

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01240 vom 1. Februar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01240

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01240 du 1 février 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01240 del 1 febbraio 2018

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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 11. 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.

E. 1.2

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 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.3

Der Revisionsordnung gemäss Art. 17 ATSG (vorstehend E. 1.1) geht der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 176 E. 2a; Art. 53 Abs.).

E. 1.4

Voraussetzung einer Wiedererwägung ist, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung besteht, also nur dieser einzige Schluss denkbar ist. Dieses Erfordernis ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache auf grund falscher

Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Die Leistungszusprache hat sich auch im Ergebnis als offensichtlich unrichtig zu erweisen. So muss etwa, damit eine zugesprochene Rente wegen einer unkorrekten Invaliditätsbemessung wiedererwägungsweise aufgehoben werden kann, erstellt sein, dass eine korrekte Invaliditätsbemessung hinsichtlich des Leistungsanspruchs zu einem anderen Ergebnis geführt hätte (BGE 140 V 77 E. 3.1).

Die Berichtigung einer zweifellos unrichtigen Verfügung ist stets von erheblicher Bedeutung, wenn diese periodischen Leistungen zum Gegenstand hat (BGE 140 V 85 E. 4.4).

E. 1.5

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

E. 2

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, aus näher dargelegten Gründen sei die erfolgte Rentenzusprache zweifellos unrichtig gewesen (Urk. 2).

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, ausweislich der Akten sei die Rentenzusprache nicht zweifellos unrichtig gewesen (Urk. 1 S. 7 f.). Ein Revisionsgrund im Sinne einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes liege ebenfalls nicht vor (Urk. 12).

Strittig und zu prüfen ist die erfolgte Aufhebung der 2005 zugesprochenen Rente.

E. 3.1

Am 4. Juni 2003 (Urk. 6/9/41) nannte Dr. med. Y.____, Assistenzärztin Spital Z.____, als Diagnosen eine unklare Wesensveränderung und unklare Armschmerzen rechts mit Hyposensibilität und berichtete, der Patient sei vor 5 Tagen auf der Treppe ausgerutscht und habe sich dabei den Rücken und Ellenbogen angeschlagen. Er habe daraufhin die Hausärztin konsultiert, welche nach Ausschluss einer Commotio cerebri analgetisch behandelt habe. Er werde nun von der Hausärztin zur Beurteilung - zum Ausschluss einer intrakraniellen Pathologie und eines beginnenden Delirium tremens - zugewiesen, da er heute verlangsamt sei und sich zeitweise aggressiv und ängstlich fühle. Die Bildgebung (vgl. Urk. 6/9/43) habe keine Hinweise auf eine ossäre Läsion und keine intrakraniellen Pathologien ergeben (Urk. 6/9/41).

Ein am 14. Juni 2003 erstelltes MR des Schädels ergab einen altersentsprechend normalen Befund (Urk. 6/9/55 = Urk. 6/9/61).

E. 3.2

Dr. med. A.____, Praxis Dr. med. B.____, Fachärztin für Neurologie, nannte in ihrem Bericht vom 24. Juni 2003 (Urk. 6/9/56-57) über die Untersuchungen am 11. und 17. Juni 2003 als Diagnose eine Wesensveränderung und ein brachiozephalies Schmerzsyndrom rechts, differentialdiagnostisch (DD) posttraumatisch, Malingering, psychosomatische Störung (S.

1 Mitte).

Sie führte unter anderem aus, klinisch sei eine Desorientiertheit aufgefallen, wo bei der Patient immer Angaben um eine Zahl daneben gemacht habe. Eben falls auffallend sei sein Verhalten mit einem fordernden, teilweise aggressiven Unterton gewesen.

E. 3.3

Die Hausärztin Dr. med. C.____ führte in ihrem Bericht vom 24. Juni 2003 (Urk. 6/9/59-60) an den Suva-Kreisarzt unter anderem aus, der Patient sei am 30. Mai 2003 auf einer Treppe ausgerutscht und habe sich am gleichen Morgen in ihrer Praxis gemeldet. Er habe angegeben, er sei flach auf den Rücken gefallen, er habe etwas Kopfweg und wenig Nausea, und er habe über Schmerzen am rechten Ellbogen geklagt, wo sich eine Druckdolenz gefunden habe (S. 1 Mitte). Aufgrund der eindeutigen Persönlichkeitsveränderungen und der Gedächtnisstörungen müsse doch von einer postkontusionellen Symp tomatik ausgegangen werden (S. 2 oben).

