

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00815 vom 11. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00815

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00815 du 11 août 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00815 del 11 agosto 2015

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). 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. 1.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Gemäss Art. 42 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die hilflos sind, Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Als hilflos gilt eine Person, die wegen einer Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. Praxisgemäss (BGE 121 V 88 E. 3a mit Hinweisen) sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen massgebend (BGE 127 V 94 E. 3c, 125 V 297 E. 4a): - Ankleiden, Auskleiden; - Aufstehen, Absitzen, Abliegen; - Essen; - Körperpflege; - Verrichtung der Notdurft; - Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme.

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Renten bezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.5

Auch andere Dauerleistungen werden angepasst, wenn sich der ihr zugrunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat (Art. 17 Abs.

E. 1.6

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so können Verfügungen nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs.

E. 1.8

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

ATSG; BGE 110 V 176 E. 2a, E. 1 mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE

128 V 272 E. 5b/ bb ; Urteile des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2, 9C_762/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2 und 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 je mit Hinweisen). 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung betreffend Hilflosenentschädigung davon aus, die Zusage habe auf einem nicht nachvollziehbaren Abklärungsbericht basiert. Gemäss dem aktuellen polydisziplinären Gutachten sei weder im Bereich Ankleiden/Ausziehen noch bei der Körperpflege mit einer erheblichen Einschränkung zu rechnen (Urk. 2 S.

2 f.).

In der Verfügung betreffend Rente (Urk. 9/2) ging sie davon aus, die früheren Rentenzusagen hätten auf ungenügenden und nicht nachvollziehbaren Grundlagen beruht. Abzustellen sei auf das eingeholte polydisziplinäre

Gutachten (S. 3). Der entsprechende Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von rund 11 %, womit kein Rentenanspruch mehr bestehe (S. 3 oben).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), gemäss dem eingeholten Gutachten habe sich sein Gesundheitszustand seit der

Zusage der Hilflosenentschädigung im Jahr 2010 nicht relevant verbessert (S. 3 Ziff. 2), und

diese sei, aus näher dargelegten Gründen, nicht zweifellos unrichtig gewesen (S. 5 ff. Ziff.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist mithin, ob die ursprünglichen Leistungszusagen zweifellos unrichtig gewesen sind oder allenfalls ein Revisionsgrund gegeben ist.

3. 3.1

Der Beschwerdeführer wurde am 13. November 2002 wegen eines Karpaltunnelsyndroms und einer Ulnariskompression operiert; dabei wurde der Nervus

ulnaris iatrogen durchtrennt; am 18. September 2003 (Urk. 8/235 S. 20 Ziff. 4.2.3, unter lit. b/1) wurde der Nervus

ulnaris rekonstruiert (Urk. 8/235 S. 2 oben). 3.2

Dr. med. Y.____, Facharzt für Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 26. Juni 2003 (Urk. 8/13/1-4) als Diagnose eine Ulnarisparesis links (lit. A) und führte unter anderem aus, die Prognose müsse vom Handchirurgen beurteilt werden (lit. D.7). Im Beiblatt attestierte er eine Arbeitsfähigkeit ganztags in behinderungsangepasster Tätigkeit (Urk. 8/13/4).

Dr. med. Z.____, Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie, führte in seinem Bericht vom 8. Juli 2003 (Urk. 8/14/5) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 8. Januar 2003 (Ziff. 4), nannte als Diagnose eine Läsion des Nervus

ulnaris links (Ziff. 1),

und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 13. November 2002 (Ziff. 2).

In seinem Bericht vom 4. Dezember 2003 führte Dr. Z.____ aus, der Beschwerdeführer sei in einer angepassten Tätigkeit sofort arbeitsfähig; da bei sei darauf zu achten, dass der linke Arm nicht manuell belastet werden müsse (Urk. 8/17/3 unten). 3.3

PD Dr. med. A.____ , Teamleiter Handchirurgie, Klinik B.____ , berichtete am 20. Dezember 2004 über seine Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 8/41/4-5). Er führte unter anderem aus, zwei Jahre nach iatrogener Läsion des distalen N. ulnaris scheine die Rekonstruktion des Nervs zumindest eine protektive Sensibilität erbracht zu haben, scheinbar aber keine motorische Funktion. Vor allem bestehe ein lokales chronisches Schmerzsyndrom , das offensichtlich auch zu einer Funktions- und Koordinationsstörung der prima vista nicht betroffenen motorischen Einheiten geführt habe. Eine erneute Nervenrekonstruktion sei sicherlich nicht sinnvoll. Da der Patient mit Sicherheit nicht mehr in den Metzgerberuf zurückkehren könne, stehe die berufliche Rehabilitation und sinnvollerweise Umschulung im Vordergrund. 3.4

