

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00540 vom 24. Februar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00540

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00540 du 24 février 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00540 del 24 febbraio 2016

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.1.1

X.____, geboren 1968, als Akkordschaler bei der Y.____ GmbH beschäftigt, verletzte sich am 25. November 2005 auf einer Baustelle, als er einen Schlag mit dem Hammer auf die rechte Hand erhielt (Urk. 7/9/61 und Urk. 7/9/58). Der erstbehandelnde Arzt, Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, schrieb ihn wegen starken Schwellungen und anhaltenden Schmerzen zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/9/59). Er überwies ihn Ende Januar 2006 an Dr. med. A.____, Chirurgie FMH, speziell Handchirurgie (Urk. 7/9/58), welcher am 25. April 2006 aufgrund einer chronischen posttraumatischen Fasziitis des ersten dorsalen Interosseus rechts eine Fasziektomie mit Neurolyse eines oberflächlichen Radialisastes vornahm (Urk. 7/9/50). Vom 14. September bis 25. November 2006 wurde der Versicherte in der Rehaklinik B.____ stationär behandelt (Urk. 7/9/20-25).

E. 1.1.2

Am 25. Januar 2007 (Urk. 7/6) meldete sich der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an. Diese zog die Akten des Unfallversicherers bei, tätigte berufliche und erwerbliche Abklärungen und ordnete am 28. Juni 2007 (Urk. 7/32) eine dreimonatige berufliche Abklärung in der C.____ an. Da die rechte Hand bei den dort überprüften Verrichtungen bereits nach kurzer Zeit stark anschwellte, wurde die am 13. August 2007 aufgenommene Massnahme

- nach der am 18. September 2007 (Urk. 7/48/14-15) erfolgten Einschätzung von Dr. med. D.____, Oberarzt Handchirurgie, E.____ Klinik, der Einsatz der rechten Hand als Arbeitshand erscheine zum aktuellen Zeitpunkt nicht sinnvoll - am 19. September 2007 wieder abgebrochen (Verfügung vom

10. Januar 2008, Urk. 7/54; vgl. auch Urk. 7/48-49). Am 12. Oktober 2007 erfolgte bei der Diagnose eines kleinzelligen Bronchialkarzinoms des Unterlappens links sodann eine Bronchoskopie sowie eine Unterlappenresektion links mit radikaler mediastinaler Lymphadenektomie (Urk. 7/115).

In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine Begutachtung des Versicherten durch die MEDAS F.____ (Expertise vom 12. Dezember 2008, Urk. 7/65) und sprach ihm mit Verfügung vom 2. Juli 2009 (Urk. 7/98) mit Wirkung ab 1. November 2006 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu.

E. 1.1.3

Der Unfallversicherer, die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), hatte den Fall mit Verfügung vom 20. August 2008 (Urk. 7/57/4-5) sowie Einspracheentscheid vom 10. Juni 2009 (Urk. 7/97) per 31. August 2008 abgeschlossen und die Versicherungsleistungen eingestellt. Die dagegen erhobene Beschwerde wurde mit Urteil UV.2009.00272 des hiesigen Gerichts vom

30. September 2011 (Urk. 21/1) abgewiesen, wogegen die Entscheidung des Bundesgerichts mit Urteil 8C_859/2011 vom 10. April 2012 (Urk. 21/2) bestätigte.

E. 1.2

Gemäss einem allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts kann die Verwaltung auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide, die nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zurückkommen, wenn sie zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs.

E. 1.3

).

Nachdem die Experten die gestellten Fragen, namentlich jene nach der Restarbeitsfähigkeit, mit aller Deutlichkeit und differenziert beantwortet hatten, ent spricht die davon abweichende Feststellung der Beschwerdegegnerin nicht bloss einer anderen denkbaren Variante, sondern erweist sich als mit dem Gutachten nicht in Einklang zu bringen. Die Ärzte legten einlässlich dar, dass dem Versicherten die Tätigkeit als Einschaler (nach Abheilung) wieder voll zumutbar ist, dies spätestens seit der unauffälligen MRT-Untersuchung der rechten Hand vom August 2006 (E. 2.6). Wenn der RAD der Beschwerdegegnerin das Gutachten als plausibel erachtet, ist es nicht bloss nicht nachvollziehbar, sondern vielmehr zweifellos unrichtig, wenn er auf den Eingliederungserfolg fokussiert und unter diesem Gesichtspunkt nurmehr eine angepasste Tätigkeit als zumutbar erachtet (Bericht von Dr. M.____ vom 7. Januar 2009, Urk. 7/73/7). Bei der Zusprache einer Rente der Invalidenversicherung ist nicht die Frage relevant, in welcher Tätigkeit der beste Eingliederungserfolg erwartet werden kann, sondern in welchem Umfang aus medizinisch-theoretischer Sicht ein Versicherter noch tätig sein kann. Die Beschwerdegegnerin beantwortete demnach die falsche Frage, weshalb

sich die darauf basierende Verfügung als zweifellos unrichtig erweist. Auch das Abstellen auf die Einschätzung der Ärzte der Rehaklinik B.____ (Urk. 7/73/7) ist nicht nachvollziehbar, nachdem die Gutachter deren Feststellungen detailliert und begründet verworfen und sich keine neuen Erkenntnisse ergeben haben.

Unzutreffend ist sodann die Folgerung der Beschwerdegegnerin, die SUVA gehe ebenfalls von diesen Annahmen aus (Urk. 7/73/7). Im Gegenteil stützte sich die SUVA auf das Gutachten der MEDAS F.____ sowie ihres Kreisarztes Dr. J.____, welcher nach Einsichtnahme in die letzten MRI-Bilder und die dortigen Untersuchungsergebnisse den beklagten Nichtgebrauch des rechten Arms praktisch ausschloss (E. 2.5.2). Die SUVA ging in der Folge von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit aus.

E. 2

ATSG; BGE 133 V 50 E. 4.1).

Die Wiedererwägung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts. Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2014 vom 14. Mai 2014 E. 3 mit Hinweisen).

E. 2.1

Die rentenzusprechende Verfügung vom 2. Juli 2009 (Urk. 7/98) basierte auf den folgenden medizinischen Berichten.