E. 3.4

Am 7. Juli 2003 wurde über eine am 30. Juni 2003 erfolgte Konsultation im Psychiatrischen Zentrum D.____ berichtet (Urk. 6/9/39-40). Es wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 Mitte): - Verdacht auf Anpassungsstörung nach einem Sturzereignis auf einer Treppe am 30. Mai 2003 mit vorwiegender Beeinträchtigung durch Angst, sozialen Rückzug, aggressiven Impulsen, zeitlich/örtlicher Desorientierung und Arbeitsunfähigkeit (ICD-10 F43.23) - DD: organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F07.2) - Status nach Scheidung von seiner Ehefrau (ICD-10 Z63.5)

E. 3.5

Am 23. Juli 2003 weilte der Beschwerdeführer in der Rehaklinik E.____, wo rüber am 28. Juli 2003 berichtet wurde (Urk. 6/9/30-34). Es wurde ausgeführt, er sei bereits am Eintrittstag wieder entlassen worden, weil eine stationäre Behandlung nicht indiziert sei. Die Befundkonstellation bei Eintritt habe deutlich auf ein Ganser-Syndrom mit möglichen dissoziativen Anteilen, vorwiegend je doch bewusstes Vormachen von geistiger Verwirrtheit und Herabminderung hin gewiesen (S. 1 unten). Aus neurologischer Sicht hätten sich, soweit die Beurteilung bei völlig mangelnder Compliance möglich gewesen sei, keine relevanten Ausfälle evaluieren lassen (S. 2 Mitte).

E. 3.6

Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter der Arzt, Psychosomatische Abteilung, Rehaklinik E.____, erstattete am 24. Juli 2003 ein psychosomatisches Konsilium (Urk. 6/9/35-37). Als Beurteilung führte Dr. F.____ Folgendes aus (S. 2 f.): Der Patient präsentiert sich in einem Zustand, der nicht dem einer hirnorganischen Veränderung gleicht (wie man dies aufgrund fachlicher Erfahrung kennt), sondern einem Verhalten und einer Art der Kontaktnahme, die vielmehr dem entspricht, wie sich der medizinisch ungeschulte Mann auf der Strasse das Bild eines hilflosen, ratlosen und verblödeten Menschen vorstellt. Andeutungsweise lassen sich aus dem, was er sagt, auch Hinweise auf einen fluktuierend stark ausgeprägten Benommenheitszustand bzw. eine mögliche Bewusstseinsverschiebung im Sinne einer Dissoziation entnehmen. Bemerkenswert ist aber, dass der Patient einerseits aus dem Kontext heraus zu erkennen gibt, dass er gewisse Sachen weiss, bei direkter Nachfrage nach diesen Inhalten diese jedoch nicht mehr weiss bzw. klar daneben antwortet in einer Weise, die nahelegt, es handle sich um

bewusstes Vermeiden von richtigen Antworten. Dafür spricht auch, dass er die Fragen korrekt auffasst, dann zwar thematisch richtig antwortet, inhaltlich aber massiv daneben. Wenn man da von ausgehen würde, dass der jetzige Zustand einem rein dissoziativen Zustand entspricht, wäre es aber atypisch, dass der Patient inhaltlich dermassen prompt auf Fragen eingehen könnte. Es wäre wahrscheinlicher, dass er dann gar nicht antworten würde, weil er im dissoziativen Zustand gleichsam entückt, also wegverschoben wäre. Dies ist hier nicht der Fall. Deshalb ist es deutlich wahrscheinlicher, dass der Patient sich bewusst so präsentiert, dass er also bewusst ein Nichtwissen und Danebenantworten vordemonstriert.

In diesem Zustand sei der Patient nicht rehabilitationsfähig. Es wäre eher zu erwarten, dass er in Therapien oder auch in Gruppen mit anderen Patienten lauffend plakativeres Verhalten zeige und sich dadurch noch mehr marginalisieren würde. Der Patient sei in diesem Zustand entweder nicht Willens und/oder nicht fähig, in minimaler Weise einen therapeutischen Kontrakt zu schliessen. Wahrscheinlich werde man um eine baldige Entlassung nicht herumkommen. Es sei denkbar, dass diese tendenziöse Reaktion anhalten werde, so lange kein Fallabschluss vorgenommen werde (S. 3 Mitte).