Auf Anfrage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers führte Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.2) am 26. April 2006 aus, seiner Meinung nach könne der Beschwerdeführer seinen linken Arm nicht einsetzen; er müsste also eine einhändige Tätigkeit ausführen, was vor allem im Sinn von Überwachungsfunktionen möglich wäre (Urk. 8/41/1-2 S. 2 Ziff. 3). 3.5

Vom 11. bis 23. Dezember 2006 weilte der Beschwerdeführer stationär in der Klinik I.____ , worüber am 5. Januar 2007 berichtet wurde (Urk. 8/81). Dabei wurden [hauptsächlich] die folgenden Diagnosen gestellt (S. 1): - chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom Arm links bei [unter anderem] - vollständiger Ulnarisläsion /-parese links - Nervus

suralis -Syndrom Fuss links bei - Status nach Suralisinterponat -Entnahme am 18. September 2003 - depressive Entwicklung mit / bei - soziofamiliärer und existentieller Belastungssituation

Zum Verlauf wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei ohne erreichte Schmerzlinderung trotz physiotherapeutischer, physikalischer und medikamentöser Massnahmen entlassen worden (S. 2 unten). 3.6

Am 4. Mai 2007 erstattete Dr. med. C.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/90).

Der Gutachter nannte folgende, hier im somatischen Teil verkürzt angeführte, Diagnosen (S. 6 Mitte): - chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom Arm links - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - familiäre und psychosoziale Belastungssituation

Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich langfristig keine eigenständige, über die somatischen Einschränkungen

hinausgehende Arbeitsunfähigkeit (S. 7 Mitte). 3.7

Dr. med. D.____ , Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte am 23. Mai 2007 aus, gemäss dem eingeholten Gutachten sei eine eigenständige psychiatrische Erkrankung von invalidisierendem Ausmass nicht nachgewiesen; es bestehe weiterhin eine Rest-Arbeitsfähigkeit von 100 % in körperlich leidensangepasster Tätigkeit (Urk. 8/95 S. 6 unten).

Gestützt darauf wurde zur Ermittlung des Invalideneinkommens von einem Pensum von 100 % ausgegangen, dies mit einem Abzug von 20 % vom statistischen Tabellenlohn wegen

der eingeschränkten Funktionsfähigkeit der adominanten linken Hand (Urk. 8/93 S. 1 unten, Urk. 8/96 S. 7 oben). 3.8

Dr. Y.____ (vorstehend E. 3.2) bezeichnete in seinem Bericht vom 1 1 .

Dezember 2007 (Urk. 8/104/1-4) den Gesundheitszustand als stationär (Ziff.

1), bezeichnete die Diagnose als unverändert (Ziff. 2), nannte als Befund

„Schmerzen Os pisiforme links, rechter Mittelfinger eingeschlafen“ (Ziff. 3), und als therapeutische Massnahme die Überweisung an den Handchirurgen Dr. Z.____ (Ziff. 4; vgl. Urk. 8/104/5). Im Beiblatt attestierte er eine Arbeitsfähigkeit halb tags in behinderungsangepasster Tätigkeit (Urk. 8/1 04 /4). 3.9

Dr. med. E.____ , Facharzt für Chirurgie, RAD, führte am 7. Januar 2008 aus, Dr. Y.____ habe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit attestiert. Dieser Einschätzung könne gefolgt werden, „da die linke Hand praktisch nicht benutzbar ist“. Für den Versicherten kämen nur einhändige Arbeiten in Frage und diese „sind wegen der vorhandenen Dauerschmerzen nur halbtags möglich “ (Urk. 8/105 S. 2 unten). 4.

4.1

Der Beschwerdeführer erlitt am 1 1. Mai 2008 einen Auffahrunfall und wurde sodann von Dr. med. F.____ , Facharzt für Neurologie, konsiliarisch untersucht, worüber dieser am 2 8. Mai 2008 berichtete (Urk. 8/128/8-11) und in seiner Beurteilung einen Status nach Auffahrunfall mit Commotio cerebri, HWS-Distorsion, mit massiver cervico-cephaler Symptomatik anführte (S. 3 unten).

