

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00217 vom 2. Februar 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-02-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00217](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00217)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00217 du 2 février 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00217 del 2 febbraio 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

7. März 2022 einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente (Urk. 10/ 233 = Urk.

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, KS ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da jedoch eine anspruchrelevante Veränderung und ein allfälliger Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 zu prüfen sind, sind die bis 31. Dezember 2021

gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

#### **E. 1.2**

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten.

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

### **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, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprenkung 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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

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). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer

mate riellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle des wegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

### **E. 1.5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestat ten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizi nische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen ver fügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen).

### **E. 2**

3. Mai 2022 (Urk. 9 ) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 9. September 2022 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt ( Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass der Beschwerdeführer am 1 1. Januar 2017 einen Unfall erlitten und sich dabei erneut das linke Handgelenk verletzt habe. Es müsse ein neues Wartejahr erfüllt werden, welches am 1 0. Januar 2018 ende. Aufgrund der diversen Arbeit geberwechsel, der längeren Arbeitslosigkeit und weil der zweite Unfall kurz nach Beginn einer neuen Arbeitsstelle passiert sei, werde das Einkommen ohne gesundheitliche Einschränkung anhand statistischer Werte berechnet und betrage im Jahr 2018 Fr. 67'406.--. Aufgrund der medizinischen Beurteilung sei dem Beschwerdeführer eine H ilfsarbeitertätigkeit gemäss näher umschriebenem Z umutbarkeitsprofil zumutbar . Im Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 4. August 2016 werde rechtlich verbindlich festgehalten, dass nur eine Arbeits fähigkeit von 80 % in angepasster Tätigkeit bestehe. Da weder eine

Verbesserung noch eine Verschlechterung eingetreten sei, werde diese Arbeitsfähigkeit über nommen. Bei der Berechnung des Einkommensvergleichs würden die statistischen Werte des Bundesamtes für Statistik herangezogen und ein leidensbedingter Abzug von 20 Prozent gewährt, womit ein IV-Grad von 36 % resultiere. Es bestehe demnach kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), das ABI Gutachten vom 25. Juli 2021 sei derart mangelhaft, dass ihm kein Beweiswert zukomme (S. 5). Entgegen des RAD-Arztes Dr. Z.\_\_\_\_ seien die Auswirkungen der psychischen Beschwerden, der chronischen Nacken-Schulter-Arm-Beschwerden sowie der lumbalen Beschwerden weder ausreichend untersucht noch umfassend gewürdigt worden. Sodann sei unbestritten, dass er aufgrund der Verletzung seiner linken Hand auch leidensangepasst nicht mehr voll arbeitsfähig sei. Gesamthaft resultiere auch in eine r leidensangepasste n Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von zumindest 40 % (20 % aus rheumatologischer Sicht, 20 % aus handchirurgischer Sicht), wobei die Auswirkungen der psychischen Beeinträchtigung wie auch der multiplen somatischen Leiden nicht vollständig abgeklärt seien. Es erweise sich somit, dass eine erneute polydisziplinäre Begutachtung erforderlich sei (S. 10). Der von der Beschwerde gegnerin festgesetzte Leidensabzug von 20 % erscheine angemessen (S. 11).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verschlechtert haben. Die letztmalige materielle Prüfung des Rentenanspruchs fand

mit dem bundesgerichtlich bestätigten (vgl. Urk. 10/142) Urteil des hiesigen Gerichts vom 4. August 2016 im Verfahren IV.2015.00587 (Urk. 10/140), womit die Verfügung vom 22. April 2015 (Urk. 10/131) bestätigt wurde, ihren Abschluss.

Zu vergleichen ist dem nach der Sachverhalt im Zeitpunkt der Verfügung vom 22. April 2015 beziehungsweise des Urteils vom 4. August 2016 mit demjenigen im Zeitpunkt der vor lie gend angefochtenen Verfügung vom 17. März 2022 (vgl. vorstehend E. 1.4).

### **E. 3.1**

De r Verfügung vom 22. April 2015 (Urk. 10/131) und de m Urteil des hiesigen Gerichts vom 4. August 2016 (Urk. 10/140) lag en insbeson dere das fol gende Gut achten zugrunde:

### **E. 3.2**

Die Gutachter der MEDAS Y.\_\_\_\_ erstatteten ihr poly diszip linäres Gutachten am 15. Dezember 2014 (Urk. 10/117/1-30) gestützt auf die Akten, die Exploration und die Untersuchung des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 21): - beginnende Arthrose des linken Handgelenks bei Status nach Scaphoidpseudoarthrose -Operation mit Beckenkammspan links, seit Mai 2009 - Lumbovertebralsyndrom mit Facettengelenksreizung L5/S1 links - Dysthymie, (ICD-10 F34), Differentialdiagnose unvollständig remittierte de pressive Störung - dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54) - Auffälligkeiten in der Persönlichkeit (ICD-10 Z73)

Sie führten aus, dass die internistische Untersuchung unauffällig sei. Der Beschwerdeführer trage am linken Handgelenk eine Ledermanschette und halte den Arm in eine r

Tuchschlinge (S. 23).

Die handchirurgische Begutachtung zeige radiologisch ein gutes Resultat nach Scaphoidpseudoarthrosen-Rekonstruktion. Es seien beginnende Arthrosezeichen

auszumachen. Diese Arthrose führe zu bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen, allerdings nicht nachvollziehbar in dem vom Beschwerdeführer beschriebenen Ausmass (S. 23).

Auch in der rheumatologischen Untersuchung werde der konsolidiert verheilte OP-Bereich bestätigt, bei subjektiv bereits oberflächlich stark erlebten Beschwerden sei ein Versuch der klinischen Untersuchung der Handgelenksregion links zum Teil unmöglich. Es ergäben sich keine Hinweise für ein spezifisches Leiden aus dem rheumatologischen Formenkreis. Im Bereich L5/S1 links sei eine Facetengelenksreizung eingrenzbar, Hinweise auf eine radikuläre Störung im Lumbalbereich ergäben sich nicht. Bei muskulärer Dysbalance liege ein mechanisches, belastungsgetriggertes

Lumbovertebralsyndrom vor (S. 23 f.).

Von neurologischer Seite sei ein klar bewegungsabhängiger Schmerz der linken Hand und des linken Armes festzustellen ohne typisch neurologische Qualität oder eine neurologische Ausstrahlung. Zeichen einer Reflexdystrophie beziehungsweise assoziierter trophischer Störungen würden nicht auffallen. Auch die elektroneurographische Untersuchung sei unauffällig. Somit ergebe die neurologische Untersuchung keine sicheren Hinweise auf eine Erkrankung des peripheren Nervensystems beziehungsweise auf eine neurogene Verursachung der beklagten Schmerzen (S. 24).