E. 3.7

Am 5. September 2003 berichtete Dr. C.____, an den somatischen Beschwerden und der Präsentation des Patienten habe sich nichts verändert. Er klage weiterhin über diffuse Kopfschmerzen, unklare Sehstörungen und Schmerzen vor allem im rechten Schulter- und Oberarmbereich. Die Konsultationen im D.____ seien sistiert worden, da sie vom behandelnden Psychiater als kontraproduktiv gewertet worden seien (Urk. 6/9/23).

E. 3.8

Am 9. September 2003 berichtete Suva-Kreisarzt Dr. med. G.____ über seine gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 6/9/12-13). Er führte aus, der Patient spreche von sich aus nichts. Auf die Frage, ob er noch Beschwerden habe, sage er lediglich «Schmerz» und zeige auf die rechte Schulter. Er spreche nur einzelne Worte aus und zwar das Wort «Schmerz» bei der funktionellen Untersuchung des Schultergelenkes in der Endphase. Ungeachtet der Frage werde jede Frage mit «ja, Doktor» beantwortet (S. 1 Mitte). Zum Nachweis oder Ausschluss eines relevanten Dauerschadens am Schultergelenk werde noch eine Bildgebung veranlasst; die den Treppensturz von Ende Mai 2003 betreffende Behandlung könne abgeschlossen werden (S. 2 oben).

E. 3.9

Dr. C.____ führte am 28. April 2004 aus, sie habe den Patienten seit November 2003 nicht mehr gesehen (Urk. 6/10 Ziff. 5).

E. 3.10

Med. pract. H.____, Assistenzarzt, und Dr. med. I.____, Oberärztin, D.____, nannten in ihrem Bericht vom 7. März 2005 (Urk. 6/16/5-8) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A): - organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma im Sinne eines postkontusionellen Syndroms (ICD-10 F07.2) mit anhaltendem brachiozephalalem Schmerzsyndrom rechts - mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) - Status nach Ganser-Syndrom (ICD-10 F44.8)

Die Behandlung habe vom 30. Juni bis 14. August 2003 gedauert, sowie nach einer Abklärungskonsultation am 24. November 2003 vom 22. Dezember 2003 bis auf Weiteres

(lit. D1). Gespräche fänden in unregelmässigen Abständen statt (Ziff. 7). Der Versicherte werde von ihnen aktuell und bis auf Weiteres als in der freien Wirtschaft vollständig arbeitsunfähig beurteilt (S. 3 oben).

E. 3.11

Am 10. März 2005 teilte die Sachbearbeiterin mit, bei der Suva sei der Fall ab geschlossen und es würden keine Leistungen mehr erbracht, und erbat eine medizinische Beurteilung der von der laut Bericht des D.____ seit 30. Mai 2003 bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/17 s. 2 unten).

Dr. med. J.____, gemäss Medizinalberuferegister Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte dazu am 22. März 2005 aus, unabhängig von der seines Erachtens unklaren psychiatrischen Diagnose werde im psychiatrischen Bericht befundlich nachvollziehbar beschrieben, dass der Versicherte im allgemeinen Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig sei. In den Versicherungsakten lasse sich ebenfalls nachlesen, dass die Verhaltensweisen sehr auffällig gewesen seien. Das erwähnte Ganser-Syndrom sei eine seltene Störung, die üblicherweise nach einigen Wochen (meistens spontan) abklinge. Im psychiatrischen Bericht des Zentrums D.____ werde eine weiter bestehende Psychopathologie erwähnt, so dass ein Diagnosewechsel stimmig sei. Falls die Diagnose organisches Psychosyndrom nach Schädelhirn trauma korrekt sei, könne es nicht zutreffen, dass die Suva den Fall abschliessen könne. Der Versicherte werde als schwer krank (Mischung aus einer depressiven und einer anderen psychischen Störung) beschrieben, so dass ein IV-relevanter Gesundheitsschaden nicht anzuzweifeln sei. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 30. Mai 2003 (Urk. 6/17 S. 3).

E. 4.1

Dr. C.____ führte in ihrem Bericht vom 6. Mai 2008 (Urk. 6/34) aus, der Gesundheitszustand sei stationär (Ziff. 1). Nachdem im D.____ keine Verbesserung des psychischen und kommunikativen Zustandes habe bewirkt werden können, sei die Behandlung dort sistiert worden. Der Patient suche sie sporadisch in ihrer Sprechstunde auf. Neuere therapeutische Behandlungen seien ihres Erachtens nicht angezeigt (Ziff. 4).

