

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2016 98

## Entscheid vom 16. Mai 2017

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. Hanspeter Riedener,  
Langstrasse 4, 8004 Zürich,

**gegen**

**IV-Stelle Schwyz**, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rente)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (geb. \_\_\_\_\_1961\_\_\_\_\_) reiste im März 1982 in die Schweiz ein und arbeitete seither bis im Juni 2007 bei B.\_\_\_\_\_ als Hilfsarbeiter. Im Februar 2007 meldete er der Suva einen Unfall, wonach er beim Abladen von Armierungsstahlrollen von einem LKW von einer Leiter gestürzt, auf den Hinterkopf gefallen und eine gewisse Zeit bewusstlos gewesen sei (Suva-act. 2-61/61). Nach Einholung von Arztberichten und weiteren Abklärungen verfügte die Suva am 17. September 2007 die Einstellung der Versicherungsleistungen ab dem 1. Oktober 2007, weil keine organischen Unfallfolgen im Sinne struktureller Verletzungen hinreichend nachgewiesen werden konnten (Suva-act. 2-9/61).

**B.** Am 6. Mai 2008 meldete sich A.\_\_\_\_\_ bei der IV-Stelle Schwyz zum Leistungsbezug an, wobei die gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie folgt umschrieben wurden: „Nacken- und Kopfbeschwerden. Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, sehr nervös und unruhig. (...) seit ca. 2000“ (IV-act. 1).

**C.** Nach Einholung diverser Arztberichte veranlasste die IV-Stelle eine Untersuchung beim C.\_\_\_\_\_. Das Gutachten wurde am 5. Januar 2009 erstattet (IV-act. 24-1/35). Gestützt auf eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes teilte die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ mit Vorbescheid vom 27. Februar 2009 mit, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 29). Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ am 2. April 2009 Einwände erheben (IV-act. 35).

**D.** Am 16. April 2009 veranlasste die IV-Stelle eine Untersuchung bei der D.\_\_\_\_\_(IV-act. 40). Das Psychiatrische Gutachten wurde am 27. August 2009 erstattet (IV-act. 49).

**E.** Mit Vorbescheid vom 16. November 2009 teilte die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ mit, dass ab 1. Februar 2008 ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bestehe (IV-act. 54). Einen provisorischen Einwand liess A.\_\_\_\_\_ am 13. Januar 2010 zurückziehen (IV-act. 58f.). Am 2. März 2010 verfügte die IV-Stelle, dass (bei einem Invaliditätsgrad von 65%) ab 1. Februar 2008 ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bestehe. Eine Intensivierung der psychiatrischen Therapie im Sinne einer stationären Behandlung mit integrativem Vorgehen sei zur Verbesserung des Gesundheitszustandes empfehlenswert. Falls A.\_\_\_\_\_ an beruflichen Massnahmen interessiert sei, könne er sich schriftlich bei der IV-Stelle melden (IV-act. 60+65).

**F.** Am 8. Mai 2012 eröffnete die IV-Stelle ein Rentenrevisionsverfahren (IV-act. 69). A.\_\_\_\_\_ wurde am 31. Oktober 2013 von der IV-Stelle zum Ge-

spräch hinsichtlich einer eingliederungsorientierten Rentenrevision eingeladen, welches am 27. November 2013 stattgefunden hat (IV-act. 82f.). Am 4. Dezember 2013 wurde das eingliederungsorientierte Revisionsverfahren abgeschlossen, weil sich A.\_\_\_\_\_ nicht als arbeits- und eingliederungsfähig betrachtete (IV-act. 83-5/5). Im Zeitraum vom 15. Mai bis 12. September 2013 erfolgte an drei Tagen eine Observation, wobei A.\_\_\_\_\_ nicht gesichtet wurde. Im Zeitraum vom 23. September bis 16. Oktober 2014 folgte eine weitere Observation an vier Tagen (IV-act. 89-9/12).

**G.** Mit Verfügung vom 1. Dezember 2014 wurde die Dreiviertelsrente von der IV-Stelle per sofort sistiert (IV-act. 91). Gleichentags veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Orthopädie und Traumatologie (inkl. Rheumatologie). Der Auftrag wurde der E.\_\_\_\_\_ zugewiesen (IV-act. 92ff.). Das polydisziplinäre Gutachten wurde am 24. Juni 2015 erstattet (IV-act. 104).

**H.** Mit Vorbescheid vom 14. Januar 2016 teilte die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ mit, dass die Rente rückwirkend per 1. September 2014 aufgehoben und auf die Rückforderung verzichtet werde (IV-act. 116). Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ am 12. Februar 2016 bzw. ergänzend am 20. April 2016 Einwände erheben (IV-act. 119). Mit Verfügung vom 26. August 2016 hob die IV-Stelle die Rente rückwirkend per 1. September 2014 auf, verzichtete auf die Rückforderung und entzog einer Beschwerde gegen die Verfügung die aufschiebende Wirkung (IV-act. 127).

**I.** Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ am 12. September 2016 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz einreichen mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26.8.2016 sei aufzuheben und es sei dem Versicherten weiterhin mind. eine Dreiviertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von mind. 65% auszurichten.
2. Eventualiter sei ein neues polydisziplinäres Gutachten einzuholen.
3. Subeventualiter seien dem Beschwerdeführer berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

**J.** Mit Vernehmlassung vom 7. November 2016 beantragte die IV-Stelle, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers. Die Replik erfolgte am 7. Februar 2017 mit folgenden leicht modifizierten Anträgen:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. August 2016 sei aufzuheben und es sei dem Versicherten weiterhin mindestens eine 3/4-Rente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 65% auszurichten.
2. Eventualiter seien das gesamte Observationsmaterial inkl. Daten-CDs, das Gutachten der E. \_\_\_\_\_ vom 24. Juni 2015 sowie alle übrigen Akten, die einen Bezug zur Observation oder zu den darin enthaltenen Daten haben, aus den Akten zu entfernen und es sei ein neues polydisziplinäres Gutachten einzuholen.
3. Subeventualiter seien dem Beschwerdeführer berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Duplik vom 9. März 2017 wiederholte die IV-Stelle ihre in der Vernehmung gestellten Anträge.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** Der Beschwerdeführer rügt mit Verweis auf das Urteil Vukota-Bojic gegen die Schweiz (Urteil Nr. 61838/10 vom 18. Oktober 2016 des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte [EGMR]), dass das Observationsmaterial illegal erworben worden sei, weshalb es zusammen mit dem E. \_\_\_\_\_-Gutachten und allen übrigen Akten, die einen Bezug zur unzulässigen Observation oder zu den darin enthaltenen Daten haben, aus den Akten zu entfernen sei.

**1.2.1** Im oben zitierten Urteil Vukota-Bojic gegen die Schweiz erkannte der EGMR eine Verletzung von Art. 8 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) vom 28. November 1974 (Inkrafttreten für die Schweiz) betreffend Observationen im Unfallversicherungsverfahren.

Art. 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) lautet wie folgt:

- (1) Jede Person hat das Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung und ihrer Korrespondenz.
- (2) Eine Behörde darf in die Ausübung dieses Rechts nur eingreifen, soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer.

Der EGMR hat erwogen, dass durch die Observation das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens der Beschwerdeführerin betroffen sei (zit. EGMR-Urteil Ziff. 59) und prüfte die Rechtfertigungsgründe, insbesondere das Vorliegen der gesetzlichen Grundlage, welche u.a. notwendig ist um einen Eingriff in das Recht zu rechtfertigen.

Die vom Bundesgericht für die Observation einer versicherten Person als genügend erachteten Art. 43 (Abklärung) und 28 (Mitwirkung beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze) des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 i.V.m. Art. 96 (Bearbeiten von Personendaten) des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 wurden vom EGMR als ungenügende rechtliche Grundlagen erachtet, weil sich daraus weder Verfahrens- und Überwachungsvorschriften ergeben, noch Beschränkungen der Dauer der Observation, Rechtsmittelmöglichkeiten für die versicherte Person oder Regelungen zur Aufbewahrung, zum Zugang, zur Nutzung, Weitergabe oder Zerstörung der durch Observation erlangten Daten entnehmen lassen. Der Schutz vor Missbrauch wurde als ungenügend erachtet (zit. EGMR-Urteil Ziff. 74ff.).

**1.2.2** Indes verneinte der EGMR im konkreten Fall eine Verletzung von Art. 6 EMRK (Abs. 1: Jede Person hat ein Recht darauf, dass über Streitigkeiten in Bezug auf ihre zivilrechtlichen Ansprüche und Verpflichtungen oder über eine gegen sie erhobene strafrechtliche Anklage von einem unabhängigen und unparteiischen, auf Gesetz beruhenden Gericht in einem fairen Verfahren, öffentlich und innerhalb angemessener Frist verhandelt wird [...]) durch die Beweisverwertung der rechtswidrig erlangten Informationen. Er prüfte jedoch nicht im Grundsatz die Zulässigkeit rechtswidrig erlangter Beweise. Zu prüfen war im konkreten Fall insbesondere, ob eine Anfechtung der Beweise und deren Verwendung möglich gewesen seien. Zudem seien die Beweisqualität und die Umstände der Beweisgewinnung zu berücksichtigen, sowie ob die Umstände Zweifel an der Schlüssigkeit des Beweises aufkommen lassen. Schliesslich sei wichtig, ob der fragliche Beweis für den Verfahrensausgang ausschlaggebend gewesen sei (zit. EGMR-Urteil Ziff. 93ff.).

Der EGMR gelangte zum Ergebnis, dass die Observation nicht der einzige Beweis für die Entscheidung im konkreten Fall war, sondern dass weitere verwertbare Beweise (insbesondere Widersprüche in Arztberichten, welche vor der Observation erstellt wurden) vorgelegen hätten (zit. EGMR-Urteil Ziff. 99).

**1.3** Mit Art. 59 Abs. 5 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 1959 besteht im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (vgl. BGE 137 I 327) eine andere gesetzliche Grundlage für die Observation als bei der Unfallversicherung (welche im zit. EGMR-Urteil massgebend war). Gemäss der IVG-Bestimmung können die IV-Stellen zur Bekämpfung des ungerechtfertigten Leistungsbezugs Spezialisten beiziehen. Unter Berücksichtigung des erwähnten EGMR-Urteils ist demnach fraglich und zu prüfen, ob Art. 59 Abs. 5 IVG eine

genügende gesetzliche Grundlage für eine Observation darstellt (diese Frage wurde vor dem EGMR-Urteil mit BGE 137 I 327 bejaht).

**1.3.1** Gemäss Art. 13 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) vom 18. April 1999 hat jede Person Anspruch auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung sowie ihres Brief-, Post- und Fernmeldeverkehrs (Abs. 1). Jede Person hat Anspruch auf Schutz vor Missbrauch ihrer persönlichen Daten (Abs. 2). Der Wortlaut von Abs. 1 entspricht überwiegend dem Wortlaut von Art. 8 Abs. 1 EMRK.

Nach Art. 36 BV bedürfen Einschränkungen von Grundrechten einer gesetzlichen Grundlage. Schwerwiegende Einschränkungen müssen im Gesetz selbst vorgesehen sein. Ausgenommen sind Fälle ernster, unmittelbarer und nicht anders abwendbarer Gefahr (Abs. 1). Einschränkungen von Grundrechten müssen durch ein öffentliches Interesse oder durch den Schutz von Grundrechten Dritter gerechtfertigt sein (Abs. 2). Einschränkungen von Grundrechten müssen verhältnismässig sein (Abs. 3). Der Kerngehalt der Grundrechte ist unantastbar (Abs. 4).

**1.3.2** Das Bundesgericht hat mit BGE 137 I 327 (Urteil 8C\_272/2011 vom 11.11.2011) festgehalten, dass die Erhebung und Aufbewahrung erkennungsdienstlicher Daten, worunter auch Videoaufnahmen fallen, im öffentlich-rechtlichen Verhältnis den Schutz der Privatsphäre berühren (Erw. 4.4). Neben Art. 28 Abs. 2 ATSG bestehe für das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren mit Art. 59 Abs. 5 IVG eine spezialgesetzliche Grundlage, welche zur Bekämpfung des ungerechtfertigten Leistungsbezugs den Beizug von Spezialisten ermögliche. Dass damit der Einsatz von Privatdetektiven gemeint sei, stehe nicht in Frage (zit. BGE Erw. 5.2). Die Voraussetzungen einer zulässigen privatdetektivlichen Observation sei durch die Spezialgesetzgebung nicht weiter eingeschränkt. Bei Beachtung des damals zu berücksichtigenden Sachverhalts sei der Eingriff in die Privatsphäre nach Art. 13 BV nicht als schwer einzustufen gewesen, weshalb in Art. 59 Abs. 5 IVG - auch wenn sich die Observation nicht auf den öffentlichen Raum beschränkte, sondern den von jedermann ohne weiteres einsehbaren Privatbereich miteinbezog - von seinem Wortlaut sowie seinem Sinn und Zweck her eine hinreichende gesetzliche Grundlage für die Observation gesehen wurde (zit. BGE Erw. 5.2).

Zusammenfassend hielt das Bundesgericht fest: Wenn konkrete Anhaltspunkte bestehen, die Zweifel an der behaupteten Arbeitsunfähigkeit wecken (objektive Gebotenheit der Observation), die Observation nur während einer

verhältnismässig kurzen, begrenzten Zeit stattfindet und einzig Verrichtungen des Alltags ohne engen Bezug zur Privatsphäre gefilmt werden, ist der Persönlichkeitsbereich auch bei einer Observation im öffentlich einsehbaren, privaten Raum nur geringfügig tangiert und wiegt der Eingriff in die Persönlichkeitsrechte nicht schwer. Umgekehrt hat die Versicherung und die dahinter stehende Versichertengemeinschaft ein erhebliches schutzwürdiges Interesse daran, dass nicht zu Unrecht Leistungen erbracht werden. Mit anderen Worten wird bei der erfolgten Observation kein Rechtsgut verletzt, welches Vorrang vor dem öffentlichen Interesse der Missbrauchsbekämpfung hat, und unter Einbezug sämtlicher Umstände sind die Interessen der Beschwerdeführerin (IV-Stelle) gegenüber den privaten Interessen der Beschwerdegegnerin (Versicherte) als höherwertig einzustufen (zit. BGE Erw. 5.6).

