 11 unten). 4. 5 .2

Die Testuntersuchung habe anhand des kognitiven Testprofils beurteilt eine insgesamt mindestens mittelschwere bis schwere kognitive Störung ergeben mit Einschränkungen von attentionalen , exekutiven, mnestischen und visuell-räumlichen Teilfunktionen (S. 12 Ziff. 5 Mitte). Bei einer mindestens mittelschweren bis schweren kognitiven Störung wäre die betroffene Person in der Verrichtung diverser Alltagsaktivitäten wie zur Migros oder zum Onkel

zu spazieren und beim Einkaufen oder Kochen auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Insbesondere wäre sie nicht in der Lage, selbständig ein Auto zu lenken. Gemäss den Angaben des Exploranden fahre er jedoch - zumindest für kürzere Strecken - sein eigenes Auto. Beispielsweise sei er unlängst mit seiner Frau nach Hinwil gefahren, was einer Strecke von zirka 16 Kilometern entspreche. Der Umstand, dass der Explorand überhaupt in der Lage sei, ein Auto zu lenken, stehe in starkem Widerspruch zu den ermittelten kognitiven Testergebnissen (S. 12 Ziff. 5 unten).

Die umfassende Symptomvalidierung habe gewichtige Auffälligkeiten gezeigt. Die Resultate der Symptomvalidierungstests sprächen für eine unzureichende Leistungsbereitschaft während der Untersuchung. Diese

liessen sich nicht durch das Vorliegen einer nichtorganischen oder organischen psychischen Störung, durch eine Schmerzproblematik oder durch allfällige unerwünschte Nebenwirkungen der Medikamente erklären. Die Tests seien derart gestaltet, dass sie sogar von Patienten mit fortgeschrittener Demenz mit durchaus genügenden Leistungen gelöst werden könnten. Zusammenfassend sei sehr wahrscheinlich von einer Aggravation auszugehen. Dabei handle es sich um eine bewusst intendierte, verschlimmernde oder überhöhende Darstellung einer vorhandenen Störung zum Zweck der Erlangung von (materiellen) Vorteilen (S. 13 oben). Eine reine Simulation von Beschwerden lasse sich mit den Methoden der Neuropsychologie in der Regel nicht beweisen (S. 13 Mitte). Bei Vorliegen einer vorgetäuschten kognitiven Störung (bewusstseinsnahe Aggravation oder Simulation) seien sowohl die Glaubhaftigkeit der angegebenen Beschwerden wie auch die Plausibilität der diagnostisch festgestellten kognitiven Leistungseinbussen in Frage gestellt. Das im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ermittelte kognitive Testprofil besitze somit kaum Aussagekraft. Ob überhaupt eine kognitive Störung bestehe, lasse sich nicht erschliessen. Dr. P.\_\_\_\_

nannte daher als Diagnose eine nicht authentische kognitive Störung, sehr wahrscheinlich im Rahmen einer Aggravation von Beschwerden (ICD-10 F68.0, S. 13 unten). Aufgrund der sehr wahrscheinlichen Aggravation von Beschwerden sei keine präzise Stellungnahme zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers möglich, zumindest nicht anhand des ermittelten Testprofils. Zur Fahreignung könne ebenfalls keine gültige Einschätzung erfolgen (S. 14 oben). 4. 6

#### 4. 6 .1

Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, erstattete am 19. April 2019 ( Urk. 7/212) das rheumatologische Teilgutachten. Der Gutachter führte zu den aktuellen Beschwerden aus, der Beschwerdeführer habe Schmerzen von der rechten Hüfte und dem Rücken bis ins Bein ausstrahlend angegeben (S. 18 Mitte). Eine Zunahme der Schmerzen verspüre er beim Bücken oder beim Tragen und Heben von Gewichten von zwei bis drei kg für etwa zehn Minuten. Gehen könne er ohne Belastung etwa 20 Minuten, dann würden die Schmerzen intensiver und er müsse eine Pause einlegen. Beim Stehen bestehe oft ein Schwindelgefühl. Beim Drehen des Kopfes verspüre er im Bereich der unteren Halswirbelsäule Schmerzen (S. 18 unten).

Der Gutachter gab zur Observation des Beschwerdeführers vom 2. Juni bis 7. Oktober 2016 an, nach dem Observationsbericht seien keine Zeichen einer gesundheitlichen körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung sichtbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe unauffällig und normal gewirkt, auch in kurzen Beobachtungsphasen im Restaurant oder beim Einkaufen in der Migros (S. 23 Ziff. 4.3 Mitte). 4. 6 .2

Dr. Q.\_\_\_\_ nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 6.1): - chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts - Diskopathie der unteren LWS mit anamnestisch kleinen Diskushernien bei L4/5 links und L5/S1 rechts, klinisch keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik - Osteochondrose bei L5/S1 - chronisches Cervikalsyndrom - Zustand nach HWS-Distorsion 2005 ohne strukturelle traumatische Läsion - minimale monosegmentale degenerative Veränderungen

C3/4

Der Gutachter stellte sodann die folgenden Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 25 Ziff. 6.2): - Epicondylopathia

humeri

radialis links - anamnestisch Status nach Periarthropathia

humeroscapularis rechte Schulter - aktuell klinisch kein pathologischer Befund - Status nach Strumektomie 2014 - substituierte Hypothyreose - arterielle Hypertonie - anamnestisch Stimmbandpolypen

Der Beschwerdeführer sei 2004 auf den Rücken beziehungsweise das Gesäss gestürzt. Seither klagt er über Becken- und Rückenschmerzen. Eine Computertomographie der LWS habe lediglich geringe degenerative Veränderungen ohne eine Fraktur ergeben. Im Juli 2005 habe der Beschwerdeführer zusätzlich eine HWS-Distorsion erlitten. Ein später durchgeführtes MRI der HWS sei bis auf diskrete degenerative Veränderungen unauffällig gewesen (S. 25 Ziff. 6.3 Mitte). Der Beschwerdeführer habe sich in der rheumatologischen Untersuchung kooperativ gezeigt. Demonstrative Verhaltensweisen seien nicht festgestellt worden (S. 26 Mitte). In der körperlichen Untersuchung habe sich unverändert zum Vorgutachten der E. \_\_\_ eine freie Beweglichkeit der HWS gezeigt, nun ohne Einschränkung der Beweglichkeit der LWS. Die im Vorgutachten beschriebenen diffusen myofaszialen

Befunde seien nicht mehr vorhanden. Es finde sich lediglich eine Druckdolenz im Musculus

trapezius

descendens rechts sowie im Ansatzbereich des Musculus

glutaeus

medius am Trochanter major rechts. Die Befunde der peripheren Gelenke seien weitgehend unauffällig. Neurologisch bestünden keine Hinweise für eine aktuelle radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Eine leichte zirkuläre Hypästhesie im Bereich des rechten Beines könne keiner Nervenwurzel zugeordnet werden (S. 26 unten). Zusammenfassend bestünden weiterhin die rheumatologischen Diagnosen eines lumbospondylogenen Syndroms rechts und eines noch residuellen

cervicovertebralen Syndroms. Die übrigen klinischen Untersuchungsbefunde seien weitgehend unauffällig. Die Untersuchung der rechten Schulter sei nun vollständig unauffällig (S. 27 oben).