E. 4.2

In ihrem Bericht vom 16. Juni 2011 (Urk. 6/45/4-10) nannte Dr. C.____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Ganser-Syndrom (Ziff. 1.1). Der Zustand und die Prognose seien unverändert (Ziff. 1.4). Aufgrund der unveränderten geistigen und psychischen Einschränkungen sei keine geregelte Tätigkeit möglich, es sei ihres Erachtens keine Kooperation und regelmässige Tätigkeit möglich (Ziff. 1.7).

E. 5.1

Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstatteten am 13. November 2013 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/61). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 1 ff.) und die von ihnen am 4. November 2013 (S. 1 Mitte) erhobenen Befunde.

Als Ergebnis ihrer Konsensbesprechung führten die Gutachter aus, aus psychiatrischer Sicht liege keine psychiatrische Diagnose vor, die mit objektiven Befunden eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit begründe. Eine sozialpsychiatrische Begleitung und auch Compliance-Kontrolle in Bezug auf die Antidepressiva-Einnahme sei dringend empfehlenswert. Grundsätzlich müsse davon ausgegangen werden, dass dem

Exploranden aus rein psychiatrischer Sicht jegliche Tätigkeit zugemutet werden könne (S. 16 lit. E).

Aus neurologischer Sicht müsse keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen kognitive Störungen ohne organisches Korrelat bei „Ganser-Syndrom“ und ein Streckdefizit im Bereich des Ellbogengelenks rechts bei Zustand nach alter Ellbogenfraktur vor. Im Status finde sich ein inkonsistenter Untersuchungsbefund, verschiedene Untersuchungsschritte seien kooperationsbedingt nicht beurteilbar. Die verhaltensneurologische/neuropsychologische Untersuchung sei offensichtlich nicht valide. Es müsse von nicht authentischen kognitiven Defiziten ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer habe bereits in einfachsten Verfahren derart krass verminderte Leistungen gezeigt, dass diese nicht zur selbständigen Lebensführung passen könnten. Wenn tatsächlich von einer derartig ausgeprägten Beeinträchtigung ausgegangen werden müsste, wäre die Notwendigkeit einer Unterbringung in einem Pflegeheim mit kontinuierlicher Überwachung gegeben, was offensichtlich nicht der Fall sei. Gegen eine organische Beeinträchtigung sprächen unter anderem auch der erhobene unauffällige elektroencephalographische Befund wie auch der unauffällige Befund der MR-Untersuchung vom 13. Juni 2003 mit altersentsprechend normalem Schädel-MRT (S. 16 unten). Bei fehlender

neurologischer Diagnosestellung bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht. Zur weiteren Klärung der Situation stelle sich die Frage nach weitergehenden Abklärungsmaßnahmen durch die Beschwerdegegnerin (S. 16 f.).

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass weder aus neurologischer noch aus psychiatrischer Sicht mit objektiven Befunden eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit begründet werden könne. Der Beschwerdeführer sei unter Berücksichtigung der zumutbaren Willensanstrengung vollschichtig arbeitsfähig (S. 17 oben).

Aus neurologischer Sicht habe nie eine Arbeitsunfähigkeit bestanden, aus psychiatrischer Sicht habe nie eine gesicherte Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 17 Ziff. 2).

E. 5.2

Am 19. Februar 2014 beantwortete Dr. C. ___ ihr von der damaligen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers unterbreitete Fragen (Urk. 6/78) und nannte folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 2): - vorbestehend Ganser-Syndrom - seit 2008 Adipositas, seit 2009 subklinische Hyperthyreose, seit 2013 behandlungsbedürftige Hyperthyreose, seit 2013 ein zurzeit noch nicht behandlungsbedürftiger Diabetes mellitus

Sie führte unter anderem aus, der Patient suche sie meistens nicht aus eigener Initiative auf. Im letzten Jahr habe er Klagen über Atemnot geäußert, und es bestehe eine Unterfunktion der Schilddrüse, die sie zu behandeln versuche. Auf grund der Laborresultate müsse sie jedoch davon ausgehen, dass der Patient die Medikamente nicht regelmässig einnehme (S. 1 Ziff. 1).