**1.3.3** Die Frage, ob die Observation eines Versicherten in einem IV-Verfahren (Eingriff in Art. 13 Abs. 1 und 2 BV) mit dem Legalitätsprinzip (Art. 36 Abs. 1 BV) vereinbar ist, hat das St. Galler Versicherungsgericht unter Berücksichtigung des EGMR-Urteils in seiner Entscheidung Nr. IV 2016/145 vom 6. Dezember 2016 erneut geprüft und verneint. Im zitierten Entscheid wurde festgehalten, dass im konkreten Fall die heimliche Überwachung mit Unterstützung von bildaufzeichnenden Geräten und in einem mehrwöchigen Zeitraum durchgeführt worden sei und sich nicht nur auf öffentliche Plätze beschränkte, sondern auch das Verhalten des Beschwerdeführers festhielten, als sich dieser auf privatem Grundeigentum bzw. in privaten Räumen befunden habe. Dabei erscheine fraglich, ob die Abklärungsperson das Einverständnis des privaten Besitzers für den Aufenthalt zum Zweck der heimlichen und gezielten Überwachung von Gästen eingeholt habe. Zudem seien heimlich Informationen über den Gesundheitszustand einer Person beschafft worden, die zu den heiklen, sensitiven Daten gehörten und die Intimsphäre im Kern berühren könnten. Angesichts dieser qualitativen und zeitlichen Intensität der heimlichen und gezielten Überwachung des Beschwerdeführers könne offensichtlich nicht von einem lediglich geringfügigen Eingriff gesprochen werden (zit. Entscheid des St. Galler Versicherungsgerichts Erw. 3.2.3).

Das einschlägige Recht enthalte sodann keine Norm, welche zumindest ansatzweise die Voraussetzungen für die Anordnung einer zielgerichteten und heimlichen Überwachung von Versicherten in der Invalidenversicherung regle (wie etwa Schwere der Tat, die eine heimliche Überwachung rechtfertige, Anfangsverdacht und namentlich dessen Intensität oder Verhältnis zu nicht heimlichen Abklärungsmassnahmen). Dies gelte auch für Art. 59 Abs. 5 IVG. Aus der parlamentarischen Debatte gehe einzig hervor, dass Regelungsgegenstand

der Versicherungsmissbrauch bilde, wobei der Wortlaut der Bestimmung darüber hinausgehe und unbekümmert um das Verhalten oder mutmassliche Verschulden der Betroffenen jede Möglichkeit eines objektiv ungerechtfertigten Leistungsbezugs zum Tatbestandsmerkmal erhebe. Näheres zum Regelungsgegenstand dieser inhaltlich vagen Norm lasse sich indessen weder den Materialien noch dem Wortlaut entnehmen. Insbesondere würden nähere Hinweise zu den „Spezialisten“ fehlen, deren Tätigkeit der von ihnen einzusetzenden Mittel und zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit sie überhaupt beauftragt werden dürfen. Auch der Personenkreis, der Gegenstand des Interesses von „Spezialisten“ bilden könnten, werde nicht definiert. Damit bleibe unbestimmt und nicht vorhersehbar, welche konkreten Folgen die Norm für die möglichen Betroffenen habe. Art. 59 Abs. 5 IVG stelle demnach keine hinreichend bestimmte gesetzliche Grundlage für die Durchführung der zielgerichteten und heimlichen Überwachung von Versicherten dar (zit. Entscheid des St. Galler Versicherungsgerichts Erw. 3.2.5f.).

Dieser Entscheid ist derzeit beim Bundesgericht hängig (vgl. Internetseite der Gerichte des Kantons St. Gallen, Entscheidpublikation des erwähnten Entscheides; vgl. auch Duplik vom 9.3.2017 S. 3).

**1.3.4** Das Versicherungsgericht des Kantons Aargau hielt mit Urteil vom 16. Februar 2017 fest, dass in der Invalidenversicherung - anders als in der Unfallversicherung - mit Art. 59 Abs. 5 IVG eine gesetzliche Grundlage für die Durchführung von Observationen bestehe. Im Übrigen wären die Erkenntnisse der Observation auch verwertbar, wenn von einer unzulässigen Observation auszugehen wäre. Hinsichtlich der Frage der Verwertbarkeit von rechtswidrig erlangten Beweismitteln sei das kantonale Recht massgebend, welches auf das Zivilprozessrecht verweise. Art. 152 Abs. 2 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) vom 19. Dezember 2008 sehe vor, dass rechtswidrig beschaffte Beweismittel nur dann berücksichtigt werden dürfen, wenn das Interesse an der Wahrheitsfindung überwiege. Das Gericht habe deshalb eine Abwägung zwischen dem Schutzinteresse des Rechtsgutes, das bei der Beweismittelbeschaffung verletzt worden sei, und dem Interesse an der Wahrheitsfindung vorzunehmen (zit. Entscheid Erw. 3.2.2). Im konkreten Fall stehe ein erhebliches Interesse an der Wahrheitsfindung (grosse Bedeutung der materiellen Wahrheit bei Untersuchungsgrundsatz; Versichertengemeinschaft hat gewichtiges Interesse an der gesetzmässigen Mittelverwendung besonders in der ersten Säule; hoher Streitwert bei Rente) einem jedenfalls nicht erhöhten Schutzinteresse (umfangreiche Auskunfts- und Mitwirkungspflichten der versicherten Person, umfassende Meldepflicht bei veränderten Verhältnissen;

Geheim- oder Intimsphäre nicht verletzt, da Beschränkung der Observation auf den öffentlichen Raum; keine Tonaufnahmen; kein umfassendes Bewegungsprofil) gegenüber, weshalb das Interesse an der Wahrheitsfindung überwiegt. Die Observationsergebnisse wären deshalb, sollten sie denn auch widerrechtlich beschafft worden sein, verwertbar.

**1.4** Im konkreten Fall kann aus nachfolgenden Gründen offen bleiben, ob die Observation vorliegend widerrechtlich war und falls diese Frage zu bejahen wäre, ob die Observationsergebnisse trotz allfälliger widerrechtlicher Beschaffung verwertbar sind oder nicht, da auch ohne Observationsergebnisse genügend verwertbare Beweise vorliegen, welche für eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers sprechen.

**2.1** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird nach Art. 17 Abs. 1 ATSG die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben.

**2.2** Eine revisionsrechtliche Rentenherabsetzung oder Rentenaufhebung im Sinne von Art. 17 ATSG setzt eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse - eine objektive Verbesserung des Gesundheitszustands mit entsprechend gesteigerter Arbeitsfähigkeit oder geänderte erwerbliche Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsbeeinträchtigung - voraus. Demgegenüber stellt eine bloss andere, abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts keine revisionsrechtlich relevante Änderung dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_149/2009 vom 14.7.2009 Erw. 3.2.1 mit Hinweisen auf BGE 112 V 372; VGE I 2012 104 vom 4.12.2013, bestätigt durch BGE 8C\_73/2014 vom 2.5.2014).

**2.3** Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29.8.2011 Erw. 3.1 mit Verweis auf BGE 133 V 108). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen

Rechtszustand (vgl. SVR 2010 IV Nr. 30 S. 94, Urteil des Bundesgerichts 9C\_961/2008 Erw. 6.3).

**2.4** Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den - beispielsweise dem medizinischen Gutachten zu entnehmenden - Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 231 Erw. 5.1 S. 232; BGE 125 V 351 Erw. 3a S. 352), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (vgl. zit. Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 Erw. 4.2).

**2.5** Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet werden, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (vgl. zit. Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 Erw. 4.3).

**2.6** Ein Sachverständiger kann eine bestimmte Entwicklung regelmässig nicht aus eigener Wahrnehmung beschreiben (ausser er sei schon als Vorgutachter tätig gewesen). Daher ist es erforderlich, dass er sich, soweit verfügbar, mit den Fakten fundiert auseinandersetzt, wie sie sich aus den für den früheren Entscheid massgebenden medizinischen Vorakten ergeben (vgl. Alfred Bühler, Beweismass und Beweiswürdigung bei Gerichtsgutachten, in: Fellmann/ Weber [Hrsg.], Der Haftpflichtprozess, 2006, S. 67). Dem Gutachten, welches die medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt, fehlt die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die Schlussfolgerungen, welche auf der Grundlage der vom Sachverständigen selber erhobenen Befundtatsachen gezogen worden sind, an sich einleuchten und vom Rechtsanwender prüfend nachvollzogen werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_744/2007 Erw. 4.4; Bundesgerichtsurteil I 568/06 vom 22.11.2006 Erw. 5.1). Diesem Beweiswertkriterium kommt hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen namentlich in Revisionsfällen - mit Blick auf deren vergleichende Natur - eine besondere Bedeutung zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 Erw. 4.3).

**2.7** Zeitliche Referenzpunkte für die Prüfung einer allfälligen anspruchserheblichen Änderung bilden im konkreten Fall hinsichtlich des Rentenanspruchs auf der einen Seite die angefochtene Verfügung vom 26. August 2016, mit welcher die bisher seit 1. Dezember 2014 sistierte Dreiviertelsrente per 1. September 2014 aufgehoben wurde. Auf der anderen Seite ist die ursprüngliche Rentenverfügung vom 2. März 2010 heranzuziehen, mit welcher dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Februar 2008 eine Dreiviertelsrente (IV-Grad 65%) zugesprochen wurde.

**2.8** Wie das Bundesgericht in BGE 125 V 351 erkannt hat, haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_971/2012 vom 11.6.2013 Erw. 3.1 mit Verweis auf BGE 125 V 351 Erw. 3a S. 352).

**2.9** Anzufügen ist, dass nach höchstrichterlicher Rechtsprechung der Sozialversicherungsrichter grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 26.8.2016) eingetretenen Sachverhalt abzustellen hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_980/2012 vom 18.4.2013 Erw. 3 mit Verweis auf BGE 131 V 11 mit Hinweisen).

**3.** Zum gesundheitlichen Zustand des Versicherten und dessen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit sind der Aktenlage u.a. die nachfolgenden Angaben zu entnehmen, welche mit Verfügung vom 2. März 2010 zur Zusprechung einer Dreiviertelsrente führten.

**3.1** Gemäss Bericht von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, \_\_\_\_\_) vom 19. Mai 2008 liegt beim Beschwerdeführer eine „schwerste Somatisierungsstörung vor einerseits, andererseits auch ein Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen und St. n. mehreren Kontusionen des Kopfes (Commotio cerebri usw.)“ (IV-act. 15-1/60). Der Beschwerdeführer leide an verminderter Leistungstoleranz, Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörung, Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen, Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, Armschmerzen links und Atemnot. Er könne gehen, Lasten bis 9kg tragen, aber es werde befürchtet, dass die Rückenschmerzen auch bei diesen leichten Lasten schlimmer würden. Beim Bücken komme es zu Schwindel und Kopfschmerzen. Eine Rotation des Körpers, Knien und Kniebeugen führten zu mehr Rückenschmerzen. Langes Sitzen und Stehen führe zu Schmerzen. Gehen auf unebenem Gelände könne zu einem Sturz führen, da der Beschwerdeführer auch auf geradem Boden stürze. Treppensteigen sei problematisch aufgrund des Schwindels. Bei Arbeiten in Nässe und Kälte nehme die Bronchitis zu. Es bestünden enorme Gleichgewichtsprobleme. Das Auffassungsvermögen sei eingeschränkt und eine Anpassungsfähigkeit sowie Belastbarkeit sei überhaupt nicht gegeben.

Dr.med. F. \_\_\_\_\_ reichte zudem bei der IV-Stelle weitere (frühere) Arztberichte ein (vgl. nachfolgende Erwägungen).

**3.1.1** Dr.med. G.\_\_\_\_\_ und Dr.med. H.\_\_\_\_\_ des Sozialpsychiatrischen Dienstes (\_\_\_\_\_) diagnostizierten gemäss Bericht vom 8. September 2005 beim Beschwerdeführer vorläufig eine reaktive depressive Episode mit Suizidgedanken und psychosomatischen Beschwerden (ICD-10:F32.0) (IV-act. 15-56/60).

**3.1.2** Am 4. November 2005 diagnostizierte Dr.med. I.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, \_\_\_\_\_) laterale Ellenbogenschmerzen rechts mit Schmerzmaximum humero-radial (unklare Ätiologie) sowie eine deutliche soziale Problematik (IV-act. 15-57/60).

**3.1.3** Am 21. Dezember 2006 wurde durch Dr.med. J.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Gastroenterologie und Innere Medizin, \_\_\_\_\_) eine Oesophago-Gastro-Duodenoskopie durchgeführt. Für die Beschwerden des Patienten konnte jedoch kein pathologisches Korrelat gefunden werden. Eine Refluxösophagitis (welche mit Bericht desselben Arztes vom 29.3.2006 diagnostiziert wurde; IV-act. 15-51/60) sei unter PPI-Therapie nicht mehr nachweisbar. Am ehesten sei ein Infekt für die akute Exazerbation verantwortlich (IV-act. 15-53/60).

**3.1.4** Nach einem Unfall (vgl. Ingress lit. A) war der Beschwerdeführer vom 6. bis 8. Februar 2007 im Spital \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Kurzbericht vom 8. Februar 2007 von Dr.med. K.\_\_\_\_\_ lauteten die Diagnosen wie folgt (IV-act. 15-45/60; vgl. auch Austrittsbericht vom 9.2.2007, IV-act. 15-40/60):

1. Commotio cerebri m/b
  - Nach Sturz von 2m Höhe
  - GCS 6
  - Anschliessend 2 malig Krampfanfall ohne Zungenbiss oder Einnässung
2. St.n. unklarer Sturz im Badezimmer 8/05
  - DD Synkope, Krampfanfall
  - EEG unauffällig
3. Panvertebrales Schmerzsyndrom
  - bekannter St. n. HWS-Schleudertrauma 05/2002
  - bekanntes Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
  - MRI LWS vom 15.11.2002: Diskusprotrusionen L2/3 rechtslateral, mediane Diskusprotrusion L4/5
4. Rezidivierende Gastritiden seit 1985
5. St. n. inkarzierter Inguinalhernie links 1982
  - Operation, später Entwicklung einer linksseitigen Hodenatrophie

**3.1.5** Am 19. Februar 2007 berichtete Dr.med. L.\_\_\_\_\_ (Neurologie FMH, \_\_\_\_\_) Dr.med. M.\_\_\_\_\_ nach Durchführung eines EEG am 16. Februar 2007, dass keine Hinweise auf ein primär epileptisches Geschehen vorliegen würden. Die zwei Grand Mal-Anfälle seien im Anschluss an die Commotio cerebri aufgetreten. Damit sei auch eine antikonvulsive Therapie vorläufig nicht notwen-

dig. Es bestehe auch keine Einschränkung der Autofahrtauglichkeit (IV-act. 15-37f./60).