Am 1 9. August 2008 berichtete Dr. F.____ über die am 8. Juli 2008 erfolgte Konsultation und nannte ein akutes Lumbovertebralsyndrom mit Lumbo ischial gie links (Urk. 8/128/12-13 S. 1 unten). 4.2

Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.2) führte in seinem Bericht vom 1 1. Februar 2009 (Urk. 8/126/9-10) aus, die letzte Kontrolle habe am 7. November 2008 stattgefunden (Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits fähigkeit (Ziff. 1.1): - Läsion des Nervus

ulnaris im Handgelenksbereich links - keine vollständige Nervenregeneration nach Nervenrekonstruk tion - ausgeprägtes und neurogenes Schmerzsyndrom der oberen linken Extre mität - persistierende Irritation des Nervus

ulnaris im Sulcus links bei Status nach submuskulärer Vorverlagerung - Hyperpathie des Fusses links bei Status nach Entnahme des Nervus

suralis

Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 1 3. November 2002 (Ziff. 1.6).

Ferner führte er aus, schon kleine Belastungen des linken Armes führten zu erheblichen Beschwerden, so dass der Arm praktisch für keine Tätigkeit eingesetzt werden könne (Ziff. 1.7). 4.3

In seinem Überweisungsschreiben vom 2 0. Januar 2009 nannte Dr. F.____ (vor stehend E. 4.1) nebst dem Lumbovertebralsyndrom

einen neuen Unfall mit Auf fahrkollision am 1 4. Januar 2009 (Urk. 8/128/14-15). 4.4

Vom 26. Januar bis 6. Februar 2009 weilte der Beschwerdeführer stationär in der Klinik B.____, worüber am 25. Februar 2009 berichtet wurde (Urk. 8/127/17-20).

Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1 Mitte): - reaktiviertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont - klinisch leichte SIG-Dysfunktion rechts - seitliche Autokollision am 14. Januar 2009 - Fehlstatik der Wirbelsäule, muskuläre Dysbalance - Status nach Auffahrkollision am 11. Mai 2008 mit kraniocervikalem Beschleunigungstrauma - chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom Arm links - iatrogene Nervus

ulnaris -Läsion links bei Status nach Transposition des N. ulnaris sowie Karpaltunnelspaltung und Spaltung der Loge de Guyon links am 13. November 2002 - diverse Reoperationen Ellenbogen links

Zum Verlauf wurde ausgeführt, der Patient sei zur intensiven stationären Therapie bei lumbaler Schmerzexazerbation zugewiesen worden. Er habe an einem Komplexprogramm mit angepasster Analgesie sowie intensiven physikalischen aktiven Massnahmen mit Einzeltherapie, Wassertherapie, Nordic Walking und medizinischer Trainingstherapie (MTT) im Verlauf, partizipiert. Unter den genannten Massnahmen seien vor allem die lumbalen Beschwerden deutlich rückläufig gewesen (S. 3 Mitte). 4.5

Die Fachpersonen des Zentrums G.____ führten in ihrem Bericht vom 27. Februar 2009 (Urk. 8/129/7-9) aus, der Beschwerdeführer sei vom 24. Oktober bis 18. Dezember 2007 in tagesklinischer Behandlung gewesen und seither finde eine ambulante Einzeltherapie zirka einmal pro Monat und eine medikamentöse Therapie statt (Ziff. 1.2).

Als Diagnosen nannten sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD

E. 7

Vorausgesetzt für eine Wiedererwägung gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG ist, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, also nur dieser einzige Schluss denkbar ist; dieses Erfordernis ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 138 V 324 E. 3.3).

E. 7.1

Dr. Z.____, der den Beschwerdeführer seit Januar 2003 betreuende Handchirurg, attestierte im Dezember 2003 eine volle Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten; es sei darauf zu achten, dass der linke Arm nicht manuell belastet werden müsse (vorstehend E. 3.2). Im April 2006 führte er auf Anfrage aus, seiner Meinung nach könne der Beschwerdeführer den linken Arm nicht einsetzen, er müsste also eine einhändige Tätigkeit ausüben (vorstehend E. 3.4), zu deren zeitlichen Umfang sich Dr. Z.____ nicht - insbesondere nicht ein schränkend - äusserte. Auch RAD-Arzt Dr. D.____ erachtete im Mai 2007 eine Rest-Arbeitsfähigkeit von 100 % in körperlich angepasster Tätigkeit als gegeben (vorstehend E. 3.7).