E. 2.2

Das am 31. Januar 2006 durchgeführte MRI der rechten Hand ergab eine diffuse Schwellung im subkutanen Raum am Handrücken auf der Höhe des Metacarpale I bis III. Der untersuchende Radiologe ging von einem traumatisierten Fettgewebe bei normaler Darstellung von allen übrigen Strukturen aus (Urk. 7/9/55). Der Handchirurg Dr. A.____ berichtete am 10. März 2006 von einer derben subcutanen Resistenz über Strahl II (Urk. 7/9/52). Bei deren Exzision am 25. April 2006 fand er laut Operationsbericht chronische entzündliche Veränderungen. Der durch das entzündliche Gebiet verlaufende oberflächliche Radialisast musste langstreckig neurolysiert werden. Die verdickte und gräulich verfärbte Faszia des 1. dorsalen Interosseus und granulomatöse Veränderungen wurden reseziert (Urk. 7/9/50). Die nachfolgende histologische Abklärung ergab keine Anhaltspunkte für eine Malignität des Gewebes (Urk. 7/9/38). Bei der Untersuchung vom 11. Juli 2006 äusserte der SUVA-Kreisarzt einen Verdacht auf einen muskuloskelettalen Schmerz im Bereich des Carpometacarpalgelenks II und III (Urk. 7/9/39-41

S. 2). Doch ergab das MRI der rechten Hand vom 24. August 2006 unauffällige anatomische Verhältnisse (Urk. 7/9/37).

E. 2.3

Laut dem von Dr. med. I.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie FMH, mitunterzeichneten Austrittsbericht (betreffend Aufenthalt vom 14. September bis 11. Oktober 2006 in der Rehaklinik B.____) vom 31. Oktober 2006 (Urk. 7/9/20-25) bestanden knapp elf Monate nach dem Unfall und knapp sechs Monate nach der Operation weiterhin nicht nachvollziehbare Nervenirritationen und eine objektivierbare, ursächlich aber unklare Schwellneigung, die an sich nichts Bedrohliches darstelle und die Funktionalität der rechten Hand nicht beeinträchtige. Bei der handchirurgischen Beurteilung hätten sich ein uneinheitliches Bild und eine schwierig zu klassifizierende Problematik gezeigt. Einerseits seien Hinweise für eine Irritation des Nervus radialis vorhanden, was aufgrund der Neurolyse des Nervenastes auf relativ langer Strecke wenig erstaune, zumal nach chirurgischer Manipulation häufig Restprobleme zu beobachten seien. Für die vorhandene Schwellungsproblematik könne allerdings keine klare Ursache gefunden werden. Trotz Radialis-Blockade mit 2 ml Carbostesin seien die Handgelenksbeschwerden, abgesehen von einer gewissen Beschwerdelinderung bei der Mobilisation der Langfinger, unverändert vorhanden (S. 2). Im Übrigen hatte das psychosomatische Konsilium vom 29. September 2006 keine psychopathologische Störung von Krankheitswert ergeben (Urk. 7/9/26-28).

Im Bericht vom 28. November 2006 (Urk. 7/9/15-16) wiesen die Ärzte der Rehaklinik B.____ zudem darauf hin, dass die Resultate der physischen Leistungstests bei der Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit infolge Selbstlimitierung und Inkonsistenz nur teilweise verwertbar seien. Bei gutem Effort könnte eine bessere Leistung erbracht werden. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den relativ geringfügigen klinisch objektivierbaren pathologischen Befunden sowie den somatischen Diagnosen nur zum Teil erklären. Aufgrund medizinisch-theoretischer Überlegungen sowie der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm sei dem Versicherten wegen des beidseits notwendigen kraftvollen Handeinsatzes die Tätigkeit als Akkordschaler nicht mehr zumutbar. Eine leichte bis mittel schwere, nicht auf Leitern oder Gerüsten durchzuführende Arbeit ohne kraftvollen Handeinsatz rechts, ohne Vibrationen und Schläge, ohne explizite Wärme- und Kälteexposition wäre jedoch ganztags zumutbar.

E. 2.4

Im Rahmen des Konsiliums vom 18. September 2007 (Urk. 7/55/26-27) stellte Dr. D.____ die Diagnose „chronisch persistierende Schmerzen neuropathischen Charakters Hand rechts - Ausweitung zum Schulter-Arm-Syndrom rechts im Sinne eines CRPS Typ II“. Die Abklärung im C.____ habe gezeigt, dass die rechte Hand praktisch nicht einsetzbar sei. Schon bei kleinsten Belastungen und Manipulationen komme es zu starken Schmerzen und Schwellungszuständen im Bereich der rechten Hand und des Vorderarms. Aktuell nehme der Patient ungefähr zweimal 500 mg Ponstan pro Tag ein. Der vorgeschlagene Ausbau der analgetischen Therapie gemäss WHO-Schema auf mindestens dreimal 500 mg Ponstan mit zusätzlichem Aufdosieren einer Neuroleptanalgesie auf zweimal 100 mg Tramal retard und Lyrica sei bisher nicht durchgeführt worden, werde aber weiterhin empfohlen. Während drei bis fünf Monaten sollte die Schmerzperzeption zusätzlich durch eine Applikation der DMSO-Salbe beeinflusst werden. Auch sei ein Antidepressivum wie beispielsweise Remeron aufzudosieren. Sollten die chronischen Schmerzzustände damit nicht beeinflusst werden können, müssten interventionelle Massnahmen zur Schmerztherapie evaluiert werden.

E. 2.5.1

SUVA- Kreisarzt Dr. med. univ. J.____ fand bei der klinischen Untersuchung vom 20. Mai 2008 (Urk. 7/57/23-27) beinahe seitengleiche Armumfänge beidseits, wobei überraschenderweise die Muskulatur rechts besser ausgebildet sei als links. Beschwielung und Behaarung an den Händen seien ebenfalls seitengleich, ein Temperaturunterschied oder Schwitzen seien nicht feststellbar. Das Nagelwachstum sei unauffällig, der Puls der Arteria radialis gut tastbar, die Durchblutung der Finger sei ebenfalls gut und unauffällig. Das Beklopfen des Carpal-tunnels löse Schmerzen dorsal streng über dem Os metacarpale I aus. Bei der Sensibilitätsprüfung mit dem Nadelrad werde eine generelle Hypästhesie am rechten Arm und über der Narbe, in der Zwischenfingerfalte Metacarpale I/II rechts sogar eine Anästhesie angegeben. Die Spitz-/Stumpfdiskrimination am gesamten Arm sowie der Hand sei klinisch unauffällig (S. 4).