Auch bei der psychiatrischen Exploration würden unklare und nicht konstruktive Angaben auffallen, es zeigten sich auch Widersprüchlichkeiten in der Anamnese. Eine Aggravation sei nicht auszuschliessen. Es sei von einer depressiven Störung im März 2012 sowie von einem Rezidiv im Juni 2013 auszugehen. Aktuell entspreche der Befund nicht mehr dem einer schweren oder mittelgradigen depressiven Episode, sondern eher dem einer Dysthymie beziehungsweise einer unvollständig remittierten depressiven Störung. Es bleibe also offen, ob es sich wirklich um eine klassische rezidivierende depressive Störung handle oder um eine Anpassungsstörung oder Dekompensation sowie depressionsähnliche Symptomatik im Rahmen von Konfliktsituation und Persönlichkeitsauffälligkeiten. Die Diagnose einer Somatisierungsstörung sei wenig wahrscheinlich. So fänden sich keine multiplen wiederholt auftretenden und häufig wechselnden körperlichen Symptome, kein buntes Beschwerdemuster und keine Multisomatiformität. Das Schmerzverhalten erscheine teilweise inadäquat, die Leistungsbereitschaft selbst limitiert, auf psychischem Gebiet dekonditioniert, weshalb auch die Diagnose einer Verhaltensauffälligkeit in Verbindung mit körperlichen Störungen (ICD-10 F54) zu stellen sei. Dieser Diagnose könnten zum Beispiel auch Misslauligkeit und mangelnde Motivation zugeordnet werden. Die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung dagegen sei nicht zu sehen. Diese hätte ja bis zum Unfallereignis vollständig kompensiert vorliegen müssen. Die beschriebenen Elemente (narzisstisch und emotional instabil) hätten auch viel mit der psychosozialen Situation des Beschwerdeführers zu tun. Die beschriebenen Störungen seien durchaus willentlich beeinflussbar. Eine adäquate Pharmakotherapie und Psychotherapie wären möglich, sowie auch eine aktivere Tätigkeit zu Hause und weniger Verharren in der Krankenrolle. Aktuell sei von einer Arbeitsfähigkeit von 5

Stunden pro Tag auszugehen, aus psychiatrischer Sicht wäre diese innerhalb eines Jahres auf 100 % zu steigern. Die Prognose sei aber auch abhängig vom Anreizsystem, von den motivationalen Faktoren sowie dem Willen des Beschwerdeführers (S. 24).

Interdisziplinär sei festzustellen, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und der subjektiven Einschätzung des Beschwerdeführers bestehe. Nach zwei Unfällen des linken Handgelenks und einer Scaphoidpseudarthrose-Operation mit Beckenkammspan links seien grössere Belastungen für die obere linke Extremität nicht mehr möglich. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei hingegen zumutbar. Insofern habe sich seit der Verfügung von Juni 2011 in Bezug auf das Handgelenk keine Änderung ergeben. Hinzu gekommen sei aber ein psychisches Leiden, wobei eine exakte zeitliche Terminierung nicht möglich sei. Es liege die Dokumentation über einen stationären Aufenthalt im März 2012 vor mit dann nicht kontinuierlicher psychiatrischer Weiterbehandlung. Aktuell liege für eine leidensangepasste Tätigkeit gesamthaft eine Arbeitsfähigkeit von 60 % vor, hierin sei auch die qualitative Einschränkung von 20 % aus rheumatologischer Sicht enthalten. Diese Arbeitsfähigkeit wäre vor allem aus psychiatrischer Sicht aber zu steigern auf 100 % im Laufe eines Jahres, dann auch mit weiterhin bestehender qualitativer Einschränkung von Seiten des Bewegungsapparates (S. 24 f.).

### **E. 3.3**

und 5.2) zu erklären. Dies dürfte allenfalls auch vor dem Hintergrund der vom rheumatologischen ABI-Gutachter geäusserten Zweifel an der im MEDAS-Gutachten postulierten 20%igen Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht (vgl. Urk. 10/217 S. 52 Ziff. 7.3.3) gesehen werden. Der damalige rheumatologische MEDAS-Gutachter hielt in seiner Beurteilung vom November 2014 fest

(vgl. Urk. 10/117/40-50 S. 48), aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs für Lockerungs-, Dehnungs- und Gymnastikübungen oder eines verlangsamten Arbeitstempos aufgrund der Einhaltung ergonomischer Empfehlungen wäre maximal eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % zuzugestehen. In der Folge ging RAD-Arzt Dipl. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, am 5. Januar 2015 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht aus (Urk. 10/122/4-5), worauf sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 22. April 2015 (Urk. 10/131) sowie das hiesige Gericht in seinem Urteil vom 4. August 2016 stützte. Die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des rheumatologischen ABI-Gutachters vom 16. Juni 2021 erscheint angesichts des im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustandes (Urk. 10/217 S. 54 Ziff. 8.5) als lediglich unterschiedliche Beurteilung eines in der Hauptsache gleich gebliebenen Sachverhalts und daher im revisionsrechtlichen Kontext als unbeachtlich.

Somit ist somatisch weiterhin von einer Einschränkung von 20 % in einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit auszugehen. Es wird im Wesentlichen derselbe Gesundheitszustand beschrieben wie bereits im früheren Gutachten. Eine relevante Verschlimmerung des Zustandes liess sich nach dem Gesagten nicht dokumentieren.

Zusammenfassend ist somit seit der letztmaligen Rentenprüfung weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten. 5. 5

Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind nach dem Gesagten aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren

Untersuchungen wären diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse zu erwarten.

Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass es seit der letzten materiellen Rentenprüfung weder zu einer wesentlichen Veränderung der festgestellten Befunde noch zu einer wesentlichen Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen ist. Ein Revisionsgrund ist somit zu verneinen, womit von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden kann (vgl. BGE 141 V 281).

Der angefochtene Entscheid ist somit rechtsens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.  
6.

#### 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Diese Kosten sind ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch, zufolge der gewährten unentgeltlichen Prozessführung, einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. 6.2

Mit Honorarnote vom 15. November 2022 (Urk. 19) machte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Aufwand von total 13.9 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 80.70 geltend. Dies erscheint unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 GSVGer) als angemessen, weshalb die Entschädigung unter Berücksichtigung des massgebenden Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf insgesamt Fr. 3'380.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen ist. 6.3

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald 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 André Largier, Zürich, wird mit Fr. 3'380.-- (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: - Dr. iur. André Largier - 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, zuzu stellen.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Schüpbach

#### **E. 4.1**

Für die nachfolgende Zeit finden sich in den Akten die folgenden medizinischen Berichte:

#### **E. 4.2**

lit. b).