Gemäss Doppler-Bericht vom 13. März 2007 bestünden seit dem Unfall am 6. Februar 2007 Schwankschwindel, abhängig von Kopfdrehungen (klinische Angaben). Die eingehende Dopplerstrahluntersuchung zeigte durchwegs normale Strömungsverhältnisse (UV-act. 2-60/61).

**3.1.6** Dr.med. N. \_\_\_\_\_ (Facharzt Orthopädie, Akupunktur, Chirotherapie, \_\_\_\_\_) diagnostizierte gemäss Bericht vom 30. März 2007 beim Beschwerdeführer ein multifaktorielles Wirbelsäulenschmerzsyndrom mit vegetativer Begleitsymptomatik und Funktionseinschränkungen der oberen HWS. Des Weiteren ergänzte er, dass vorliegend von einer Kombination vegetativ-psychischer Probleme, einer erheblich erniedrigten Schmerzschwelle schon bei kleinen Reizen und Funktionsstörungen der HWS auszugehen sei (IV-act. 15-35/60). Am 4. April 2007 führte er ergänzend aus, dass aus fachärztlich-orthopädischer Sicht die vom Patienten geäusserten Beschwerden zu 20% funktionell-vertebral bedingt und 80% sicher nicht orthopädischer Natur seien. Damit sei der Beschwerdeführer vollschichtig für alle Arbeiten unter Vermeidung von Überkopftätigkeiten einsetzbar (IV-act. 15-33/60).

**3.1.7** Dr.med. J. \_\_\_\_\_ diagnostizierte (im Dienst als Notfallarzt) mit Bericht vom 9. April 2007 ein posttraumatisches HWS-Syndrom. Bei den klinischen Befunden wurde u.a. ein schmerzreduzierter Allgemeinzustand mit theatralischem Gebärden, kein Meningismus, verspannte Schulter-Nacken-Muskulatur sowie schmerzbedingte Bewegungseinschränkung festgehalten (IV-act. 15-32/60).

**3.1.8** Dr.med. O. \_\_\_\_\_ (FMH für Allgemeinmedizin, \_\_\_\_\_) berichtete Dr.med. F. \_\_\_\_\_ am 11. April 2007 folgende Diagnosen (IV-act. 15-30/60):

- Massive Aggravation bei psychosozialer Belastungssituation (familiäre und finanzielle Probleme, Streit am Arbeitsplatz)
- Multifaktorielles Wirbelsäulenschmerzsyndrom, nach Ansicht diverser Spezialisten ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

Eine Arbeitsunfähigkeit hat gemäss Dr.med. O. \_\_\_\_\_ vom 16. bis 25. Februar 2007 zu 100%, vom 26. Februar bis 2. März 2007 zu 50% und vom 13. bis 17. März 2007 zu 100% vorgelegen.

**3.1.9** Am 11. Mai 2007 berichtete Dr.med. P. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt FMH für Pharmazeutische Medizin, Arzt für Neurologie und Psychiatrie) Dr.med. F. \_\_\_\_\_, dass er das Krankheitsbild diagnostisch einer schweren Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) bzw. einem

chronifizierten Schmerzsyndrom (F45.4) zuordne. Der psychopathologische Befund sei durch ausgeprägtes Klagen über diverse körperliche Beschwerden gekennzeichnet. Hinweise für psychotisches Denken, Erleben oder Verhalten fänden sich nicht. Hinweise für Eigen- oder Fremdgefährdung lägen ebenfalls nicht vor. Die Beschwerden des Patienten seien nicht aggraviert oder simuliert. Es sei offensichtlich, dass man es hier mit einem biologisch vorgealterten und mittlerweile - aus psychischen Gründen - invaliden Mann zu tun habe. Es sei komplett illusorisch anzunehmen, dass der Beschwerdeführer jemals wieder arbeitsfähig werde. Therapeutisch sei eine spezifisch psychiatrische Intervention im Sinne von psychotherapeutischen Massnahmen als wenig erfolgreich zu betrachten. Dr.med. P.\_\_\_\_\_ empfehle die Fortführung der antidepressiven Medikation (IV-act. 15-28f./60).

**3.1.10** Am 11. Juli 2007 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ (FMH Orthopädische Chirurgie). Die Diagnose lautete wie folgt (IV-act. 15-24/60):

Unklare Schwindel-Attacken mit Sturz am 6.2.07  
Discopathien im Bereiche der HWS und LWS mit zum Teil medianen Discusprotrusionen  
Kopf-/Nacken-/Armsyndrom links

In der Beurteilung führte Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ des Weiteren aus, dass die neurologischen Abklärungen betreffend Schwindel keine Resultate ergeben hätten. Diese seien jedenfalls keine Folge des Sturzes, sondern seien vorbestehend gewesen, wie auch die Schulterschmerzen, da bereits im Jahre 1999 die Schulter mit einem Schwedenstatus abgeklärt worden sei. Auch seien die diversen Schädel-CT's ohne Pathologie, also ohne posttraumatische strukturelle Läsion, gewesen. Das MRI der HWS vom 4. September 2003 habe Discopathien auf verschiedenen Niveaus mit z.T. medianen Protrusionen ergeben. Die Sensibilitätsstörung im Bereich des linken Armes entspreche keinem radikulären Dermatome und sei schwierig einzuordnen. Man habe den Eindruck eines demonstrativen Verhaltens, insbesondere da der Patient sich immer wieder den Arm reibe und gewisse Bewegungen bei Ablenkung auch im Nackenbereich gut durchführbar seien. Ob es überhaupt anlässlich des letzten Unfalles am 6. Februar 2007 zu einer HWS-Distorsion gekommen sei, sei fraglich. Trotzdem sei hier ein MRI nötig. Der Beschwerdeführer bleibe vorläufig 100% arbeitsunfähig. Die Schulterschmerzen links sollten ebenfalls mittels MRI abgeklärt werden.

**3.1.11** Am 17. August 2007 wurde beim Beschwerdeführer ein MRI der HWS durchgeführt. Gemäss Beurteilung von Dr.med. R.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH Radiologie, \_\_\_\_\_) sei kein sicherer posttraumatischer Schaden MR-

tomographisch im Bereich der ossären wie auch discalen und ligamentären Strukturen dokumentierbar. Verifizieren lassen würden sich beginnende Bandscheibenschäden in Form von mässigen osteodiscären Protrusionen wodurch in C5/C6 eine bilaterale, leichtgradige linksseitig betonte foraminale Einengung resultiere. Somit sei allenfalls noch ein gewisses Mass einer C6-Problematik links vorstellbar. Eine eigentliche Kompression dieser Nervenwurzel könne er nicht verifizieren (IV-act. 15-16/60).

**3.1.12** Gemäss Bericht von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ an die Suva am 21. August 2007 stehe die Lumbalgie im Vordergrund (IV-act. 15-15/60). Daraufhin wurde am 6. September 2007 von Dr.med. S. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH Radiologie, \_\_\_\_\_) ein MRI der LWS durchgeführt. Gemäss Beurteilung ergab sich eine unauffällige MRT der Lendenwirbelsäule bzw. kein Korrelat für die beklagte Symptomatik (IV-act. 15-13/60).

**3.1.13** Dr.med. T. \_\_\_\_\_ (Allgemeine Medizin FMH, \_\_\_\_\_) diagnostizierte mit Bericht vom 30. Januar 2008 einen Verdacht auf cervicalen Schwindel und stellte die Frage einer psychischen Überlagerung (IV-act. 15-10/60).

**3.1.14** Mit Erstbericht vom 7. Februar 2008 diagnostizierte Dr.med. H. \_\_\_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD10:F45.4) und eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD10:F32.1). Seit Oktober habe die vereinbarte regelmässige stützend begleitende Gesprächstherapie mit bisher vier Terminen in regelmässigen Abständen etabliert werden können. Die Medikation sei umgestellt worden. Die depressive Symptomatik liege etwa im Rahmen einer leichten depressiven Episode (IV-act. 15-8f./60).

Gegenüber der Krankenversicherung ergänzte Dr.med. H. \_\_\_\_\_ am 11. Februar 2008, dass bisher diverse medikamentöse Umstellungen, ohne Erfolg, versucht worden seien. Die Therapiebereitschaft und Compliance sei gegeben. Der Beschwerdeführer schein aber über keine verwertbaren Ressourcen zu verfügen, daher bis heute kein Therapieerfolg. Die Arbeitsunfähigkeit betrage vom 1. September 2007 bis 29. Februar 2008 100%. Mit einer Teilarbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit sei zu rechnen (KVG-act. 3-34/51).

**3.1.15** Mit Bericht vom 12. April 2008 hielt Dr.med. U. \_\_\_\_\_ (Spezialarzt Psychiatrie und Psychotherapie, \_\_\_\_\_) gegenüber der Krankenversicherung folgende Diagnosen fest (KVG-act. 3-13/51):

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4 ICD-10)
- Atypische depressive Störung (F32.8 ICD-10) mit dissoziativen Elementen (F44.8 ICD-10)

Gemäss Beurteilung sei der Beschwerdeführer depressiv. Es handle sich um eine sogenannte atypische Depressionsform mit Mischbildern von wechselnden depressiven Symptomen mit Symptomen von Spannung, Sorgen und Verzweiflung oder Schmerzen. Man finde bei ihm auch affektive Störungen, welche dieser Mann durch unangepasste Verhaltensweisen (Wut, Zorn, Aggression) zum Ausdruck bringe. Bei einfachen Leuten bestehe auch die Neigung zu konversiven Verhaltensweisen. Der Beschwerdeführer demonstriere eine Hirnleistungsschwäche und verbinde diese mit dem Unfall. Die möglichen somatischen Beschwerden würden vom Beschwerdeführer deutlich überlagert und seien als eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu sehen. Die bisherige Behandlung bzw. Arbeitsunfähigkeit seien grösstenteils krankheitsbedingt gewesen, wobei die nicht krankheitskausalen Gründe wie Verlust der Arbeitsstelle und damit verbundene Kränkung, die familiären und sozialen Probleme auch einen Beitrag geleistet hätten. Der Beschwerdeführer solle krankheitshalber bis am 10. April 2008 als voll arbeitsunfähig und ab diesem Tag bis Mitte Mai nur noch 50% arbeitsunfähig gelten. Anschliessend sei er voll arbeitsfähig. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte sowohl für die angestammten als auch für die angepassten Tätigkeiten. Die laufende psychiatrische Behandlung solle fortgesetzt werden. Es störe etwas, dass man dem Beschwerdeführer bei diesen psychischen Störungen keine Psychopharmaka gebe. Es könne nicht sein, dass kein Medikament helfe und vertragen werde. Es stelle sich vielmehr die Frage, ob der Beschwerdeführer tatsächlich die verordneten Medikamente bislang ordnungsgemäss eingenommen habe. Die Prognose sei sehr unsicher, da Beschwerdeführer mit Schmerzstörungen zu einer Chronifizierung und Verstärkung der dissoziativen Verhaltensweisen neigen würden. Diese Tendenz gelte es mit allen Mitteln zu verhindern (KVG-act. 3-13ff./51).

**3.1.16** Gemäss Kurzaustrittsbericht des Spitals \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) vom 9. Mai 2008 war der Beschwerdeführer vom 7. bis 9. Mai 2008 im Spital \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Er habe 2002 ein Schleudertrauma erlitten und leide seitdem unter einem cervikalen Schmerzsyndrom. Er sei wegen erneuten starken Schmerzen im Schulter-Nackengebiet und am BWS-Übergang (Schmerzexazerbation) eingewiesen worden. Zudem leide er beim Gehen unter Kopfschmerzen und einem Gefühl von Druck und Wärme im Kopf. Des Weiteren würden epigastrische Bauchschmerzen bestehen. Bei multiplen seit Jahren bestehenden Beschwerden, die organisch nicht zugeordnet werden könnten und einer begleitenden depressiven Stimmungslage sei beim Beschwerdeführer von einer psychogenen Ursache der Beschwerden auszugehen, DD somatoforme Störung. Der Beschwerdeführer gebe auch an, in der psychiatrischen Behandlung beim SPD \_\_\_\_\_ zu stehen und mit mehreren Antidepressiva behandelt zu werden, die

jedoch aufgrund des fehlenden Erfolgs jedes Mal haben abgesetzt werden müssen. Eine physiotherapeutische Behandlung mit dem Schwerpunkt auf Rückenschulung sei angefangen worden. Die analgetische Therapie sei angepasst worden, so dass die Schmerzen vor dem Austritt vom Beschwerdeführer als erträglicher empfunden worden seien (IV-act. 15-6f./60).

**3.2** Dr.med. V.\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ SPD \_\_\_\_\_) führte gegenüber der IV-Stelle mit Bericht vom 26. Mai 2008 die Diagnosen: „Rezidivierende depressive Episoden, aktuell mittelgradig, agitiert (ICD-10:F33.1), ca. 2005, exacerbiert seit Herbst 2007“ und „Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10:F45.4)“ auf (IV-act. 17-2/8). Die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiter habe vom 1. September 2007 bis 29. Februar 2008 100% und seit 1. März 2008 50% betragen. Verschiedene Behandlungsversuche mit antidepressiver Medikation (Citalopram, Paronex, Efexor, Remeron) seien wegen Nebenwirkungen im Verlauf wieder abgesetzt worden. Remeron sei wegen Hypercholesterinämie durch den Hausarzt abgesetzt worden. Aktuell bestehe keine antidepressive Medikation, die Wiedereinführung eines eher sedierenden Antidepressivums sei geplant. Psychiatrisch-psychotherapeutische Einzelgespräche würden in ihrem Dienst erfolgen. Aufgrund des langjährigen Verlaufs und der eingeschränkten Ressourcen des Patienten sei die Prognose eher als ungünstig zu sehen (IV-act. 17-7f./8).

**3.3** Mit Stellungnahme vom 6. Juni 2008 erachtete der RAD-Arzt Dr.med. W.\_\_\_\_\_ (Allgemeinmedizin FMH) eine MEDAS-Begutachtung als erforderlich (IV-act. 18-3/3).