Dr. J.____ erklärte dazu, dass in Anbetracht der zweieinhalbjährigen Leidensdauer, während der der rechte Arm angeblich praktisch nicht mehr belastet worden sei, an sich eine deutliche Hypertrophie der Armmuskulatur zu erwarten wäre. Vermehrtes Fettgewebe oder Ödeme, welche diese Diskrepanz erklären könnten, hätten sich jedenfalls nicht palpieren lassen. Auffallend sei auch die starke diffuse Druckschmerzhaftigkeit am gesamten Arm bei angegebener aus geprägter Hypästhesie bei der Prüfung mit spitzen Gegenständen. Die Befunde bei der Kraftmessung seien ebenfalls diskrepant. So habe die mit dem Handdynamometer gemessene Kraft rechts, begleitet von starkem Zittern, 2 kg betragen, links 52 kg. Bei schnellem wechselseitigem Drücken seien rechts dann aber zwischen 0 kg und 10 kg erreicht worden, wobei mehrmals ohne Zittern ein zwischen 8 und 10 kg liegender Wert erreicht worden sei, links zwischen

40 und 50 kg. Die demonstrierte Bewegungseinschränkung und die beklagte Schmerzsymptomatik seien durch die Verletzung nicht erklärbar. Soweit ein seit zweieinhalb Jahren bestehendes CRPS II-Syndrom diagnostiziert worden sei, sei keine entsprechende Psychotherapie eingeleitet worden. Auch lehne der Versicherte offenbar die medikamentöse Therapie ab. Aufgrund seiner etwas widersprüchlichen Angaben, scheine er sich mit zwei bis drei Ponstan pro Tag zu begnügen. In Anbetracht der unklaren und widersprüchlichen Befunde werde nochmals eine MRI-Abklärung vorgenommen. Im Übrigen schloss sich der Kreisarzt der Beurteilung der Ärzte der Rehaklinik B.____ grundsätzlich an, wonach aufgrund der objektivierbaren Befunde für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben sei (S. 4).

E. 2.5.2

Nach Hinweis auf eine symmetrisch regelrechte Darstellung der Vorder - armmuskulatur im Seitenvergleich ohne Hinweise auf eine Muskelatrophie oder vermehrte Fetteinlagerung anlässlich einer MRI-Untersuchung vom 11. Juli 2008 (Urk. 7/57/10) erklärte SUVA-Kreisarzt Dr. J.____ am 15. Juli 2008 (Urk. 7/57/9), dass aufgrund der erhobenen klinischen und radiologischen Befunde die vom Versicherten geklagten Beschwerden nicht erklärbar seien und insbesondere der Nichtgebrauch des rechten Arms nicht glaubhaft sei. Bezüglich des bei der radiologischen Untersuchung aufgetretenen Tremors rechts äusserte er den Verdacht auf eine absichtliche Störung der Befunderhebung. Denn weder in den Vorbefunden noch anlässlich der ausführlichen klinischen kreisärztlichen Untersuchung noch beim MRI der linken Hand sei ein Tremor zu bemerken gewesen.

E. 2.6

Bei der MEDAS-Abklärung vom 4. November 2008 (Expertise vom 12. Dezember 2008, Urk. 7/65) gab der Beschwerdeführer an, einzig unter den Unfallfolgen in der rechten Hand zu leiden. Zwischen Daumen und Zeigefinger bestünden die Schmerzen schon in Ruhe und würden durch bereits geringe Belastung verstärkt. Hinzu komme eine Schwellung der rechten Hand, die sich gegen Abend und bei Belastung verstärke. Durch freies Pendeln des rechten Armes würden die Handbeschwerden positiv beeinflusst. Die rechte Hand sei höchstens als Hilfshand verwendbar; bereits kleinste Tätigkeiten wie Schneiden des Essens könne er nicht mehr vornehmen. Die Schmerzen hätten sich seit etwa sieben Monaten auf den gesamten rechten Arm bis in die Schulter und den Nacken rechts und den Hinterkopf ausgebreitet und seien von messerstichartigem Charakter, so dass er fast täglich zwei Ponstan einnehme. Abends nehme er ein Schmerzmittel, sonst wäre der Nachtschlaf zu sehr gestört. Zu allem Übel habe er wegen fehlender körperlicher Tätigkeit und mehr Zeit zum Essen auch noch etwa 20 kg zugenommen. Wegen eines vor einem Jahr operierten Lungentumors habe er das Rauchen aufgegeben. Bisher sei weder eine psychiatrische noch psychotherapeutische Behandlung durchgeführt worden und er habe dafür auch nie ein Bedürfnis empfunden. Er könne sich nicht vorstellen, was er tun könnte. Seinen Beruf auf dem Bau, den er sehr gern gehabt habe, könne er nicht mehr ausüben. Mehrere Arbeitsversuche hätten wegen Schmerzen und Schwellungen nach ein bis maximal drei Stunden wieder abgebrochen werden müssen. Seine Hände seien für den Bau gemacht, nicht für den Computer

(S. 11-13).

Bei der körperlich internistischen Abklärung fiel die Schonhaltung der rechten Hand und des rechten Armes auf, der leicht gebeugt am Körper gehalten werde. Die rechte Hand sei zum An- und Auskleiden konstant nicht benutzt worden, zur Begrüssung habe der Versicherte ohne Händedruck die schlaffe Hand gereicht (S. 17). Der beigezogene Chirurg und Manualmediziner konstatierte auf dem Handrücken eine leichte Blauverfärbung und eine Schwellung. Er stellte zahlreiche, teilweise schmerzhaft eingeschränkte Bewegungen im Bereich des rechten Armes und des Schultergürtels fest - dies trotz symmetrisch ausgebildeter Schultergürtelmuskulatur ohne Hinweise für eine Verspannung im Sinne einer myogelotisch durchsetzten Muskulatur. Insbesondere hielt er fest, dass der Versicherte beim Versuch, den Radius des rechten Armes passiv zu erweitern, mit guter Kraft, die selektiv nicht erreicht werden können, eine Gegenspannung entwickelt habe. Die rechte Hand sei zwar durchgehend nach unten fallen gelassen und funktionell vollständig ausgespart worden. Auch sei der Faustschluss nur ansatzweise knapp möglich gewesen. Doch habe der Spitzgriff beim Entgegennehmen eines Briefes sehr gut funktioniert (S. 17 f.).