Auf der Basis dieser Beurteilungen stellte die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 19. Oktober 2007 (Urk. 8/ 69) in Aussicht, einen Rentenanspruch zu verneinen.

E. 7.2

Daraufhin wandte der Beschwerdeführer ein, die ärztlicherseits angenommene Arbeitsfähigkeit von 100 % für einarmige Tätigkeiten entspreche einer medizi

nisch-theoretischen Einschätzung, die sich jedoch zum aktuellen Zeitpunkt nicht bewahrheitet habe (Urk. 8/ 102 S. 1 unten).

In der Folge holte die Beschwerdegegnerin, wie vom Beschwerdeführer beantragt, beim Neurologen Dr. Y.____ - der 2003 letztmals berichtet und eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in behinderungsangepasster Tätigkeit attestiert hatte (vorstehend E. 3.2) - einen Bericht ein, der im Dezember 2007 erstattet wurde. Darin bezeichnete Dr. Y.____

den Gesundheitszustand als stationär und die Diagnosen als unverändert; im Beiblatt kreuzte er bei der Frage der zumutbaren Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit „halbtags“ an (vorstehend E. 3.8).

RAD-Arzt Dr. E.____ führte sodann im Januar 2008 aus, der Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 50 % durch Dr. Y.____ könne gefolgt werden, da die linke Hand praktisch nicht benutzbar sei. Es kämen nur einhändige Arbeiten in Frage und diese seien wegen der vorhandenen Dauerschmerzen nur halbtags möglich (vorstehend E. 3.9).

E. 7.3

Dr. Y.____ erstattete im Dezember 2007 einen äusserst rudimentären Bericht; ausser einigen handschriftlichen Stichworten zum aktuellen Befund (Schmerzen Os pisiforme links, rechter Mittelfinger eingeschlafen) beschränkte er sich auf das Ankreuzen von im Formular angebotenen Optionen. Insbesondere fehlt jegliche Begründung dafür, warum bei stationärem Gesundheitszustand und gleich gebliebener Diagnose die Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten nicht mehr 100 % , sondern nur noch 50 % betragen sollte.

RAD-Arzt Dr. E.____ hat dazu keine Bemerkung gemacht, woraus zu schliessen ist, dass er es nicht bemerkt hat, was wiederum nahelegt, dass er sich mit den Akten und den dort enthaltenen (übereinstimmenden) Beurteilungen nicht, jedenfalls nicht eingehend, befasst hat, sondern lediglich den zuletzt eingegangenen Bericht kommentiert hat.

Sodann führte er aus, der Beurteilung, wonach die Arbeitsfähigkeit 50 % betrage, könne gefolgt werden, weil die linke Hand praktisch nicht benutzbar sei. Das leuchtet nicht ein: Faktische Einhändigkeit vermag wohl die Umschreibung dessen zu beeinflussen, was als leidensangepasste Tätigkeit gilt, ist aber für sich alleine nicht geeignet, auf eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten zu schliessen.

Schliesslich führte er aus, es kämen nur einhändige Arbeiten in Frage und diese seien wegen Dauerschmerzen nur halbtags möglich. Worauf er dies stützte, führte er nicht aus. Die Konstruktion , wonach „Dauerschmerzen“ die Arbeitsfähigkeit um 50 % verminderten, findet sich denn auch in keinem der aktenkundigen Berichte , sondern erstmals und ohne jegliche nähere Begründung in den knappen Ausführungen von Dr. E.____ .