Sie führten aus, aus handchirurgischer Sicht schränkten die chronischen Schmerzen im Handgelenk links bei posttraumatischer Handgelenksarthrose die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ein. In der angestammten Tätigkeit könne aufgrund der objektivierbaren Befunde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden. In einer angepassten Tätigkeit, in welcher die linke Hand nur als Hilfs hand eingesetzt werden könne, bestehe hingegen aus handchirurgischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 11). Aus rheumatologischer Sicht schränkten zusätzlich das chronische myofasziale Nacken-Schultergürtelsyndrom mit Brachialgie links und das chronische lumbovertebrale Schmerzsyndrom die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ein. Auch aus rheumatologischer Sicht seien körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr möglich. In einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit bestehe hingegen auch aus rheumatologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 11 f.). Weder aus neurologischer noch aus allgemeininternistischer Sicht könne eine weitere somatische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht könne keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen sei nicht ausgeprägt und schränke die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht relevant ein. Insgesamt bestehe somit aus polydisziplinärer Sicht seit 2009 eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen körperlich belastenden Tätigkeit. In einer körperlich leichten, an die Einschränkungen der linken Hand angepassten Tätigkeit

ohne feinmotorischen anspruchsvollen Arbeiten, ohne Vibrations- und Kälteexposition bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 12).

Retrospektiv gesehen fänden sich keine Hinweise für eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit in adaptierten Tätigkeiten. Insbesondere könne keine wesentliche Veränderung beziehungsweise Verschlechterung gegenüber 2016 festgestellt werden.

Es habe sich keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingestellt. Radiologisch zeige sich eine leichte Progredienz der degenerativen posttraumatischen Arthrosezeichen (S. 13).

#### **E. 4.3**

Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Suva Kreisarzt, berichtete am 15. Mai 2017 über die kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers vom 10. Mai 2017 (Urk. 10/152/511-517) und nannte folgende Diagnose (S. 6): - gering- bis mässiggradig ausgeprägte Belastungsintoleranz linkes Handgelenk bei Zustand nach Pseudoarthrosenoperation vom 19. November 2006 bei - Zustand nach traumatisierter

Scaphoidpseudoarthrose mit persistierenden Unterarm-/Handschmerzen links, Unfallereignis vom 3. April 2008 beziehungsweise 4. Mai 2009

Er führte aus, eine fundierte Untersuchung des linken Handgelenks sei aufgrund der subjektiv beklagten starken Schmerzen nicht möglich gewesen. Auch die Beurteilung der Fingerfunktionen gelinge nur angedeutet. Die Weichteilverhältnisse beider Hände seien unauffällig bis auf bekannte Druckdolenzen am radialen palmaren Handgelenk links. Darüber hinaus würden Sensibilitätsstörungen der linken Hand angegeben, die keinem Dermatome sicher zuzuordnen seien. Nach Kenntnis der medizinischen Berichte hätten sich die Funktionseinschränkungen und die subjektiv beklagten Beschwerden im Vergleich zur heutigen Untersuchung nicht mehr relevant verändert, so dass ohne einen erneuten Eingriff der medizinische Endzustand bereits aktuell eingetreten sei (S. 6).

#### **E. 4.4**

Dr. A.\_\_\_\_ berichtete am 19. Oktober 2017 (Urk. 10/159/11-12) über die gleichen tags durchgeführte diagnostische Handgelenksarthroskopie links, die Arthroplastik STT-Gelenk (Resektion distaler Scaphoidpol) und die Schraubenentfernung HCS bei beginnender Radiokarpalarthrose links und deutlicher STT-Arthrose bei Status nach Operation einer Scaphoid-Pseudoarthrose mit Beckenkamm-Spongiosaplastik 200

#### **E. 4.5**

Die Ärzte der D.\_\_\_\_, Psychiatriezentrum E.\_\_\_\_, berichteten am 19. Dezember 2017 (Urk. 10/159/9-10) und nannten folgende Diagnosen: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) - Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Sie führten aus, bei Eintritt habe ein depressives Zustandsbild mit reduziertem Affekt und Antrieb sowie einer erhöhten inneren Spannung bestanden. In den Gesprächen sei der Beschwerdeführer sehr angespannt und eingeengt auf die Schmerzen im Arm gewesen, so dass keine kognitive Umstrukturierung möglich gewesen sei. Ein Therapieversuch mittels Lichttherapie sei unternommen worden, vom Beschwerdeführer jedoch als ineffizient beurteilt worden. Es sei keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden. Da der Beschwerdeführer die letzten Termine nicht wahrgenommen habe und sich auch seit Januar 2017 nicht mehr gemeldet habe, werde der Fall abgeschlossen.

#### **E. 4.6**

Dr. A.\_\_\_\_ berichtete am 22. Dezember 2017 (Urk. 10/159/7-8) und führte aus, auf der einen Seite sei es objektiv nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer bei einer beginnenden, vor allen Dingen zwischen dem Scaphoid und Radiusstyloid posttraumatischen Arthrose, radiocarpal noch Schmerzen habe. Unter anderen Umständen ohne die Schmerzausweitung, die sich mit wahrscheinlicher Schmerz zentralisierung präsentiere, wäre handchirurgisch eine proximal Row

Carpectomie oder eine Four-Corner Fusion indiziert. Jedoch werde bezweifelt, dass dies beim Beschwerdeführer zu einer Schmerzfreiheit führe. Grundsätzlich sei hier eher eine Evaluation der Gesamtsituation oder ein Gutachten sinnvoll. Aktuell sei in der jetzigen Situation handchirurgisch keine Möglichkeit gegeben, dem Beschwerdeführer zu helfen (S. 2).

#### **E. 4.7**

Med. pract. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesiologie, Suva Kreisärztin, berichtete am 15. Februar 2018 über die kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers vom 8. Februar 2018 (Urk. 10/178/110-119) und nannte folgende Diagnosen (S. 9): - mässiggradig ausgeprägte Belastungsintoleranz und ausgeprägte Schmerzsymptomatik linkes Handgelenk bei - Zustand nach Pseudarthrosenoperation vom 19. November 2006 - Zustand nach traumatisierter Scaphoidpseudarthrose mit persistierenden Unterarm-/Handschmerzen links, Unfallereignis vom 3. April 2008 beziehungsweise 4. Mai 2009 - Zustand nach diagnostischer Handgelenksarthroskopie links mit Arthroplastik STT-Gelenk (Resektion distaler Scaphoidpol), Schraubentfernung HCS vom 19. Oktober 2017 - aktuell noch Schmerzen und mässiggradige Bewegungseinschränkung der linken Schulter