Bei der Diagnosestellung des Ganser-Syndroms sei davon ausgegangen worden, dass der Patient nicht in der Lage sei zu arbeiten. Eine psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung lehne er ab und sei aus ihrer Sicht zu einer solchen auch nicht in der Lage. Beim Lesen der Arztberichte sei es ihr wie in der Sprechstunde mit dem Patienten gegangen, sie wisse oft nicht, welche Aussagen real seien (S. 1 Ziff. 3).

E. 5.3

Die Ärzte der Gutachtensstelle M.____ erstatten am 16. Oktober 2015 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/111). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 4 ff.) und die am 3. und 8. September 2015 erfolgten Untersuchungen in den Fachbereichen Psychiatrie (Fallführung), Innere Medizin, Neurologie und Orthopädie/Traumatologie (S. 1).

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 Ziff. 1): - Ellenbogengelenkarthrose rechts mit einem klinischen Streckdefizit von 40° bei Status nach osteosynthetisch versorgter Ellenbogengelenkfraktur (Unfalldatum nicht erinnerlich) und inzwischen erfolgter Osteosynthese sematerialentfernung (OSME) - Streckdefizit im Mittelgelenk des 5. Fingers der linken Hand

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 11 Ziff. 2): - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - Hypothyreose, unter Behandlung mit Euthyrox - behandlungsbedürftiger Diabetes mellitus - Hypercholesterinämie - Nikotinabusus und COPD (chronic obstructive pulmonary disease) - Status nach Treppensturz 30. Mai 2003 mit dabei erlittener Kontusion des rechten

Armes, keine erkennbaren Folgen - dekontionierte Rumpfmuskulatur - Adipositas, BMI 35 kg/m²

Auf psychiatrischem Fachgebiet sei der Versicherte in affektiver Hinsicht auffällig gewesen, er habe von der Stimmung her dysphorisch, missmutig, auch etwas gereizt gewirkt, dabei aber auch sehr durchsetzungsorientiert, willensstark. Es habe keine Hinweise auf Symptome, die typisch seien für eine stärker ausgeprägte depressive Verstimmung, gegeben (S. 11 f.). Auch der relativ aktive Alltag des Versicherten spreche gegen eine stärker ausgeprägte depressive Symptomatik. Von der Symptomatik her habe sich am ehesten das Bild einer Dysthymia mit im Vordergrund stehender missmutig-dysphorisch-unzufriedener Stimmung ergeben. In der psychiatrischen Exploration habe sich der Versicherte über weite Strecken massiv kognitiv beeinträchtigt präsentiert, wobei sich erhebliche Inkonsistenzen gezeigt hätten, sowohl in der Untersuchung selbst als auch im Abgleich mit anamnestischen Angaben. Insgesamt werde eingeschätzt, dass das in der psychiatrischen Untersuchung präsentierte Nicht-Wissen, Nicht-Können mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht Ausdruck einer psychischen Erkrankung sei, sondern dass von nicht authentischem Antwortverhalten ausgegangen werden müsse, es ergebe sich somit hier auch keine psychiatrische Diagnose (S. 12 oben).

Zum Belastungs-/Ressourcenprofil wurde ausgeführt, bei Verdacht auf Dysthymia seien Tätigkeiten, die eine erhöhte emotionale Belastbarkeit voraussetzen (beispielsweise bestimmte soziale sowie therapeutische Tätigkeiten) nicht geeignet (S. 12 unten). In somatischer Hinsicht bestünden Einschränkungen da hingehend, dass das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten mit dem verletzten dominanten rechten Arm mit 5 kg und beidhändig mit 15 kg limitiert sei. Zusammenfassend ergebe sich, dass auf allen beteiligten Fachgebieten keine quantitative Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit gesehen werde (S. 13 oben).

Es handle sich um einen - seit der Rentenzusprache oder letzten Revision - unveränderten Gesundheitszustand, dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anders beurteilt werde (S. 14 lit. F).