In neurologischer Hinsicht wurde namentlich das Vorhandensein eines Tremors der Hände verneint (S. 19).

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung fassten die Gutachter die übrigen Befunde dahingehend zusammen, dass der etwas übergewichtige, aber dennoch deutlich erkennbar muskulöse Versicherte weder optisch noch objektiv messbare Umfangsdifferenzen zuungunsten der rechten (anamnestisch nicht gebrauchten) oberen Extremität aufweise. Trotzdem schalte er diese funktionell meist völlig aus. Inkonsistenzen ergäben sich jedoch durch spontane, unreflektierte Bewegungen (z.B. Zurechtzupfen der Unterhose in der orthopädischen Untersuchung) in einem Ausmass, das im Rahmen der gezielten Funktionsprüfungen weder aktiv noch passiv erreicht worden sei. Bei allen Funktionsprüfungen der rechten oberen

Extremität sei die Beweglichkeit hochgradig eingeschränkt gewesen. Die bei den Kraftprüfungen erbrachten Leistungen würden, sofern es sich um objektive Befunde handeln würde, auf eine massive Kraftminderung hinweisen. Die Resultate des Vigorimeter-Tests stellten die ausreichende Mitarbeit des Versicherten aber erheblich in Frage und müssten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als bewusster Täuschungsversuch interpretiert werden, zumal die psychiatrische Untersuchung keine Hinweise für eine krankheitswertige psychische Störung ergeben habe. Die vorliegenden Inkonsistenzen würden eine Gesamtbeurteilung deutlich erschweren. Zwar gebe der Versicherte an, die Beschwerden hätten sich in den letzten sieben Monaten auf den gesamten Arm und die rechte Schulter ausgebreitet. Jedoch seien diese bereits vor über zwei Jahren in den Berichten der Rehaklinik B.____ erwähnt worden. Die immer wieder beschriebene und immer noch so gesehene Symmetrie der Schulter-/Armmuskulatur lasse medizinisch erhebliche Zweifel an der kompletten funktionellen Einhändigkeit aufkommen. Die hohen Schnürschuhe, die der Versicherte bei den Untersuchungen getragen habe, seien für einen Patienten mit motorischen Schwierigkeiten nicht praktikabel. Da der Versicherte ohne Begleitung zu den Untersuchungen erschienen sei und er nicht um Hilfe beim Schuhebinden gebeten habe, stelle sich die Frage, ob er die Schuhe nach der Begutachtung eventuell doch selber habe binden können. Auch die angegebene belastungsabhängig zunehmende Schwellung der rechten Hand, die nicht durchgehend habe verifiziert werden können, sei medizinisch kaum erklärbar. Würde eine Schwellung in so kurzer Zeit erreicht, wie dies im C.____ beim Zusammensetzen von Legosteinen der Fall gewesen sei, müsste schon ein erheblicher Gewebeschaden vorliegen. Es müsse daher auch eine artifizielle Schwellung, die medizinisch gesehen an dieser Stelle relativ leicht herbeizuführen wäre, in Betracht gezogen werden (S. 23 f.).

Die Gutachter kamen im Rahmen der Gesamtbeurteilung zum Schluss, dass weder ein erhebliches psychisches noch ein erhebliches somatisches Leiden verifizierbar sei. Das vom Versicherten geschilderte Trauma und die einige Monate später erfolgte Operation sollten aus medizinischer Sicht mittlerweile entweder ausgeheilt sein oder aber klinische oder radiologische Befunde zur Folge haben, die das geklagte Ausmass der Beschwerden wenigstens ansatzweise erklären könnten. Da dies nicht der Fall sei und der Versicherte sich bei den Untersuchungen und bei Spontanbewegungen immer wieder Inkonsistenzen geleistet habe, seien sie der Meinung, es liege kein erheblicher Gesundheitsschaden mehr vor, der die Leistungsfähigkeit einschränken würde (S. 24 f.).

Dazu führten die Gutachter aus, dass sich die vorwiegend in der rechten oberen Extremität lokalisierten Schmerzen nicht durch die Läsion eines einzelnen Nervs erklären liessen. Aufgrund des MRT-Befundes der Oberarme vom 11. Juli 2008 und des Verhaltens des Versicherten bei der aktuellen Untersuchung stehe endgültig fest, dass kein objektivierbares somatisches Korrelat zu den Funktionsausfällen des Versicherten bestehe. Es lägen auch nicht genügend Hinweise vor, um ein CRPS II als Beschwerdeursache anerkennen zu können. Die entsprechende Diagnose Dr. D.____ erkläre sich höchstens mit den Schmerzangaben des Versicherten und dessen Verhalten im C.____. Doch habe Dr. D.____ die dokumentierten Inkonsistenzen und das Fehlen von objektivierbaren Befunden zu wenig in seine Überlegungen miteinbezogen. Die Diagnose eines CRPS II mit nachgewiesenem Nervenschaden sei auch insofern nicht nachvollziehbar, als die durch den operativen Eingriff entstandenen umschriebenen Sensibilitätsminderungen infolge Durchtrennung kleiner sensibler Hautäste nicht für die Definition eines CRPS II ausreichen

