

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00405 vom 9. Juni 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00405

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00405 du 9 juin 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00405 del 9 giugno 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1979, war seit Januar 2014 bei der Y.____ AG als Anlagenbauer angestellt, als er sich am 19. Februar 2014 am rechten Handgelenk verletzte (Urk. 9/12/82). Am 3. November 2014 meldete er sich aufgrund dieses Unfalls bei der Invalidenversicherung an (Urk. 9/7). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und zog die Akten der Unfallversicherung Suva bei. Diese stellte ihre Leistungen mit Verfügung vom 3. Oktober 2014 per 1. Oktober 2014 ein (Urk. 9/13/9-10). Die IV-Stelle sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 10. Februar 2017 (Urk. 9/111) bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ab 1. Mai 2015 eine ganze Rente sowie Kinderrenten zu.

Nach Abschluss einer im November 2017 eingeleiteten Revision (Urk. 9/123) hob die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/170; Urk. 9/171, Urk. 9/179; Urk. 9/183) die bisher ausgerichtete ganze Rente mit Verfügung vom 15. Mai 2020 auf (Urk. 9/197 = Urk. 2).

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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 28 Abs. 1 IVG).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang viel mehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen.

Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungs internen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Am 18. Juni 2020 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. Mai 2020 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung und die Weiterausrichtung der invalidenversicherungsrechtlichen Leistungen (Urk. 1 S.

2). Mit Beschwerdeantwort vom 18. September 2020 (Urk. 8) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 12. November 2020 (Urk. 15) wurden antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet. Der Beschwerdeführer hielt mit Replik vom 9. Februar 2021 (Urk. 24) an seinen Anträgen fest. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (Urk. 28), was dem Beschwerdeführer am 4. Mai 2021 mitgeteilt wurde (Urk. 29). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Die Abklärungen hätten ergeben, dass keine psychiatrische Erkrankung vorliege, die die Arbeitsfähigkeit dauerhaft einschränke (S. 1). Aus somatischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Renten zusprache verbessert. Die Schmerzmitteleinnahme sei deutlich reduziert worden und die früher beschriebenen Hinweise auf ein Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) lägen nicht mehr vor. Die angestammte Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit mit einem näher umschriebenen Belastungsprofil bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, womit sich ein Invaliditätsgrad von 20 % ergebe (S. 2). Aus näher dargelegten Gründen lägen Hinweise auf einen verstärkten mechanischen Gebrauch vor, weshalb aus medizinischer Sicht eine funktionelle Verbesserung der rechten Unterarmhandregion ausgewiesen sei (S.

3).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 8) machte die Beschwerdegegnerin geltend, der Beschwerdeführer fahre Auto und Fahrrad und es sei wenig überzeugend, dass er dies einhändig tue, vielmehr sei von einem Gebrauch der rechten Hand als Hilfs hand auszugehen. Weiter reiche er nun die rechte Hand zur Begrüssung (S.

2). Die Beschwerdegegnerin nannte sodann weitere Gründe für eine Verbesserung (S.

3). Zudem liege der Vorbehalt einer späteren revisionsweisen Neuverfügung vor, und es sei deshalb nicht ausgeschlossen, zu einem späteren Zeitpunkt eine eingehendere Abklärung der Sache vorzunehmen und über den laufenden Leistungsanspruch revisionsweise neu zu befinden. Weiter liege die Festlegung einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % im Rahmen der Rechtsprechung, die bei der Ermittlung des Invalideneinkommens mittels Tabellenlöhnen der Erschwernis bei faktischer Einhändigkeit Rechnung trage (S. 4). Im Übrigen ergebe sich aus den Akten, dass der Beschwerdeführer seiner Ehefrau sehr viel im Haushalt helfe (Urk. 16).

E. 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer im Wesentlichen entgegen (Urk. 1), es liege kein Revisionsgrund vor und es werde unzulässigerweise bei unverändertem Gesundheitszustand eine Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen (S.

2). Aus handchirurgischer Sicht sei die Situation unverändert (S. 7). Er nehme nach wie vor hohe Dosen an Schmerzmitteln ein (S. 8). Weder Diagnose noch Befunde hätten sich geändert (S. 9), und die Beurteilung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst

(RAD) genüge nicht (S. 10). Er könne die rechte Hand auch nicht als Hilfs hand einsetzen (S. 11).

Replizierend (Urk. 24) hielt der Beschwerdeführer an seinen Ausführungen fest.

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Rentenaufhebung und damit die Frage, ob seit Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 10. Februar 2017 (Urk. 9/111) eine anspruchrelevante Verbesserung eingetreten und ein Revisionsgrund zu bejahen ist. 3. 3.1

Der Zuspache einer ganzen Rente ab Mai 2015 (Urk. 9/111) lagen die folgenden medizinischen Akten zugrunde. 3.2

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte mit Bericht vom 16. Mai 2014 (Urk. 9/12/56) eine Distorsion des rechten Handgelenks bei degenerativen Veränderungen. Der Beschwerdeführer habe sich am 19. Februar 2014 bei der Arbeit das rechte Handgelenk verdreht. Bildgebend sei keine ossäre Läsion festgestellt worden. 3.3

Dr. med. A.____, Facharzt für Handchirurgie, stellte mit Bericht vom 20. Mai 2014 (Urk. 9/12/54) folgende Diagnosen: - Distorsion Handgelenk rechts am 19. Februar 2014 - Degeneration des

trianguläre n

fibrokartilaginäre n Komplex es (TFCC) , des Lunatums und des Triquetrum - radiocarpales Ganglion - Tendovaginitis des Extensor carpi

ulnaris und des Flexor pollicis longus Es hätten sich schwere chronische Sehnenscheidenentzündungen gefunden, jedoch nicht mehr das im MRI festgestellte (vgl. Urk. 9/12/52) palmare Hand gelenkganglion. Es bestehe jedoch ein kleines dorsales Handgelenks ganglion an typischer Stelle. Die Behandlung bestehe primär in einer langfristigen Arbeits pause und lokalen Massnahmen. Von der Chirurgie sei keine Hilfe zu erwarten. 3.4

Mit Bericht vom 12. September 2014 (Urk. 9/12/11) führte Dr. Z.____ bei unver änderten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 3. 2) aus, der Patient klage immer noch über bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen im rechten Handgelenk. Verschiedene Arbeitsversuche seien wegen vermehrter Schmerzen misslungen. Der Patient könne bis heute und auch in Zukunft keine schweren Arbeiten mit der rechten Hand mehr ausführen. Er sollte für leichte körperliche Arbeit umge schult werden, allenfalls sei sogar eine Versteifung des rechten Handgelenks not wendig. Es sei mit einer bleibenden verminderten Belastbarkeit des rechten Hand gelenks zu rechnen.