E. 6.1

Im März 2005, dem Zeitpunkt der Beurteilung, welche zur Rentenzusprache im Jahr 2005 führte, präsentierte sich die medizinische Aktenlage wie folgt:

E. 6.2

Der Beschwerdeführer rutschte Ende Mai 2003 auf einer Treppe aus und schlug sich dabei den Rücken und Ellenbogen an. Die Hausärztin behandelte ihn, nach Ausschluss einer Comotio cerebri, analgetisch. Ein MR des Schädels vom 14. Juni 2003 war unauffällig (vorstehend E. 3.1). Die Hausärztin berichtete als Angabe des Beschwerdeführers, er sei auf einer Treppe ausgerutscht und flach auf den Rücken gefallen (vorstehend E. 3.3). Die beigezogene Neurologin nannte als Diagnose unter anderem (ohne nähere Begründung) eine Wesensveränderung, differentialdiagnostisch aber auch unter anderem ein Malingering. Sie berichtete als Auffälligkeit eine Desorientiertheit, wobei der Beschwerdeführer immer Angaben um eine Zahl daneben gemacht habe (vorstehend E. 3.2).

E. 6.3

Im Bericht des D.____ von Anfang Juli 2003 wurde als Diagnose ein Verdacht auf Anpassungsstörung nach Sturzereignis und als Differentialdiagnose ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma genannt (vorstehend E. 3.4). In einem späteren Bericht des D.____ wurde Anfang März 2005 ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma als eigentliche Diagnose (nebst einer mit teilsgradigen depressiven Episode) genannt. Die Behandlung war im August 2003, da vom behandelnden Psychiater als kontraproduktiv gewertet, sistiert (vgl. vorstehende E. 3.7), Ende Dezember 2003 dann wieder, in unregelmässigen Abständen, aufgenommen worden (vorstehend E. 3.10).

E. 6.4

Am 23. Juli 2003 trat der Beschwerdeführer in die Rehaklinik E.____ ein, wo er schon am gleichen Tag wieder entlassen wurde, dies mit der Begründung, angesichts des festgestellten Ganser-Syndroms mit bewusstem Vormachen von geistiger Verwirrtheit sei eine stationäre Behandlung nicht indiziert (vorstehend E. 3.5). Im psychosomatischen Konsilium wurde näher erläutert, der Beschwerdeführer präsentiere sich in einem Zustand, der nicht dem einer hirnorganischen Veränderung gleiche, sondern dem, wie sich der Laie das Bild eines hilflosen und verblödeten Menschen vorstelle. Aus näher dargelegten Gründen sei anzunehmen, dass sich der Beschwerdeführer bewusst so präsentiere, also bewusst ein Nichtwissen und Danebenantworten demonstriere (vorstehend E. 3.6).

Anfang September 2003 berichtete der Suva-Kreisarzt unter anderem, der Beschwerdeführer habe ungeachtet der Frage auf jede Frage mit «ja, Doktor» geantwortet. Der Kreisarzt kam zum Schluss, die den Treppensturz von Ende Mai 2003 betreffende Behandlung könne abgeschlossen werden (vorstehend E. 3.8).

E. 6.5

Die Schlussfolgerung von RAD-Arzt Dr. J.____, der Beschwerdeführer sei (seit Ende Mai 2003) zu 100 % arbeitsunfähig (vorstehend E. 3.11), erweist sich vor diesem Hintergrund als nachgerade unverständlich.

Er sprach von einer „unklaren psychiatrischen Diagnose“, ohne anzugeben, auf welche Diagnose sich dies bezog, während er an anderer Stelle eine „Mischung aus einer depressiven und einer anderen psychischen Störung“ erwähnte. Angesichts der ihm unterbreiteten Frage dürfte es sich um diejenige im D.____-Bericht vom März 2005

gehandelt haben, wo ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma - im Juli 2003 noch als Differentialdiagnose bezeichnet - angeführt wurde. Dafür, dass der Beschwerdeführer tatsächlich, wie von dieser Diagnosestellung vorausgesetzt, ein Schädelhirntrauma erlitten hätte, gibt es je doch (abgesehen von seinen Verhaltensauffälligkeiten) keinerlei Anhaltspunkte. Mit diesem Widerspruch setzte sich Dr. J. ___ nicht auseinander. Sodann befand er, falls die genannte Diagnose korrekt sei, könne es nicht zutreffen, dass die Suva den Fall abschliessen könne. Dass die Suva den Fall tatsächlich abgeschlossen hatte, hätte demzufolge Überlegungen zur Stimmigkeit der genannten Diagnose nahegelegt. Solche finden sich nicht. Schliesslich wäre auch der auffällig erratische Behandlungsverlauf im Zentrum D. ___ zu würdigen gewesen.