E. 7.4

Dem Vorbescheid lagen übereinstimmende Beurteilungen zugrunde, die auf eine volle Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit schliessen liessen. Die Beschwerdegegnerin ist da von anschliessend einzig gestützt auf einen - vom Neurologen, auf den sich der Beschwerdeführer berufen hatte, ausgefüllten -Formularbericht abgerückt, obwohl dieser Bericht weder eine nennenswerte Befundaufnahme noch irgendeine Begründung für die postulierte Arbeitsunfähigkeit enthielt. Seitens des RAD wurden diese Mängel nicht beachtet, sondern es wurde die gleiche Arbeitsunfähigkeit postuliert, wobei die damit verbundenen Ausführungen keine nachvollziehbare Begründung darstellten.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Annahme einer Arbeitsfähigkeit von lediglich 50 % in leidensangepasster Tätigkeit - im Widerspruch zu allen bis zum Erlass des Vorbescheids übereinstimmend abgegebenen Beurteilungen - nicht einfach eine etwas fragwürdige Ermessensbetätigung darstellte. Im Lichte der damals vorhandenen Akten muss sie vielmehr als nicht begründet, nicht begründbar und damit objektiv falsch eingestuft werden. Sie ist, mit anderen Worten, zweifellos unrichtig (vorstehend E. 1.7); die korrekte Entscheidung hätte - wie noch im Vorbescheid in Aussicht gestellt - das Verneinen eines Rentenanspruchs zu Folge gehabt und haben müssen.

E. 7.5

Damit sind die entsprechenden Voraussetzungen (vorstehend E. 1.6) erfüllt, und das Zurückkommen der Beschwerdegegnerin auf die 2008 zweifellos unrichtige Rentenzusprache und die wiedererwägungsweise neu erfolgte Beurteilung von Gesundheitszustand und Invaliditätsgrad erweisen sich als rechens.

Das gilt auch für die Erhöhung der Rente im Dezember 2009 (Urk. 8/158). Die nach erfolgte RAD-Untersuchung abgegebene Einschätzung, wonach auch für leidensangepasste Tätigkeiten keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe (vorstehend E. 4.7), ist eine derartige Gemengelage von möglicherweise anspruchrelevanten und klarerweise invaliditätsfremden Elementen, dass sie nicht ernsthaft als nach vollziehbare Begründung für die erfolgte Leistungszusprache in Betracht kommen kann.

E. 7.6

Die Beschwerdegegnerin hat die erfolgten Zusprachen mithin zulässigerweise aufgehoben und der aktuellen Anspruchsprüfung das eingeholte Gutachten zugrunde gelegt. Dessen Beweistauglichkeit wurde auch vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt (vgl. Urk. 9/1), dies zu Recht, erfüllt es doch alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.8) vollumfänglich.

Auch die darauf aufbauende Invaliditätsbemessung ist beschwerdeweise nicht in Frage gestellt worden und gibt nach Lage der Akten (vgl. Urk. 8/242) zu keinen Beanstandungen Anlass.

Somit erweist sich die Verfügung vom 19. Juni 2014, mit der die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch verneint hat, als rechens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 8.

8.1

Grundlage der Zusprache einer Hilflosenentschädigung im Februar 2010 (Urk.

8/165) bildete der Abklärungsbericht vom November 2009, wo eine Hilfsbedürftigkeit in den Bereichen „Ankleiden / Auskleiden“ und „Körperpflege“ festgestellt worden war (vorstehend E. 6).

Zwar wurde - was einen Mangel darstellt - im Abklärungsbericht nicht ausgeführt, worauf diese Hilfsbedürftigkeit zurückzuführen sei. Aus den etwa zeitgleichen medizinischen Unterlagen (vorstehend E. 4.5 bis E. 4.7) ergibt sich jedoch zweifelsfrei, dass die Einschränkung auf die damals registrierte und mit starken Schmerzen und Bewegungseinschränkung umschriebene Problematik des linken Arms und der linken Hand

zurückgeführt wurde. 8.2

Im 2013 erstatteten Gutachten wurde aus der Sicht verschiedener medizinischer Disziplinen übereinstimmend - und überdies bestätigt durch das Observations material - festgehalten, dass die vermeintlich geschonte linke Hand im Alltag über aus aktiv eingesetzt werde (vorstehend E. 5.5).