Sie führte aus, bei der heutigen Untersuchung habe sich eine mässiggradige Belastungsintoleranz mit persistierenden Schmerzen am linken Handgelenk gezeigt. Eine ausgiebige Untersuchung der linken Hand sei wegen der angegebenen starken Schmerzen nur deutlich eingeschränkt möglich gewesen (S. 9). Zudem sei eine mässiggradige Bewegungseinschränkung mit Schmerzen der linken Schulter, mutmasslich wegen der Schonung des Handgelenks, festzustellen gewesen. Nach Kenntnis der medizinischen Berichte und des Befundes der Kreisarztuntersuchung vom Mai 2017 hätten sich die Funktionseinschränkungen und die subjektiv beklagten Beschwerden eher etwas verschlechtert. Der Befund der Kreisarztuntersuchung sei telefonisch mit der behandelnden Handchirurgin Dr. A.\_\_\_\_ besprochen worden. Eine weitere operative Therapie sei aus ihrer Sicht aktuell nicht erfolgversprechend. Als nächstes solle zuerst die Schmerzmedikation optimiert werden. Bei fehlendem Erfolg könne laut Dr. A.\_\_\_\_ eine Denervation nach Wilhelm als weitere Therapieoption erwogen werden. Aktuell seien besonders die Schmerzmedikation sowie die Kortikoideinnahme des Beschwerdeführers auffällig und sollten dringend einer spezialfachärztlichen Überprüfung unterzogen werden. Von der verbesserten Einstellung der Medikation sei eine erhebliche Verbesserung der Schmerzen zu erwarten, daher könne aktuell nicht von einem stabilen Zustand ausgegangen werden (S. 10).

#### **E. 4.8**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie

und Traumatologie des Bewegungsapparates, B.\_\_\_\_ Orthopädie, berichtete am

23. März 2018 (Urk. 10/178/145-146) und führte aus, es könne weder im Bereich der Schulter noch der Halswirbelsäule (HWS) eine Pathologie nachgewiesen werden, die das Beschwerdebild erkläre beziehungsweise orthopädisch/operativ nachhaltig behandelt werden könne. Es dürfte sich um chronifizierte Beschwerden der gesamten zervikalen und Schultergürtel- beziehungsweise Armmuskulatur links handeln. Dies könne als Folge des komplikationsreichen Verlaufs nach Scaphoidfraktur links gedeutet werden. Es werde die Vorstellung bei einem Rheumatologen empfohlen.

#### **E. 4.9**

Suva-Kreisärztin med. pract . F.\_\_\_\_ führte am 5. April 2018 aus ( Urk. 10/178/171-172) , die geltend gemachten Schulterbeschwerden links seien nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 4. Mai 2009 zurückzuführen. Für die rechte obere Extremität gälten keine Einschränkungen. Für die linke adominante Hand sei eine sehr leichte bis leichte Tätigkeit ganztags zumutbar. Hemmende vibrierende Tätigkeiten sowie repetitive Umwendungsbe wegungen seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar (S. 2) .

#### **E. 4.10**

Med. pract . H.\_\_\_\_ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 8. April 2018 Stellung ( Urk. 10/164/4) und führte aus, die Einschränkungen der Belastbarkeit der linken Hand und der Lendenwirbelsäule (LWS) seien seit langem bekannt gewesen und berücksichtigt worden. Betreffend den Bericht der D.\_\_\_\_ könne zusammenfassend aus versicherungsmmedizinischer Sicht weder die berichtete Diagnose noch deren Schweregrad nachvollzogen werden. Aus Sicht des RAD könne an der Beurteilung vom 5. Januar 2015 festgehalten werden.

#### **E. 4.11**

Dr. A.\_\_\_\_ berichtete am 22. Juni 2018 ( Urk. 10/178/254-255) und führte aus, der Beschwerdeführer habe immer noch Schmerzen, vor allem radiokarpal. Es bestehe ein absolut reizloses Handgelenk mit reizlosen Narben. Anfang August werde eine ergotherapeutische Standortbestimmung durchgeführt. Sollte die Testinnervation erfolgreich sein, sei gegebenenfalls eine Denervation nach Wilhelm operativ sinnvoll. Jeglicher weiterer grösserer handchirurgischer Eingriff sollte aktuell vermieden werden, da nicht garantiert werden könne, dass sich die Symptomatik bessere, auch bei gutem operativen Verlauf aufgrund der chronifizierten Schmerzstörung.

#### **E. 4.12**

Die Ärzte der I.\_\_\_\_ Klinik berichteten am 18. Dezember 2018 ( Urk. 10/181) zuhanden der Beschwerdegegnerin und nannten als Diagnose ein lumbosakrales Schmerzsyndrom nach Kontusion im Rahmen eines Sturzes auf Gesäss und Ellbogen links vom 16. September 2018. Sie führten aus, klinisch und im MRI gebe es weder Hinweise auf eine strukturelle Läsion noch auf eine andere Grundkrankheit, welche den Verlauf negativ beeinflusse. Therapeutisch gehe es nun primär darum, wieder ein physiologisches Bewegungsmuster einzuüben und die Schonhaltung allmählich abzubauen (S. 1) . Es sei lange mit dem Beschwerdeführer diskutiert worden, dass von Seiten des Rückens im Prinzip nun eine leichte Tätigkeit im Umfang von 50 % sinnvoll wäre. Wenngleich der Beschwerdeführer dem nicht explizit widerspreche, sei er sehr wütend über die Tatsache, dass er insbesondere wegen der Handgelenksbeschwerden links ohnehin nicht vermittelbar sei und könne nicht nachvollziehen, dass die Beurteilung gesondert für den Rücken vorgenommen werde (S. 2) .

#### **E. 4.13**

Dr. A.\_\_\_\_ berichtete am 19. Dezember 2018 ( Urk. 10/180 /7-9 ) und führte aus, die ambulante/stationäre Behandlung sei vom 3. Februar 2017 bis letztmals am 8. August 2018 erfolgt. Es seien keine weiteren Kontrollen geplant. Seit sie den Beschwerdeführer für eine Zweitmeinung gesehen habe, sei er zu 100 % arbeits unfähig. Der Beschwerdeführer sei

ebenfalls in psychotherapeutischer Behandlung bei wahrscheinlicher Schmerzcentralisierung gewesen. Es bestehe eine unveränderte Schmerzsymptomatik mit Verdacht auf chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine rezidivierende depressive Störung bei einer beginnenden radiocarpalen Arthrose links (S. 1). Es bestehe eine schlechte Prognose bezüglich der Arbeitsfähigkeit (S. 2).