und andere Nerven nicht verletzt worden seien. Des Weiteren schlossen die Gutachter auch eine dissoziative Störung aus, die sie als seelischen Konflikt umschrieben, der nicht ins Bewusstsein des Betroffenen vordringe, sondern sich ohne erkennbares organisches Substrat als körperliches Leiden präsentiere, sich mit allen subjektiven Symptomen einer organischen Gesundheitsstörung zeige und durch den Willen des Betroffenen nicht beeinflussbar sei. Bei einer derartigen psychischen Störung könne das Beschwerdeausmass keineswegs inner Minuten von stark zu schwach und wie der zurück gewechselt werden, wie dies beim Versicherten zu beobachten gewesen sei. Eine messbare Schwellung des Handrückens lasse sich ohnehin nicht nachweisen. Auch wenn der Versicherte immer wieder seine Arbeitswilligkeit betone, so scheine sich diese doch auf den Baubereich zu beschränken, und es frage sich, ob er wirklich an einer Erwerbstätigkeit interessiert sei. Er habe je denfalls zu keinem Zeitpunkt eine klare Bereitschaft für eine seinen subjektiven Funktionsausfällen angemessene Tätigkeit gezeigt. Dies sei ein indirekter Hinweis darauf, dass er selbst um die Unglaubwürdigkeit seiner Funktionsausfälle wisse. Dazu passe auch, dass er trotz dauerhafter und erheblicher Schmerzen die Dosierung seines Analgetikums nicht gesteigert habe. Die subjektiven Beschwerden hätten seit August 2006 sogar zugenommen und seien jetzt ausgeprägter als in der Zeit nach dem MRT der Hand vom August 2006 und vor der MRT-Kontrolle im Juli 2008. Medizinisch gesehen sei dem Versicherten die Tätigkeit als Einschaler weiterhin zeitlich und leistungsmässig voll zumutbar. Direkt nach dem Trauma bis maximal nach Ausheilung des bei der Handoperation beteiligten Gewebes könnte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorgelegen haben. Spätestens seit der unauffälligen MRT-Untersuchung der rechten Hand vom August 2006 sei kein erheblicher andauernder Gesundheitsschaden mehr nachweisbar und die Arbeit als Einschaler hätte wieder aufgenommen werden können (S. 24 ff.).

E. 3.1

Im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens ergingen die folgenden medizinischen Einschätzungen.

E. 3.2

Dr. Z.____ hielt mit Bericht vom 20. Mai 2011 (Urk. 7/110/6) fest, seit Mai 2009 habe sich beim Beschwerdeführer nichts verändert. Er klage nach wie vor über Schmerzen im Bereich der rechten Hand, des rechten Armes und jetzt auch der rechten Schulter. Der Beschwerdeführer sei für eine körperlich leichte Arbeit einsatzbereit, möglicherweise könne er den rechten Arm nicht entsprechend einsetzen. Falls man dem Beschwerdeführer glauben könne, so wäre eine körperlich schwere Arbeit wie Schaler auf einer Baustelle nicht zumutbar.

E. 3.3

Am 27. Mai 2011 (Urk. 7/111/1) bestätigte Dr. A.____, dass sich im Vergleich zu seinem Bericht vom März 2007 keine Veränderungen ergeben hätten.

Am 17. Oktober 2012 (Urk. 7/164) erwähnte Dr. A.____ die neu zu 50 % aufgenommene Tätigkeit als Taxichauffeur, wobei es jeweils während und nach der Arbeit zu einer Schwellung der ganzen Hand rechts mit entsprechenden Schmerzen komme. Er schilderte einen geringgradig geschwellenen, mässig druckdolenten Handrücken rechts.

E. 3.4

Die Ärzte der H. ___ diagnostizierten im Gutachten vom 1. Mai 2013 (Urk. 7/184/1-68) ein chronisches Schmerzsyndrom Hand rechts bei Status nach Kontusion Handrücken rechts vom 24. November 2005 sowie bei Status nach Fasziektomie des ersten dorsalen Interosseus und Neurolyse des oberflächlichen Radialisastes vom 25. April 2006. Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit massen sie einer residuellen Neuropathie des sensiblen Nervus Radialis-Endastes am Handrücken rechts, einem Status nach Lobektomie der linken Lunge wegen Lungenkarzinom am 12. Oktober 2007 (bei Status nach nachfolgender Chemotherapie), einem Status nach laparoskopischer Appendektomie ca. 2007, einem COPD bei Status nach früherem Nikotinkonsum (45 packyears) sowie einer Adipositas I° (BMI 33,5) bei (S. 61).

Die Gutachter verwiesen auf die durchgeführte psychiatrische Untersuchung, welche keine behinderungsrelevante Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ergeben habe (S. 62).

Zur neurologischen Beurteilung führten sie aus, beim Beschwerdeführer bestehe ein chronisches posttraumatisches und postoperatives Beschwerdebild nach Arbeitsunfall 2005 mit Kontusion der rechten Hand. Abgesehen von einer im initialen MRI ersichtlichen Fettgewebsvermehrung und traumatisierung seien keine effektiven Verletzungsbefunde dokumentiert. Eine handchirurgische Intervention mit Fasziektomie und Neurolyse des sensiblen Radialis-Nervenastes habe zu keiner Besserung der Beschwerden geführt. Der Beschwerdeführer beklage einen therapierefraktären Beschwerdeverlauf mit belastungsabhängiger Schmerzakkumulation und Schwellung der rechten Hand sowie im Verlauf proximaler Schmerzausdehnung im Bereich der rechten oberen Extremität bis zum Nacken. Die in den Akten wiederholt festgestellte Diskrepanz zwischen dem geltend gemachten Beschwerdebild mit resultierender erheblicher Funktionseinschränkung der rechten oberen Extremität einerseits und den eher diskreten objektivierbaren Befunden andererseits bestätige sich auch anlässlich der aktuell im gutachterlichen Rahmen durchgeführten neurologischen Abklärung. Es bestätige sich eine sensible Neuropathie des Radialis-Nervenastes rechts, was bei Status nach Neurolyse dieses Nervenastes nicht überrasche. Mit diesem Befund könne das geltend gemachte Beschwerdebild und die resultierenden erheblichen Funktionseinschränkungen nicht erklärt werden. Für ein differentialdiagnostisch zu erwägendes CRPS fänden sich klinisch keine verlässlichen Anhaltspunkte; auch aus den in den Akten dokumentierten radiologischen Untersuchungen gehe kein entsprechender Befund hervor. Es finde sich somit kein genügendes neurogenes Substrat für das beklagte Beschwerdebild der rechten Hand. Insbesondere könne auch die proximale Schmerzausstrahlung im Bereich der rechten oberen Extremität neurologisch nicht zwanglos erklärt werden. Nicht in einem organischen Zusammenhang fassbar und nicht zwanglos einzuordnen sei auch der anlässlich der Untersuchung manifestierte Belastungstremor der rechten Hand. Festzuhalten sei schliesslich auch, dass sich klinisch und anamnestisch keine Hinweise für einen proximalen Beschwerdeursprung (zum Beispiel im Rahmen der zervikalen Nervenwurzeln) fänden. Rein aufgrund der neurologischen Untersuchungsbefunde lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit weder in der angestammten Tätigkeit als Akkordschaller noch in einer anderweitigen Tätigkeit begründen (S. 62 f.).