Steht damit fest, dass die 2009 angenommene ganze oder weitgehende Funktions unfähigkeit der linken Hand nicht mehr besteht, so entfällt auch die darauf zurückgeführte Hilfsbedürftigkeit und es hat sich der für den Anspruch auf Hilflosenentschädigung massgebende Sachverhalt revisionsrelevant verändert, womit eine erneute Anspruchsprüfung zulässig und geboten ist (vor stehend E. 1.5). 8.3

Ausweislich der - unbestritten gebliebenen - gutachterlichen Feststellung macht der Beschwerdeführer (auch) von seiner linken Hand regen Gebrauch. Die für die einstige Hilfsbedürftigkeit in den Bereichen „Ankleiden / Auskleiden“ und „Körperpflege“ angenommene körperliche Beeinträchtigung besteht somit nicht mehr. Entsprechend ist in den genannten Bereichen auch keine Hilfsbedürftigkeit mehr ausgewiesen. 8.4

Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht einen fortgesetzten Anspruch auf Hilflosenentschädigung verneint; richtigerweise hätte sie dies nicht mit dem Zurückkommen auf

die ursprüngliche Leistungszusprache , sondern dem Vor liegen eines Revisionsgrundes begründet.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach im Ergebnis als zutreffend, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 9.

Die Kosten der beiden Verfahren gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde n werden abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechts kraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannTiefenbacher

E. 9

ff.). Dank seinen zwischenzeitlich unternommenen Eingliederungs versuchen dürfte im heutigen Zeitpunkt ein Revisionsgrund vorliegen, weshalb wohl

demnächst mit einer Revisionsverfügung der Beschwerdegegnerin zu rechnen sei (Urk. 9/1 S. 6 Ziff. 12).

E. 10

). Die Verkehrsunfälle müssten als Bagatelltraumen gesehen werden, die nach höchstens einem halben Jahr nicht einmal mehr als richtunggebende Verschlimmerung eines vorbe stehenden Leidens gewertet werden könnten (S. 6 oben).

Aus p sychiatri scher Sicht (Urk. 8/142) wurden folgende Diagnosen genannt (S.

3 Ziff. 12): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Anpassungsstörung, verbunden mit Angst, Depression und Zukunfts sorgen (F43.23) - Neurasthenie (F48.0) - Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung und bei Verände rungen der Lebensumstände (Z60.0) - Probleme im familiären Umfeld, bedingt durch die Krankenkariere (Z63.0)

Aktuell verhindere ein somatischer und psychischer Gesundheitsschaden von erheblichem Krankheitswert vollständig die Ausschöpfung der funktionellen Leistungs fähigkeit für jede beruflich zu verwertende Tätigkeit (S. 3 Ziff. 13). 4.7

Gemäss Eintrag im Feststellungsblatt vom 1 6. Oktober 2009 (Urk. 8/ 143) ergab das Konsensusgespräch der beiden RAD-Ärzte am 1 3. August 2009 folgende s Ergebnis (S. 4 f.):

Beim Versicherten bestehe keine Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit. Dies begründe sich auf somatischem Gebiet

- durch die Ausbildung einer „Krallenhand“ links bei Status nach iatrogener Nervendurchtrennung, und auf psychiatrischem Gebiet - durch die Ausbildung einer chronischen Schmerzstörung mit soma tischen und psychischen Faktoren - einer Anpassungsstörung, verbunden mit Angst, Depression und Zukunfts sorgen - einer Neurasthenie - Problemen in Verbindung mit der sozialen Umgebung und bei Veränderung der Lebensumstände sowie - Problemen im familiären Umkreis, bedingt durch die Krankenkariere

Dies wurde am 2. Oktober 2009 durch Ausführungen aus psychiatrischer Sicht, die postulierte volle Arbeitsunfähigkeit bestätigend, ergänzt (S. 5 Mitte). 5 . 5.1

Dr. F.____

(vorstehend E. 4.1) berichtete am 1. November 2011 über die bei ihm im September 2009, im Juli 2010 sowie im März, im Juli und zweimal im Oktober 2011 erfolgten Konsultationen (Urk. 8/171/1-3). 5.2

Die Fachpersonen des Zentrums G.____

machten in ihrem Bericht vom 8. Dezember 2011 (Urk. 8/175/7-8) vergleichbare Angaben wie im Februar 2009 (vorstehend E.

4.5). 5.3

Dr. Z.____

führte am 13. Dezember 2011 aus, seit seinem Bericht vom Februar 2009 (vgl. vorstehend E. 4.2) hätten sich keine neuen Aspekte und bezüglich Arbeits unfähigkeit keine Veränderungen ergeben (Urk. 8/177/5; vgl. Urk.