#### **E. 4.14**

Die Ärzte der I.\_\_\_\_ Klinik berichteten am 3. Januar 2019 (Urk. 10/182/9 10) und führten aus, der Beschwerdeführer sei nicht bei ihnen in Behandlung. Die letzte Kontrolle habe am 18. Dezember 2018 stattgefunden. Am 30. Oktober 2018 und 10. November 2018 sei die Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis Ende Jahr verlängert worden. Die Frage der Zumutbarkeit falle schwer zu beantworten. Gestützt auf die Anamnese sei jedwelche Arbeitstätigkeit noch unmöglich. Berücksichtige man die Untersuchungsbefunde, stehe dem von Seiten des Rückens aber nichts im Weg. Idealerweise habe die aktuell erfolgte Abklärung einen beruhigenden Effekt und lasse die Schonhaltung abbauen. Wenn Angst- und Vermeidungsverhalten der primäre Mechanismus seien, sollte unter begleitender psychosomatisch orientierter Schmerztherapie von Seiten des Rückens eine angepasste Tätigkeit beginnend mit halbtägigem Pensum möglich sein. Der Beschwerdeführer demonstrierte anlässlich der Konsultationen eine schwerste Beeinträchtigung. Einen strukturellen oder funktionell-mechanischen Grund habe dabei nicht identifiziert werden können. Aus rheumatologischer Sicht per se würde aufgrund der vorliegenden Befunde und insbesondere auch des Unfallmechanismus erwartet werden, dass von Seiten des Rückens bereits vor einigen Wochen mit einer Arbeitstätigkeit hätte begonnen werden können. Das hohe Schmerzniveau mit Provokation bei geringsten Belastungen verbunden mit einer grossen Bewegungseinschränkung sowie die damit verbundene starke emotionale Reaktion stünden einer Rehabilitation und einer Wiedereingliederung im Weg.

#### **E. 4.15**

PD Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, spez. Handchirurgie, berichtete am 21. Januar 2019 (Urk. 10/184/7-8) und führte aus, im Vergleich zur Voruntersuchung sei der Befund unverändert mit ansatzweise möglicher Extension und Flexion im bereits dokumentierten Ausmass. Die Vorgeschichte und der radiologische Zustand erklärten den glaubhaft schmerzhaften posttraumatischen Zustand. Konservative Massnahmen schienen bei dieser langen Vorgeschichte kaum mehr erfolgversprechend. Eine gewisse Persistenz von Beschwerden sei auch postoperativ durchaus zu erwarten. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in einem manuell belasteten Beruf sei unwahrscheinlich.

#### **E. 4.16**

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, berichtete am 5. Juni 2019 (Urk. 10/192/9) und führte aus, der Beschwerdeführer stelle sich nach reiflicher Überlegung zur Planung eines operativen Eingriffs in der handchirurgischen Sprechstunde vor. Es seien mit dem Beschwerdeführer nochmals die vorliegenden Befunde und die Situation besprochen worden. Dieser wünsche dringend ein operatives Vorgehen. Der Beschwerdeführer sei über eine Proximal Row

Carpectomy und gegebenenfalls auch die Durchführung einer Resektion des Processus styloideus radii sowie über die damit verbundenen Risiken aufgeklärt worden. Es sei kommuniziert worden, dass im postoperativen Verlauf eine intensive ergotherapeutische

Behandlung und die Mitarbeit des Beschwerdeführers gefordert sei, und eine Beschwerdefreiheit auch nach der Operation nicht garantiert werden könne, zumal der Verdacht auf eine gewisse Symptomausweitung, auf die nicht zuletzt die Bewegungseinschränkung im Ellbogen und der Schulter zurückgeführt werde, bestehe.

#### **E. 4.17**

Dr. K.\_\_\_\_ berichtete am 18. Dezember 2019 (Urk. 10/195/17-18) über den postoperativen Verlauf nach am 23. Juli 2019 durchgeführter Proximal Row

Carpectomy, Resektion des Nervus

interosseus

posterior und Processus styloideus radii am linken Handgelenk und führte aus, subjektiv beklage der Beschwerdeführer immer noch relevante Handgelenksschmerzen, die sich bereits beim Betreten des Arztzimmers durch eine nach wie vor verkrampfte Positionierung der Schulter und des Ellbogengelenks präsentierten. Der bisherige Behandlungsverlauf sei seitens der Compliance des Beschwerdeführers äusserst diffus, es seien immer wieder ergotherapeutische Standortwechsel verlangt worden. Die Gelenksituation stelle sich heute unauffällig dar, die Restbeschwerdesymptomatik scheine auf die Vernarbung respektive ein Rehabilitationsdefizit zurückführbar zu sein. Ohne eine entsprechende Compliance des Beschwerdeführers und eine intensive ergotherapeutische Mitbehandlung sei eine Verbesserung des Ergebnisses nicht zu erwarten, was dem Beschwerdeführer klar kommuniziert worden sei. Aus handchirurgischer Sicht könne die Situation unabhängig hiervon nicht verbessert werden, weshalb erneute Verlaufskontrollen nicht mehr vereinbart worden seien.

#### **E. 4.18**

Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und med. pract. F.\_\_\_\_, Suva-Kreisärzte, berichteten am 10. Februar 2020 über die kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers vom 7. Februar 2020 (Urk. 10/198/40-48) und führten aus, die Untersuchung habe sich aufgrund des aufbrausend-fordernden Verhaltens des Beschwerdeführers äusserst schwierig gestaltet (S. 5). Eine differenzierte Befragung sowie eine Untersuchung seien nicht möglich gewesen. Die Angaben des Beschwerdeführers hätten teilweise verwirrend gewirkt, mit wesentlichen Diskrepanzen zum dokumentierten Verlauf. Auffällig seien neben dem deutlich gesteigerten, teilweise aggressiv wirkenden Affekt auch ein konfabulierender Gesprächsstil erschienen. Objektiv hätten sich am Handgelenk keine äusserlichen Auffälligkeiten gezeigt, ausser reizlosen postoperativen Narben. Rein inspektorisch

sei die Muskulatur beider oberen Extremitäten ähnlich ausgeprägt erschienen. Auf leichte Palpation im Bereich des linken Handgelenks habe der Beschwerdeführer mit extremen Schmerzen reagiert. Eine weitere qualifizierte Untersuchung sei nicht möglich gewesen. Dem Beschwerdeführer sei mitgeteilt worden, dass die extreme Ausprägung der Beschwerden aufgrund der vorliegenden, objektivierbaren Befunde nicht erklärt werden könne, und dass wegen der eingeschränkten Compliance die Beurteilung nach Aktenlage erfolgen werde (S. 6). Zusammenfassend lägen ohne Zweifel posttraumatische beziehungsweise postoperative Veränderungen vor. Das aktuelle Beschwerdebild sei jedoch nur teilweise durch posttraumatische Veränderungen erklärbar (S. 7).

Nach der erneuten Operation vom 23. Juli 2019 könne die Beschwerdeproublematik chirurgisch nicht mehr verbessert werden, womit von einem unfallbedingten Endzustand ausgegangen werden könne.

Die Fortführung der Ergotherapie könnte prinzipiell die Beweglichkeit etwas verbessern, dadurch würde sich jedoch die aktuelle Zumutbarkeit nicht verändern. Für die rechte obere Extremität gälten keine Einschränkungen. Für die linke dominante Hand sei eine sehr leichte Tätigkeit mit Gewichtslimit von maximal 2 kg ganztags und nur geringen Anforderungen an die Extension und Flexion im Handgelenk zumutbar. Tätigkeiten, welche Schläge, Stösse oder andauernde Vibrationen auf die linke Hand übertragen würden sowie repetitive Belastungen des linken Handgelenks seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar (S. 8).