Mit einem weiteren Beric ht vom 8. Dezember 2014 (Urk.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei 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, 128 V 29 E. 1).

E. 6.2

Die Beschwerdegegnerin ermittelte ausgehend von Tabellenlöhnen einen Invaliditätsgrad von 20 % (vgl. Urk. 9/168; Urk. 2). Einen Leidensabzug gewährte sie nicht. Dies ist nicht zu beanstanden, denn es besteht nach dem Gesagten weder eine funktionelle Einarmigkeit noch eine vollständige Funktionslosigkeit der rechten Hand. Weitere Gründe für einen Abzug werden nicht geltend gemacht und sind auch nicht ersichtlich.

E. 6.3

Der angefochtene Entscheid ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7. 7.1

Die Gerichtskosten nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.2

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Nachdem Rechtsanwalt Dr. Walter Keller keine Honorarnote eingereicht hat, ist die Entschädigung nach Ermessen festzusetzen (vgl. Urk. 15 Dispositiv-Ziffer 1). In Berücksichtigung der vorstehend genannten Kriterien ist die Entschädigung von Rechtsanwalt Dr. Walter Keller bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. 7.3

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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 Dr. Walter Keller, Winterthur, wird mit Fr. 2'800.-- (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 Dr. Walter Keller -
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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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
Lienhard

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 9

/35) folgende Diagnosen (S. 1): - Chondromalazie II bis III° Lunatum, Triquetrum, Fossa lunata, Degenerations des TFCC mit multiplen Einrissen und Erosionen Handgelenk rechts Handgelenk und Hand seien leicht geschwollen. Die Fingerbeweglichkeit sei in Extension uneingeschränkt, in Flexion betrage der Finkerkuppenhohlraumabstand 1 cm. Es bestehe eine Druckdolenz über dem gesamten Handgelenk. Der Patient nehme während des Gesprächs eine extreme Schonhaltung der Hand ein (S. 1). Er beklage weiterhin starke Schmerzen trotz Therapie. Es bestehe bereits eine Schonhaltung mit resultierenden Beschwerden in der Schulter und im rechtsseitigen Nackenbereich. Eine Arbeitsfähigkeit sei nicht gegeben. Geplant sei eine Handgelenksdenervation und empfohlen eine regelmässige ergotherapeutische Beübung (S. 2). Am 21. Mai 2015 wurde eine vollständige Denervation des rechten Handgelenks durchgeführt (Urk. 9/38). 3.6

Dr. med. C.____, B.____, führte mit Bericht vom 8. Juli 2015 (Urk. 9/41) aus, dass insbesondere die intensive Hyperalgesie der Haut im Bereich des streckseitigen Handgelenks, des Handrücken und der dorsalen Finger weder mit einer Gelenkpathologie noch mit postoperativen Zuständen nach der Denervation erklärbar seien. Die Physio- und Ergotherapie hätten zu einer weiteren Verbesserung des Bewegungsausmasses im Bereich

des Schultergürtels und des Ellbogens geführt, so dass auch hier eine gewisse Schmerz- und Beschwerde reduktion fest zustellen seien. Die rechte Hand werde nach wie vor nicht eingesetzt. Es würden jedoch Versuche unternommen, vereinzelte Manipulationen mit der Hand durchzuführen, wie beispielsweise das Halten einer Zigarette. Auch die psychosoziale Situation sei angesprochen worden. Hier zeigten sich auch erhebliche Belastungssituationen durch die nunmehr lange Arbeitsunfähigkeit. Die Schmerztherapie solle unbedingt fortgesetzt werden. Hier wäre die Einbindung eines Psychologen oder Psychiaters sicher hilfreich, da der Verdacht nahe liege, dass ein gewisses Mass der Beschwerden im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung zu werten sei. Hinweise auf das Vorliegen eines CRPS fänden sich nicht. Derzeit sei an einen Arbeitseinsatz nicht zu denken. Aufgrund der Anamnese sei auch mittelfristig ohne erhebliche Veränderungen der Befunde kein Erreichen der Arbeitsfähigkeit abzusehen (S. 2). 3.7

Dr. C.____ nahm am 17. September 2015 (Urk. 9/60/4-5) erneut Stellung und hielt fest, dem Patienten sei erneut eindringlich die Notwendigkeit der Schmerztherapie sowie der psychologischen beziehungsweise psychiatrischen Mitbehandlung erklärt worden. Er wolle sich nun noch einmal um einen Termin bei der Schmerztherapie bemühen. Es sei abzusehen, dass er in seinem angestammten Beruf nie wieder arbeiten werde. Auch die Ausübung einer anderen körperlichen Tätigkeit erscheine aussichtslos. Als letzte Möglichkeit sei eine stationäre Therapie durchzuführen. Sollten sich auch dann keine wesentlichen Fortschritte zeigen, so wäre von einem derzeitigen Endzustand auszugehen (S. 2). 3.8

Kreisarzt Dr. med. D.____ hielt mit Bericht vom 14. Dezember 2015 (Urk. 9/64/8-10) über die gleichentags durchgeführte Untersuchung fest, es sei beim Entkleiden erkennbar, dass der Versicherte den rechten Arm weitestgehend funktionell ausschliesse. Beim Ankleiden sei der Armeinsatz rechts deutlich besser. Atrophien der Muskulatur am Ober- und Unterarm seien nicht erkennbar. Farbe und Behaarung der Arme seien symmetrisch und normal. In der Hohlhand finde sich weder rechts noch links eine nennenswerte Beschwellung. Es bestehe eine Schwellung des Handrückens und in geringerem Umfang auch der Langfinger rechts, zum Teil bedingt durch die schnürende Bandage. Im Seitenvergleich sei keine nennenswerte Temperaturdifferenz tastbar (S. 2).