**3.4** Am 5. Januar 2009 wurde das C.\_\_\_\_\_ -Gutachten erstattet. Die Untersuchungen erfolgten während eines stationären Aufenthaltes vom 17. bis 22. November 2008 durch Dr. X.\_\_\_\_\_ (Allgemeinstatus), Dr. Y.\_\_\_\_\_ (Orthopädischer Status), Dr. Z.\_\_\_\_\_ (Neurologischer Status) und Dr. AA.\_\_\_\_\_ (Psychiatrischer Status). Die Gesamtbeurteilung erfolgte durch die Kommission für medizinische Begutachtung (Dres. AA.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_, Prof. AB.\_\_\_\_\_) und lautete wie folgt (IV-act. 24-30/35):

#### 4. Diagnosen

##### 4.1. Hauptdiagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

- Cervikocephales Schmerzsyndrom mit/bei
  - erheblichen degenerativen Veränderungen insbesondere der oberen HWS und Spangenbildung C3/4
  - mit Funktionseinschränkung der oberen HWS
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- DD: Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten

- Persönlichkeit mit akzentuierten (narzisstischen) Zügen

#### 4.2. Nebendiagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

- Lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulären Beinschmerzen rechts ohne objektiv fassbare radikuläre Reiz- und Ausfallsymptome
- Schwindelbeschwerden ohne Zeichen einer peripheren beziehungsweise zentral-vestibulären Läsion
- Status nach Schädelprellung mit Commotio cerebri und zwei cerebralen Anfällen 02/2007
- Status nach Verkehrsunfall mit Kopfanprall und möglicher Distorsion der HWS 05/2002
- Status nach Helicobacter positiver Gastritis und erosiver Refluxösophagitis
- Status nach Inguinalhernien-Operation und zweimaliger Reoperation mit Orchidektomie links 1982 respektive 1996

#### 5. Grad der Arbeitsfähigkeit im bisherigen Arbeitsverhältnis bzw. Aufgabenbereich (in %)

(...)

Anlässlich unserer heutigen interdisziplinären Untersuchung haben wir im somatischen Fachgebiet im Bereiche der HWS erhebliche degenerative Veränderungen diagnostizieren müssen, welche auf den Voraufnahmen (2003) bereits vorhanden waren. Heute besteht eine Spangenbildung C3/4, darüber hinaus finden sich verschiedene osteophytäre Ausziehung. Die Veränderungen im Bereich der oberen HWS sind deutlich. Sie haben sich offensichtlich rasch zwischen dem 21.05.2002 (HWS-Röntgen) und dem MRT vom 04.09.2003 entwickelt, so dass der Verdacht auf eine Reaktion eines Überstreckungstraumas der HWS-Weichteile besteht. Ungewöhnlich im Rahmen reiner degenerativen Veränderungen sind auch die starken Ausprägungen im Bereich der oberen HWS. Die radiomorphologischen Befunde sind geeignet zumindest einen Teil der vom Versicherten beklagten Schmerzen in diesem Bereich zu begründen, darüber hinaus ist zu erwähnen, dass der Versicherte nach dem Unfall von 2002 mit einem Halskragen behandelt wurde. Die in den Akten beschriebene Blockierung der HWS C3/4 ist damit auch gut zu begründen.

Andere wesentliche somatische Befunde, welche die übrigen vom Versicherten heute beklagten Beschwerden erklären könnten, haben wir nicht diagnostizieren müssen. Insbesondere finden sich heute im Bereich der LWS keine oder keine wesentlichen degenerativen Veränderungen, keine wesentlichen Muskelverkürzungen und so weiter, welche das erhebliche vom Versicherten beklagte Schmerzsyndrom begründen könnten. Ebenfalls keine Ursache findet sich heute für die vom Versicherten beklagten Schwindelbeschwerden.

Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten wird aufgrund der erhobenen somatischen Befunde, insbesondere in einer nicht HWS-adaptierten Tätigkeit erheblich eingeschränkt.

Im psychiatrischen Fachgebiet haben wir heute die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung stellen müssen, dies bei akzentuierten (narzisstischen) Persönlichkeitszügen und erheblicher psychosozialer Belastungssituation. Der Versicherte zeigt hierbei auch vegetative Begleitsymptome, die von ihm geschilderten Schwindelbeschwerden interpretieren wir heute im Rahmen dieses psychischen Leidens, ebenso wie die bei uns

gefundene Tachykardie und die vermehrte Schweisssekretion. Die Mechanismen welche zur Entstehung der somatoformen Schmerzstörung geführt haben sind im psychiatrischen Teilstatus ausführlich beschrieben. Das psychische Leiden schränkt die Arbeitsfähigkeit des Versicherten ebenfalls ein (...).

Insgesamt erachten wir den Versicherten heute in seiner angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter einer Stahlbaufirma als nicht mehr arbeitsfähig. Wir sind der Ansicht, dass diese Tätigkeit mit den heute vorhandenen degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS einerseits und auch dem Schmerzerleben aufgrund der somatoformen Schmerzstörung andererseits nicht mehr zumutbar ist. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit datiert unseres Erachtens auf Februar 2007, als der Versicherte von einer Leiter stürzte.

#### 6. Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen, Hilfsmittel oder berufliche Umstellung, inkl. Angaben über die Arbeitsfähigkeit (in %) nach Durchführung der vorgeschlagenen Massnahmen.

Medizinische Massnahmen, welche zu einer wesentlichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Schweißer führen könnten, können wir heute nicht angeben.

(...)

In einer Verweistätigkeit, das heisst einer Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten, ohne Arbeiten mit fixierter Haltung der HWS ist der Versicherte in seiner Arbeitsfähigkeit heute lediglich aufgrund des psychischen Leidens eingeschränkt. Wir beurteilen die diesbezügliche Einschränkung aufgrund des vermehrten Schmerzerlebens und der psychischen Symptomatik auf circa 50%. Die hier attestierte Einschränkung bezieht sich insbesondere auf ein vermindertes Rendement des Versicherten, dem eine vollschichtige Präsenz an einem Arbeitsplatz zugemutet werden kann.

Stellungnahme zu bisherigen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit

(...)

Obwohl wir eine gewisse aggravatorische Komponente beim Versicherten nicht ausschliessen können muss doch gesagt werden, dass das psychischen Leiden auch deutlich imponierte, es besteht ein erheblicher subjektiver Leidensdruck, eine doch deutliche vegetative und affektive Begleitkomponente.

Bezüglich der Kriterien nach Förster muss gesagt werden, dass der Versicherte bisher unseres Wissens erst seit kurzem wieder in einer regelmässigen psychiatrischen Behandlung steht, er nimmt die verordneten Medikamente aber sehr unregelmässig, es kann heute also bezüglich der somatoformen Schmerzstörung noch nicht von einer lege-artis Behandlung gesprochen werden. Andererseits besteht heute eine deutliche Chronifizierungstendenz auch aus psychiatrischer Sicht, es besteht eine (somatische) Komorbidität, es ist bisher nie zu einer wesentlichen Besserung des Leidens gekommen, im Gegenteil zeigt sich ein eher progressiver Verlauf. Es finden sich auch erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren, welche lang andauernd vorhanden sind (Schädelhirntrauma eines Sohnes mit entsprechender Verhaltensauffälligkeit) die den Versicherten auch belasten. Schliesslich hat der Versicherte heute keinen Arbeitsplatz, kaum Ressourcen.

Für eine Rehabilitation erforderlich wäre also ein integratives Vorgehen, der Versicherte arbeitet heute unregelmässig zu 50% via RAV an einem wenig fordernden Arbeitsplatz, unter entsprechender Behandlung sollte das jetzt vorhandene Pensum stabilisiert werden können und der Versicherte belastbarer werden.

**3.5** Der RAD-Arzt Dr.med. W.\_\_\_\_\_ nahm am 10. Februar 2009 zum C.\_\_\_\_\_ -Gutachten wie folgt Stellung (IV-act. 25-4f./5):

Das GA befriedigt in keiner Art und Weise. Inhaltlich - hinsichtlich der Befunderhebung - ist es zwar brauchbar, in der Beurteilung der AF aber nicht schlüssig.

Letztlich ist es so, dass die Gutachter offenbar nicht recht wissen, welche AF sie im Konsens attestieren sollen. Im psychiatrischen Teil-GA AA.\_\_\_\_\_ wird zur AF gar nicht Stellung genommen. Im Konsens geht man primär von einer vollschichtigen AF (ganztägiges Pensum) in angepasster Tätigkeit aus. Die Leistungsfähigkeit wird auf ca. (!!) 50% geschätzt, dies wegen des Schmerzerlebens des V. Diese vage Annahme kann nicht zu einer Rentenberechnung herangezogen werden.

Zum Psychiatrischen: Hier lässt hauptsächlich die Diagnostik zu wünschen übrig. (...)

Was haben wir also hier faktisch aus versicherungsmedizinischer Sicht im Bereich Psychiatrie:

Einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung, dd - lediglich psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten. Eine weitere Diagnose besteht nicht.

Somit geht es höchstens um ASS [nicht im Original: anhaltende somatoforme Schmerzstörung], ohne Komorbidität.

Foerster Kriterien:

Eine anhaltende schwerwiegende somatische Erkrankung liegt nicht vor. Die degenerativen Veränderungen in der HWS sind zwar mittelschwer, schränken die AF in einer schweren Tätigkeit ein, sind aber insgesamt ein doch oft gesehener Befund in der Altersgruppe des V. Die Angabe des Psychiaters AA.\_\_\_\_\_ im Me-das GA, der diese cervicale Problematik als anhaltende somatische Komorbidität beurteilt ist nicht nachvollziehbar (Ref: Häufig gesehenes Problem, dass die Psychiater in Ermangelung einer schwerwiegenden psychiatrischen Diagnose somatische Befunde in den Vordergrund stellen).

Ein ausgeprägter sozialer Rückzug besteht nicht; immerhin geht der V. noch regelmässig in ein Beschäftigungsprogramm über das RAV. Auch Freunde trifft er noch - leider komme es dabei zu Konflikten.

Eine stationäre Behandlung in einer Schmerzlinik, o.ä. wurde nicht durchgeführt. Ein gesicherter primärer und therapierefraktärer Krankheitsgewinn wird nicht erwähnt.

IVfremde Faktoren: Aggravation, ungenügende psychiatrische Behandlung, schlechte Compliance bei der Medikamenteneinnahme.

(...)

Somit gilt:

Körperliche schwere Tätigkeiten: 100% AUF

Ergonomie: körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten, ohne Überkopparbeiten, ohne Zwangshaltung der HWS.

AF: ganztags, zusätzliche Leistungseinschränkung: medizinisch theoretisch keine = 0%.

**3.6** Gemäss Bericht des SPD von Dr.med. V.\_\_\_\_\_ vom 2. April 2009 liege eine Comorbidität zwischen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10:F45.4) und rezidivierenden depressiven Episoden, meist agitiert (ICD-10:F33.1) vor.

Aufgrund des bereits chronischen Verlaufes beim Beschwerdeführer und den geschilderten primärpersönlichen Ressourcen sei die Überwindbarkeit deutlich in Frage zu stellen. Verschiedene medikamentöse Behandlungsversuche seien erfolgt, welche meist jedoch an Nebenwirkungen scheiterten. Die gesprächstherapeutische Behandlung sei aufgrund der Sprachbarriere nur eingeschränkt möglich. Hinzu komme, dass der Beschwerdeführer ein geringes Bildungsniveau besitze und bereits prämorbid nur eingeschränkte Ressourcen von Seiten seiner Primärpersönlichkeit habe (z.B. geringe Introspektionsfähigkeit, schon prämorbid wenig soziale Vernetzung, geringes Interessenfeld auch in nicht-beruflichen Aktivitäten). Die sprachlichen sowie primärpersönlichen Faktoren seien auch der Hauptgrund, weshalb bisher noch keine intensivierete stationäre Behandlung stattgefunden habe. Angesichts der Vorbedingungen sei fraglich, inwieweit diese erfolgsversprechend sein würde. Diese Faktoren würden bezüglich der Prognose eine eher ungünstige Rolle spielen (IV-act. 36-16f./17).

**3.7** Am 18. Oktober 2008 erstellte Dr.med. AC.\_\_\_\_\_ (Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) ein psychiatrisches Gutachten im Auftrag der AD.\_\_\_\_\_ Versicherung, welches der IV-Stelle am 27. Februar 2009 zugestellt wurde (IV-act. 30-1/2). Nach einer Untersuchung am 7. Oktober 2008 hielt er folgende psychiatrische Diagnosen sowie Beurteilung fest (IV-act. 31-8/12; KVG-act. 4-2ff./13):

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4)
- Mittelgradige depressive Episode (F 33.1) mit Suizidalität
- Persönlichkeit mit narzisstischen, passiv-aggressiven-neurotischen und histrionischen Zügen (F 60.8)
- Sonstige dissoziative Störung (F 44.8) mit Schwindel und episodischen Ohnmachtsanfällen möglich
- Multiple psychosoziale Belastungsmomente: Arbeitsplatzschwierigkeiten, Eheprobleme, psychosoziale Belastung durch Behinderung eines Kindes, Schulden

(...)

#### **5. Beurteilung und Prognose:**

(...)

Zum Zeitpunkt der Untersuchung muss eine eindeutige psychosomatische Schmerzfehlverarbeitung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit Ausweitung und wechselhafter Schmerzsymptomatik in diversen Körperkompartimenten angenommen werden. Der Versicherte zeigt auch eine deutliche Aggravationstendenz und ein zumindest zeitweilig grotesk anmutendes Krankheitsverhalten. Er ist narzisstisch, ausgesprochen gekränkt und auch kränkbar, sehr vulnerabel. Er ist gereizt, neigt zumindest zu verbalen Impulshandlungen und zu unüberlegten Verhaltensweisen wegen emotionaler Überforderung.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung scheint er mir emotional ziemlich in einer ausweglosen Situation zu sein, äussert auch eindeutige suizidale Gedanken im

Sinne eines totalen Wegtretens und sich erschiessen müssen. Er äussert auch eine massive narzisstische Kränkungsreaktion durch die Begutachtung bei Dr. U.\_\_\_\_\_, die er gemäss seiner psychischen Überforderung und seiner emotionalen Instabilität verbal und emotional nicht mehr adäquat steuern kann.

Aus psychiatrischer Sicht muss eine deutliche Komorbidität neben der Somatisierungsstörung angenommen werden im Sinne einer gesichert mittelgradigen depressiven Symptomatik, die sich auch in der Untersuchung zeigt. Obwohl der Versicherte laut, impulsiv, dysphorisch gereizt und sich aufregend gibt, lauert dahinter eine völlige depressive Instabilität mit Affektinstabilität, die als mittelgradig depressiv interpretiert werden muss.

Daneben bestehen noch dissoziativ anmutende Symptome, die schon seit einigen Jahren rezidivierend auftreten mit Schwindel und Bewusstseinsverlusten sowie Kopfstörungen, die er nicht recht einordnen kann.