#### **E. 4.19**

Die Suva Kreisärzte Dr. L.\_\_\_\_ und med. pract. F.\_\_\_\_ berichteten am 18. Juni 2020 (Urk. 10/199/18-19) und führten aus, da eine Verlaufskontrolle nach der Testinfiltration wegen fehlender Mitwirkung des Beschwerdeführers nicht erfolgt sei, ergäben sich nach aktueller Datenlage keine Hinweise, dass eine weitere Behandlung indiziert wäre und insbesondere, dass durch eine weitere Behandlung eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erreicht werden könnte.

#### **E. 4.20**

Die Ärzte der Universitätsklinik Balgrist berichteten am 26. August 2020 (Urk. 10/203/9-11) und führten aus, beim Beschwerdeführer zeige sich in der Arthro-CT-Untersuchung eine komplette Destruktion des Gelenkknorpels radial in der Kontaktfläche zum Os capitatum bei Status nach Proximal-Row-Carpectomy extern 2019. Die starken Schmerzen des Beschwerdeführers mit resultierendem Bewegungsverlust und deutlicher Funktionseinschränkung des linken Handgelenks seien klinisch sowie bildmorphologisch klar nachvollziehbar. Es gebe nur die operative Möglichkeit einer Handgelenksarthrodese, um die Schmerzsituation für den Beschwerdeführer zu verbessern (S. 2).

#### **E. 4.21**

Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 18. November 2020 (Urk. 10/203/4-5) und führte aus, es bestünden persistierende Schmerzen im linken Handgelenk bei fortgeschrittener Handgelenksarthrose sowie eine mittelschwere depressive Episode bei chronisch anhaltenden Schmerzen. Für sitzende, nur mit einem Arm zu verrichtende Tätigkeiten sei eine zwei- bis vierstündige Arbeitszeit mit Unterbrüchen pro Tag möglich.

#### **E. 4.22**

Die Ärzte der Ärztlichen Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) erstatteten ihr von der Beschwerdegegnerin veranlassetes, polydisziplinäres Gutachten am 25. Juli 2021 (Urk. 10/217) gestützt auf die Untersuchungen des Beschwerdeführers sowie die Akten und nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 Ziff.

#### **E. 4.23**

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD der Beschwerdegegnerin, nahm am 17.

August 2021 Stellung ( Urk. 10/222/14-17) und führte aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers werde im vorliegenden Gutachten polydisziplinär dargestellt. Es würden deutliche Inkonsistenzen aufgezeigt. Wesentliche Anzeichen einer permanenten Schonhaltung des linken Arms fänden sich keine. Eine gleichmässige Einschränkung in allen Lebensbereichen sei nicht gegeben. Die Arbeitsfähigkeit werde durch eine Funktionseinschränkung des linken Handgelenks und durch eine Belastungsminderung von Schultergürtel und Achsenskelett nachvollziehbar beeinträchtigt. Die ursprüngliche Tätigkeit als Hilfsarbeiter sei deshalb dauerhaft nicht mehr zumutbar. In einer optimal angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Aufgrund einer ausgeprägten Behinderungsüberzeugung und einem Versorgungswunsch sei insbesondere unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsstörung eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung unrealistisch.

#### **E. 4.24**

RAD-Arzt Dr. Z.\_\_\_\_ nahm am 24. Januar 2022 erneut Stellung ( Urk. 10/232/4-5) und führte aus, entgegen den Ausführungen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers sei ein psychiatrischer Befund erhoben worden. Depressive Zustände seien im Gutachten anerkannt worden. Sie seien jedoch im Rahmen der Persönlichkeitsstörung und nicht als eigenständiges Krankheitsbild gewertet worden. Im rheumatologischen Gutachten werde unabhängig von der Handproblematik ein Nacken-Schulter-Arm-Schmerzsyndrom anerkannt. Der klinische Befund werde entgegen der Behauptung des Rechtsvertreters umfassend dargestellt. Die Annahme, eine medizinische Beurteilung sei ohne MRI-Bilder nicht möglich, sei nicht zutreffend. Für eine Beurteilung seien nicht MRI-Bilder, sondern klinische Funktionen und deren Einschränkungen entscheidend. Zentrale Aussagen des neurologischen Gutachtens seien ein objektiv unauffälliger klinisch neurologischer und neurophysiologischer Status und Nachweis von deutlichen Inkonsistenzen. So würden fehlende Anzeichen einer Schonung der linken oberen Extremität, fehlende anatomische Zuordenbarkeit angegebener Sensibilitätsstörungen und fehlende Allodynie unter Ablenkung beschrieben. Deshalb sei die Schlussfolgerung einer fehlenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein neurologischer Sicht plausibel. Im handchirurgischen Gutachten würden nachvollziehbare Schmerzen und erhebliche Bewegungseinschränkungen im linken Handgelenk festgestellt. Die hochgradige Funktionseinschränkung werde im Belastungsprofil gewürdigt.

Dr. N.\_\_\_\_ stelle fest, dass sich durch die Entfernung der proximalen Reihe die Anatomie und das radiologische Bild verändert hätten. Die Hand sei nur als Hilfshand und Gegenpol einsetzbar. Da bereits 2014 ein weitgehender Funktionsverlust der linken Hand beklagt worden sei, sei in diesem Kontext die Annahme einer weitgehend unveränderten Beeinträchtigung nachvollziehbar (S. 4). Berechtigt sei der Hinweis des Rechtsvertreters, dass im Urteil vom 4. August 2016 eine Arbeitsfähigkeit angepasst von höchstens 80 % festgestellt worden sei. Der Gesundheitszustand habe sich seither sicher nicht verbessert. Deshalb müsse auch weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % angenommen werden. Die Einschränkung sei begründbar, weil durch die erhebliche Funktionseinschränkung der linken Hand ein vermindertes Arbeitstempo angenommen werden könne (S. 5).

#### **E. 4.25**

Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, Klinik P.\_\_\_\_, berichtete am 10. März 2022 ( Urk. 3/3) über die ambulante Konsultation des Beschwerdeführers und nannte als

Diagnosen eine beginnende Spondylarthrose der Lendenwirbelsäule (LWS) ohne neuroforaminale Kompression, ein kompliziertes chronisches Schmerzsyndrom nach posttraumatischer Handgelenksfraktur links und multiplen operativen Eingriffen mit einem chronischen Schmerzsyndrom. Er führte aus, der Beschwerdeführer klagt zusätzlich über Beschwerden im linken Schulterbereich, der Nackenmuskulatur und der LWS. Im Bereich der LWS zeigten sich permanente tieflumbale Schmerzen mit blockadeartigen Episoden, welche bis ins rechte Bein ausstrahlen würden. Permanente neurologische Defizite in den unteren Extremitäten bestünden keine. Die MRI-Untersuchung vom März 2022 sei unverändert zu einer Voruntersuchung vom Januar 2020 mit minimalen Degenerationen im oberen LWS-Bereich ohne Affektion nervaler Strukturen.