Die verschiedenen medikamentösen Behandlungen und die ambulanten und stationären Rehabilitationsmassnahmen hätten keinen wesentlichen positiven Effekt auf die chronische Schmerzproblematik gehabt. Dies weise auf den vorwiegend nicht-organischen Charakter der chronischen Schmerzen hin (S. 28 Ziff. 7.2). Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den subjektiv empfundenen Schmerzen und den funktionellen Einschränkungen einerseits und den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden andererseits. Dies lasse auf eine wesentliche nicht-organische Ursache der chronischen Schmerzen schliessen (S. 29 Ziff. 7.3). Aufgrund der Osteochondrose bei L5/S1 sei aus rheumatologischer Sicht eine Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit der Wirbelsäule

gegeben. Dies betreffe häufiges, repetitives Heben und Tragen von Lasten von über zirka 7 kg und gelegentlich von Einzellasten von über zirka 20-25 kg. Weiter bestünden Einschränkungen für häufige Arbeiten in körperlich ungünstigen Zwangshaltungen des Rumpfes, längeres nach vorn geneigtes Stehen oder Sitzen, häufige Arbeiten in gebückter Stellung oder mit extendiertem Rumpf sowie häufige belastete Rumpfrotationen (S. 29 Ziff. 7.4). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur sei aufgrund der erwähnten Einschränkungen ungünstig. Für eine körperlich leichte und mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit gemäss obigem Belastungsprofil sei der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (S. 29 Ziff. 8.1).

Bezüglich der cervikalen und cervikocephalen Symptomatik sei es subjektiv zu einer Verbesserung gekommen. Die objektiven strukturellen Befunde seien unverändert (S. 30 Ziff. 8.3.1 unten). 4. 7 4. 7 .1

Dipl. Arzt

Dr. med.

R.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 16. Mai 2019 (Urk. 7/214/1-41) das psychiatrische Teilgutachten. Der Gutachter führte aus, der Beschwerdeführer sei alle drei Wochen bis einmal im Monat bei Dr. Z.\_\_\_\_ in Behandlung. Er nehme weiterhin die Antidepressiva Citalopram und Remeron ein (S. 18 oben). Im S.\_\_\_\_ habe er unentgeltlich als Lehrer gearbeitet (S. 18 unten). In der Schweiz habe er acht Jahre in einer Textilfabrik und anschliessend als LKW-Chauffeur bei der Y.\_\_\_\_ gearbeitet (S. 19 oben). Er habe weiterhin chronische Nacken- und Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein bei

einem stechend-ziehenden Charakter der Schmerzen (S. 21 oben). 4. 7 .2

Zur

Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers fänden sich im Rahmen der klinisch-psychiatrischen Exploration und Untersuchung keine pathologischen Auffälligkeiten. Er zeige Hinweise für ein gutes intellektuelles Ausgangsniveau und zeige sich differenziert, reflexions- und intellektuell anpassungsfähig (S. 22 Ziff. 4 Mitte). Es fänden sich Hinweise für mögliche kulturell mitbedingte psychodynamisch wirksame Faktoren in der Ausgestaltung der Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung. Der Explorand erlebe die subjektive Beeinträchtigung im Rahmen des Schmerzerlebens und der depressiven Entwicklung im subjektiven Modell als

katastrophisierend und konflikthaft gegenüber dem eigenen Selbstbild als Familienoberhaupt im kulturellen Kontext der Herkunftsfamilie (S. 22 unten). Funktionell finde sich eine ausgeprägte Tendenz zur Selbstlimitierung im Rahmen des Krankheitskonzepts mit dysfunktionalen Überzeugungen und sekundärem Vermeidungsverhalten. Dabei zeigten sich in

der verbalen Darstellung der Beschwerden deutliche Aggravationstendenzen, wahrscheinlich krankheitsbedingt und möglicherweise im Rahmen der subjektiv eingenommenen Position, krank und im Vergleich zum früheren Selbst- und Leistungsbild nicht mehr arbeitsfähig zu sein. Hinweise für eine bewusstseinsnahe Aggravation oder Simulation fänden sich im Rahmen der klinisch-psychiatrischen Untersuchung nicht. Der Explorand zeige nur wenig ausgeprägte nonverbale Schmerzáusserungen und sei insgesamt sehr um Kontrolle bemüht (S. 23 oben). Der bestimmte Serumspiegel von Citalopram sei

vereinbar mit der angegebenen Medikation und Dosierung und gebe einen Hinweis auf eine regelmässige Einnahme des Medikaments (S. 23 Mitte). 4.7.3

Dr. R.\_\_\_\_ stellte die folgenden psychiatrischen Diagnosen (S. 27 Ziff. 6): - rezidivierende depressive Störung, fluktuierender Verlauf, aktuell formal maximal mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - neuropsychologische Diagnose (Dr. P.\_\_\_\_) : nicht authentische kognitive Störung sehr wahrscheinlich im Rahmen einer Aggravation von Beschwerden (ICD-10 F68.0)

Im Längsverlauf könne zirka seit 2004 eine zunächst reaktive anhaltende depressive Erkrankung nachvollzogen werden mit unterschiedlichen Ausprägungsgraden im Rahmen eines fluktuierenden Krankheitsverlaufs. Eine vollständige Remission der depressiven Symptomatik sei zu keinem Zeitpunkt fachpsychiatrisch dokumentiert (S. 27 f.). Es sei eine maximal mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom ableitbar. Dies bedeute formal gesehen eine Verbesserung des depressiven Krankheitsgeschehens gegenüber dem Vorgutachten der E.\_\_\_\_ von 2009, der gutachterlichen Beurteilung durch Dr. D.\_\_\_\_ und jener durch den ambulanzbehandelnden Psychiater. Die formale Verbesserung korreliere mit der von allen Gutachtern und den behandelnden Ärzten abgeleiteten anzunehmenden Wahrscheinlichkeit eines fluktuierenden Verlaufs des Ausprägungsgrades der anhaltenden affektiven Erkrankung. Sie korreliere auch mit der offensichtlich guten medikamentösen Compliance des im Referenzbereich liegenden Spiegels von Citalopram (S. 28 oben). Dies bedeute einen Hinweis beziehungsweise eine Bestätigung für die bestehende Behandlungs- und Besserbarkeit des depressiven Krankheitsgeschehens mindestens im Sinn einer Teilremission (S. 28 Mitte).

Der mögliche fluktuierende Verlauf korreliere prinzipiell auch mit den Beobachtungen aus der in den Akten vorliegenden Observation hinsichtlich eines besseren Aktivitätsniveaus in der Alltagsgestaltung und der Lebensbewältigung. Die Beurteilung korreliere auch mit den Angaben des Exploranden zum Alltags- und Aktivitätsniveau (S. 28 unten).