Bei der funktionellen Prüfung der Beweglichkeit zeige der Versicherte nur geringe Bewegungen in allen Langfingern. Die Beweglichkeit des rechten Handgelenks passiv sei um die Hälfte eingeschränkt. Bei der Beweglichkeitsprüfung entstehe ein hörbares Knacken mit Schmerzangabe. Eine aktive Bewegung werde kaum gezeigt. Bei der Prüfung der Beweglichkeit des Ellenbogens und der Schultergelenke spanne der Versicherte aktiv dagegen, schlussendlich lasse sich jedoch eine fast uneingeschränkte Beweglichkeit im Ellenbogengelenk und im rechten Schultergelenk objektivieren. Die linke obere Gliedmasse sei in allen Gelenken frei beweglich (S. 2 unten f.).

Aktuell sei die rechte Hand des Versicherten funktionell schwerwiegend beeinträchtigt. Ob es sich hierbei um einen residuellen Zustand eines CRPS handle, lasse sich nicht sicher beurteilen (S. 3). 3.9

Dr. med. E.____, Chefarzt an der Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie, B.____, hielt am 16. Dezember 2015 (Urk. 9/64/4) fest, er könne die Beschwerden des Patienten letztendlich nicht wirklich einordnen. Auch der Leidensdruck sei nicht klar einzuordnen. Daneben seien auch die Gebrauchsspuren, die der Beschwerdeführer als Kratzspuren abtue,

irritierend. Eine stationäre Rehabilitation hätte sowohl diagnostische als auch therapeutische Ansätze und sei aus seiner Sicht die einzige Möglichkeit, die Situation besser einschätzen zu können und vielleicht zu verbessern. 3.10

Mit Bericht vom 26. Januar 2016 (Urk. 9/70) stellte Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, folgende Diagnosen (S. 1): - distal betonte Brachialgie rechts bei Arbeitsunfall mit forciertem Supination Vorderarm/Hand rechts am 19. Februar 2014 - leichtes rechtsbetontes Karpaltunnelsyndrom beidseits - Spannungskopfschmerz mit muskulärer cervicaler Komponente Es lasse sich bei nur wenig ergiebiger klinisch-neurologischer Untersuchung elektrodiagnostisch beidseits ein leichtes Karpaltunnelsyndrom nachweisen. Es bestehe kein Hinweis für eine motorisch axonale Komponente und zusammen mit den übrigen klinischen Befunden entsprechend kein Hinweis für einen neurogenen Hintergrund der Handschwäche rechts. Es sei davon auszugehen, dass das Schmerzsyndrom nur zu einem (wahrscheinlich eher kleineren Teil) durch diese periphere fokale Neuropathie bedingt sei. Das leichte Sensus Sulcus

Ulnaris Syndrom rechts scheine nicht symptomatisch zu sein. Hinweise für andere für das Schmerzsyndrom wesentliche periphere Neuropathien bestünden klinisch nicht, ebenso nicht für ein zentral-neurologisches Problem. Dazu sei aber zu bemerken, dass die lange Einnahme von kurzwirksamen Schmerzmitteln wahrscheinlich zu einem Analgetika-induzierten Schmerzanteil geführt habe. Hinweise für ein CRPS bestünden klinisch nicht (S. 3). 3.11

Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, RAD, berichtete am 12. Oktober 2016 über die Untersuchung vom 11. Oktober 2016 (Urk. 9/80) und stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8): - Schulter-Arm-Syndrom rechts mit und bei Fehllage der rechten Hand - anhaltende Handgelenksschmerzen rechts mit und bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Bereich des rechten Handgelenks mit Chondromalazie II. bis III. Grades im Bereich des Lunatum, Triquetrum und der Fossa lunata - Degeneration des TFCC mit multiplen Einrissen und Erosionen - Status nach vollständiger Denervation rechtes Handgelenk am 21. Mai 2015 - Status nach Handgelenksarthroskopie - fehlende Greiffunktion der rechten Hand bei Rechtshändigkeit - Sensibilitätsverlust der rechten Hand Ein zudem bestehendes leichtes rechtsbetontes Karpaltunnelsyndrom habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8). Der Beschwerdeführer berichte, dass er mit der Hand nichts machen könne. Selbst das Fleisch müsse ihm seine Ehefrau kleinschneiden (S. 2 unten). Zum Befund hielt Dr. G.____ fest, es finde sich um das rechte Handgelenk eine Orthese mit freigelassenem Daumen und Finger. Die Bewegung des rechten Handgelenks sei dadurch vollständig eingeschränkt. Die Bandage werde abschliesslich mit der linken Hand abgenommen und wieder angelegt. Die rechte Hand entspreche in etwa dem Bild einer Schwurhand mit leichter Abspreizung des Daumens und leichter Beugstellung der Finger DII bis DIII. Auch die Finger DIV und DV fänden sich in leichter Beugstellung. Eine weitere aktive Streckung wie auch Beugung der Finger und des Daumens sei nicht möglich. Finger und Daumen könnten nicht bewegt werden. Es seien nur minimale Wackelbewegungen möglich. Die Hand werde in einem rechten Winkel an den Körper angelegt. Die Hand werde aufgrund fehlender Beweglichkeit mit rechts nicht gegeben, obwohl der Beschwerdeführer Rechtshänder sei. Das Auskleiden erfolge unter ausschliesslicher Benutzung der linken Hand, die rechte Hand werde nicht benutzt, auch nicht für einfache Hilfestellungen. Die Hautverhältnisse seien unauffällig, es fänden sich keine Kratz- oder Gebrauchsspuren. Die rechte Hand sei nicht