#### **E. 4.26**

Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Plastische-, Rekonstruktive-, Ästhetische- und Handchirurgie, Trauma Zentrum P.\_\_\_\_, berichtete am 5. April 2022 (Urk. 3/4) und führte aus, wenn überhaupt eine chirurgische Therapie in diesem Fall versucht werden sollte, dann komme lediglich eine totale Handgelenksarthrodese links in Frage mit Aussicht auf einen allenfalls möglichen partiellen Erfolg im Sinne einer Schmerzreduktion. 5. 5.1

Das Bundesgericht geht nach ständiger Rechtsprechung davon aus, dass mit dem Eintreten auf eine erneute Anmeldung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV in analoger Weise wie bei einem Revisionsverfahren nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen ist (BGE 133 V 108 E. 5.2; vgl. beispielsweise Urteil des Bundesgerichts 8C\_398/2017 vom 1. März 2018 E. 2; vgl. vorstehend E. 1. 2 ).

Dabei gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, insbesondere in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 545 E. 7.1), Anlass zur Rentenrevision. Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen und 9C\_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Auch das Hinzutreten einer neuen Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE 141 V 9

E. 5.2 mit Hinweisen). Massgebend ist einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C\_799/2016 vom 21. März 2017 E. 5.2.1 mit weiteren Hinweisen). 5.2

Mit Urteil des hiesigen Gerichts vom August 2016 im Verfahren IV.2015.00587 (Urk. 10/140) wurde die angefochtene Verfügung vom 22. April 2015 (Urk. 10/131) geschützt. Gestützt auf die Beurteilung der MEDAS-Gutachter (vorstehend E. 3.2) wurde – wie erwähnt (vorstehend E. 3.3) – davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer an einer beginnenden Arthrose des linken Handgelenks bei Status nach Scaphoidpseudoarthrose-Operation mit Beckenkammspan links, seit Mai 2009, und an einem Lumbovertebralsyndrom mit Facettengelenksreizung L5/S1 links mit Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit leide. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 80 % arbeitsfähig, wobei ihm ein volles zeitliches Pensum mit einer 20%igen Einschränkung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs oder eines verlangsamten Arbeitstempos zumutbar sei. Dem psychischen Leiden (Dysthymie, ICD-10 F34, mit der Differentialdiagnose einer unvollständig remittierenden depressiven Störung, dysfunktionale Krankheitsverarbeitung, ICD-10 F54, sowie Auffälligkeiten in der Persönlichkeit, ICD-10 Z73)

komme kein invalidisierender Charakter zu.

### 5.3

Sowohl aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht lässt die Gegenüberstellung der bei der letzten Rentenprüfung vorhandenen mit den seither eingegangenen medizinischen Berichten auf keine anspruchrelevante beziehungsweise Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers schliessen. Anlässlich der seit der erneuten Anmeldung erfolgten Abklärungen wurden insbesondere keine neuen psychopathologischen Befunde erhoben, die eine wesentliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit begründen könnten und nicht bereits zum Zeitpunkt der letzten Rentenprüfung bekannt gewesen wären.

Im psychiatrischen ABI-Teilgutachten vom 14. Juni 2021 (Urk. 10/217 S. 36-44) wurde durchaus ein psychiatrischer Befund erhoben (vgl. Urk. 10/217 S. 39) und die gestellte Diagnose hergeleitet.

Dabei wurden die vom Beschwerdeführer beschriebenen depressiven Zustände als im Rahmen der affektiven Anteile der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung angesehen und nicht als eigenständiges Störungsbild aus dem Spektrum der affektiven Erkrankungen gewertet (vgl. S. 40). Der psychiatrische Gutachter führte in nachvollziehbarer Weise aus, dass sich der Beschwerdeführer seit Jahren nicht mehr in fachpsychiatrischer Behandlung befinde und sich bis heute psychisch nicht krank sehe (S. 41). Aus psychiatrischer Sicht bestünden in der Alltagsgestaltung (S. 42) und in der Leistungsfähigkeit keine Einschränkungen (S. 43).

Sowohl retrospektiv als auch aktuell sei aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen (S. 43 und S. 44). Der Einwand des Beschwerdeführers, das Gutachten sei nicht nach den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) verfasst worden (Urk. 1 S. 6), verfährt nicht und begründet keine Verletzung von Bundesrecht. Wie die Beschwerdegegnerin richtig festhielt (Urk.

## E. 9

S. 2), stellen die Richtlinien der AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) rechtsprechungsgemäss eine Orientierungshilfe für die begutachtenden Fachpersonen dar und sollen die Gutachtenspraxis im Hinblick auf die normativ massgeblichen Gesichtspunkte konkretisierend anleiten. Ein Gutachten verliert demnach nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an diese anlehnt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_433/2017 vom 12. September 2017 E. 3.4.1). Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ungenügend sein soll. Wie der Beschwerdeführer selbst richtigerweise darauf hinweist (Urk. 1 S. 6), unterliegt die Anzahl der notwendigen psychiatrischen Explorationen und die Durchführung von Tests grundsätzlich der

Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers genügt das psychiatrische ABI-Teilgutachten den bundesgerichtlichen Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichtes.

Den vorliegenden medizinischen Berichten, insbesondere dem polydisziplinären ABI-Gutachten vom 25. Juli 2021 (vorstehend E. 4.22), lässt sich auch keine wesentliche, anspruchsrelevante Verschlechterung der somatischen Beschwerden oder Befunde entnehmen. So anerkannte der rheumatologische ABI-Gutachter (Urk.

#### **E. 10**

/217 S. 45-54) zwar unabhängig von der Handproblematik ein myofasziales Nacken-Schultergürtel-syndrom mit Brachialgie, führte jedoch aus, eine primäre Pathologie im Bereich des Schultergelenks oder der HWS sei klinisch nicht fassbar (S. 51 Ziff. 7.1).