Gesamthaft muss eine Komorbidität von Belang ausgemacht werden, die es dem Versicherten verunmöglicht, Ressourcen aufzubringen, sich beruflich wieder voll zu rehabilitieren.

Auch angesichts der Tatsache, dass die Therapie bereits seit 2005 andauert und keine wesentliche Besserung hat erzielt werden können und 2007 noch ein Unfall dazu gekommen ist, ist von einer schlechten Prognose auszugehen.

Der Versicherte hat sich immer über die Arbeit definiert, das zeigt sich auch klar darin, dass er 25 Jahre im gleichen Betrieb gearbeitet hat. Es kann davon ausgegangen werden, dass er durch psychosoziale Umstände, insbesondere durch den verunfallten Sohn 2000 und durch die Grossfamilie mit vier pubertierenden Kindern mit entsprechend finanzieller Belastung in eine zunehmende Überforderung geraten ist in den letzten Jahren. Es spielen einige invaliditätsfremde Faktoren mit eine Rolle, die die Arbeitsunfähigkeit begünstigen.

**Grad der Arbeitsfähigkeit:**

Aufgrund der klinischen Untersuchung vom September 2008 muss von einer weiter bestehenden Teilarbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen ausgegangen werden. Der Versicherte ist deutlich kränker, instabiler und auch auffälliger, so dass er sich nicht mehr voll wieder in den Arbeitsprozess einlassen können wird.

Eine 50 % ige AUF muss ab 06.02.07 angenommen werden. Die AUF kann nicht über 50 % gesteigert werden. Seine Ressourcen und seine Instabilität reichen dazu nicht aus.

**3.8** Der RAD-Arzt Dr.med. W.\_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 6. April 2009 fest, dass der Beschwerdeführer und seine Arbeitsfähigkeit sehr unterschiedlich beurteilt worden seien. Es bleibe unklar, ob die Diagnose einer affektiven Störung zu stellen sei oder nicht, sowie ob die auffälligen Persönlichkeitszüge Krankheitswert hätten oder nicht (beides sowohl hinsichtlich der eigentlichen Diagnosekodierung als auch im Hinblick auf die erwähnten Befunde). Es sei deshalb ein Obergutachten durchzuführen (IV-act. 37-1/2).

**3.9** Im psychiatrischen Gutachten der D.\_\_\_\_\_ vom 27. August 2009, welches von med.pract. AE.\_\_\_\_\_ (Oberarzt) und Dr.med. AF.\_\_\_\_\_ (Ass.-Arzt) nach Untersuchungen vom 4. und 15. Juni 2009 unterzeichnet wurde, wurde u.a. was folgt festgehalten (IV-act. 49-13/21, Hervorhebungen im Original):

Diagnostisch besteht bei dem Explorand **eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradig mit somatischem Syndrom** (ICD-10 F33.11). Hier imponieren klinisch Konzentrationsstörungen, ein eingeengtes Denken auf den erlittenen Unfall, ein deprimierter Affekt und eine Antriebshemmung mit einer reduzierten allgemeinen Belastbarkeit und ausgeprägten Schlafstörungen. Dabei zeigen sich eine ausgeprägte emotionale Instabilität, ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl und die Tendenz zu Impulskontrollverlust bei Überforderung im Sinne einer narzisstischen Charakterprägung ohne Krankheitswert. Der Explorand erfüllt gleichzeitig die Kriterien einer **anhaltenden somatoformen Schmerzstörung** (ICD-10: F45.4) im Rahmen einer langjährigen chronischen Schmerzproblematik bei mehreren somatischen und rheumatologischen Krankheiten. Beim Exploranden besteht eine multilokuläre chronische Schmerzproblematik mit gravierenden sozialen und emotionalen Auswirkungen. Es besteht weiter eine **sonstige dissoziative Störung** (ICD-10 F 44.8) aufgrund anamnestisch vorbestehender und seit einigen Jahren rezidivierend auftretender Schwindel und episodischen Ohnmachtsanfällen, denen ein hinreichendes somatisches Korrelat fehlt.

Die Arbeitsfähigkeit ist durch die depressive Symptomatik mit rascher Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörung, kognitive Beeinträchtigungen, Schmerzen und depressiver Stimmungslage insgesamt stark beeinträchtigt. Die aktuelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht vor allem aufgrund der psychischen Störung im Rahmen einer mittelgradigen depressiven Episode und anhaltender chronische Schmerzstörung. Die Störung ist nicht auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen. Es handelt sich um ein psychisches Leiden mit Krankheitswert.

Bei ausgeprägtem sozialem Rückzug, fehlendem Ansprechen auf bisherige Therapieversuche langjähriger Chronifizierung der Schmerzsymptomatik sowie maladaptive kognitiv-affektive Krankheitsverarbeitung (katastrophisieren, Hilfs- und Hoffnungslosigkeit) und psychische Stressoren im familiären Umfeld ist die **Prognose** als ungünstig zu beurteilen.

Eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Schweisser von Armierungseisen sei durch die depressive Symptomatik mit rascher Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörung, kognitiven Beeinträchtigungen und die Schmerzproblematik nicht mehr gegeben. Eine Beschäftigung zu 50% in einer angepassten Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht und zur Förderung des Selbstwertgefühls sowie der Tagesstruktur sinnvoll und aus psychiatrischer Sicht zumutbar, könne aber erst nach Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung erwartet werden. Eine Arbeit in angepasster Tätigkeit sollte keine sehr grossen Anforderungen an die sozialen Kompetenzen, im Speziellen nicht an die Durchsetzungsfähigkeit, stellen. Es sollte kein Kundenkontakt bestehen, die Tätigkeiten sollten einfach, repetitiv und wenig anspruchsvoll sein, sie sollte abwechselnd sitzend, stehend, zum Teil gehend ausgeführt werden können. Die körperliche Belastung sollte möglichst gering sein.

Zur Frage nach den Foerster-Kriterien im Zusammenhang mit der somatoformen Schmerzstörung wurde im Gutachten festgehalten, dass beim Beschwerdeführer eine chronische körperliche Begleiterkrankung (degenerative Erkrankung der

Wirbelsäule) und ein mehrjähriger Krankheitsverlauf bei einer progredienten Symptomatik ohne längerfristige Remission vorlägen. Zudem sei ein verfestigter therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden, Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) feststellbar. Die Behandlungsergebnisse seien trotz konsequent durchgeführter ambulanter Therapie schlecht. Es fänden sich auch erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren wie Verlust des Arbeitsplatzes, Stressoren im familiären Umfeld und Verlust persönlicher Interessen. Die Prognose sei ungünstig.

Eine stationäre Behandlung mit integrativem Vorgehen wäre zur Verbesserung des Gesundheitszustandes empfehlenswert.

**3.10** Der RAD-Arzt Dr.med. W. \_\_\_\_\_ fasste die vorliegenden Arztberichte und Gutachten in seiner Stellungnahme vom 4. September 2009 im Ergebnis wie folgt zusammen (IV-act. 50-4/4):

GS: Rezidivierende depressive Störung, mittelschwer, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), ASS, St.n. dissoziativer Störung, deg. Veränderungen der HWS (...)

AF: unter günstigen Bedingungen 50% AF

Ergonomie: körperlich leichte Tätigkeiten in Wechsellage, kleines wohlwollendes Team, kein Kundenkontakt, keine Stressoren.

Auflage zur stationären Therapie nicht sinnvoll. BM nur sinnvoll, falls vom V. ausdrücklich gewünscht, IM nicht indiziert.

Neben GS liegen auch ivfremde Faktoren vor. Ein Teil des Geschehens ist aus meiner Sicht als sekundärer Krankheitsgewinn zu werten, Stichworte: Aggravation, Flucht in die Krankheit wegen ungünstigen Aussichten auf dem Arbeitsmarkt.

Selbsteinschätzung des V. punkto AF 0%

**4.1** Mit Verlaufsbericht vom 1. Juni 2012 bestätigte Dr.med. F. \_\_\_\_\_ einen stationären Gesundheitszustand (IV-act. 73).

**4.2** Am 30. Dezember 2011 berichtete Dr.med. V. \_\_\_\_\_, dass im Jahr 2010 nur noch vereinzelte Gespräche in 2-3monatigem Abstand und im Jahr 2011 nur noch eine einzelne Konsultation im April 2011 stattgefunden hätten (IV-act. 75-2/3). Die zuletzt installierte antidepressive und Schlaf anstossende Medikation mit Trimin habe zur Besserung des Schlafs wie auch zu einer Verminderung der Reizbarkeit beigetragen. Der Beschwerdeführer habe aber durchgehend über Nebenwirkungen in Form von Tagesmüdigkeit geklagt. An den Diagnosen wurde keine Änderung vorgenommen. Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, dass keine verwertbare Arbeitsfähigkeit bestehe und der Beschwerdeführer seit dem 1. Februar 2008 eine Dreiviertel-IV-Rente erhalte.

**4.3** Gemäss Stellungnahme von RAD-Arzt Dr.med. W. \_\_\_\_\_ vom 6. Juli 2012 bestätige der weitere Verlauf im SPD die prognostische Einschätzung im

D. \_\_\_\_\_-Gutachten, wonach die psychiatrische Störung einer Therapie nicht wirklich zugänglich sei und eine relevante Verbesserung trotz mehrjähriger ambulanter Therapie nicht habe erreicht werden können (IV-act. 76-4/4).

**4.4** Am 5. Mai 2015 führte Dr.med. AG. \_\_\_\_\_ (FMH Chirurgie, spez. Handchirurgie) beim Beschwerdeführer bei radio-humeraler Arthrose am Ellenbogen links sowie Epicondylitis radialis links eine Denervation nach Wilhelm und eine Arthrotomie des radio-humeralen Gelenkes mit lokaler Synovialektomie durch (IV-act. 105-18/19).

**5.1** Am 24. Juni 2015 wurde das E. \_\_\_\_\_-Gutachten, unterzeichnet von AH. \_\_\_\_\_ (Geschäftsführer), Dr.med. Al. \_\_\_\_\_ (Fachärztin für Innere Medizin FMH), Dr.med. AJ. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Orthopädie und Traumatologie), Dr.med. AK. \_\_\_\_\_ (Fachärztin für Neurologie FMH), Dr.med. M. AL. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) und Dr.med. AM. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Allg. Innere Medizin), erstattet. Die Diagnosen aus allen untersuchten Fachgebieten (Orthopädie/Traumatologie am 11.5.2015, Neurologie am 8.5.2015, Psychiatrie am 8.5.2015 und Innere Medizin am 11.5.2015) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) lauten wie folgt (IV-act. 104-22/68):

1. Panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei
  - mässiggradiger Bewegungsschmerzhaftigkeit der HWS und LWS
  - röntgenologisch fortgeschrittener mehrsegmentaler zervikaler Spondylose C3-C7 mit ventraler segmentaler Überbrückung C3/4 und bei nur diskreten degenerativen Veränderungen der oberen LWS sowie lumbosakral
  - anamnestisch Status nach HWS-Distorsionstrauma 2002, keine Folgen
2. Radiohumerales Arthrose am linken Ellenbogen einbezüglich Epicondylitis radialis links mit/bei
  - Status nach operativer Behandlung mit Denervation nach Wilhelm und nach Arthrotomie des radiohumeralen Gelenkes mit lokaler Synovialektomie 05.05.2015
  - noch nicht abgeschlossener, postoperativer medizinische Rehabilitation - zurzeit Ruhigstellung des Ellenbogengelenkes in einem Oberarmgipsverband
3. Arthrose des Grundgelenkes D3 der rechten Hand mit im Röntgenbild beschriebener Subluxationsfehlstellung sowie röntgenologisch beschriebener beginnender Fingergelenkpolyarthrose
4. Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41)
5. Akzentuierte Persönlichkeit mit vor allem histrionischen, aber auch narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61.0)

Die Gesamtbeurteilung lautet wie folgt (IV-act. 104-24/68):

Dieser 54-jährige Versicherte ist sowohl aus Gründen der orthopädisch-somatisch beschriebenen Organschäden im Bereich der HWS, der dominanten linken oberen

Extremität und der rechten Hand und auch aus psychiatrischer Sicht mit Hinweis auf die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (F45.41) und auf die akzentuierte Persönlichkeit für die Wiederaufnahme der schweren und körperlich belastenden Tätigkeit die von 1982 bis 2007 als Metallarbeiter und Schweißer ausgeübt worden ist, nicht mehr geeignet. In einer angepassten Tätigkeit ist jedoch aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben.

Nach einer am 05.05.2015 wegen einer schmerzhaften Chondrokalzinose durchgeführten operativen Behandlung des linken Ellenbogengelenkes ist das linke Ellenbogengelenk derzeit noch in einem Oberarmgipsverband ruhiggestellt. Die postoperative Rehabilitation der linken oberen Extremität ist noch nicht abgeschlossen. Es ist davon auszugehen, dass ca. acht Wochen nach dem Eingriff vom 05.05.2015 somit per ca. 05.07.2015 nach Abschluss der noch ausstehenden Physiotherapie und Bewegungstherapie der linke Ellenbogen wieder entsprechend der Kriterien des Belastungsprofils eingesetzt werden kann. Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht ist per Mitte Juli von einem Wiedereintritt einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen.

Im Übrigen war im Rahmen einer videodokumentierten Observation - diese Videodokumentation war zur gutachterlichen Auswertung zur Verfügung gestellt worden - auszumachen, dass die allgemeine Mobilität des Versicherten nicht relevant beeinträchtigt gewesen ist.

Nach internistisch und neurologisch somatischer Abklärung resultieren keine weiteren Beeinträchtigungen.

#### **Zusammenfassendes Belastungs-/Ressourcenprofil im polydisziplinären Konsens**

Das wie folgt formulierte Belastungsprofil gilt vorbehaltlich eines ungestörten Heilverlaufes des linken Ellenbogengelenkes.

Diesem 54-jährigen Versicherten sind rückenadaptierte und insbesondere den Abschnitt der HWS statisch schonende, leichte Arbeiten zumutbar. Somit keine Arbeiten einhergehend mit repetitiven Bewegungsanforderungen für die HWS, keine Tätigkeiten, welche Zwangshaltungen für die HWS wie z.B. längerfristige Bildschirmarbeiten voraussetzen. Gelegentliche Bildschirmarbeiten sind zumutbar. Aus überwiegend präventiven Gründen auch keine schweren rumpfbelastenden Arbeiten wie Tätigkeiten längerfristig vornübergebeugt stehend, kniend, hockend, kauend. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten ist mit 10 kg bis maximal 15 kg limitiert.