In orthopädischer Hinsicht hielten sie fest, dass trotz vorgetragener Schonhaltung der rechten Hand diese bei der Begrüssung wie auch bei der Anamneseerhebung immer wieder kurzfristig aufgegeben werde, zum Beispiel beim An- und Ausziehen und hier insbesondere beim Hantieren mit dem Gürtel, beim Anziehen der Socken oder auch beim

Entgegennehmen von Dokumenten respektive Flectorpflaster. Ebenfalls diskrepant sei das Beweglichkeitsausmass der rechten Schulter in der expliziten Untersuchung im Vergleich wiederum zum Aus- und Anziehen des aktuell getragenen Hemdes gewesen. Die schon fast groteske Kraftlosigkeit bei der Überprüfung der Schulterkennmuskeln rechts stehe ebenfalls in signifikanter Diskrepanz zur vollends fehlenden Muskelatrophie im Bereich des rechten Schultergürtels wie auch der rechten oberen Extremität. Eine konsequente Schonhaltung würde schon nach wenigen Wochen eine signifikante, messbare Muskelatrophie herbeiführen. Bei der aktuellen Untersuchung zeige sich jedoch ausgemessen eine symmetrische Muskelmasse sowohl im Bereich des Ober- wie auch des Unterarmes. Auch die Hände zeigten eine symmetrische Muskeltrophik und insbesondere auch eine symmetrische Beschwelligung. Auch dies stehe wieder in grosser Diskrepanz zur massiven Schmerzempfindlichkeit der rechten Hand, welche insbesondere dorsalseits kaum berührt werden könne. Es bestehe somit keine Vereinbarkeit von geklagten Beschwerden mit den objektivierbaren Befunden. Aufgrund fehlender, objektivierbarer Befunde der subjektiv geklagten Beschwerden seien dem Beschwerdeführer leichte und mittelschwere Tätigkeiten vollumfänglich zumutbar. Vermieden werden sollten, alleine aufgrund der angegebenen Schmerzen, Vibrationen und Schläge der rechten Hand, explizite Wärme- und Kälteexpositionen sowie Tätigkeiten in absturzgefährdeter Position (Leitern, Gerüste etc.). Die Wiederaufnahme der Tätigkeit als Akkordschaler sei kaum vorstellbar, da es sich gemäss Aussagen des Beschwerdeführers um eine mehrheitlich schwere Arbeit handle (S. 64).

Die pneumologische Beurteilung ergab keine fachspezifische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Diese sei namentlich aufgrund der Lobektomie nicht eingeschränkt (S. 64 f.).

Gesamtmedizinisch konstatierten die Gutachter, seit dem Unfall vom 25. November 2005 bestehe für die angestammte Tätigkeit eines Akkordschalers eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für eine leichte und mittelschwere Tätigkeit ohne Vibrationen und Schläge der rechten Hand, ohne Wärme- und Kälteexpositionen und ohne Tätigkeiten in absturzgefährdeter Position bestehe hingegen seit der Entlassung aus der Rehaklinik B.____ am 11. Oktober 2006 eine volle Arbeitsfähigkeit, mit Ausnahme der Periode der Krebsbehandlung bis 28. Februar 2008 (S. 65).

E. 3.5

PD Dr. med. K.____, Leiter Bereich für Schmerztherapie am Spital L.____, diagnostizierte mit Bericht vom 20. Januar 2014 (Urk. 7/199/2-3) ein chronisches Schmerzsyndrom der rechten Hand bei Status nach Handkontusion, wobei die Schmerzursache unklar bleibe. Trotz der aktuell durchaus objektivierbar vorliegenden Schwellung könne bei fehlender Allodynie, trophischen Störungen sowie Temperaturdifferenz nicht die Diagnose eines CRPS Typ 2 (bei sensibler Radialis-Affektion infolge Neurolyse) gestellt werden. Immerhin zeige sich in der elektrischen Schmerzschwellenbestimmung am Fuss ein deutlich verminderter Wert, was durchaus für eine bei chronischen Schmerzpatienten zu beobachtende zentrale Hypersensibilisierung spreche. Diese erkläre zwar nicht die Schmerzursache, sehr wohl jedoch das Ausmass der Schmerzen.

E. 3.6

Dr. A.____ berichtete am 3. Juli 2014 (Urk. 11) über die Konsultation vom 2. Juli 2014 und führte aus, nachdem der Beschwerdeführer nun seit einem Monat einige Stunden pro Tag

mehr arbeite, sei es wieder zu einer vermehrten Schwellung im Handrücken rechts und auch zu vermehrten Schmerzen mit Ausstrahlung bis gegen die Schultern gekommen. Die Handrückenschwellung habe ein deutig wieder verifiziert werden können (vgl. auch Bericht vom 21. November 2013, Urk. 7/199/1). Gleiches schilderte er am 3. Dezember 2014 (Urk. 14) und am 26. Juni 2015 (Urk. 17).

E. 4.1

Aufgrund der Akten ausgewiesen und zwischen den Parteien auch nicht umstritten ist, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse zwischen der ursprünglichen Rentenzusprache am 2. Juli 2009 (halbe Rente mit Wirkung ab 1. November 2006, Urk. 7/98) und dem Erlass der rentenaufhebenden Verfügung am 22. April 2014 (Urk. 2) nicht verändert haben. Nach wie vor leidet der Beschwerdeführer an Handbeschwerden mit Schwellungen bei Belastung, wobei sich in medizinischer Hinsicht kein erklärendes Korrelat findet. So konstatierten namentlich die Gutachter der H.____ - mit Ausnahme der Phase der Krebsbehandlung - eine seit Oktober 2006 unveränderte Arbeitsfähigkeit und auch die erhobenen Befunde und die festgestellten Klagen entsprechen dem hinlänglich Bekannten (E. 4.4). Eine Revision der Rente nach Art. 17 ATSG kommt damit nicht in Frage.