Dr. R.\_\_\_\_ sei zur Diagnose eines gemischten Schmerzstörungsbildes gelangt, dessen Ausprägungsgrad hinsichtlich der beklagten Schmerzen rheumatologisch allein nicht hinreichend erklärt werden könne. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren habe daher weiterhin volle Berechtigung (S. 28 f.). In diesem Zusammenhang könne auch die weitgehend dysfunktional-selbstlimitierte Position des Exploranden im Rahmen seines Krankheitskonzepts als kranker Mann eingeordnet werden. Diese gebe ihm mindestens innerhalb seiner Kultur die Möglichkeit, nach dem Rollenverlust als Familienoberhaupt und Ernährer der Familie das Gesicht zu wahren. Die Einschätzung korreliere auch mit dem positiven Erscheinungsbild des Beschwerdeführers im Rahmen der berichteten und im Observationsbericht gezeigten Alltagsaktivitäten (S. 29 oben). Es seien keine Hinweise für eine bewusstseinsnahe Aggravation oder Simulation festgestellt worden. Es handle sich eher um eine bewusstseinsferne

im Rahmen des Krankheitsgeschehens und des konflikterlebens begründete Verdeutlichungstendenz der Beschwerden, was psychiatrisch möglich und im Rahmen des konflikthaften Selbsterlebens und Verharrens in der Krankenrolle erklärbar sei (S. 29 Mitte).

Die bei der Observation beobachteten Aktivitäten stünden in einem Widerspruch zur eingenommenen völlig dysfunktional-selbstlimitierten Position des Exploranden bezogen

auf Arbeitsprozesse. Dies sei möglicherweise weniger im Sinne einer bewussten Aggravation und Simulation verständlich, als vielmehr im Rahmen der eigenen Krankenrolle und des kulturell bedingten Krankheitskonzepts (S. 33 unten).

Die erfolgten psychiatrischen stationären und teilstationären sowie medikamentösen Behandlungsversuche seien als prinzipiell zielführend und leitliniengerecht zu beurteilen. Es deute sich eine gewisse Behandel- und Besserbarkeit im Rahmen eines fluktuierenden Verlaufs an. Dies korreliere auch mit dem aktuell mittelgradig ausgeprägten depressiven Zustandsbild unter adäquater antidepressiver Medikation (S. 36 Ziff.).

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung 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 Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen). 1. 4

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung,

Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen 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 um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

#### **E. 1.4**

Im September 2015 wurde erneut eine Revision eingeleitet (vgl. Urk. 7/166).

Die IV-Stelle gab am 27. Mai 2016 eine Observation des Versicherten in Auftrag (Urk. 7/184-185, vgl. auch den Abklärungsbericht vom 8. November 2016, Urk. 7/183/2-23). Mit Verfügung vom 27. September 2018 (Urk. 7/191) sistierte sie die laufende Rente per Ende September 2018. Die IV-Stelle holte in der Folge ein polydisziplinäres Gutachten (Psychiatrie einschliesslich Neuropsychologie und Rheumatologie, Urk. 7/214/42-55; Teilgutachten vgl. Urk. 7/211, Urk. 7/212 und

Urk. 7/214/1-41) ein. Am 15. Oktober 2020 (Urk. 7/219) erliess sie den Vorbescheid betreffend Rentenanspruch, mit welchem sie die rückwirkende Aufhebung der Rente per 31. Mai 2016 in Aussicht stellte. Der Versicherte brachte dagegen Einwände (Urk. 7/225) vor. Mit Verfügung vom 25. März 2021 (Urk. 7/228 = Urk. 2) hob die IV-Stelle die Rente rückwirkend per 31. Mai 2016 auf. 2.

#### **E. 1.5**

Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten, der Hilflosenentschädigungen und der Assistenzbeiträge erfolgt gemäss Art. 88 bis Abs. 2 IVV: a. frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgen den Monats an; b. rückwirkend ab Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung, wenn die beziehende Person die Leistung zu Unrecht erwirkt hat oder der ihr nach Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist, unabhängig davon, ob die Verletzung der Meldepflicht oder die unrechtmässige Erwirkung ein Grund für die Weiterausrichtung der Leistung war (seit dem 1. Januar 2015 geltende Fassung).

Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist auch im Anwendungsbereich von Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV erst erheblich, wenn sie gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV berücksichtigt werden darf, das heisst, wenn sie aller Wahrscheinlichkeit nach längere Zeit andauern wird oder ohne wesentliche Unterbrechung bereits drei Monate andauert hat (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_232/2016 vom 30. September 2016 E. 4 und 9C\_1022/2012 vom 16. Mai 2013 E. 3.3.1).

#### **E. 1.6**

Nach Art. 31 Abs. 1 ATSG ist jede wesentliche Änderung in den für eine Leistung massgebenden Verhältnissen von den Bezügerinnen und Bezüger, ihren Angehörigen oder Dritten, denen die Leistung zukommt, dem Versicherungsträger oder dem jeweils zuständigen Durchführungsorgan zu melden (vgl. auch Art. 77 IVV).

Ob eine Meldepflicht besteht, beurteilt sich nach den konkreten Umständen des Einzelfalls. Massgebend ist die Umschreibung der Aufmerksamkeit, welche der als meldepflichtig betrachteten Person oder Stelle zumutbar ist. Dabei ist etwa auf die Fähigkeiten und den Bildungsstand der betreffenden Person abzustellen. Von Bedeutung ist insoweit, dass die betreffende Person in unzweideutiger Form auf konkrete Meldepflichten hingewiesen wird. Sodann kann sich die Meldepflicht nur auf Sachverhaltsänderungen beziehen, um welche die betreffende Person sowohl bezüglich ihres Vorliegens als auch hinsichtlich der Auswirkungen auf den Leistungsanspruch weiss beziehungsweise wissen müsste. Insoweit ist ein schuldhaftes Fehlverhalten erforderlich, wobei nach der Rechtsprechung bereits eine leichte Fahrlässigkeit ausreicht (Kieser ATSG-Kommentar, 4. Aufl., 2020 N 14 ff. zu Art. 31 ATSG). Die Verletzung der Meldepflicht wurde unter anderem in Fällen bejaht, als ein Strafvollzug, die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder der Aufenthalt im Ausland nicht gemeldet wurde oder die versicherte Person Alltagsaktivitäten zeigte, die auf eine erhebliche Gesundheitsverbesserung hindeuten (Kieser, a.a.O., N 20 zu Art. 31 m.w.H.).

Soweit bei einer korrekten Meldung eine Leistungsanpassung erfolgt wäre, wird die weiterhin ausgerichtete Leistung zu einer unrechtmässig bezogenen Leistung, welche der Rückerstattung an den Versicherungsträger unterliegt (Art. 25 Abs. 1 ATSG, Kieser, a.a.O. N 26 zur Art. 31 ATSG). 2.