Bei der dokumentierten Arthrose im Grundgelenk des 3. Fingers der rechten Hand und der zusätzlichen gering- bis mässigen Fingergelenkpolyarthrose keine Tätigkeiten, die ein festes Zupacken und Festhalten oder Feinarbeiten mit der rechten Hand verlangen. Nach Abklingen des OP-Folgen am linken Ellenbogengelenk und nach Abschluss der postoperativen Ellenbogen-Rehabilitation auch keine schweren Gewichtsbelastungen mit dem linken dominanten Arm. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten mit dem dominanten linken Arm sollte mit 5 kg limitiert bleiben. Mit dem gegenseitigen rechten Arm Gewichtsbelastungen von 10-15 kg und beidarmig ebenfalls von 10-15 kg möglich.

Tätigkeiten, welche mit diesem Profil einhergehen, sind auf einem 100%-Niveau zumutbar.

Psychiatrisch wurde zum Belastungsprofil ausgeführt: Aufgrund der ausgeprägten Krankheitsüberzeugung ist eine Rückkehr in den Arbeitsprozess grundsätzlich

eher schwer vorstellbar, körperlich anspruchsvolle Arbeiten sind dem Versicherten aber sicher nicht mehr zumutbar. Dagegen ist aus rein psychiatrischer Sicht eine Aufnahme einer angepassten Tätigkeit, die mit Wechselbelastung verbunden ist, leichte repetitive Arbeiten beinhaltet und ohne zeitlichen Druck auskommt, zu empfehlen.

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als z.B. Schweißer in der Metallbranche bleibe dauerhaft seit Aufgabe der beruflichen Tätigkeit 2007 aufgehoben. Tätigkeiten, welche mit dem vorbeschriebenen Profil korrelieren würden, seien - mit Hinweis auf die Observation und Videodokumentation - bis zum OP-Datum des linken Ellenbogengelenkes im Mai 2015 auf einem 100%-Niveau möglich gewesen. Nach Abklingen der perioperativen Rehapphase (ca. max. drei Monate nach dem OP-Datum) seien angepasste Tätigkeiten wie vorbeschrieben auf einem 100%-Niveau zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in jeder Verweistätigkeit, welche seinem körperlichen und psychischen Profil angepasst sei, aus rein psychiatrischer Sicht dazu in der Lage, eine 100%-ige Arbeitsleistung zu erbringen. Angesichts der langen Abstinenz vom Arbeitsmarkt sei hier jedoch ein stufenweises Herangehen an die volle Arbeitsfähigkeit über einen Zeitraum von drei bis sechs Monaten zu empfehlen. Auch wenn angesichts der Persönlichkeitskomponente eine erfolgreiche Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt eher schwierig sein werde, betrage die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus psychiatrischer Sicht 100% (IV-act. 104-25f./68).

Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurde aus psychiatrischer Sicht ausgeführt, dass vor allem angesichts der Aktenlage davon ausgegangen werden könne, dass der Beschwerdeführer auf dem Boden der akzentuierten Persönlichkeit und der somatoformen Schmerzstörung eine depressive Entwicklung erlebt habe, die das Ausmass einer mittelgradigen depressiven Episode erreicht habe und in dieser Zeit eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bedingt habe. Der letzte psychiatrische Bericht, der eine entsprechende mittelgradige depressive Episode dokumentiere, sei der Bericht des SPD, der auf April 2011 datiert werde. In der Folge habe der Beschwerdeführer keine psychiatrische Therapie mehr besucht, offenbar auch aufgrund eines Leistungsstopps wegen ausstehender Prämien. Somit sei davon auszugehen, dass ab April 2011 eine Besserung der Situation eingesetzt habe, die eine psychiatrische Therapie nicht mehr nötig gemacht habe (IV-act. 104-26f./68).

**5.2** Gemäss Verlaufsbericht vom 28. August 2015 von Dr.med. AG. \_\_\_\_\_ blieben die arthrosebedingten Schmerzen trotz Operation bestehen. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, wobei das Ausmass aufgrund der IV-Rente offen gelassen wurde. Die Arthrose am Ellenbogen werde über die Jahre zunehmen. Im Moment seien keine medizinischen Massnahmen sinnvoll. Eine Ein-

gliederung in eine Arbeit sei absolut unrealistisch, da manuelle Belastungen über längere Zeit nicht toleriert würden (IV-act. 110-1ff./9).

Am 24. August 2015 berichtete Dr.med. AG.\_\_\_\_\_ dem Hausarzt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ über den weiteren Verlauf und führte folgende Diagnosen auf (IV-act. 110-8/9):

Arthrose des linken Ellenbogens (Chondrokalzinose)  
Status nach Denervation nach Wilhelm mit Arthrotomie am Ellenbogen links am 05.05.2015  
Verdacht auf lagebedingtes, funktionelles TOS nachts beidseits  
Verdacht auf diskretes Sulcus ulnaris Syndrom links  
Status nach erfolgreicher Denervation nach Wilhelm am Ellenbogen rechts bei Epikondylitis radialis am 23.08.2006  
Unklare Handgelenksschmerzen links (DD: Schübe einer Chondrokalzinose)  
Arthrose des MP III rechts  
Langzeitarbeitslosigkeit seit 2007

Des Weiteren führte er u.a. aus: Bei Bedarf würde zur Verbesserung der Situation noch Physiotherapie eingeleitet. Dadurch werde die Arthrose des Ellenbogens zwar nicht besser, aber man könnte unter Umständen die Nervenkompressionsproblematik etwas entschärfen. 3.5 Monate nach der Revision am Ellenbogen links sei der Verlauf der Diagnose entsprechend. Die geschilderten Schmerzen im Ellenbogenbereich seien arthrosebedingt und könnten durch einen Eingriff im Bereich der Muskelansätze nicht gelöst werden. Überlagert würden die arthrotisch bedingten Beschwerden im Ellenbogenbereich wohl noch durch ein funktionelles Thoracic-outlet-Syndrom, das sich in der Nacht in gewissen Lagen bemerkbar mache. Auch dies sei in der Regel kein Grund, operativ vorzugehen. Angegeben würden noch diskrete, sensible Sulcus ulnaris Beschwerden, die allerdings bis jetzt nicht zu motorischen Ausfällen geführt hätten. Im Moment erfolge der Behandlungsabschluss.

**5.3** Der RAD-Arzt Dr.med. W.\_\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme zur Ellenbogenoperation am 14. Oktober 2015 aus, dass die Operation - wie zu erwarten bei einem Versicherten mit einer chronischen generalisierten Schmerzstörung - aus subjektiver Sicht wenig erfolgreich („unverändert Schmerzen“) gewesen sei. Immerhin könne gesagt werden, dass es durch die Operation nicht zu einer Verschlechterung gekommen sei. Somit gelte das Resultat des E.\_\_\_\_\_ -Gutachtens ab Behandlungsabschluss beim Chirurgen bzw. ab Ende der postoperativen Rehabilitation im August 2015 (IV-act. 111-4/4).

**5.4** Dr.med. AN.\_\_\_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 9. Februar 2016 ein leichtgradiges chronisches Sulcus ulnaris Syndrom links (IV-act. 123-9/19).

**5.5** Am 22. Februar 2016 wurde beim Beschwerdeführer durch Dr.med. AO.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Radiologie FMH) und med.pract. AP.\_\_\_\_\_ ein MRI der HWS durchgeführt. Die Beurteilung lautete wie folgt (IV-act. 123-7/19):

Mässige Einengung des Neuroforamens HWK 5/HWK 6 links mit möglicher Kompression der Nervenwurzel C6 links bei globaler dorsaler Diskusprotrusion.

Leichte Einengung der Neuroforamina HWK 4/HWK 5 - HWK 6/HWK 7 rechts durch Diskusprotrusionen, jedoch ohne Nervenwurzelkompression.

Aktiviert Facettengelenksarthrose HWK 4/HWK 5 links.

Leichte Kontrastmittelaufnahme um den Dens axis sowie interspinös auf Höhe HWK 6/HWK 7. Rheumatoide Arthritis?

Generalisierte Chondrose in der HWS.

Kein Hinweis auf eine Nervenwurzelkompression C8 beidseits.

**5.6** Mit Bericht des SPD \_\_\_\_\_ vom 10. März 2016 diagnostizierten lic.phil. AQ.\_\_\_\_\_ (Fachpsychologin für Psychotherapie FSP) und G.\_\_\_\_\_ (Leitender Arzt) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Symptomen (F45.41), einen Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) sowie einen Verdacht auf Agoraphobie mit Panikstörung (F40.1). Die behandelnden Fachpersonen hätten den Beschwerdeführer bisher zwei Mal gesehen (22.2.2016 und 7.3.2016). Eine Verständigung mit ihm sei zwar möglich, eine vertiefte und detaillierte Exploration durch die eingeschränkten Deutschkenntnisse jedoch erschwert. Eine Einschätzung einer möglichen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit lasse sich nach fast acht Jahren ohne Erwerbsarbeit zum aktuellen Zeitpunkt nicht beurteilen. Ein entsprechender Arbeitsversuch in einem geschützten Rahmen sei hierfür notwendig. Der Beschwerdeführer habe eine antidepressive Medikation erhalten mit dem Ziel, ihn etwas zu stabilisieren, die innere Distanznahmen zu unterstützen und die Schlafqualität zu verbessern (IV-act. 123-18f./19).

**5.7** Am 22. März 2016 diagnostizierte der Hausarzt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ was folgt (IV-act. 123-4f./19):

- Rezidivierende Gastritiden seit 1985
  - Reflux
  - St. n. Barrettmucosa
- Schwindel
  - nur nach dem Aufstehen, am ehesten Orthostase
- Panvertebrales Schmerzsyndrom 05/2002
  - St. n. HWS-Schleudertrauma 05/2002
  - bekanntes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
  - MRI LWS vom 15.11.02: Diskusprotrusionen L2/3 rechtslateral; mediane Diskusprotrusion L4/5
- St. n. unklarer Sturz im Badezimmer 08/2005
  - DD Synkope, Krampfanfall
  - EEG unauffällig

- Chronisch persistierende, therapierefraktäre, gemischte Hyperlipidämie
- Leichtgradiges chronisches Sulcus ulnaris Syndrom links
- Chronisches Cervicalsyndrom mit massiven degenerativen Veränderungen der HWS MRI 2016
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Formen (F45.41)
- Verdacht auf rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig mittelgradige Episode (F:33.1)
- Verdacht auf Agoraphobie mit Panikstörung (F:40.1)

Zudem führte er zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus, dass er letzteren seit 2011 praktisch monatlich sehe und es gegenüber dem Jahr 2011 zu keiner Heilung gekommen sei. Vielmehr sei es zu einer Verschlimmerung der Schmerzhaftigkeit im Nacken-, Kopf- und Armbereich links gekommen, weshalb mehrere Therapien und spezialärztliche sowie radiologische Abklärungen vorgenommen worden seien. Der Ellbogen sei nach der Operation lokal gut verheilt, die Arm- und Nackenschmerzen persistierten jedoch. Der Beschwerdeführer sei nochmals einer neurologischen Untersuchung zugeführt worden und es habe eine erneute Bildgebung der Halswirbelsäule stattgefunden, wo sich mehrere Pathologien gezeigt hätten, welche die Schmerzhaftigkeit im Nackenbereich und die Einschränkung der Beweglichkeit genügend erklärten. Bei diesen mehreren Problemen scheine eine therapeutische Heilung praktisch unmöglich, da nicht überall operiert und gespritzt werden könne. Der Beschwerdeführer sei zu 50% arbeitsunfähig. Limitierend seien hier vor allem der Nacken und die Armproblematik. Bezüglich der psychischen Problematik müsste ein Psychiater Stellung nehmen. Aus Sicht des Hausarztes habe er jedoch eine chronische Depression.

**5.8** Mit Stellungnahme vom 11. August 2016 führte der RAD-Arzt Dr.med. W. \_\_\_\_\_ aus, dass sich aus den neu eingereichten Akten nichts wesentlich Neues ergebe. Die recht ausgeprägten degenerativen Veränderungen der HWS seien bekannt; ein diskretes Sulcus ulnaris Syndrom ohne motorischen Ausfälle schränke die Arbeitsfähigkeit nicht ein; im neuen Bericht des SPD würden Verdachtsdiagnosen auf eine mittelschwere Depression sowie eine phobische Angststörung gestellt, welche demnach nicht gesichert sind. Die aktuelle, rein subjektive Zunahme der Schmerzen bei bekanntem langjährigem Schmerzsyndrom sei wenig erstaunlich im jetzigen Fallstand (soziale und finanzielle Unsicherheiten), sei jedoch ohne zu Grunde liegendes neues organisches Korrelat nicht iv-relevant. Des Weiteren könnten die sogenannten Indikatoren aus dem schon etwas älteren E. \_\_\_\_\_-Gutachten problemlos extrahiert werden. Beschrieben werden: Klare Diagnosen mit Befunden, mit Definition der Schweregrade; das soziale Funktionsniveau des Beschwerdeführers im Alltag („Tagesablauf“); der Verlauf der Krankheitsentwicklung; Angaben über allfällige Suchtpro-

bleme; die durchgeführten Therapien inkl. deren Erfolg und Misserfolg; die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers (S. 58 des psych. Teilgutachtens). Der RAD-Arzt empfehle deshalb, weiterhin auf das E. \_\_\_\_\_-Gutachten vom Juni 2015 abzustellen (IV-act. 125-6/6).

**6.** Vorliegend ist unbestritten, dass die Rentenzusprache hauptsächlich aufgrund der psychiatrischen Befunde: Rezidivierende depressive Störung, mittelschwer, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie somatisch bei degenerativen Veränderungen der HWS erfolgte (Beschwerde vom 12.9.2016 S. 4 Ziff. 3; IV-act. 119-3/10 Ziff. 2; vgl. vorstehende Erw. 3.10).

Zudem ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit (als Schweisser) weiterhin nicht arbeitsfähig ist (angefochtene Verfügung, IV-act. 127-2/4).

Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob in angepasster Tätigkeit weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% (wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht) oder eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit (gemäss IV-Verfügung) vorliegt.

**7.1** Der Beschwerdeführer macht geltend, dass das E. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 24. Juni 2015 auf dem illegal erworbenen Observationsmaterial vom September/ Oktober 2014 beruhe, weshalb es zusammen mit den übrigen Akten, die einen Bezug zur unzulässigen Observation oder zu den darin enthaltenen Daten haben, aus den Akten zu entfernen sei.