E. 4.2.1

Die Beschwerdegegnerin hob die Rente denn auch im Rahmen der Wiedererwägung der ursprünglichen Rentenzusprache vom Juni 2009 auf und begründete ihren Entscheid damit, im interdisziplinären Gutachten der MEDAS F.____ vom 12. Dezember 2008 sei keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien absichtlich nicht aufgeführt worden. Infolgedessen sei dem Beschwerdeführer eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit attestiert worden. Der Regionalärztliche Dienst (RAD) habe das Gutachten als nachvollziehbar und plausibel erachtet, aber dennoch mit Bezug auf die bisherige Tätigkeit analog zur Beurteilung der Rehaklinik B.____ vom 19. Juni 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (in der bisherigen Tätigkeit), in angepasster Tätigkeit indes eine 100%ige Arbeitsfähigkeit angenommen.

Gemäss aktuellem Gutachten des H.____ vom 1. Mai 2013 bestehe seit Oktober 2006 ein unveränderter Gesundheitszustand. Das chronische Schmerzsyndrom der Hand rechts habe somit bereits bei der Rentenzusprache vorgelegen. Dieses zähle zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern, welche in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken vermögen würden. Die Kriterien, aufgrund welcher auf eine Unüberwindbarkeit zu schliessen wäre, seien weder heute noch damals erfüllt gewesen. Richtigerweise hätte die Überwindbarkeitsprüfung schon damals vorgenommen werden müssen, was zur Abweisung der Leistungsbegehrens geführt hätte.

E. 4.2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, dass die Annahme der Beschwerdegegnerin in der leistungszusprechenden Verfügung vom 2. Juli 2009, wonach er in der bisherigen schweren Tätigkeit auf dem Bau als Schaler vollständig arbeitsunfähig sei, unrichtig sei, ergebe sich nicht aus dem Gutachten der H.____. Darin werde die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung ausdrücklich nicht gestellt. Trotzdem seien die beteiligten Ärzte offenbar aufgrund der klinischen Erkenntnisse dazu gelangt, die ursprüngliche Einschätzung der Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Es sei kein Grund ersichtlich,

weshalb von dieser Annahme abgewichen werden könne. Zudem habe der behandelnde Handchirurg objektivierbare rezidivierende Schwellungen an der rechten Hand nach repetitiven Bewegungen festgestellt und gemäss den Ärzten des Spitals L.____ bestünden – neben einem chronifizierten Schmerzsyndrom der rechten oberen Extremität mit erkennbarer Schwellung der rechten Hand - Hinweise für eine mögliche schwere Depression (S. 3 f.).

E. 4.3.1

Die klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes mit der Folge, dass die Leistungszusprechung auf einer offenkundig unvollständigen oder widersprüchlichen Aktenlage erfolgte, insbesondere die Invaliditätsbemessung gestützt auf keine nachvollziehbare ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erging, ist ein Wiedererwägungsgrund im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG (vgl. E. 1.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_816/2013 vom 20. Februar 2014 E. 1.1). Dies gilt umso mehr, wenn die Invalidenversicherung entgegen den klaren und nachvollziehbaren Ausführungen von Gutachtern begründungslos abweichende Schlussfolgerungen zieht .

E. 4.3.2

Im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren stellte das hiesige Gericht fest, dass spätestens bei Leistungseinstellung der SUVA per 31. August 2008 keine unfallbedingten Einschränkungen mehr bestanden (in Rechtskraft erwachsenes Urteil vom 30. September 2011, Urk. 21/1). Dabei hielt es folgendes fest: „Die umfangreichen medizinischen Abklärungen haben dem nach keine somatischen oder psychiatrischen Befunde ergeben, welche die geklagten Beschwerden und Einschränkungen auf der somatischen Ebene erklären würden. Bis zu einem gewissen Grad objektivierbar ist einzig die Schwellungsneigung im rechten Handrücken, für die jedoch keine Ursache gefunden werden konnte und die als solche gemäss Aussage der Ärzte der Rehaklinik B.____ keine Funktionalitätseinbusse bewirkt. Die Schwellung stellt daher für sich allein betrachtet von vornherein keinen leistungsbegründenden Gesundheitsschaden dar. Es kann da her offen gelassen werden, ob die Vermutung der MEDAS-Gutachter, dass diese jeweils künstlich herbeigeführt wurde, zu trifft oder nicht. Was Dr. D.____ Diagnose eines Schulter-Arm-Syndrom [s] rechts im Sinne eines CRPS Typ II anbelangt, so handelt es sich dabei, das heisst beim Complex Regional Pain Syndrome Typ II, um einen Nervenschmerz, zu dem es theoretisch nach jeder Nervenverletzung kommen kann. Typisches Merkmal sind qualvolle, glühende Brennschmerzen, von denen meistens die Gliedmasse [n] betroffen sind. Schon die leichteste Berührung, aber auch ein optisches oder akustisches Signal, Wärme, Trockenheit, ein Affekt oder sogar die reine Schmerzvorstellung, kann die Schmerzen auslösen oder verstärken. Diese sind nicht zwangsläufig auf das Versorgungsgebiet des konkret geschädigten Nerven beschränkt, sondern können auch in anderen Körperbereichen auftreten. Parallel bestehen oft Durchblutungsstörungen oder Störungen der Hauttrophik gekoppelt mit Schweisssekretionen (vgl. etwa: www.doctorhelp.de/nerven-schmerzen). Vorliegend kann keinem der zahlreichen Arztberichte entnommen werden, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen brennenden Charakter haben. Auch fehlt es an jeglicher Begleitsymptomatik. Zwar hatten Dr. D.____ und die Ärzte der Rehaklinik B.____ die neuropathischen Schmerzen im Bereich der Operationsnarbe aufgrund der durchgeführten Neurolyse eines Radialisastes als nachvollziehbar erachtet und daher auch, wie der Beschwerdeführer geltend macht, für die Arbeit als Akkordschaler beziehungsweise beidhändig ausführbare Tätigkeiten eine

vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (...). Doch weisen die MEDAS-Gutachter darauf hin, dass es bis auf die Durchtrennung kleiner sensibler Hautäste bei der Operation zu keinen eigentlichen Nervenverletzungen gekommen sei und Dr. D.____ sich bei der Diagnose eines CRPS Typ II offenbar in erster Linie von den Vorurteilen während der beruflichen Massnahme im C.____ habe leiten lassen, die dokumentierten Inkonsistenzen sowie das Fehlen von objektivierbaren Befunden aber zu wenig in seine Überlegungen einbezogen habe.“