8/180). 5.4

Die Fachpersonen des Zentrums G.____ nahmen mit Bericht vom 16. Januar 2013 (Urk. 8/220) zu den Observationsergebnissen Stellung (S. 1 f.) und führten unter anderem aus, welches ihres Erachtens 2013 die „richtigen Diagnosen“ seien (S.

3); die Arbeitsfähigkeit betrage 100 % (S. 3 unten). 5.5

Am 20. August 2013 erstatteten die Ärzte des Institutes H.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/235) . Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 8 ff.) und ihre vom 24. bis 26. Juni 2013 (S. 1) erfolgten Untersuchungen (S. 11 ff.).

Im orthopädischen Teil des Gutachtens (S. 17 ff.) wurde unter anderem ausgeführt, die vom Exploranden als invalidisierend angegebenen Beschwerden im Bereich der linken oberen Extremität liessen sich durch die klinischen Befunde keinesfalls nachvollziehen. Die deutlichen Inkonsistenzen sowie das fehlende Ansprechen auf anamnestisch erheblichen Analgetikakonsum sprächen dabei klar für eine massive nicht-organische Komponente. In Zusammenschau mit dem Observationsmaterial sei allerdings festzuhalten, dass die vermeintlich geschonte linke Hand im Alltag überaus aktiv eingesetzt werde. So lägen zahlreiche Fotos vor, welche den Exploranden bei Überkopfmanövern oder Tragen grösserer Lasten wie einer 6er-Packung Wasserflaschen, Spielgerät, Wassereimer, Ski, Kinderwagen, Maxi- Cosi , Kisten, Schachteln und Velo zeigten. Der Explorand verwende die linke Hand auch, um Gegenstände aufzufangen, sich abzustützen und das Auto zu steuern. Die Angaben des Exploranden seien nicht zuletzt

auch insofern massiv in Frage zu stellen, als das vermeintlich eingenommene Paracetamol im Serum nicht nachweisbar sei (S. 21 Mitte).

Im neurologischen Teil des Gutachtens (S. 22 ff.) wurde unter anderem ausgeführt, die Observation habe offenbar auf einen seitengleichen Gebrauch der Hände hingewiesen beziehungsweise dies auch dokumentiert , was in Kongruenz stehe zu der offenbar weiterhin stattfindenden Teilnahme am Strassenverkehr ohne Einrichtung des PKW für Einarmbetrieb.

Bei der aktuellen Untersuchung ergäben sich nun gleichfalls Inkonsistenzen betreffs dieser Ulnarisparese . Zum einen sei die Unterarmmuskulatur seitengleich ausgeprägt, so dass eine proxi male Ulnarisläsion sicher auszuschliessen sei, zum anderen bestehe keine typische Krallenhand, sondern lediglich eine Beugestellung der Finger IV und V bei seitengleicher vegetativer Innervation (Schweissproduktion). Die wohl rechts betonten , aber trotzdem auch links nachweisbaren Verschwiellungen sprächen eindeutig für einen entsprechenden

Gebrauch, wie dies auch in der Beobachtung zutage trete (S. 25 unten).

Die Gutachter nannten folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 26 Ziff. 5.1): - Zustand nach Ulnarisläsion distal mit partieller Remission

Ferner nannten sie die folgenden, hier gekürzt angeführten Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 26 f. Ziff. 5.2): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - chronische Beschwerden im Bereich von Ellbogen und Hand der dominanten linken Seite - chronische Zervikalgie - massiver Verdacht auf Schmerzausweitung - anamnestisch Herzrhythmusstörungen

Zur Arbeitsfähigkeit führten sie aus, zusammengefasst sei der Explorand aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechsel belastende Tätigkeit, bei welcher die linke Hand vorwiegend als Hilfs hand eingesetzt werde, zu 100 % arbeits- und

leistungsfähig. Tätigkeiten, welche eine Feinbeweglichkeit sämtlicher Finger der linken Hand erforderten, seien nicht möglich (S. 28 oben).

Zum Verlauf führten die Gutachter aus, eine Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der linken Hand bestehe wahrscheinlich seit der ersten Operation im Jahr 2002. Genau e Angaben des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit seien aufgrund der Akten nicht möglich. Die Arbeitsfähigkeit, wie sie von ihnen festgestellt worden sei, sei wahrscheinlich nach den Unfällen von 2008 und 2009 nur vorübergehend vermindert gewesen. Wahrscheinlich habe die festgestellte Arbeitsfähigkeit schon seit Jahren bestanden, was die Bilder der Observation 2011 auch gezeigt hätten. Sicher gelte die Arbeitsfähigkeit ab dem Untersuchungsdatum im Juni 2013 (S. 28 Ziff. 6.3).