**7.2** Aus der Meldung zur Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch (BVM) ergibt sich, dass die IV-Stelle am 21. November 2012 einen Hinweis erhalten habe, wonach der Beschwerdeführer ca. 30 Stunden pro Woche bei AR. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ arbeiten soll (IV-act. 89-7/12). Des Weiteren hätten Anhaltspunkte bestanden, dass sich der Beschwerdeführer oft im Kosovo aufgehalten habe. Diese Hinweise bzw. Anhaltspunkte widersprächen Stellungnahmen des Beschwerdeführers gegenüber der IV-Stelle, wonach er nicht so lange sitzen könne. Des Weiteren verneinte er zu arbeiten, Freunden in einem Betrieb auszuweichen oder sonstige Tätigkeiten (Arbeitsversuche, Vereinstätigkeiten, Nachbarschaftshilfen etc.) auszuüben. Hobbies habe er keine, sondern schaue fern.

Nach dem Gesagten ergaben sich (auch ohne Observationsergebnisse) für die IV-Stelle genügend Gründe, um eine MEDAS-Begutachtung anzuordnen. Dies ergibt sich sinngemäss auch aus der Stellungnahme BVM vom 26. April 2013, wonach eine MEDAS-Begutachtung bereits in Erwägung gezogen wurde, bevor

die Observation erfolgte. Die Observation sollte nur zur allfälligen Ergänzung des Sachverhalts vor der Begutachtung durchgeführt werden (IV-act. 89-8/12).

**7.3** Das E.\_\_\_\_\_ -Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen (orthopädisch/traumatologisch, neurologisch, psychiatrisch und innere Medizin), ist in Kenntnis der Vorakten ergangen und hat die geklagten Beschwerden berücksichtigt.

**7.3.1** Im neurologischen Teilgutachten wird ausführlich zu den früher erfolgten (2005 und 2007) Stürzen (bzw. Anfällen) des Beschwerdeführers Bezug genommen. Dazu wurde ausgeführt, dass eine symptomatische Genese dieser Anfälle bei einer Raumforderung höchst unwahrscheinlich sei, da der neurologische Status fokal nicht gestört sei. Des Weiteren seien die geklagten Kopfschmerzen aufgrund eines Medikamentenübergebrauchs nicht auszuschliessen und auch nicht solche psychogener Natur. Im Zusammenhang mit den Rückenschmerzen hätten bei der Untersuchung weder im Bereich der Halswirbelsäule noch der Lendenwirbelsäule Hinweise für ein radikuläres Syndrom gefunden werden können. Eine somatoforme Störung könne von neurologischer Seite her bei weiterhin normalen Befunden nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Zusammenfassend bestehen aus neurologischer Sicht keine Hinweise für eine Krankschreibung (IV-act. 104-48f./68). Diese Beurteilung ist nachvollziehbar, begründet und schlüssig, wobei die Observationsergebnisse lediglich am Schluss kurz zum Vergleich erwähnt wurden, für die Beurteilung jedoch nicht massgebend waren. Somit kann den Ausführungen im E.\_\_\_\_\_ -Gutachten aus neurologischer Sicht vorliegend ohne weiteres gefolgt werden.

**7.3.2** Aus internistischer Sicht seien lediglich die Refluxösophagitis Grad I bei axialer Hiatushernie, die nicht erosive Helicobacter Gastritis und die nicht erosive Bulbitis duodeni sowie eine chronische Bronchitis erwähnenswert. Diese Erkrankungen würden jedoch leitliniengerecht therapiert und führten nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus internistischer Sicht bestehe demnach eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (IV-act. 104-66/68). Auch diese Beurteilung ist nachvollziehbar und schlüssig. Die Observationsergebnisse wurden dafür nicht berücksichtigt bzw. waren irrelevant. Auch dieses Teilgutachten ist vorliegend nicht zu beanstanden.

**7.3.3** Im orthopädisch/traumatologischen Teilgutachten wurde zur Wirbelsäulenfunktion (begründet auf Röntgenuntersuchungen der HWS und LWS vom 11.5.2015) festgehalten, dass es sich dabei vordergründig um Funktionseinbussen im Abschnitt der HWS handle. Die Beweglichkeit der HWS sei nur als endphasig schmerzhaft festgestellt worden. Die Palpationsempfindlichkeit über den

Dornfortsätzen C5-7 sowie über den jeweiligen Interspinalräumen korreliere mit röntgenologisch dokumentierten fortgeschrittenen mehrsegmentalen spondylo-osteophytären Aufbrauchbefunden mit einer segmentalen ventralen Spangenburg C3/4. Zusammenfassend gelte die statische Belastbarkeit der HWS somit als deutlich dezimiert. Auch die Beweglichkeit der LWS und des Rumpfes sei mit einem mit 22 cm erreichbaren FBA nur mässiggradig eingeschränkt. Auch verfüge der Beschwerdeführer über eine suffiziente muskuläre Stützung und Führung. Röntgenologisch seien im Abschnitt der LWS nur leichtgradige degenerative Veränderungen im Sinne von angedeuteten ventralen Spondylosen der oberen lumbalen Segmente sowie lumbosakral beschrieben worden. Eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Schweisser wurde weiterhin verneint. Eine angepasste Tätigkeit (rückenadaptierte, den Abschnitt der HWS statisch schonende, leichte Arbeiten; keine Arbeiten einhergehend mit repetitiven Bewegungsanforderungen für die HWS, keine Tätigkeiten, welche Zwangshaltungen für die HWS voraussetzen; überwiegend präventiv keine schweren rumpfbelastenden Arbeiten; das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10kg bis max. 15kg bzw. ausschliesslich mit dem linken Arm mit 5kg limitiert) sei, nach Abklingen der perioperativen Rehapphase (vgl. nachfolgende Ausführungen zum linken Ellbogen des Beschwerdeführers), zu 100% zumutbar.

Zwar wird im orthopädischen Teilgutachten auf die Observationsergebnisse verwiesen, indem festgehalten wird, dass (unter Berücksichtigung der Observation und Videodokumentation, in welcher die Bewegungsabläufe des Beschwerdeführers beobachtet werden konnten) bis zur Ellbogenoperation im Mai 2015 in einer angepassten Tätigkeit eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit bestanden hat. Allerdings kann auch unter Berücksichtigung der übrigen Akten davon ausgegangen werden, dass aus orthopädischer Sicht (im Vergleich zur ursprünglichen Rentenzusprache) keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands erfolgt ist.

Bereits im C. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 5. Januar 2009 wurden erhebliche degenerative Veränderungen im Bereich der HWS diagnostiziert. Schon damals bestand eine Spangenburg C3/4. Zudem fanden sich verschiedene osteophytäre Ausziehungen (vgl. die beginnende osteochondrotische Spondylophytenbildung bei HWK4/5 und 5/6, IV-act. 24-17/35). In einem Radiologiebericht aus dem Jahr 2007 (welcher im C. \_\_\_\_\_-Gutachten berücksichtigt wurde, vgl. IV-act. 24-7/35) wurde festgehalten, dass sich beginnende Bandscheibenschäden in Form von mässigen osteodiscären Protrusionen verifizieren liessen, wodurch in C5/6 eine bilaterale, leichtgradige linksseitig betonte foraminale Einengung resultierte. Ein gewisses Mass an C6-Problematik links wurde als vorstellbar erachtet, eine eigentliche Kompression der Nervenwurzel konnte jedoch nicht verifiziert werden (vgl. dazu den Röntgenbericht vom 22.2.2016, vorstehende Erw. 5.5). Als unge-

wöhnlich wurden von den C. \_\_\_\_\_-Gutachtern auch die starken Ausprägungen im Bereich der oberen HWS beurteilt. Die radiomorphologischen Befunde wurden als geeignet erachtet, einen Teil der vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen zu begründen. Im Bereich der LWS konnten keine wesentlichen degenerativen Veränderungen gefunden werden (vgl. vorstehende Erw. 3.4). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wurde, wie im E. \_\_\_\_\_-Gutachten, verneint, da diese Tätigkeit mit den degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS (und dem Schmerzerleben aufgrund der somatoformen Schmerzstörung) nicht mehr zumutbar war. In einer angepassten Tätigkeit (ohne Überkopfarbeiten, ohne Arbeiten mit fixierter Haltung der HWS) wurde der Beschwerdeführer jedoch aus orthopädischer Sicht als nicht eingeschränkt beurteilt.

Am 1. Juni 2012 bestätigte Dr.med. F. \_\_\_\_\_ einen stationären Gesundheitszustand (vgl. vorstehende Erw. 4.1). In seiner Beurteilung vom 22. März 2016 führte Dr.med. F. \_\_\_\_\_ jedoch aus, dass sich die Schmerzhaftigkeit im Nacken-, Kopf- und Armbereich links verschlimmert habe, weshalb weitere Abklärungen vorgenommen worden seien. Die Bildgebung der Halswirbelsäule zeigten mehrere Pathologien, welche die Schmerzhaftigkeit im Nackenbereich und die Einschränkung der Beweglichkeit genügend erklärten (vgl. vorstehende Erw. 5.5. und 5.7).

Dazu hat der RAD-Arzt Dr.med. W. \_\_\_\_\_ am 11. August 2016 nachvollziehbar dargelegt, dass sich aus den neu eingereichten Akten (u.a. dem obgenannten Bericht von Dr.med. F. \_\_\_\_\_ sowie der Bildgebung vom 22.2.2016) nichts wesentlich Neues ergebe und die recht ausgeprägten degenerativen Veränderungen der HWS bereits bekannt gewesen seien, was sich auch den vorstehend dargelegten Teilgutachten sowie den Röntgenberichten entnehmen lässt. Nachvollziehbar ist auch, dass ein diskretes Sulcus ulnaris Syndrom ohne motorische Ausfälle die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkt.

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass es allenfalls subjektiv beim Beschwerdeführer zu einer Verschlimmerung der Schmerzen gekommen ist. Ein neues organisches Korrelat liegt jedoch nicht vor. Somit ist das E. \_\_\_\_\_-Gutachten insoweit auch in orthopädischer Hinsicht nachvollziehbar und schlüssig, als (ohne Berücksichtigung der Ellbogenproblematik) der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit weiterhin nicht und in einer leidensangepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung des Belastungsprofils zu 100% arbeitsfähig ist.

**7.3.4** Zur Ellbogenproblematik (die Operation erfolgte nur wenige Tage vor den jeweiligen Untersuchungen für das Gutachten) wurde im E. \_\_\_\_\_-Gutachten ausgeführt, dass nach Abschluss der postoperativ vorgesehenen Physiotherapie eine deutliche Funktionsbesserung des linken Ellenbogengelenkes zu erwarten

sei. Nach Abklingen der perioperativen Rehapphase (ca. max. drei Monate nach dem OP-Datum) seien angepasste Tätigkeiten auf einem 100%-Niveau zumutbar. Zudem wurde im Belastungsprofil festgehalten, dass auch nach Abklingen der OP-Folgen am linken Ellenbogengelenk und nach Abschluss der postoperativen Ellenbogen-Rehabilitation keine schweren Gewichtsbelastungen mit dem linken dominanten Arm erfolgen sollten. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten mit dem dominanten linken Arm sollte bei 5kg limitiert bleiben. Beidarmig seien Belastungen von 10-15kg möglich.

Dr.med. AG. \_\_\_\_\_ hielt am 28. August 2015 fest, dass die arthrosebedingten Schmerzen trotz Operation bestehen blieben und eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe, wobei das Ausmass offen gelassen wurde. Manuelle Belastungen würden über längere Zeit nicht toleriert (vgl. vorstehende Erw. 5.2). Im Übrigen wurde der Behandlungsverlauf bzw. die Heilung des Ellbogens sowohl von Dr.med. AG. \_\_\_\_\_ als auch vom Hausarzt als gut beurteilt.

Dazu hat der RAD-Arzt Dr.med. W. \_\_\_\_\_ am 14. Oktober 2015 ausgeführt, dass die Operation - wie zu erwarten bei einem Versicherten mit einer chronischen generalisierten Schmerzstörung - aus subjektiver Sicht wenig erfolgreich („unverändert Schmerzen“) gewesen sei. Immerhin sei es durch die Operation nicht zu einer Verschlechterung gekommen. Somit gelte das Resultat des E. \_\_\_\_\_-Gutachtens ab Behandlungsabschluss beim Chirurgen bzw. ab Ende der postoperativen Rehabilitation im August 2015 (vgl. vorstehende Erw. 5.3).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass Schmerzen im linken Arm bzw. Sensibilitätsstörungen bereits im Juli 2007 (vgl. vorstehende Erw. 3.1.10) und im Mai 2008 (Erw. 3.1) bekannt waren und berücksichtigt wurden.

Nach dem Gesagten sind die Ausführungen des RAD-Arztes nachvollziehbar. Eine (gegenüber dem im E. \_\_\_\_\_-Gutachten veranschlagten Belastungsprofil zusätzlich) verminderte Leistungsfähigkeit aufgrund der Beschwerden am linken Ellbogen ist nicht aktenkundig; eine solche Einschränkung im Belastungsprofil des E. \_\_\_\_\_-Gutachtens wurde wie erwähnt berücksichtigt. Die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung von Dr.med. F. \_\_\_\_\_, welcher aus somatischen Gründen von 50% ausgeht, ist zusammenfassend nicht nachvollziehbar.

**7.3.5** Der Beschwerdeführer rügt zudem, dass eine Verbesserung der psychischen Beschwerden nicht vorliege. Es könne ihm nicht vorgeworfen werden, dass er sich ab 2011 nicht mehr habe behandeln lassen, nachdem stets von einer schlechten Prognose ausgegangen worden sei.

Der Beschwerdeführer berücksichtigt vorliegend nicht, dass im E. \_\_\_\_\_-Gutachten nicht (nur) aufgrund des Behandlungsendes im Jahr 2011 oder der

Observationsergebnisse von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgegangen wurde. Vielmehr zeigte die Untersuchung selbst einen affektiv schwingungsfähigen Beschwerdeführer, der sich allenfalls wütend über die Behandlung durch die IV äusserte, aber keine depressiven Symptome mehr zeigte. Er stelle die multifokale Schmerzsymptomatik in den Vordergrund seiner Beschwerden, zeige andererseits aber auch eine klare Überwindbarkeit der Schmerzen, sowohl in anamnestischer Hinsicht als auch aufgrund des Verhaltens während der Exploration. Andererseits seien ein direkter Zusammenhang mit Stressbelastung, die bisherige weitgehende Therapieresistenz und eine ausgeprägte Krankheitsüberzeugung im Sinne eines primären Krankheitsgewinns klare Hinweise auf den somatoformen Anteil der Beschwerden. Erschwerend und die Überwindbarkeit der Schmerzstörung beeinträchtigend im Sinne einer psychiatrischen Komorbidität sei die akzentuierte Persönlichkeit zu verstehen, die zwar das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung nach den Kriterien des ICD-10 nicht erreiche und für sich genommen die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke, in Verbindung mit der Schmerzstörung aber eine Auswirkung auf alle Bereiche des täglichen Lebens zeige und deshalb auch eine F-Diagnose erhalte. Die aufgrund der somatoformen Komponente bestehende massive Krankheitsüberzeugung in Verbindung mit den histrionischen Anteilen sei der Grund dafür, dass eine Rückkehr in die bisherige körperlich stark beanspruchende Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei.