überwärmt und schwitze nicht (S. 3). Es bestehe ein massiver Druck- und Bewegungsschmerz. Hinweise auf einen Morbus Sudeck fänden sich nicht. Im Bereich der gesamten rechten Hand bis zum proximalen Unterarm bestehe keine Sensibilität, aber trotzdem eine anhaltende Schmerzproblematik. Die Reflexe seien auslösbar. Die Hand werde auch beim Schreiben nicht benutzt, es erfolge kein Greifen. Der Spitzgriff oder Schlüsselgriff sei nicht möglich. Eine Beschwiellung der Hand sei nicht feststellbar, allerdings bestehe kein Unterschied in der Umfangmessung im Vergleich zur linken Hand und zum linken Oberarm. Die grobe Kraft sei nicht prüfbar und der Faustschluss wie auch Griffvariationen seien nicht möglich (S. 5). Die Hände seien nicht beschwilt (S. 6). In der bisherigen Tätigkeit als Schweisser und Apparatebauer sei der Beschwerdeführer seit dem 19. Februar 2014 nicht mehr arbeitsfähig. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe bei Schädigung der Halswirbelsäule eine verminderte Belastbarkeit für regelmässiges mittelschweres und schweres Heben, Tragen und Transportieren von Lasten, für Arbeiten über Kopf- und Schulterhöhe, auf Leitern und Gerüsten, mit Schlag- und Vibrationsbelastungen des Schultergürtels, für häufiges Bücken sowie für Tätigkeiten in körperlichen Zwangshaltungen. Mittel schwere und schwere körperliche Tätigkeiten, insbesondere solche mit überwiegender Belastung des rechten Handgelenks und mit erhöhten Anforderungen an die Kraft der rechten Hand sowie mit Kälte/Nässe-Exposition, sollten vermieden werden. Körperlich leichte angepasste Tätigkeiten mit Wechselbelastung ohne erhöhte Anforderungen an die Kraft und Haltefunktion der rechten Hand, daher auch ohne Besteigen von Leitern oder Gerüsten, ohne Heben und Tragen von Lasten und ohne Arbeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen am rechten Handgelenk, ohne repetitive Beanspruchung der rechten Hand und ohne erhöhte Anforderungen an das feinmotorische Geschick der rechten Hand aufgrund der Funktionslosigkeit wie auch der ausgeprägten Schmerzhaftigkeit seien seit dem 19. Februar 2014 bei Rechtshändigkeit nicht zumutbar. Die rechte Hand sei auch als unterstützende Hand nicht zu gebrauchen. Autofahren sei nur mit Automatik-Getriebe möglich. Allerdings sollte eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik noch erreicht werden, gegebenenfalls durch stationäre Rehabilitationsmassnahmen, Schmerzambulanz, Stellatum-Blockaden und Psychotherapie. Nach Durchführung dieser Massnahmen sei eine erneute medizinische Stellungnahme zu empfehlen (S. 9). Dr. G.____ hielt am 31. Oktober 2016 (Urk. 9/84) fest, es bestehe auch in angepassten Tätigkeiten keine Arbeitsfähigkeit. Die rechte Hand sei nahezu funktionslos, zudem bestehe eine erhebliche Schmerzsymptomatik. 3.12

Gestützt auf die Beurteilung durch Dr. G.____ (vgl. vorstehend E. 3.11) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 10. Februar 2017 (Urk. 9/111) bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ab 1. Mai 2015 eine ganze Rente zu (vgl. Urk. 9/86/8-9) . 4. 4.1

Die Ärzte der Klinik für Neurologie am B.____ hielten mit Bericht vom 22. September 2017 (Urk. 9/145/9-10) fest, es handle sich klinisch-anamnestisch am ehesten um eine fixierte Dystonie der rechten Hand, die im Rahmen eines sekundären CRPS aufgetreten sei. Ob es sich um eine «psychogene» Dystonie/überlagerte Symptomatik oder eine «somatische» Dystonie handle, sei nur schwer zu unterscheiden und könne auch mittels Elektromyografie nicht bewiesen werden. Da unter Narkose keine Kontraktionen festgestellt worden seien, sei es insgesamt eher unwahrscheinlich, dass die dystone Haltung tatsächlich permanent vorliege. Es zeigten sich keine Hinweise auf innervationsbezogene Paresen, Sensibilitätsstörungen oder eine Spastik. Es werde eine Behandlung mit Botox

vorgenommen (S. 2). 4.2

Mit einem weiteren Bericht vom 14. November 2017 (Urk. 9/145/14-15) hielten die Ärzte des B.____ fest, die Beweglichkeit der Finger der rechten Hand habe sich zwar unter Botulinumtoxin etwas verbessert, die Brauchbarkeit der Hand im Alltag allerdings nicht. Auch bezüglich der Schmerzen habe sich keine Besserung eingestellt. Diese schienen die wesentliche Ursache für die hochgradige Funktionseinschränkung der rechten Hand darzustellen. Ob initial die Diagnosekriterien eines CRPS erfüllt gewesen seien, könne aus den Unterlagen nicht schlüssig entnommen werden. Aktuell fänden sich keine atrophischen Veränderungen der rechten Hand, auch seien radiologisch keine fleckigen Entkalkungen der knöchernen Strukturen beschrieben. Es seien weitere Abklärungen vorgesehen (S. 2). 4.3

Die Ärzte des B.____ stellten mit Bericht vom 12. Februar 2018 (Urk. 9/145/12-13) folgende Diagnosen (S. 1): - Verdacht auf CRPS I rechter Arm - Klinik (7. Februar 2018): Schmerzbedingte Minderinnervation der rechten Hand, Angabe einer Hypästhesie des gesamten rechten Unterarmes und aller Finger - Elektroneuromyographie (ENMG; 7. Februar 2018): normale motorische und sensible Neurographie N. medianus und N. ulnaris beidseits inklusive F-Wellen, auf EMG verzichtet - ausgeprägte Schonhaltung rechtes Handgelenk bei ausgeprägten Handgelenkschmerzen rechts mit und bei - ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Bereich des rechten Handgelenks mit Chondromalazie Grad II-III im Bereich des Lunatum, Triquetrum und der Fossa lunata - Degeneration des TFCC mit multiplen Einrissen und Erosionen - Status nach vollständiger Denervation Handgelenk rechts - MR Handgelenk rechts vom 11. Februar 2016: kein Knochenmarksödem, interossäres Ganglion im Os scaphoideum, Regredienz