## **E. 2**

1. Oktober 2008 (Urk. 7/75-76, Urk. 7/74) sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, dem Versicherten rückwirkend ab dem 1. Januar 2005 eine Viertelsrente mit entsprechenden Kinderrenten zu, welche sie mit Verfügung vom 1. Dezember 2008 (Urk. 7/78) wiedererwägungsweise aufhob. Der Versicherte gab in der Folge ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/85) in Auftrag. Die IV-Stelle holte ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 7/99) ein. Mit Verfügungen vom 10. Mai und 20. Juli 2011 (Urk. 7/11

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin warf dem Beschwerdeführer in der angefochtenen Verfügung vom 25. März 2021 (Urk. 2) eine Verletzung der Meldepflicht vor,

da

er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest seit der Observation im Juni 2016 in einer behinderungsangepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Die Verbesserung seines Gesundheitszustandes hätte er der Beschwerdegegnerin melden müssen (S. 13 unten, S. 15). Die Beschwerdegegnerin hielt weiter fest, nach den neu eingeholten

neuropsychologischen, rheumatologischen und psychiatrischen Teilgutachten sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als LKW-Chauffeur aus interdisziplinärer Sicht nicht mehr arbeitsfähig (S. 2 Mitte). Aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht bestehe in einer optimal angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50%, die im Längsverlauf seit zirka Juni 2016 gelte (S. 2 unten). Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung seien jedoch

Widersprüche zwischen den kognitiven Testergebnissen und den Aktivitäten des Beschwerdeführers festgestellt worden. Ein Test zur Validierung der geklagten psychischen Symptome und Schmerzen habe ergeben, dass es sich mit einer Wahrscheinlichkeit von 93% um eine vorgetäuschte Störung handle. Eine bewusstseinsnahe Aggravation erscheine

nach der Symptomvalidierung zumindest als sehr wahrscheinlich . Die kognitiven Einschränkungen könnten daher als nicht authentisch und die Ergebnisse der kognitiven Tests als nicht aussagekräftig betrachtet werden (S. 2 f.).

Gemäss dem psychiatrischen Gutachter stünden die beobachteten Aktivitäten und die in der Untersuchung erkennbaren Leistungsreserven in einem Widerspruch zur völlig dysfunktional-selbstlimitierenden Position des Beschwerdeführers bezogen auf Arbeitsprozesse .

Die Erklärung der Inkonsistenz sei gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten aber mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit im Rahmen unbewusster Aggravationsprozesse vor dem Hintergrund anhaltender innerpsychischer kultureller Konfliktdynamiken verstehbar (S. 3 oben). Eine bewusste Aggravation oder Simulation könne gemäss dem Gutachten nicht sicher abgeleitet werden (S. 3 unten).

Der Beschwerdeführer habe sich bei der Observation im Jahr 2016 psychisch und physisch unauffällig gezeigt. So habe er mehrmals einen Personenwagen gelenkt und kleinere Einkäufe getätigt (S. 10 Mitte). Die Gutachter hätten auf Inkonsistenzen hingewiesen . Im neuropsychologischen und im psychiatrischen Teilgutachten sei zudem eine Aggravation festgestellt worden, die der psychiatrische Gutachter als unbewusst beziehungsweise als bewusstseinsfern qualifiziert habe (S. 12 oben). Nach Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens erscheine eine schwere Ausprägung einer Schmerzstörung und/oder einer Depression indes als nicht überwiegend wahrscheinlich. Die festgestellten namhaften Ressourcen könnten zudem für eine angepasste Tätigkeit verwertet werden. In einer angepassten Tätigkeit liege daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (S. 12 Mitte). Eine schwere oder mittel gradige Depression sowie eine Schmerzstörung seien zu verneinen und es liege eine Aggravation vor, womit ein Revisionsgrund vorliege (S. 12 unten).

Im massgebenden Zeitpunkt der Rentenaufhebung per Ende Mai 2016 sei der Beschwerdeführer weder 55 Jahre alt gewesen noch habe er 15 Jahre lang eine Rente bezogen . Zudem sei eine rückwirkende Renteneinstellung nicht von vorgängigen Eingliederungsmassnahmen abhängig und es fehle auch in subjektiver Hinsicht am Eingliederungswillen, weshalb er auf den Weg der Selbsteingliederung zu verweisen sei (S. 13 f., S. 15).

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte vor, nach dem Vorliegen der von der Beschwerde gegnerin eingeholten Teilgutachten im Mai 2019 seien bis zum Vorbescheid vom Oktober 2020 zirka 1.5 Jahre verstrichen. Die Verzögerung habe sich nicht aus weiteren medizinischen Abklärungen ergeben. Es liege

ein Verstoß gegen Art. 4 Abs. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) und

Art. 29 Abs. 1 der Bundesverfassung (BV) vor ( Urk. 1 S. 4 Ziff. 6).

Bei der Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes ( RAD ) vom 11. Juni 2019 bestünden mehr als nur geringe Zweifel. Die RAD-Ärztin habe bei der zentralen Abgrenzungsfrage zur Aggravation auf veraltete und überholte Kriterien verwiesen. Sodann hätten weder der RAD noch die neuropsychologische Gutachterin zur massgebenden

wissenschaftlichen Evidenz der Tests, dem Bildungsstand, dem kulturellen Hintergrund, der ethnischen Zugehörigkeit und der Sprachkompetenz des Beschwerdeführers Stellung genommen (S. 4 Ziff. 7-8). Weiter werde nicht klar, ob und wer bei der Beschwerdegegnerin geprüft habe, ob aus medizinischer und/oder rechtlicher Sicht von einem beweiswertigen Gutachten ausgegangen werden könne. Aus der angefochtenen Verfügung werde ebenfalls nicht deutlich, ob die Beschwerdegegnerin davon ausgehe, dass das Gutachten Beweiswert habe oder nicht (S. 6 Ziff.

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob

gestützt auf die medizinische Aktenlage von einer massgeblichen gesundheitlichen Verbesserung und damit einem Revisionsgrund auszugehen ist. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ist dabei mit den Verhältnissen zum Zeitpunkt der Rentenzusprache vom 10. Mai und 20. Juli 2011 zu vergleichen. Des Weiteren ist zu prüfen, ob dem Beschwerdeführer im Zusammenhang mit der von der Beschwerdegegnerin angenommenen Verbesserung seines Gesundheitszustandes

eine Verletzung der Meldepflicht vorzuwerfen ist und ob die Beschwerdegegnerin die Rente daher

zu Recht rückwirkend per 31. Mai 2016 aufgehoben hat. Ferner ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen hat.

Im vorliegenden Verfahren nicht zu prüfen ist hingegen, wie es sich mit der vom Beschwerdeführer gerügten zeitlichen Verzögerung durch die Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 4 Ziff. 6) verhält, zumal eine solche mittels Rechtsverweigerungs- oder Rechtsverzögerungs beschwerde geltend zu machen gewesen wäre und die Beschwerdegegnerin zwischenzeitlich eine anfechtbare Verfügung erlassen hat. 3. 3.1

Der Beschwerdeführer verletzte sich beim Unfall vom 28. Januar 2004 am rechten Handgelenk (Urk. 7/12/67 Ziff. 2, 4-6 und 9). Am 16. Juli 2005 erlitt er im Ausland einen Auffahrunfall (Urk. 7/35/41 Ziff. 4-6 und 9). 3.2

Die Ärzte des Universitätsspitals A.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, nannten im Bericht vom 16. August 2005 (Urk. 7/18) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts und einen Verdacht auf eine Periarthropathia

humeroscapularis rechts. Die Diagnosen bestünden seit Januar 2004 (lit. A). Die Ärzte des Universitätsspitals A.\_\_\_\_ attestierten für eine leichte bis mittelschwere Arbeit unter Wechselbelastung eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 3 Ziff. 7). 3.3

Die Ärzte des Psychiatriezentrums B.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 7. Juni 2006 (Urk. 7/37) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Differentialdiagnose: mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - somatisch: Status nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (HWS) vom 16. Juli 2005 mit chronischem zervikovertebralem und - zephalem Syndrom - chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits, rechtsbetont

Die Ärzte des Psychiatricentrums B.\_\_\_\_ gaben zur Arbeitsfähigkeit an, dass seit Mitte August 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %

bestehe ( lit . B). 3.4

Die Gutachter des Begutachtungsinstituts C.\_\_\_\_ erstatteten am 5. Dezember 2007 ( Urk. 7/56 /2-21 ) ein polydisziplinäres Gutachten der Fachrichtungen Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie .

Die Gutachter stellte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 f. Ziff. 5.1): - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - chronisches cervicocephales und cervicovertebrales Schmerzsyndrom - Status nach HWS-Distorsionstrauma nach Auffahrunfall am 16. Juli 2005 - chronisches lumbospondylogenes Syndrom, beidseits - Wirbelsäulenfehlhaltung, Fehlform , muskuläre Dysbalance - Status nach Sturzereignis auf den Rücken im Januar 2004

Die Gutachter nannten zudem als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17 Ziff. 5.2): - Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) - anamnestisch Periarthropathia

humeroscapularis rechts, Erstdiagnose Juni 2005 - metabolisches Syndrom - Medikamenten- Malcompliance

Die Gutachter führten zur Arbeitsfähigkeit aus , der Explorand sei gelernter Primarlehrer. In der Schweiz habe er zunächst während fünf Jahren als Industriearbeiter in der Textilindustrie gearbeitet . Von Juni 1999 bis Juni 2005 habe er als Chauffeur bei der Y.\_\_\_\_ gearbeitet (S. 17 Ziff. 6.2). Aufgrund der erhobenen Befunde sei aus psychiatrischer Sicht eine leichte depressive Episode zu diagnostizieren. Daraus resultiere eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % . Aus neurologischer Sicht könnten dem Exploranden aufgrund des chronischen cervicocephalen und cervico -vertebralen Schmerzsyndroms sowie des chronischen lumbospondylogenen

Syndroms beidseits körperlich schwere Tätigkeiten bleibend nicht mehr zugemutet werden. Aus internistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 17 f. Ziff. 6.2). Körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere körperlich belastende Tätigkeiten seien bei einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % zumutbar. Diese könne vollschichtig umgesetzt werden (S. 18 Ziff. 6.2). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe aus medizinisch-theoretischer Sicht seit März 2006. Nach dem ersten Unfallereignis vom 28. Januar 2004 bis März 2006 habe über die Zeit gemittelt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten von 50 % bestanden (S. 18 Ziff. 6.3). Die Prognose bezüglich einer Reintegration in den Arbeitsprozess sei aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung als sehr ungünstig zu bezeichnen. 3.5

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 28. Januar 2009 ( Urk. 7/85) ein vom Beschwerdeführer in Auftrag gegebenes Gutachten. Die Gutachterin führte aus, der Explorand befinde sich seit März 2006 in einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Die Sitzungen fänden alle zwei Wochen statt (S. 22 Ziff. 3.4).

Aktuell ergebe sich die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome. Als Hauptsymptome seien die depressive Stimmung, eine Anhedonie und eine erhöhte Ermüdbarkeit zu nennen. Ausserdem leide der Explorand unter Konzentrationsstörungen,

einem verminderten Selbstwertgefühl, Gefühlen der Schuld und von Wertlosigkeit, negativen Zukunftsperspektiven, Angstgefühlen, Schlafstörungen und einer Minderung des Appetits. Zusätzlich fänden sich als Symptome ein Interesseverlust, die Unfähigkeit auf günstige Ereignisse emotional zu reagieren, ein frühmorgendliches Erwachen, ein Morgentief mit einer deutlichen Verschlechterung der Grundstimmung, eine Zunahme der Kopfschmerzen im Laufe des Nachmittags, eine psychomotorische Hemmung und der Verlust von Appetit und Libido (S. 23 oben). Die aktuelle gutachterliche Beurteilung weiche deutlich von jener durch den psychiatrischen Gutachter des Zentrums C.\_\_\_\_ ab. Dieser habe im Gutachten vom 5. Dezember 2007 die Diagnose einer leichten depressiven Episode gestellt. Es falle auf, dass in sämtlichen ärztlichen Berichten, die vor und nach der Begutachtung durch Dr. N.\_\_\_\_ erstellt worden seien, eine mindestens mittelgradig ausgeprägte Depression beschrieben worden sei (S. 23 Mitte).

Dr. D.\_\_\_\_ nannte als psychiatrische Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), und eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54, S. 24 Ziff. 3.5 unten). Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig schweren depressiven Episode bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. In Anbetracht des seit 2005 bestehenden Krankheitsverlaufes ohne Remissionsphasen, der begleitenden chronischen Schmerzen, eines sozialen Rückzugs und der bisher unbefriedigenden Behandlungsergebnisse sei die depressive Erkrankung als chronifiziert zu betrachten. Die Wiedererlangung einer vollen Arbeitsfähigkeit sei derzeit nicht zu erwarten (S. 24 Ziff. 3.6). Das seit dem zweiten Unfall vom Juli 2005 bestehende chronische Schmerzsyndrom mit anhaltenden Kopf- und Nackenschmerzen zeige im Verlauf eine zusätzliche psychische Überlagerung mit einer Ausweitung der Schmerzen in den Thoraxbereich, Krankheitsängsten sowie einer verstärkten Selbstbeobachtung der Schmerzzustände im eigenen Körper. Die verstärkte Somatisierungsneigung sei im Rahmen der schweren depressiven Erkrankung durchaus erklärbar (S. 28 Ziff. 3 unten). Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht seit Mai 2006 zwischen 50 und 100% betragen habe (S. 29 Ziff. 4 Mitte). 3.6 3.6.1

Die Gutachter der E.\_\_\_\_ erstatteten am 19. Oktober 2009 (Urk. 7/99 /1-33) im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein polydisziplinäres Gutachten. Es beruht auf den fachärztlichen Untersuchungen durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, und Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. und 5. August 2009, der Konsensbesprechung der Gutachter und den ihnen zur Verfügung gestellten Akten (S. 2 unten).

Die Gutachter innen und Gutachter führten zur Anamnese aus, seit dem Unfall von 2005 persistierten Nacken- und Kopfschmerzen. Im Falle der Zunahme der Kopfschmerzen nach dem Mittag komme eine Übelkeit hinzu. Die Kopfschmerzen würden vom Nacken aufsteigen wie ein Band über die Kopfmittle bis frontal. Es beständen einerseits Nacken-/Kopfschmerzen, andererseits lumbale Schmerzen mit Schmerzen im rechten Gesäß und auf der Innenseite des Oberschenkels, der Wade und teilweise im rechten Fuss (S. 21 Ziff. 4.1 Mitte).

Der Beschwerdeführer kaufe ein und fahre kürzere Strecken mit dem Auto (S. 21 Ziff. 4.1 unten). 3.6.2

Zur rheumatologischen Untersuchung wurde ausgeführt, während der klinischen Untersuchung habe sich eine unbehinderte Mobilität gezeigt. Das Gangbild sei flüssig und hinkfrei. Die Wirbelsäule sei lotrecht mit abgeflachter Lendenlordose und Kopfprotraktion. Eine Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule bestehe nicht. Im Bereich der zervikalen Paravertebralmuskulatur würden bereits bei feiner Palpation Schmerzen angegeben. Bei einem nur leicht erhöhten Tonus liege eine diffuse Druckdolenz der Nacken-/Schultergürtelmuskulatur rechts vor. Die Brustwirbelsäule sei frei beweglich. Weiter bestehe eine leichte Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule mit einem allseitigen Endphasenschmerz.