Der Gutachter nahm auch zum bisherigen Verlauf und den früheren ärztlichen Beurteilungen Stellung und führte aus, dass der Beschwerdeführer in Übereinstimmung mit dem Bericht der Ärzte der I. \_\_\_ Klinik vom Januar 2019 (vgl. vorstehend E. 4.14) anlässlich der aktuellen Untersuchung starke lumbale Schmerzen schildere, wobei die klinischen Befunde keiner höhergradigen Pathologie entsprächen (S. 51 Ziff. 7.2). Aktuell zeige sich aufgrund der kaudalen Wirbelsäulenbeschwerden keine relevante Beeinträchtigung (S. 52 Ziff. 7.3.3). Zwar mag es sein, dass, wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht (Urk. 1 S. 7 Ziff. 6.2), dem rheumatologischen Gutachter die Ergebnisse einer MRI-Untersuchung der LWS vom Januar 2020 nicht vorgelegen haben (vgl. Urk. 10/217 S. 18 und S. 47). Der im Bericht von Dr. O. \_\_\_ vom 10. März 2022 erwähnte Befund einer MRI-Untersuchung der LWS vom 9. März 2022 nennt indes - unverändert zu einer Voruntersuchung vom Januar 2020 - lediglich minimale Degenerationen im oberen LWS-Bereich ohne Affektion nervaler Strukturen (vorstehend E. 4.25). So wurden denn vom rheumatologischen Gutachter an der LWS nur leichte Bewegungseinschränkungen für Late ralflexion beidseits erhoben. Die spontanen Rumpfbewegungen seien durchwegs frei, und es seien keine Hinweise für ein radikuläres Syndrom fassbar (Urk. 10/217 S. 51 Ziff. 7.1; vgl. auch S. 49 Ziff. 4.3). Unklar bleibe, aufgrund welcher Befunde und Diagnosen der frühere rheumatologische Gutachter 2014 eine Einschränkung von 20 % für eine angepasste Tätigkeit attestiert habe

(S. 52

Ziff. 7.3.3). Eine körperliche schwere Hilfsarbeit sei seit Jahren nicht mehr möglich (S. 52 Ziff. 8.1.1). Für eine körperlich angepasste, näher umschriebene Tätigkeit bestehe hingegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 53 Ziff. 8.2.1 und 8.2.4). Soweit dies retrospektiv überhaupt beurteilbar sei, habe aus rheumatologischer Sicht auch zu einem früheren Zeitpunkt keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine geeignete Tätigkeit bestanden (S. 53 Ziff. 8.2.5).

Es habe sich im Vergleich zur medizinischen Aktenlage, die der Verfügung vom 22. April 2015 zugrunde gelegen habe, aus rheumatologischer Sicht keine Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben (S. 54 Ziff. 8.5).

Aus neurologischer Sicht (Urk. 10/217 S. 55-62) wurde ein objektiv unauffälliger klinischer neurologischer und neurophysiologischer Status erhoben und der Nachweis von deutlichen Inkonsistenzen aufgezeigt. So machte der neurologische Gutachter auf fehlende

Anzeichen einer Schonung der linken oberen Extremität, die fehlende anatomische Zuordenbarkeit angegebener Sensibilitätsstörungen und die fehlende Allodynie unter Ablenkung aufmerksam. Nachvollziehbar wurde begründet, dass daher von einer vernachlässigbaren kleinen neuropathischen Schmerzkomponente auszugehen sei (S. 59 Ziff. 7.1).

Mit der neurologischen Beurteilung im MEDAS-Gutachten 2014 (vgl. Urk. 10/117/35-39) bestehe vollumfänglich Übereinstimmung (S. 60 Ziff. 7.3.3).

Im handchirurgischen Teilgutachten (Urk. 10/217 S. 63-70) wurden nachvollziehbare Schmerzen und eine erhebliche Bewegungseinschränkung im linken Handgelenk festgestellt (S. 67 f.).

Die beschriebenen Gefühlsstörungen in der Hand sowie Schmerzen bei Fingerbewegung wurden nach wie vor als nicht nachvollziehbar erachtet (S. 68 oben

Ziff. 7.3.1). Der Gutachter erwähnt explizit, dass sich im Vergleich zum handchirurgischen Teilgutachten vom November 2014 (vgl. Urk. 10/117/31-34) zur Untersuchung zum jetzigen Zeitpunkt praktisch nichts geändert habe. Nach wie vor bestünden eine vergleichbare Kraftmessung in beiden Händen und vergleichbare Untersuchungsbefunde (S. 68

Ziff. 7.3.3). Aufgrund der zusätzlich durchgeführten Operationen mit Entfernung der proximalen Reihe habe sich das radiologische Bild und die Anatomie im Handgelenk zwar verändert, die degenerativen posttraumatischen arthrotischen Veränderungen im Handgelenk seien jedoch unverändert (S. 70

Ziff. 8.5). Die festgestellte Funktionseinschränkung wurde im Belastungsprofil gewürdigt, wobei die linke Hand nur als Hilfs- und Gegenpol einsetzbar und zudem keine feinmotorisch anspruchsvollen Arbeiten zumutbar seien (S. 69

Ziff. 8.2.1).

Dem Beschwerdeführer sei aus handchirurgischer Sicht eine optimal angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar (S. 69 Ziff. 8.2.4). Wie bereits im Gutachten von 2014 vermerkt (vgl. Urk. 10/117/34), bestehe diese Arbeitsfähigkeit seit Juli 2010 (S. 69

Ziff. 8.2.5). Da mit erscheint die Annahme einer weitgehend unveränderten Beeinträchtigung seit dem Gutachten von 2014 als nachvollziehbar.

5.4

Zusammenfassend wurden im ABI-Gutachten Funktionseinschränkungen der linken Hand sowie chronische Nacken-Schulter-Arm-Beschwerden und lumbale Beschwerden umfassend gewürdigt und im Belastungsprofil berücksichtigt. Gegenüber dem zeitlich zu vergleichenden Ausgangssachverhalt kann keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Die weiteren vorliegenden medizinischen Berichte vermögen denn auch keine wesentlich anderen Diagnosen und Befunde zu belegen.

So vermag der nach der Begutachtung im ABI ergangene Bericht von Dr. O. \_\_\_ vom 10. März 2022 (vorstehend E. 4.25), wonach keine permanenten neurologischen Defizite in den unteren Extremitäten bestünden und ein gegenüber Januar 2020 unveränderter MRI-Befund in Form von minimalen Degenerationen im oberen LWS-Bereich ohne

Affektion nervaler Strukturen vorliege, an der gutachterlichen neurologischen Beurteilung nichts zu ändern.

Soweit der RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 24. Januar 2022 (vorstehend E. 4.24) zum Einwand des Beschwerdeführers mangels einer Veränderung des Gesundheitszustands schliesslich festhielt, dass weiterhin von der im Urteil vom 4. August 2016 festgestellten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 80 % auszugehen sei, und dies mit einem verminderten Arbeitstempo infolge der erheblichen Funktionseinschränkung der linken Hand begründete, kann – entgegen dem Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 10) – nicht auf eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % aus handchirurgischer Sicht geschlossen werden. Denn die sachvermag die nachvollziehbar begründete Beurteilung der ABI-Gutachter, dass aus handchirurgischer Sicht unverändert eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in optimal angepassten Tätigkeiten vorliege, nicht in Zweifel zu ziehen, zumal diese Beurteilung mit derjenigen durch die Suva-Kreisärzte übereinstimmt (vgl. vorstehend E. 4.9 und 4.18). Vielmehr erscheint die Beurteilung des RAD-Arztes als Versuch, die im Urteil vom 4. August 2016 zusammenfassend festgehaltene 80%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (vgl. vorstehend E.

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