Mehrskeletrosierungen proximaler Abschnitt Os triquetrum; vorbestehende feine Signaltonalteration Os lunatum, Gelenkganglion dorsal zwischen Scaphoid und Radius unverändert Der neurologische Status habe weiterhin eine sehr kräftige Handmuskulatur und keine Atrophien ergeben. Die Budapest-Kriterien für ein CRPS seien gemäss Unterlagen im Februar 2017 erfüllt gewesen. Gemäss der aktuellen Elektroneuromyographie handle es sich dabei um ein CRPS vom Typ I. Eine neurologische/periphere Nervenläsion lasse sich in der aktuellen Neurographie nicht feststellen; die Schmerzsymptomatik bedinge die mangelnde Innovation an der rechten Hand bei Kraftprüfung (S. 2). Am 24. April 2018 (Urk. 9/145/7-8) hielten die Ärzte des B.____ fest, die Botox-Behandlung erscheine als einzige Möglichkeit, dass der Beschwerdeführer aus der fixierten Haltung der rechten Hand herauskomme. Auffällig sei eine fehlende Atrophie der Handmuskulatur trotz chronischer Minderbewegung seit 4 Jahren. Der Beschwerdeführer gebe an, dass er auch zu Hause mit der Hand nichts machen könne (S. 2). 4.4

Am 24. Januar 2019 wurde der Beschwerdeführer von Dr. G.____ und Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Schwerpunkt Handchirurgie, RAD, untersucht. In ihrem Bericht vom 26. Februar 2019 (Urk. 9/150) stellten die Ärzte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10): - anhaltende komplette Funktionseinschränkung der rechten Hand mit anhaltender Schmerzsymptomatik mit und bei - vollständiger Funktionslosigkeit der rechten Hand unklarer Genese bei Rechtshändigkeit - Status nach vollständiger Denervation des rechten Handgelenks am 21. Mai 2015 - Status nach Handgelenksarthroskopie rechts am 2. Februar 2015 Die folgenden Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Verdacht auf beginnende

Innenmeniskusläsion rechtes Kniegelenk - Überlastungsreaktion der Halswirbelsäule bei anhaltender Fehlhaltung der rechten Hand/oberen Extremität - ohne neurologische Beteiligung der Halswirbelsäule (HWS) In den Arztberichten aus dem Jahr 2017 werde die Diagnose eines CRPS gestellt. Es werde ein unauffälliges Hautkolorit beschrieben. Es liege eine Schwellung der gesamten rechten Hand vor sowie eine Hyperalgesie ulnarseitig distaler Unterarm. Es sei ein leicht vermehrtes Schwitzen an der Handinnenfläche sowie eine fixierte Stellung im rechten Handgelenk gegeben (Bericht B.____ vom 20. September 2017). Die bildgebende Untersuchung des rechten Handgelenks vom 11. Februar 2016 zeige kein Knochenmarksödem, was auch gegen das Vorliegen eines CRPS spreche. Damit seien die Budapester Kriterien für CRPS nicht eindeutig erfüllt (S.

11). Bei der aktuellen Untersuchung biete sich ein ähnlicher Befund wie im Oktober 2016 sowie in den Berichten von 2017. Es würden jedoch etliche Diskrepanzen auffallen, die medizinisch nicht zu erklären seien. So werde vom Beschwerdeführer ein starker Schmerz in der rechten Hand angegeben, die Schmerztherapie sei jedoch marginal. Es bestünden keine Dystrophiezeichen. So seien die Finger der rechten Hand kaum geschwollen und es lägen keine Veränderungen des Nagelwachstums und des Papillarmusters vor. Der Beschwerdeführer gebe starke Schmerzen in der rechten Hand sowie im rechten Unterarm an, bei der passiven Überprüfung der Sehnenaktion am rechten Arm durch kräftigen Druck auf die Unterarmmuskulatur werde jedoch kein Schmerz angegeben. Die rechte Hand werde seit knapp 5 Jahren nicht eingesetzt. Trotzdem seien die Umfangmasse des rechten Oberarms und des rechten Unterarmes stärker ausgeprägt als die auf der linken Seite. Die Messung der Temperatur beider Hände ergebe keine Differenzen. Diese Befunde erfüllten die Budapester Kriterien nicht und sprächen gegen das Vorliegen eines CRPS. Bei der Untersuchung werde eine komplette Funktionslosigkeit der rechten Hand vorgeführt. Eine medizinische Erklärung für diesen Befund habe nicht gefunden werden können. Ob eine psychiatrische Erkrankung einer Rolle spiele, müsse noch geklärt werden (S. 11). In der angestammten Tätigkeit bestehe seit 19. Februar 2014 keine Arbeitsfähigkeit. Es bestünden Einschränkungen für mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten, insbesondere solche mit überwiegender Belastung des rechten Handgelenks und mit erhöhten Anforderungen an die Kraft der rechten Hand, die Funktion und Fein- sowie Grobmotorik der Finger rechts sowie mit Kälte- und Nässeexposition (S. 11). Aus versicherungsmedizinischer Sicht müsse der Beschwerdeführer als Einhänder links betrachtet werden. Zumutbar seien körperlich leichte Tätigkeiten mit Wechselbelastung ohne den Einsatz der rechten Hand, auch ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Heben und Tragen von Lasten sowie ohne Arbeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen am rechten Handgelenk, ohne repetitive Beanspruchung der rechten Hand und ohne erhöhte Anforderungen an das feinmotorische Geschick der rechten Hand. Aufgrund der Funktionslosigkeit wie auch der ausgeprägten Schmerzhaftigkeit seien solche Tätigkeiten seit dem 24. Januar 2019 zu 80 % zumutbar. Die Arbeitsunfähigkeit von 20 % sei den funktionellen Einschränkungen bei Einhändigkeit geschuldet (S. 12). Im Vergleich mit der RAD-Untersuchung vom 11. Oktober 2016 sei die Schmerzmitteleinnahme deutlich reduziert worden. Damals habe der Beschwerdeführer angegeben, Panadol, Voltaren und Novalgin einzunehmen. Aktuell werde nur die Einnahme von Ibuprofen angegeben. Dies spreche für die Reduzierung des Leidensdrucks, auch wenn der Beschwerdeführer erhebliche Schmerzen angebe. Es bestehe aktuell der Eindruck einer wenn überhaupt nur geringen Schmerzhaftigkeit der rechten Hand. Auch die in den Berichten aus dem Jahr 2017 beschriebenen Hinweise auf ein CRPS lägen jetzt nicht mehr vor; die Temperatur

beider Hände sei seitengleich. Der Gesundheitszustand habe sich verbessert (S.