Aus neurologischer Sicht bestehe Übereinstimmung mit den von Dr. Y. ___ 2007 beschriebenen Befunden; die von ihm angegebene Arbeitsfähigkeit von 50 % für angepasste Tätigkeiten sei (hingegen) nicht nachvollziehbar. Mit den Angaben von Dr. F. ___ bestehe nur teilweise Übereinstimmung, und bei der RAD-Untersuchung 2009 seien die nicht objektivierbaren Symptome nicht von den objektiven Befunden abgegrenzt worden (S. 28 Ziff. 6.5).

Aus orthopädischer Sicht könne das 2009 angegebene lumbospondylogene Syndrom mit fehlender Arbeitsfähigkeit als Metzger höchstens als vorübergehende Einschätzung angesehen werden (S. 28 unten).

Aus psychiatrischer Sicht hätten die Ärzte des Zentrums G. ___ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Depressionen und neuropsychologischen Einschränkungen angegeben und den Exploranden als zu 100 % arbeitsunfähig beurteilt. Eine Depression liege gemäss den Feststellungen der Gutachter nicht vor und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung werde ebenfalls nicht bestätigt. Übereinstimmung bestehe mit der Beurteilung durch Dr. C. ___ 2007 mit einer Dysthymie und einem Schmerzsyndrom ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Einschätzung der RAD-Ärzte, dass eine vielschichtige Problematik vorliege, könne bestätigt werden. Die Beurteilung, dass der Explorand dadurch an der Wiedereingliederung gehindert werde, sei zwar aufgrund der subjektiven Überzeugung des Exploranden nachvollziehbar, stehe aber im Gegensatz zu einer medizinisch möglichen Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit (S. 29 oben). 5.6

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 12. September 2013 (Urk. 8/239) führten die H. ___ -Gutachter auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin unter anderem aus, ursprünglich

habe der Handchirurg leidensadaptiert eine volle Arbeitsfähigkeit anerkannt und die Beschwerdeführerin folgerichtig eine Rentenabweisung angekündigt. Dann habe sie jedoch auf den Verlaufsbericht eines Neurologen abgestellt, der nur noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit anerkannt habe, wobei die im Vordergrund stehenden Schmerzen im Bereich des Os pisiforme links keine eigentlich en neurologischen Schmerzen gewesen seien (S. 1).

Wie die Observation 2011 gezeigt habe und

die Gutachter in ihrer Untersuchung polydisziplinär medizinisch objektiv hätten

feststellen können, bestehe keine wesentliche Einschränkung. Offensichtlich sei dies früher anders eingeschätzt worden, so dass sie ihre eigene objektive Einschätzung sicher ab Juni 2013 bestätigen könnten; wie die Observationsbefunde auch für Drittpersonen zeigten, habe dies offensichtlich im Jahr 2011 schon vorgelegen.

Wie in den Teilgutachten ausgeführt, stimme die Observation mit der gutachterlichen objektiven Befundlage überein (S. 2).

6.

Am 9. November 2009 wurde über die am 5. November 2009 erfolgte Abklärung betreffend Hilflosenentschädigung berichtet (Urk. 8/ 151). Im Bereich „Ankleiden / Auskleiden“ gab der Beschwerdeführer an, seine Ehefrau müsse ihm beim Anziehen der Socken helfen, den Pullover über den Kopf bringen und die Hose einfädeln. Den Rest könne er mit angepasster Kleidung selber erledigen. Verschlüsse seien für ihn ein Problem; sobald sie etwas kniffliger zu bedienen seien (Hemden) oder der Stoff streng sitze (Jeans), benötige er Dritthilfe (S. 1 unten). Im Bereich „Körperpflege“ wurde festgehalten, der Beschwerdeführer benötige Hilfe beim Waschen und vor allem beim Abtrocknen (S. 2 Mitte).

In allen anderen Bereichen wurde kein Hilfsbedarf festgestellt, womit ein solcher bei zwei Lebensverrichtungen anerkannt wurde (S. 3 unten). 7.

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