E. 4.3.3

Eine (rechtskräftige) abweichende Beurteilung im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren führt noch nicht zur zweifellosen Unrichtigkeit der ihr

widersprechenden Verfügung der Invalidenversicherung. Vorliegend ist indes Folgendes zu beachten:

Die Beschwerdegegnerin holte das Gutachten der MEDAS F.____ ein, weil sie die Aktenlage als nicht schlüssig erachtete. Dieses entspricht nun unbestrittenermassen den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (E.

E. 4.3.4

Bei dieser Aktenlage hätte die Beschwerdegegnerin nicht von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgehen dürfen. Diese Annahme widerspricht den fachärztlichen Einschätzungen und abweichende Äusserungen wurden lediglich während des Heilungsverlaufs abgegeben oder ergingen ohne Auseinandersetzung mit den Inkonsistenzen.

E. 4.4

Bei vollumfänglicher Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf war der Beschwerdeführer nicht invalid, weshalb sich die Rentenzusprache vom 2. Juli 2009 (Urk. 7/98) als zweifellos unrichtig erweist.

E. 5.1

Zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers für die Zukunft (BGE 140 V 514). In medizinischer Hinsicht kann diesbezüglich auf das sämtlichen Kriterien an den Beweiswert einer Expertise entsprechende H.____ - Gutachten abgestellt werden. Es ist für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Antwort auf die Frage nach der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auch im Vergleich zu den früheren Verhältnissen. Sodann beruht die Expertise auf den notwendigen Untersuchungen in psychiatrischer, neurologischer, orthopädischer sowie pneumologischer Hinsicht und berücksichtigt detailliert die geklagten Beschwerden. Das Gutachten wurde in Kenntnis der umfangreichen Vorakten abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Die Ärzte konnten unter Darlegung der Untersuchungsbefunde keine organische Schädigung erkennen und verwiesen auf die unauffällige muskuläre Situation sowie auf diverse festgestellte Inkonsistenzen in der Beschwerdeschilderung und zogen daraus ihre nachvollziehbar begründeten Schlussfolgerungen.

E. 5.2

Die zahlreichen Atteste des Dr. A.____ führen zu keiner anderen Einschätzung.

Am 17. Oktober 2012 (Urk. 7/164) beschrieb er unter Verweis auf die 50%ige Tätigkeit als Taxichauffeur einen geringgradig geschwollenen und mässig druckdolenten Handrücken bei möglichem vollem Faustschluss und Fehlen von Zeichen eines Karpaltunnelsyndroms. Eine Arbeitsunfähigkeit attestierte er da bei ebenso wenig wie im Bericht vom 21. November 2013 (Urk. 7/199/1), in welchem er rezidivierende Schwellungen nach repetitiven Bewegungen samt ziehenden Schmerzen bis gegen die Schulter beschrieb. Die im Rahmen des Gerichtsverfahrens aufgelegten Berichte (Urk. 11, Urk. 14 und Urk. 17) sind ähnlichen Inhalts, wobei zuletzt ein neu hinzugekommener Tremor sowie ein eingeschränkter Faustschluss erwähnt wurden. Hieraus kann nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden, zumal die Symptomatik den Gutachtern bekannt war und sie diese schlüssig einordneten und ihr keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zumass. Eine Einvernahme Dr. A.____s (Urk. 10) ist sodann nicht angezeigt, liegen doch seine schriftlichen Berichte vor und erhellen daraus seine Eindrücke.

In psychiatrischer Hinsicht genügen die Angaben des zuständigen Arztes des Spitals nicht, um die gutachterlichen Feststellungen in Zweifel zu ziehen. Dass die Schmerzfragebögen durchwegs pathologisch ausgefüllt wurden, sich im Beck Depression Inventory ein deutlich erhöhter Wert als Hinweis für eine mögliche schwere Depression fand und ein deutlich erhöhter Katastrophisierungsscore vorlag (Urk. 7/199/3), führt nicht zur Annahme einer entsprechenden Pathologie. Rechtsprechungsgemäss ist dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen einer psychiatrischen Exploration generell nur eine ergänzende Funktion beizumessen. Ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 9C_344/2013 vom 16. Oktober 2013

E. 3.1.5). Die umfassende psychiatrische Untersuchung im Rahmen der Begutachtung zeigte keine Pathologie. Darüber hinaus erkannten auch die übrigen behandelnden Ärzte keine entsprechende Auffälligkeit, weshalb davon auszugehen ist, dass in psychischer Hinsicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht.

E. 5.3

Was den Antrag auf Rückweisung der Streitsache zur Durchführung einer EFL (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit) anbelangt (Urk. 1 S. 2) ist festzuhalten, dass eine solche darauf abzielt, die Grenzen der Belastbarkeit des Bewegungsapparates näher auszuloten (Urteil des Bundesgerichts 8C_581/2015 vom 7. Dezember 2015 E. 4.2.1.2). Eine solche Testung erscheint nicht als angezeigt, könnten doch die von den Gutachtern festgestellten Inkonsistenzen mit einer zusätzlichen Abklärung der Arbeitsfähigkeit nicht ausgeräumt werden.

E. 5.4

Zusammenfassend ist der Sachverhalt als in dem Sinne erstellt zu erachten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig ist. Eine Invalidität besteht demnach nicht, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6

Die

Kosten

des

Verfahrens

(Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Ausfeld - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 19-20 sowie Urk. 21/1-2 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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