In den aktuellen Röntgenaufnahmen der HWS würden weder relevante degenerative noch posttraumatische Veränderungen dargestellt. An der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) zeigten sich leichte bis mässige Degenerationen, betont lumbosacral. Insgesamt bestehe aus muskuloskelettaler Sicht eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiven Beschwerden und der geltend gemachten Leistungsunfähigkeit und der Eindrücklichkeit der klinischen und radiomorphologischen Befunde. Für die Diskrepanz dürften vor allem psychologische Faktoren verantwortlich sein. Der Unfall von 2005 habe zu einer HWS-Distorsion mit einem entsprechenden nuchalen Beschwerdebild geführt. Klinisch oder radiomorphologisch seien keine strukturellen traumatischen Läsionen nachgewiesen worden (S. 24 unten). Aus rein rheumatologischer Sicht sei eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit, wenn möglich wechselbelastend, zu 100 % zumutbar (S. 25 oben). 3.6.3

Zur psychiatrischen Untersuchung wurde ausgeführt, im Vordergrund seien eine schwere psychomotorische Verlangsamung des Beschwerdeführers, eine leise Sprechstimme, das verlangsamte Sprechtempo und eine deutliche Antwortlatenz gestanden. Bei guter Kooperation des Exploranden seien Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, eine niedergeschlagene Stimmung und ein verminderter Antrieb beobachtet worden. Die psychometrischen Testverfahren hätten kongruent das Bild einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode ergeben. Der Rey-Test habe eindeutig für eine gute Kooperation und gegen eine Simulation oder Aggravation gesprochen (S. 26 Mitte). Das beschriebene Symptombild lasse sich durch eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome abbilden. Der Serumspiegel für Citalopram liege im unteren Wirkbereich, was für die Einnahme des Medikaments spreche (S. 26 unten). Aus psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit 0%. Hierfür seien die psychomotorische Verlangsamung, Konzentrationsstörungen, eine eingeschränkte Umstellungsfähigkeit und eine erniedrigte Stresstoleranz im Rahmen der depressiven Episode verantwortlich (S. 27 oben).

Im C.\_\_\_\_-Gutachten sei aufgrund einer leichten depressiven Episode eine psychiatrische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% festgestellt worden. Offenbar habe sich der Zustand des Exploranden seitdem gravierend verschlechtert, obwohl die damals berichtete und beschriebene Psychopathologie bereits damals für einen höheren Schweregrad der Depression gesprochen habe. Die Gutachter stimmten mit der Einschätzung durch Dr. D.\_\_\_\_ überein (S. 27 unten). 3.6.4

Die Gutachter innen und Gutachter stellten gesamthaft folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 28 Ziff. 6.1). - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - chronisches zervikozepales Schmerzsyndrom - Status nach HWS-Distorsion infolge Heckauffahrkollision am 16. Juli 2005 - chronische occipitale Kopfschmerzen - Schmerzchronifizierung

- chronisches Lumbovertebralsyndrom - pseudoradikuläre Ausstrahlung in die rechte untere Extremität - leichte bis mässige degenerativ e Veränderungen der unteren LWS,

betont lumbosacral

Die Gutachter nannten zudem als Diagnose einen Verdacht auf eine Hyperthyreose (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, S. 28 Ziff. 6.2).

Aus somatischer Sicht bestünden erhebliche Diskrepanzen zwischen den subjektiv angegebenen Schmerzen und der subjektiv daraus resultierenden Einschränkung jeglicher Belastbarkeit gegenüber den radiologischen und klinisch objektiven Befunden und der weitgehend freien Beweglichkeit in der Untersuchungssituation. Es sei vor allem ein chronisches zervikozepales Schmerzsyndrom zu diagnostizieren mit einer freien Beweglichkeit der HWS und nur sehr geringen muskulären Verspannungen im Bereich der HWS (S. 30 unten). Für die Chronifizierung der Schmerzen dürfte ausschliesslich die psychiatrische Fehlverarbeitung massgebend sein. Aus rein somatischer Sicht sei aufgrund des zervikozepalen Schmerzsyndroms und des chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms eine körperlich schwere Arbeit nicht mehr möglich. Dazu zähle auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur im Stückguttransport für die Y.\_\_\_\_. Für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit bestehe aus somatischer Sicht aber eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % (S. 31 oben).

Ausschlaggebend sei die psychiatrische Einschätzung. Es sei von einer weitgehenden Schmerzfehlverarbeitung auszugehen. Diese dürfte sich aus der initialen Beschwerdesituation speisen und aus dem Unverständnis der Nicht-Anerkennung der Unfallkausalität der Beschwerden, der Verunsicherung bezüglich seiner körperlichen Leistungsfähigkeit, dem subjektiven Nicht-Erfüllen-Können seiner Rolle als Vater, Ehemann und Ernährer und der Verunsicherung bezüglich seiner beruflichen Situation und der Chancen auf dem Arbeitsmarkt (S. 31 oben). Es sei von einer Verschlechterung gegenüber der Situation von 2007 auszugehen. Etwas irritierend sei, dass die angeblich regelmässig und in korrekter Dosis eingenommenen antidepressiven Medikamente beide im Serumspiegel deutlich unter dem Wirkungsbereich lägen, was entweder auf eine rasche Metabolisierung oder eine mangelnde Compliance hinweise (S. 31 Mitte).

Im angestammten Beruf bestehe derzeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit. Eine Intensivierung der Therapie sowie der sozialrehabilitativen Massnahmen sei dringend indiziert, um den jungen Exploranden nicht endgültig in die Chronifizierung abgleiten zu lassen und ihn in seinem dysfunktionalen Krankheitskonzept zu bestärken (S. 31 Ziff. 7.2). In einem geschützten Rahmen sei derzeit eine Tätigkeit im Sinne einer Tagesstrukturierung mit einem Pensum von 60-80 % zumutbar. Ein Schwerpunkt müsste auf eine schrittweise Steigerung der allgemeinen Leistungsfähigkeit gelegt werden (S. 31 f. Ziff. 7.3). 3.7

Die Ärzte des Psychiatricentrum s

B.\_\_\_\_ berichteten am 19. November 2010 (Urk. 7/128 /1-2) über die tagesklinische Behandlung des Beschwerdeführers von 7. Juni bis 15. Juli 2010. Sie nannten als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4). 3.8

Mit Verfügungen vom 10. Mai und 20. Juli 2011 (Urk. 7/118-120, Urk. 7/117) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab dem 1. Januar 2005 eine Viertelsrente und ab dem 1. März 2009 aufgrund einer gesundheitlichen Verschlechterung eine ganze Rente zu. 4. 4.1

Vom 25. Februar bis 26. März 2012 befand sich der Beschwerdeführer erstmals in stationärer Behandlung in der Klinik J.\_\_\_\_ AG, deren Arzt am 15. Mai 2012 über den Aufenthalt berichtete und eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelgradiger depressiver Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) diagnostizierte (Urk. 7/133 S. 1). Der Zustand des Beschwerdeführers habe sich gebessert, was die depressive Symptomatik, die innere Unruhe und Distanzierung in Bezug auf die Schmerzsymptomatik anbelange. Trotz sozialarbeiterischer Unterstützung habe er nicht zu einer Arbeit im prinzipiell indizierten geschützten Rahmen motiviert werden können (S. 4).

Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte aufgrund ihrer monatlichen Kontrollen im Bericht vom 13. November 2013 (Urk. 7/136) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine anhaltende depressive Störung, mittelgradig (ICD-10 F33.1, S. 1 oben). Dr. K.\_\_\_\_ attestierte für die Tätigkeit als Lehrer eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, zirka seit 2004, sicher seit Herbst 2014. Weiter gab sie an, versuchsweise sei eine Anwesenheit von zwei Stunden täglich in einem geschützten Rahmen zumutbar. Dies habe sich bisher nicht umsetzen lassen. Trotz einer leichten Verbesserung sei eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit gegeben (S. 2 unten).

Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, hielt mit Bericht vom 11. Dezember 2013 ausgehend von im Wesentlichen gleichen Diagnosen eine Arbeitsunfähigkeit von 100% seit März 2009 fest (Urk. 7/137).

Mit Mitteilung vom 17. Februar 2014 (Urk. 7/142) bestätigte die Beschwerdegegnerin die unveränderte Ausrichtung einer ganzen Rente der Invalidenversicherung. 4.2

Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, RAD, nahm am 29. Dezember 2016 (Urk. 7/190 S. 4) Stellung zur Observation des Beschwerdeführers vom 2. Juni bis 7. Oktober 2016 (vgl. Urk. 7/183 / 2). Er führte aus, bei dem vorgelegten Bildmaterial liessen sich keine wesentlichen körperlichen funktionellen Einschränkungen oder Beschwerdezeichen erkennen. Die Zielperson sei offenbar auch in der Lage, einen PKW durch mehrere Kilometer intensiven Stadtverkehr routiniert zu lenken und zu parkieren (S. 4 oben). Für die bisherigen somatischen Diagnosen eines chronischen

lumboradikulären Syndroms mit Ischialgie rechts, einer chronischen Zervikalgie mit Status nach HWS-Distorsion 2005 und einer Periarthritis humeroscapularis rechts fanden sich keine Akutzeichen. Allein anhand des Bildmaterials sei eine abschliessende Beurteilung zur Chronizität der somatischen Diagnosen indes nicht möglich (S. 4 Mitte). 4.3

Der Beschwerdeführer ist seit November 2015 bei Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, praktischer Arzt, in ambulanter Behandlung ( Urk. 7/171 Ziff. 1.2). Dr. Z.\_\_\_\_ nannte im Bericht vom 8. März 2017 ( Urk. 7/171) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, mittel- bis schwergradig (ICD-10 F33.X), und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4, Ziff. 1.1). Er gab zur Arbeitsfähigkeit an, eine Veränderung sei nicht festzustellen. Es sei weiterhin von einer vollschichtigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ( Ziff. 1.6). 4.4

Dr. med. O.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in der Stellungnahme vom 12. Februar 2018 ( Urk. 7/190 S. 5 f.) zur Observation des Beschwerdeführers aus, die Hausärztin habe im Bericht vom 8. März 2017 eine schwere Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörung beschrieben. Die in den Observationen von Juni und August 2016 gezeigten Verhaltensweisen seien jedoch absolut unauffällig. Der Beschwerdeführer zeige ein lockeres, lässiges und zum Teil schwungvolles Gangbild mit entspanntem Gesichtsausdruck. Er sei in einer lockeren Haltung im Restaurant gesessen, habe in seinem Getränk gerührt und interessiert die Zeitung gelesen. Beim Autofahren hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Er fahre und parkiere ohne Probleme. Das Observationsmaterial spreche insgesamt gegen eine höhergradige Einschränkung durch eine depressive Symptomatik. Die immer wieder geklagten schweren Konzentrationsstörungen könnten beim sicheren Autofahren und Parkieren, beim Einkaufen, Zeitungslesen oder im Gespräch mit Anderen nicht erkannt werden. Weiter sei auch keine reduzierte Mimik oder Gestik sichtbar. Der Beschwerdeführer beteilige sich aktiv am Gespräch mit Anderen (S. 5 f.). Zusammenfassend sei ein einschränkender Gesundheitsschaden zum Zeitpunkt der Observationen nicht plausibel nachvollziehbar. Eine massive Besserung der postulierten schweren depressiven Symptomatik sei glaubhaft, zumindest zum Zeitpunkt der Observationen (S. 6 oben). 4.5 4.5 .1

Dr. phil. P.\_\_\_\_, Neuropsychologin FSP, erstattete am 8. März 2019 ( Urk. 7/211/3-16 ) im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein neuropsychologisches Teilgutachten. Es beruht auf der neuropsychologischen Untersuchung vom 8. März 2019 und den der Gutachterin zur Verfügung gestellten Akten ( S. 1

Ziff.

## **E. 7**

-120 ) sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab dem 1. Januar 2005 eine Viertelsrente und ab dem 1. März 2009 aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes eine ganze Rente mit entsprechenden Kinderrenten zu.

### **E. 7.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der

Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

## **E. 7.2**

S. 36, Ziff. 8.2 S. 38, Ziff. 8.4 S. 40). Gemäss Dr. R.\_\_\_\_ ist somit auch im Fall von Gewährung beruflicher Massnahmen nicht zu erwarten, dass der Beschwerdeführer die attestierte Teilarbeitsfähigkeit umsetzen wird.

Damit ist

weder

vom Vorliegen des subjektiv erforderlichen Eingliederungswillens auszugehen noch erscheinen Eingliederungsmassnahmen als objektiv geeignet. Demnach ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen mit der angefochtenen Verfügung verneint hat. Sollte der Beschwerdeführer seine Haltung geändert haben und an einer Eingliederungsmassnahme teilnehmen wollen, kann er sich bei der Beschwerdegegnerin wie der anmelden, welche darüber neu zu verfügen hätte (Urteil des Bundesgericht 9C\_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 7 und 8C\_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.2). 9. 9.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die mit

Fr. 900.-- zu bemessenden Kosten sind aufgrund des weitgehenden Obsiegens des Beschwerdeführers

der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 9. 2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer ist vorliegend bei einem praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) eine Prozessentschädigung von 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das Gericht erkennt:

- 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 25. März 2021 dahingehend abgeändert, als festgestellt wird, dass bis zum 30. April 2021 Anspruch auf die bisherige ganze Rente und ab dem 1. Mai 2021 Anspruch auf eine halbe Rente besteht. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage eine Kopie von

Urk. 13-14 /1-2 - 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 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

### **E. 7.3**

Nach der medizinischen Beurteilung ist dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als LKW-Chauffeur nicht mehr möglich. Das Arbeitsverhältnis mit der Y.\_\_\_\_, wo er seit dem 12. Juli 1999 als Wagenführer tätig gewesen war, löste er per 31. Juli 2005 – offenbar im Rahmen einer Reorganisation in deren Rahmen er auch eine Abfindung von Fr. 40'000.-- erhielt ( Urk. 7/5 ) - selber auf