12). Der Beschwerdeführer fahre mit einem Auto mit Automatikgetriebe etwa 10'000 km im Jahr, zuletzt in den Kosovo. Er fahre auch Velo (S. 3). 4.5

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 19. August 2019 sein nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer eigenen Untersuchung verfasstes Gutachten (Urk. 9/167) und diagnostizierte einen Verdacht einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; S. 38).

Während der Befragung sei keine Schonhaltung des rechten Arms ersichtlich gewesen. Der Beschwerdeführer habe seinen rechten Unter- und Oberarm uneingeschränkt bewegt (S. 18 unten). Er habe den rechten Arm während seiner Erzählungen rasch bewegt und sich mit der linken Hand wiederholt den rechten Unterarm und die rechten Finger gekratzt (S. 19 unten ; S. 27 unten). Er berichte, ein automatikgeschaltetes Auto zu benutzen, welches er einhändig lenken könne. Dieses benutze er für Reisen, um die Eltern oder seine Schwester zu besuchen oder für den Einkauf (S. 25). Er habe das Abnehmen der Schiene demonstriert, wobei keinerlei Schmerzreaktionen zu beobachten gewesen seien. Er habe seinen rechten Arm auf die Sofastütze gelegt, wobei die Finger nicht bewegungslos gewesen seien, sondern leichte Spontanbewegungen gezeigt hätten (S. 26).

Dr. I.____ hielt fest, es bestehe eine Diskrepanz zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung und dem Verhalten in der Untersuchungssituation. Der Beschwerdeführer beschreibe seinen Alltag im Sinne einer weitgehenden Invalidisierung durch Funktionsverlust der dominanten rechten Hand und durch subjektiv geäußerte Beschwerden. Während der Untersuchungssituation habe er kein konsistentes Schonverhalten der rechten Hand und des rechten Arms gezeigt und habe sich gegenüber den geäußerten Schmerzen auffällig indifferent gezeigt. Es bestehe ein Missverhältnis zwischen der subjektiv geschilderten Beschwerdeintensität und der Vagheit der Symptombeschreibung. Der Beschwerdeführer habe seine Beschwerden mit Betonung vorgetragen (Schmerz, vollständiger Funktionsverlust der rechten Hand), sei aber gleichzeitig vage geblieben bei der Beschreibung wichtiger Alltagsfunktionen (einhändiges Lenken des Automaten, einhändige Körperpflege, einhändiges An- und Auskleiden). Zudem sei nach mehrjähriger, ausschliesslich linkshändiger Tätigkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beispielsweise gelernt haben sollte, mit der linken Hand ein Formular auszufüllen; eine Fähigkeit, welche er aktuell verneint habe. Ein konsistentes Bild der verbleibenden Funktionsfähigkeit im Alltag sei demnach nicht zu erheben (S. 28).

Die Schilderung des Krankheitsverlaufs sei unpräzise gewesen und habe insbesondere keinerlei Differenzierung in der Beschreibung der Befindlichkeit und der Beschwerden beinhaltet, welche stets maximal beschrieben worden seien. Der Beschwerdeführer habe dabei entweder auf seit Jahren gleichbleibende Beschwerden (Schmerz und Funktionsverlust) der rechten Hand hingewiesen, ohne zu erwartende natürliche Fluktuationen der Beschwerdewahrnehmung zu erwähnen und auch ohne Hinweise anzunehmender Effekte einer während Jahren stetig eskalierender Schmerzbehandlung. Die Frage nach dem Vorliegen eines CRPS scheine nach wie vor unklar zu sein. Zwar sei diese nicht dem Fachbereich Psychiatrie zuzuordnen, dennoch sei sie von Bedeutung, weil die psychiatrische Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung durch ein bestätigtes CRPS einen Ausschluss erfahre. Stünden neuropathische Schmerzen im Vordergrund, so sei demnach eine solche Störung unwahrscheinlich. Könne andererseits eine neuropathische

Schmerzgenese ausgeschlossen werden und stellten sich die geäußerten Schmerzen nachvollziehbar dar, so werde die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung wahrscheinlich. Ungeachtet der diagnostischen Einordnung sei bei persistierenden Schmerzen von einem erheblichen Leidensdruck und konsequent von einer Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten auszugehen. Während der Untersuchung sei beim Beschwerdeführer kein Leidensdruck ersichtlich gewesen. Eine Inanspruchnahme unterschiedlicher Gesundheitsdienste scheine im frühen Behandlungsverlauf zwar stattgefunden zu haben, stelle sich aber heute nur noch unbedeutend dar. So sei gegenwärtig beispielsweise weder eine konsultative hausärztliche noch eine konsequente psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu dokumentieren (S. 29). Über das psychosoziale Funktionsniveau im Alltag liessen sich keine verlässlichen Angaben machen. Der Beschwerdeführer schildere seine Tagesroutine vorwiegend durch den familiär festgelegten Aktivitätsrhythmus, ohne dabei aber konkrete funktionelle Auswirkungen seiner de facto Einhändigkeit vorzutragen (S. 29 unten).

Der Beschwerdeführer habe zur Begrüssung die rechte Hand ohne den üblichen Händedruck gereicht (S. 31).

In der Gesamtbeurteilung der Aktivität und Teilhabe lasse sich aus psychiatrischer Sicht keine relevante zeitlich überdauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit begründen, da ausser einer selbst deklarierten Funktionslosigkeit und Schmerzhaftigkeit der rechten dominanten Hand keine psychiatrischen Beeinträchtigungen erkennbar seien. Selbst unter Annahme einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung lasse sich bei Abwesenheit eines CRPS ein vollständiger oder für eine Leistungserbringung in der angestammten Tätigkeit ausreichender Rückgang der aktuellen Beschwerden im Zuge einer aktivierungsbasierten, störungsspezifischen Behandlung erwarten (S. 38).

Nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess seien keine konsequenten Wiedereingliederungsbemühungen dokumentiert, was nicht nachvollziehbar sei. Beispielsweise würden durch den Beschwerdeführer keinerlei Bemühungen unternommen, in anderen Tätigkeiten aktiv zu werden. Auch finde kein zu erwartendes Training der linken Hand zwecks Funktionsübernahme dominanter Funktionen statt. Die Beschwerdevalidierung zeige ein Bild mit Inkonsistenzen. Die aktuelle gesundheitliche und soziale Situation werde vom Beschwerdeführer einzig durch die Schmerzen und die Funktionslosigkeit der rechten Hand als einschränkend beschrieben. Es liege eine subjektive Beschwerdeausweitung (Schulter- und Kopfschmerzen) mit partieller Schonung vor. Auffallend und wegleitend stelle sich zudem der Umstand dar, dass der Beschwerdeführer den Effekt sämtlicher therapeutischer medikamentöser und nicht-medikamentöser Interventionen während Jahren ohne Differenzierung als gleichermassen wirkungslos beschrieben habe (S. 41). Es bestehe aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit (S.

47). 4.6

Dr. med. J.____, Fachärztin für Chirurgie und Handchirurgie, hielt mit Bericht vom 27. November 2019 (Urk. 9/182) fest, für den Beschwerdeführer seien subjektiv die Beschwerden seit Jahren unverändert, und so offensichtlich auch die Klinik. Es finde sich in den Akten kein Hinweis darauf, dass sich diese in irgendeiner Form geändert oder gar gebessert hätte. Dass der Beschwerdeführer aktuell keine Analgetika einnehme, stehe in keinem Zusammenhang zur Klinik, er sei aber nicht austherapiert. Eine trophische Störung

sei nicht ausgeschlossen. Neben dem anhaltenden Schmerz, der durch den ursprünglichen Mechanismus nicht erklärbar sei, zeige der Beschwerdeführer eine Hyperalgesie, eine diffuse Schwellung der gesamten Hand und eine reduzierte Beweglichkeit, weshalb der Verneinung eines CRPS nicht zuzustimmen sei. Es sollten dieselben Kriterien bezüglich der Berentung gelten wie 2016, ungeachtet der erschwerten Objektivierbarkeit der Beschwerden (S. 2). 4.7

Dazu hielt Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, RAD, am 15. April 2020 (Urk. 9/194/5) fest, Dr. J.____ berichte, dass an der rechten Hand offenbar keine Bewegung stattgefunden habe, jedoch passiv teilweise eine volle Fingerbewegung durch die Untersucherin möglich gewesen sei. Weiterhin sei das rechte Handgelenk schmerzbedingt als nicht untersuchbar geschildert, jedoch gleichermassen eine rechts ausgeprägtere Vorderarmmuskulatur beschrieben worden. Dies erscheine aus biomechanischen Überlegungen als sehr widersprüchlich. Denn bei vorgetragener langer Schmerzschonung der Hand sollte eher eine Verschmächtingung der rechten Unterarmmuskulatur zu erwarten sein. Habe

die Umfangsdifferenz am rechten Unterarm 2016 noch minus 0.5 cm, betragen, sei 2019 an gleicher Messstelle ein Umfangsplus rechts von 1 cm festgestellt worden. Eine derartige Volumenzunahme der Unterarmmuskeln sei nur über einen stärkeren Gebrauch zu erklären. Auch habe der Schmerzmittelkonsum im Vergleich zu 2016 abgenommen. Somit zeige sich eine funktionelle Verbesserung. 5. 5.1

Vor Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 10. Februar 2017 (Urk. 9/111) wurden vereinzelte Diskrepanzen beobachtet. Dr. C.____ hielt fest, dass insbesondere die intensive Hyperalgesie der Haut im Bereich des streckseitigen Handgelenks, des Handrückens und der dorsalen Finger weder mit einer Gelenkpathologie noch mit postoperativen Zuständen nach der Denervation erklärbar seien (vgl. vorstehend E. 3.6). Kreisarzt Dr. D.____ wies darauf hin, dass der Beschwerdeführer den rechten Arm beim Auskleiden weitgehend ausschliesse, jedoch beim Ankleiden deutlich besser einsetze. Athrophien der Muskulatur am Ober- und Unterarm seien nicht erkennbar. Bei der Prüfung der Beweglichkeit des Ellbogens und der Schultergelenke spanne der Beschwerdeführer aktiv dagegen, es habe sich aber schlussendlich eine fast uneingeschränkte Beweglichkeit im rechten Ellbogen- und Schultergelenk objektivieren lassen (vgl.

vorstehend E.

3.8). Dr. E.____ stellte Gebrauchsspuren fest und konnte die Beschwerden und den Leidensdruck nicht wirklich einordnen (vgl. vorstehend E.

3.9). Dr. F.____ konnte keine genügende neurologische Erklärung für die Einschränkungen finden (vgl. vorstehend E. 3.10). RAD-Arzt Dr. G.____ erachtete den Beschwerdeführer trotz dieser Feststellungen aufgrund seiner eigenen Untersuchung als sowohl in angepassten als auch in der angestammten Tätigkeit als nicht mehr arbeitsfähig (vgl. vorstehend E. 3.10). Letzteres ist nicht in Frage zu stellen. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten fällt jedoch auf, dass Dr. G.____ einerseits ein Belastungsprofil angab, dessen Formulierung mindestens eine Teil-Arbeitsfähigkeit erwarten liesse - was die Beschwerdegegnerin zur entsprechenden Nachfrage veranlassen dürfte (vgl. Urk. 8/84) -, und dass er andererseits die Frage einer Arbeitsfähigkeit bei funktioneller Einarmigkeit nicht thematisierte. Dies erscheint umso weniger nachvollziehbar, als der Beschwerdeführer abgesehen von der Beeinträchtigung der rechten Hand an keinen wesentlichen zusätzlichen