Als entscheidender Mangel der Beurteilung durch Dr. J. ___ erweist sich, dass er dazu, dass sich aus den Akten ergebe, dass die Verhaltensweisen sehr auffällig gewesen seien, lediglich ausführte, dass in diesem Zusammenhang diagnostizierte Ganser-Syndrom sei eine seltene Störung und klinge üblicherweise meist spontan nach einigen Wochen ab. Die Akten, die mehr als einige Wochen auseinanderlagen, enthielten jedoch mehrere deutliche Hinweise auf ein bewusstes Täuschungsverhalten. Schon im Juni 2003 sprach die bei gezogene Neurologin differentialdiagnostisch von einem Malingering, und der Suva-Kreisarzt berichtete Anfang September 2003 vergleichbare Verhaltensauffälligkeiten. Bei dem liess Dr. J. ___ unerwähnt. Überdeutlich sind schliesslich die Ausführungen der Ärzte der Rehaklinik E. ___ (vorstehend E. 6.4). Sowohl von somatischer als auch von psychiatrischer Seite wurde ein bewusstes Verhalten des Beschwerdeführers berichtet, das dermassen ausgeprägt war, dass dieser gleichentags wieder entlassen wurde. Dass ein so erfahrener Fachkollege wie Dr. F. ___ deshalb zum Schluss kam, eine stationäre Behandlung sei gar nicht angezeigt, wäre von Dr. J. ___ zu würdigen gewesen.

Seine Bestätigung einer seit dem Unfall bestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit begründete Dr. J. ___ ausschliesslich mit den im D. ___-Bericht angegebenen Befunden, ohne sich dazu zu äussern, dass die dortige Behandlung nur unregelmässig erfolgte. Dass ein Versicherter „als schwer krank ... beschrieben“ werde, ist entgegen den Ausführungen von Dr. J. ___ kein hinreichender Grund anzunehmen, dass ein IV-relevanter Gesundheitsschaden nicht anzuzweifeln sei, und ist schon gar nicht geeignet, eine seit 1 ¾ Jahren anhaltende vollständige Arbeitsunfähigkeit zu begründen.

E. 6.6

Zusammenfassend ist deshalb festzuhalten, dass auf die Beurteilung durch Dr. J. ___ nicht abgestellt werden kann und nicht hätte abgestellt werden dürfen. Angesichts der von ihm unbeachtet gebliebenen Aspekte wären, um eine anspruchrelevante Beeinträchtigung bejahen zu können, weitere Abklärungen zu tätigen gewesen. Andernfalls wäre eine solche, als nicht rechts genügend belegt, zu verneinen gewesen.

Damit erweist sich die ausschliesslich gestützt auf die Stellungnahme von Dr. J. ___ erfolgte Rentenzusprache als zweifellos unrichtig (vorstehend E. 1.5) und deren wiedererwägungsweise Aufhebung als rechtens. Damit werden auch die später - ohne materielle Anspruchsprüfung - ergangenen Mitteilungen, der Rentenanspruch sei unverändert, hinfällig.

E. 6.7

Was einen allfälligen aktuellen Rentenanspruch betrifft, ist auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im 2015 erstatteten Gutachten (vorstehend E. 5.3) abzustellen, das alle praxismässigen Kriterien (vorstehend E. 1.4) erfüllt und im psychiatrischen Teil (Urk. 6/111 S. 17 ff.) ausführlich auf die mit BGE 141 V 281 etablierten Standardindikatoren Bezug nimmt (S. 25 ff.).

Demnach ist eine Gewichtslimite von 5 kg (rechter Arm) und von 15 kg (beidhändig) zu beachten. In diesem Rahmen besteht eine volle Arbeitsfähigkeit. Für das Invalideneinkommen massgebend ist somit der Tabellenlohn für Hilfstätigkeiten bei einer Arbeitsfähigkeit von 100 %. Beim vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielten Einkommen (Urk. 6/6) von maximal Fr. 58'486.-- (2001) führt ein Einkommensvergleich in keinem Fall zu einem anspruchsbegründenden Invaliditätsgrad von mindestens 40 %.

Es besteht somit kein Rentenanspruch und die angefochtene Verfügung ist auch in dieser Hinsicht zu bestätigen.

Entsprechend ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 7.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind angesichts des entstandenen Aufwandes ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer).

E. 7.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter hat davon abgesehen, eine Honorarnote einzureichen (vgl. Urk. 18 S. 2 Ziff. 2). Er ist bei praxismässigen Stundensatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise mit Fr. 3'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Stephan Kübler, Winterthur, wird mit Fr. 3'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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