( Urk. 7/16). Damit ist nicht davon auszugehen, dass er im Gesundheitsfall dort weiterhin tätig wäre, weshalb zur Ermittlung des

Valideneinkommens

die Tabellenlöhne heranzuziehen sind. Unter Berücksichtigung der relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren, insbesondere der langjährigen Erfahrung als LKW-Chauffeur mit entsprechendem Ausweis ( Urk. 7/1), erscheint es sachgerecht, auf den Wert der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level 2018, Kompetenzniveau 2, Männer, Sektor 3 Dienstleistungen, Ziffer 53 (Post, Kurier- und Expressdienste) von Fr. 5'787.-- monatlich abzustellen. Angepasst an die Nominallohnentwicklung (Tabelle T39 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne) und die betriebsübliche Arbeitszeit ( T

03

.02.03.01.04.01 Betriebsübliche

Arbeitszeit

nach Wirtschaftsabteilungen ) für das Jahr 2020 als – im Zeitpunkt der Rentenanpassung 2021 - aktuellster veröffentlichter Wert ergibt dies ein Valideneinkommen von rund Fr. 73'612.65 ( Fr. 5'787.-- x 12 : 40 x 41.7 : 2260 x 2298 ).

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist angesichts der aus medizinischer Sicht noch zumutbaren Tätigkeiten vom Tabellenlohn TA1\_tirage\_skill\_level 2018, Kompetenzniveau 1, Total, Männer, von Fr. 5'417.-- monatlich auszugehen. Nach dem von Dr. Q.\_\_\_\_ und RAD-Arzt Dr. M.\_\_\_\_ aufgestellten Belastungsprofil sind dem Beschwerdeführer leichte und mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten mit einem

Arbeitspensum von 50 % möglich (E. 4.6.2 und 4.8) . Rechtsprechungsgemäss ist der Umstand allein, dass nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C\_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2 mit Hinweisen) . Als lohnmindernd wirkt sich im vorliegenden Fall hingegen Teilzeitarbeit in einem Pensum von 50 % aus, zumal sich gemäss Tabelle T18

Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad,

beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor ,

bei einem Pensum von 50-74 % im untersten Kompetenzniveau bei Männern eine

Lohndifferenz von Fr. 261.-- entsprechend etwa 4 % ergibt. Angepasst an die Nominallohnentwicklung und die betriebsübliche Arbeitszeit im Jahr 2020 sowie unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 5 % ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 32'730.40 ( Fr. 5'417.-- x 0.5 x 12 : 40 x 41.7: 2260 x 2298 x 0.95).

Vergleicht man das Valideneinkommen von Fr. 73'612.65 mit dem Invalideneinkommen von Fr. 32'730.40 resultiert eine Erwerbseinkommenslücke von Fr. 40'882.25 , was einem Invaliditätsgrad von 56 % entspricht. Somit besteht ab Mai 2021 ein Anspruch auf eine halbe Rente.

#### **E. 7.4**

Zusammenfassend besteht bis zum 30. April 2021 Anspruch auf die bisherige ganze Rente. Die per Ende September 2018 sistierte Rente ist dem Beschwerdeführer daher bis und mit April 2021 rückwirkend auszurichten . Ab dem 1. Mai 2021 besteht aufgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustandes noch ein Anspruch auf eine halbe Rente. 8. 8.1

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1, Urteil des Bundesgerichts 8C\_233/2021 vom 7. Juni 2021 E. 2.3 mit Hinweisen). 8.2

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit:

a. diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b. die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Massnahmen (lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b) und in der Abgabe von Hilfsmitteln (lit. d).

### 8.3

Der 1963 geborene Beschwerdeführer bezog seit Januar 2005 eine Viertelsrente und seit März 2009 eine ganze Rente und hatte im Zeitpunkt der Erstattung des Gutachtens vom April/Mai 2019 (vorstehend E. 4.5-4.7) das 55. Altersjahr zurückgelegt. Damit ist zu prüfen, ob vor der Einstellung der Rente Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind (vorstehend E. 8.1). Die Beschwerdegegnerin verneinte dies unter Hinweis auf die Verletzung der Meldepflicht durch den Beschwerdeführer und darauf, dass es an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers fehle (Urk. 2 S. 15 f.).

Die Beschwerdegegnerin auferlegte dem Beschwerdeführer bereits mit Schreiben vom 1. September 2014 die Pflicht, sich einer Ressourcen aktivierenden Behandlung zu unterziehen (Urk. 7/148). Am 27. April 2015 stellte sie nach Durchführung eines Standortgesprächs (Urk. 7/159) fest, dass eine Unterstützung in Form von Beratung und Begleitung nicht angezeigt sei (Urk. 7/160). Die Beschwerdegegnerin hielt im internen Feststellungsblatt vom 27. April 2015 dazu fest, beim Beschwerdeführer sei keine explizite Motivation sichtbar, alles Mögliche zu unternehmen, um die berufliche Situation zu verbessern (Urk. 7/159 S. 1 Mitte). Der psychiatrische Gutachter Dr. R. \_\_\_\_\_

hielt sodann fest, dass die Umsetzung eines prinzipiell ableitbaren Leistungspotenzials für eine Teilarbeitsfähigkeit, gegebenenfalls über den notwendigen Zwischenschritt beruflicher Massnahmen im geschützten Rahmen, aufgrund des Verharrens des Beschwerdeführers in der vor allem beruflich völlig limitierten dysfunktionalen Position aus fachärztlich psychiatrischer Sicht kaum erwartbar sei (Ziff.

### E. 10

oben).

Bei der Beurteilung von Inkonsistenzen/Aggravation sei eine sorgfältige Prüfung nicht nur auf breiter Beobachtungsbasis, sondern auch in zeitlicher Hinsicht erforderlich (S. 8 unten). Weiter wäre es die Aufgabe der RAD-Ärztin gewesen, eine gesundheitliche Verbesserung aus den Befunden des Gutachtens abzuleiten. Dies habe sie nicht getan. Sie habe sich lediglich einseitig dazu geäussert, dass entgegen dem psychiatrischen Gutachten von einer bewusstseinsnahen Aggravation auszugehen sei (S. 10 oben). Der Gutachter habe des Weiteren nicht allein soziokulturelle Befunde erhoben. Die erhobenen Befunde seien die

Grundlage für die psychiatrischen Diagnosen. Es handle sich um medizinische und nicht um soziokulturelle Befunde ( S. 13 Ziff.

**E. 14**

unten).

Eine Verletzung der Meldepflicht liege nicht vor, da eine unterschiedliche Auffassung über den Gesundheitszustand bestehe und Dr. Z.\_\_\_\_ noch im März 2017 eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt habe (S. 15).

Unter Annahme einer sich aus dem Gutachten ergebenden rentenausschliessen den Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wäre dessen Datum massgebend und der Beschwerdeführer alsdann 55 Jahre alt beziehungsweise habe 15 Jahre eine Rente bezogen. Der angebliche fehlende Eingliederungswille sei sodann nicht mit der subjektiven Krankheitsüberzeugung gleichzusetzen, welcher seitens Beschwerde gegnerin mit einem – indessen nie durchgeführten – Mahn- und Bedenkzeitverfahren zu begegnen wäre (S. 16 Ziff. 16).

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