Einschränkungen litt. Eine offensichtliche Unrichtigkeit seiner Beurteilung lässt sich jedoch aufgrund der damals doch vor handenen Beeinträchtigung wohl nicht bejahen. 5.2

Aus den im Rahmen des Revisionsverfahrens eingeholten Arztberichten erhellt jedoch, dass sich die wie dargelegt bereits früher vorhandenen Hinweise auf eine mögliche Verbesserung und Angewöhnung bestätigt haben. So hielten die Ärzte der Klinik für Neurologie am B.____ fest, es sei, da unter Narkose keine Kon trakturen festgestellt worden seien, insgesamt eher unwahrscheinlich, dass die dystone Haltung tatsächlich permanent vorliege. Es zeigten sich keine Hinweise auf innervationsbezogene Paresen, Sensibilitätsstörungen oder eine Spastik (vgl.

vorstehend E. 4.1). Atrophe Veränderungen der rechten Hand wurden nicht fest gestellt (vgl. vorstehend E. 4.2), die kleine Handmuskulatur wurde als sehr kräftig und ohne Atrophien beschrieben. Dass eine Atrophie trotz chronischer Minder bewegung seit vier Jahren fehle, sei auffällig (vorstehend E. 4.3). Eine Atrophie und damit fehlende Reduktion der Muskelmasse lässt sich nur mit einem Gebrauch erklären. 5.3

Dies wurde von Dr. G.____ und Dr. H.____ (vgl. vorstehend E. 4.4) bestä tigt. Zwar habe sich ein ähnlicher Befund wie früher gezeigt, aber es seien erheb liche Diskrepanzen vorhanden: K eine Dystrophiezeichen , marginale Schmerzthe rapie, Angabe starker Schmerzen, jedoch keine Schmerzangabe bei der passiven Überprüfung der Sehnenaktion am rechten Arm. Der Gebrauch der rechten Hand und des rechten Arms zeigte sich nach Feststellung der Ärzte deutlich an der rechts stärker ausgeprägten Umfangmasse. Dies lässt sich mit der demonstrierten Funktionslosigkeit nicht vereinbaren. Zudem ist es nicht vorstellbar, dass der Beschwerdeführer sein Auto einzig mit der linken Hand bedient und steuert und so Tausende Kilometer, beispielsweise in den Kosovo, fährt. Entgegen seiner Darstellung (vgl. Urk. 24 S. 2 Ziff. 3) ist auch bei einem Automatikgetriebe der Einsatz der rechten Hand nicht nur für die Bedienung des Schalthebels - was im Übrigen ebenfalls einen kräftigen Griff und einen gewissen Kraftaufwand erford ert - und des Scheibenwischers erforderlich, sondern es muss gewährleistet sein, dass das Steuerrad beidhändig gehalten werden kann. Insbesondere bei Gefahrensituationen kann ein blosses Auflegen auf das Lenkrad nicht genügen. Bei einer tatsächlichen funktionellen Einhändigkeit wäre die Fahrfähigkeit an sich in Frage zu stellen beziehungsweise abklären zu lassen. Ebenso ist nicht ersichtlich, wie der Beschwerdeführer einhändig mit dem Velo bremsen oder um eine Kurve fahren können sollte. Dass der Beschwerdeführer offensichtlich auch fähig ist, Haushaltarbeit zu verrichten (vgl. Urk. 17), bestätigt den zu vermuten den erheblichen Gebrauch der rechten Hand. 5.4

Schliesslich stellte auch Dr. I.____ (vgl. vorstehend E. 4.5) erhebliche Diskre panzen fest. Es sei keine Schonhaltung des rechten Arms ersichtlich gewesen und der Beschwerdeführer habe seinen rechten Arm rasch bewegt, die Finger seien nicht bewegungslos gewesen, sondern hätten nach Auflage des rechten Arms auf der Sofalehne leichte Spontanbewegungen gezeigt. Im Gegensatz dazu hielt der Beschwerdeführer seinen Arm anlässlich der Untersuchung durch Dr. G.____ und Dr. H.____ in einem rechten Winkel am Körper und hielt die Finger unbe weglich (vgl. Urk. 9/150 S. 4). Bei Dr. I.____ zeigte der Beschwerdeführer kein konsequentes Schonverhalten und eine auffällige Indifferenz gegenüber den geäusserten Schmerzen. Dr. I.____ wies darauf hin, dass bei mehrjähriger aus schliesslich linkshändiger Tätigkeit davon auszugehen wäre, dass der Beschwer deführer gewisse Fähigkeiten «umgelernt» hätte, was jedoch nicht der Fall ist. Auch dies lässt auf eine Funktionstüchtigkeit der rechten Hand schliessen. 5.5

Dass Dr. H.____ und Dr. G.____ von einer Verbesserung ausgingen und nun eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 80 % als zumutbar erachteten, ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden. Ihre Beurteilung vermag keine Zweifel zu wecken. Ob ein CRPS ausgewiesen ist oder nicht, ist unerheblich. Eine revisionsbegründende Änderung kann nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts auch gegeben sein, wenn sich ein Leiden bei gleicher Diagnose in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat oder wenn es der versicherten Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 und 6.3.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_339/2015 vom 25. August 2015 E. 3.1 und 9C_330/2014 vom 23. Juli 2014 E. 5.2, je mit Hinweisen). Dies ist vorliegend zu bejahen.

An diesem Ergebnis vermag die Beurteilung durch Dr. J.____ (vgl. vorstehend E.

4.6) nichts zu ändern:

Dr. J.____ stellte dabei nicht auf objektive Überlegungen, sondern auf die Darstellung des Beschwerdeführers ab. Dass sie der Ansicht war, es sollten ungeachtet der erschwerten Objektivierbarkeit der Beschwerden dieselben Kriterien bezüglich der Berentung gelten wie 2016, lässt auf ein fehlendes Verständnis versicherungsrechtlicher Kriterien schliessen, weshalb ihr Bericht den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.4) nicht genügt. 5.6

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass ein Revisionsgrund ausgewiesen ist. 6.

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