Damit wird im E. \_\_\_\_\_-Gutachten, entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers, begründet, weshalb aus psychiatrischer Sicht eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar, eine angepasste Tätigkeit, die mit Wechselbelastung verbunden ist, leichte repetitive Arbeiten beinhaltet und ohne zeitlichen Druck auskommt, hingegen vollumfänglich ausgeübt werden kann. In diesem Sinne decken sich die Ausführungen im E. \_\_\_\_\_-Gutachten teilweise auch mit den Ausführungen im D. \_\_\_\_\_-Gutachten, gemäss welchem die bisherige Tätigkeit (im Gegensatz zu einer angepassten Tätigkeit) u.a. aufgrund dem Schmerzerleben bei der somatoformen Schmerzstörung nicht mehr zumutbar war (vgl. IV-act. 49-14/21). Es ist nachvollziehbar und somit vorliegend nicht zu beanstanden, dass psychische Beschwerden je nach Arbeitstätigkeit und insbesondere in Anbetracht unterschiedlicher Anforderungen an eine Arbeitstätigkeit, verschiedene Arbeitsfähigkeitsgrade ergeben können.

Die im E. \_\_\_\_\_-Gutachten festgestellte Verbesserung der Depression zeigt sich auch im Vergleich zum D. \_\_\_\_\_-Gutachten. Damals wurde im Befund festgehalten, dass der Beschwerdeführer im Erstkontakt sehr nervös und angespannt und im Affekt meistens verstimmt, gereizt und dysphorisch wirkte. Seine Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit wurden als leicht bis mittelgradig beeinträch-

tigt beurteilt. Im formalen Denken war er leicht beschleunigt, teilweise sprunghaft und deutlich eingeengt auf seinen Gesundheitszustand und die aktuelle psychosoziale Belastungssituation (Kündigung, finanzielle Engpässe und Arbeitslosigkeit infolge Krankheiten). In der Stimmungslage wirkte er hoffnungslos und deprimiert, im Affekt gereizt, dysphorisch, klagsam sowie mit innerer Unruhe. Die Vitalgefühle waren herabgesetzt. Er berichtete über erhöhte Erschöpfbarkeit, Energielosigkeit und ein vermindertes Selbstwertgefühl. Im Affekt war er leicht labil und im Antrieb mittelgradig gehemmt, psychomotorisch unruhig. Es wurden ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen mit Alpträumen berichtet und es bestand ein mittelgradiger sozialer Rückzug. Schliesslich berichtete er auch über wiederkehrende Suizidgedanken (IV-act. 49-11ff./21).

Gemäss E. \_\_\_\_\_-Gutachten hingegen war der Beschwerdeführer im Kontakt offen und zugewandt. Er verfolgte aufmerksam und mit ausreichender Konzentration das Explorationsgeschehen. Er war stets in der Lage, sich auf die jeweiligen Gesprächsinhalte ein- und umzustellen. Auch die höheren kognitiven Leistungen wie problemlösendes Denken und Handeln wirkten ausreichend differenziert. Formale oder inhaltliche Denkstörungen bestanden nicht, allenfalls war eine gewisse Einengung auf die ungerechte Behandlung durch Versicherer und Ärzte auffällig. Merkfähigkeit, Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis wurde als angemessen beurteilt. Die Willens- und Antriebskräfte waren nicht eindeutig beeinträchtigt, Ambivalenz und Ambitendenz bestanden nicht. Psychomotorisch wirkte der Beschwerdeführer rege mit die jeweilige Stimmung synthym unterstreichender Gestik und Mimik. Im Affekt war der Beschwerdeführer leichtgradig abgeflacht mit jedoch weitgehend erhaltener Schwingungsfähigkeit. Das psychoenergetische Potenzial war erhalten, pathologische Angstafekte bestanden nicht. In seiner Primärpersönlichkeit wirkte der Beschwerdeführer umgänglich, durchaus selbstbewusst und fordernd. Dramatisierungstendenzen waren am Rande zu beobachten, der Beschwerdeführer war aber emotional weitgehend stabil.

Der Beschwerdeführer teilte dem Teilgutachter sodann selbst mit, dass seine Stimmung nach Beginn seiner Arbeitsunfähigkeit schlecht gewesen sei, weil er sich nicht mehr vollwertig gefühlt habe, da er nicht mehr arbeiten können. In dieser Zeit, vor fünf bis sieben Jahren, sei er auch suizidal gewesen (IV-act. 104-54/68). Gegenüber der IV-Stelle führte er beim Gespräch vom 27. November 2013 sodann aus, dass ihm die „Medikamente gegen die Psyche“ helfen würden. Zudem habe er sich mittlerweile an die Schmerzen gewöhnt oder nehme Schmerzmittel (IV-act. 83-4/5). Im psychiatrischen E. \_\_\_\_\_-Teilgutachten führte er zudem aus, dass er nun seit fast zwei Jahren keine Psychopharmaka mehr einnehme (IV-act. 104-54/68). Des Weiteren hielt er fest, dass seine Ehe bis heute gut gelaufen sei, dass er viele Kollegen und Bekannte habe und auch

die Finanzen soweit in Ordnung seien. Zudem habe er in den letzten Jahren immer wieder in der Garage eines Kollegen vorbeigeschaut und dort sein eigenes Auto geflickt (IV-act. 104-55/68).

Bei dieser Sachlage ist es nicht zu beanstanden, dass im E. \_\_\_\_\_-Gutachten das Vorliegen einer Depression beim Beschwerdeführer verneint bzw. aus psychiatrischer Sicht von einer Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgegangen wurde. Daran vermag auch der Bericht des SPD \_\_\_\_\_ vom 10. März 2016 nichts zu ändern, zumal es sich bei den Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und Agoraphobie mit Panikstörung, lediglich um Verdachtsdiagnosen handelt. Zudem ist darin keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgt (vgl. vorstehende Erw. 5.6; vgl. auch Bf-act. 4, auch im Verlaufsbericht vom 26. September 2016 bleibt es bei Verdachtsdiagnosen). Auch der Beurteilung des Hausarztes Dr.med. F. \_\_\_\_\_, wonach aus seiner Sicht eine chronische Depression vorliege, kann nicht gefolgt werden. Wie er selber geltend macht, kann vorliegend auf die Beurteilung eines Psychiaters abgestellt werden.

**7.3.6** Der Beschwerdeführer macht geltend, dass die neue bundesgerichtliche Praxis im Hinblick auf Abklärungen psychosomatischer Leiden am 3. Juni 2015 und somit vor der Erstattung des Gutachtens am 24. Juni 2015 erfolgt aber dennoch nicht beachtet worden sei.

Dieser Einwand ist zwar zutreffend, allerdings ist vorliegend zu berücksichtigen, dass das erwähnte Urteil BGE 141 V 281 erst am 17. Juni 2015, und somit eine Woche vor Erstattung des E. \_\_\_\_\_-Gutachtens, veröffentlicht wurde (vgl. Medienmitteilung des Bundesgerichts vom gleichen Tag). Wie die IV-Stellen diesbezüglich bei hängigen Fällen vorzugehen haben, ergab sich sodann erst mit IV-Rundschreiben Nr. 334 vom 7. Juli 2015 und somit nach Eingang des E. \_\_\_\_\_-Gutachtens. Des Weiteren ist zu beachten, dass gemäss Erw. 8 des erwähnten BGEs nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen.

Unter diesen Umständen ist vorliegend zu prüfen, ob das E.\_\_\_\_\_ -Gutachten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt oder nicht.

Vorliegend ist zu betonen, dass die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung an den Regeln betreffend die Zumutbarkeit grundsätzlich nichts ändert, namentlich nicht am Erfordernis einer objektivierten Beurteilungsgrundlage. Nach Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Damit ist eine langjährige Rechtsprechung Gesetz geworden. Demgemäss ist für die Frage, ob es der versicherten Person zuzumuten ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen, insofern eine objektiverte Betrachtungsweise massgeblich, als es nicht auf ihr subjektives Empfinden ankommen kann. Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, sind auch künftig nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen (BGE 141 V 281 Erw. 3.7.1).

Gemäss D.\_\_\_\_\_ -Gutachten war die Arbeitsfähigkeit durch die depressive Symptomatik mit rascher Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörung, kognitiven Beeinträchtigungen, Schmerzen und depressive Stimmungslage insgesamt stark beeinträchtigt. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestand vor allem aufgrund der psychischen Störung im Rahmen einer mittelgradigen depressiven Episode und anhaltender chronischer Schmerzstörung (IV-act. 49-13/21). Wie bereits dargelegt, ist gemäss E.\_\_\_\_\_ -Gutachten eine Depression nicht mehr ausgewiesen, was zu einer massgeblichen Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers führt. Es kann von erheblich mehr Ressourcen seitens des Beschwerdeführers ausgegangen werden. Das ergibt sich auch aus seinem aktiven und geregelten Tagesablauf, wonach er auswärts Kaffee trinke, gelegentlich Kollegen treffe, mit der Tochter zu Mittag esse und auch abends noch Kollegen treffe um etwas zu trinken. Zudem geht er regelmässig im Kosovo in die Ferien und benötigte die letzten zwei Jahre vor der E.\_\_\_\_\_ -Begutachtung keine Psychopharmaka mehr. Demgegenüber besteht aufgrund der familiären Situation, insbesondere mit dem seit einem Unfall geistig behinderten Sohn, eine Stressbelastung. Zudem liegen eine bisher weitgehende Therapieresistenz sowie eine ausgeprägte Krankheitsüberzeugung vor. Zudem wird im E.\_\_\_\_\_ -Gutachten von einer akzentuierten Persönlichkeit ausgegangen. Die chronische Schmerzstörung sowie die akzentuierte Persönlichkeit wurden im E.\_\_\_\_\_ -Gutachten insoweit berücksichtigt, als dem Beschwerdeführer deshalb seine bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist. In einer angepassten Tätigkeit wurde jedoch aufgrund der Verbesserung seines psychischen Befindens zu Recht von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen.

**7.4** Zusammenfassend überzeugt die fachärztlich attestierte volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, weswegen eine Invalidität grundsätzlich auszuschliessen ist. Das E. \_\_\_\_\_-Gutachten hält der Prüfung nach der neuen Rechtsprechung (BGE 141 V 281) stand. Nachdem das Gutachten auch ohne Berücksichtigung der Observationsergebnisse zu überzeugen vermag, erübrigt sich eine Prüfung der Zulässigkeit der Observation.

**8.** Die IV-Stelle hat zu Recht auf das E. \_\_\_\_\_-Gutachten abgestellt. Aufgrund der erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen ist dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Eine leidensangepasste Tätigkeit (unter Berücksichtigung des Belastungsprofils gemäss Erw. 5.1) ist dem Beschwerdeführer jedoch zu 100% zumutbar.

**9.** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades hat die IV-Stelle bei der Ermittlung des Valideneinkommens auf das bisherige Einkommen (indexiert) und beim Invalideneinkommen auf das Durchschnittseinkommen von Hilfsarbeitern gemäss Lohnstrukturhebung (LSE) abgestützt (unter Anrechnung eines leidensbedingten Abzugs von 15%, vgl. IV-act. 124-2/2), was nicht zu beanstanden ist und vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt wird. Dementsprechend resultiert ein IV-Grad von 23%, welche nicht rentenbegründend ist.

**10.** Der Beschwerdeführer macht sodann geltend, sollte das Gericht zum Schluss kommen, dass sich sein Gesundheitszustand in rentenrelevanter Art und Weise verbessert habe, so sei die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen zur Durchführung von beruflichen Massnahmen, da er im Juni 2016 das 55. Altersjahr überschritten habe.

Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Von den Versicherten können jedoch nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 Erw. 4a). Die Wiedereingliederung von Versicherten im fortgeschrittenen Alter oder nach invaliditätsbedingt langjährigem Fernbleiben von der Arbeitswelt ist oft schwierig. Diesem Umstand Rechnung tragend muss sich die Verwaltung - sofern die versicherte Person das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente mehr als 15 Jahre bezogen hat - vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür

ausnahmsweise im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Bundesgerichtsurteil 9C\_752/2013 vom 27.6.2014 Erw. 4.1 m.w.H.).

Zwar trifft zu, dass der Beschwerdeführer im Juni 2016 (knapp vor dem Erlass der Verfügung vom 26. August 2016) das 55. Altersjahr überschritten hat, allerdings verfügte der Beschwerdeführer seit Rentenzusprache im März 2010 über eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit, welche er jedoch nie ausgeschöpft hat, obwohl es ihm zumutbar gewesen wäre. Gemäss Aktenlage nahm er auch nie die ihm in der ursprünglichen Rentenverfügung angebotene Hilfestellung mit beruflichen Massnahmen in Anspruch. Vielmehr hält sich der Beschwerdeführer für vollumfänglich arbeitsunfähig (vgl. IV-act. 104-55/68).

Unter diesen Umständen ist die langjährige Abstinenz vom Arbeitsmarkt nicht invaliditätsbedingt. Es kann der IV-Stelle, bei fehlendem Eingliederungswillen, nicht vorgeworfen werden, sie hätte es unterlassen die Eingliederung zu prüfen. War dem Beschwerdeführer die Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit bereits seit März 2010 zumutbar und ist die berufliche Integration seither allein aus IV-fremden Gründen unterblieben, besteht vor der Rentenaufhebung kein Anspruch auf Abklärung bzw. Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C\_752/2013 vom 27.6.2014 Erw. 4.3.2). Zudem hat die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung Mithilfe bei der Arbeitsvermittlung zugesagt.

**11.** Aus all diesen Gründen erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten dem Beschwerdeführer auferlegt. Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und dem Beschwerdeführer auferlegt. Er hat einen Kostenvorschuss von Fr. 500.-- am 15. September 2016 bezahlt, weshalb die Rechnung ausgeglichen ist.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG, SR 173.110).
5. Zustellung an:
  - den Vertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (A)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern (A).

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 30. Mai 2017