

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00028 vom 23. Dezember 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-12-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2015.00028](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00028)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00028 du 23 décembre 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00028 del 23 dicembre 2015

## Erwägungen

### E. 1

) und damit bei der Zürich

Versicherungs-Gesellschaft AG versichert, als er am 2. Oktober 2001 von einem Unbekannten mit einem Messer angegriffen wurde. Dabei zog er sich eine tiefe Schnittverletzung am linken Handgelenk mit ganzer beziehungsweise teilweiser Durchtrennung

diverser Beugesehnen (FDP II-V, FDS II-V, jeweils Zone V, und FCU), der Arteria

ulnaris und des

Nervus

ulnaris zu

(vgl. Urk. 7/ZM1, 22/13/2/27, 22/13/2/29, 22/13/2/33, 22/13/8/30 und 22/13/73).

Darüber wurde die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG mit Unfallmeldung vom

### E. 1.1

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

### E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art.

### E. 1.3

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte 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 gestatten. 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 medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingehenden oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

Mit der Beschwerde wird unter anderem die Feststellung einer massiven Rechtsverzögerung durch die Beschwerdegegnerin im Einspracheverfahren beantragt (Urk. 1 S. 2 und S. 6). Das Einspracheverfahren wurde mit dem angefochtenen Entscheid vom 30. Dezember 2014 (Urk. 2) abgeschlossen, so dass kein aktuelles Interesse an dessen Beschleunigung mehr besteht.

Ein schutzwürdiges Interesse an der Feststellung einer Rechtsverzögerung

wurde weder von Seiten des Beschwerdeführers geltend gemacht (vgl. Urk. 1) noch ist ein solches ersichtlich, weshalb auf die Beschwerde insoweit nicht einzutreten ist (§ 28

lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer, in Verbindung mit Art. 59 Abs. 2 lit. a der Schweizerischen Zivilprozessordnung, ZPO). 3.

Zur Begründung des angefochtenen Entscheides führte die Beschwerdegegnerin an, dass mit dem interdisziplinären Gutachten vom 28. November 2012 eine Verbesserung des somatisch-rheumatologischen Gesundheitszustandes ausgemessen sei. Die Diagnose eines CRPS habe nicht mehr bestätigt werden können und die Beweglichkeit und die Kraft in der linken Hand hätten sich massgebend verbessert. Dem Beschwerdeführer sei aus somatisch-rheumatologischer Sicht nunmehr nicht nur eine leichte, sondern eine leicht- bis mittelgradig belastende

Verweistätigkeit zumutbar. Zwischen den psychischen Beschwerden, welche sich erst nach der Rentenzusprache

am 24. Mai 2005 manifestiert hätten, und dem Unfallereignis vom 2. Oktober 2001 bestehe kein adäquater Kausalzusammenhang. Ferner sei die rentenzusprechende Verfügung vom 24. Mai 2005 zweifellos unrichtig gewesen, weil der Berechnung des Invaliditätsgrades ein falsches Invalideneinkommen zu Grunde gelegt worden sei (Urk. 2).

Demgegenüber lässt der Beschwerdeführer den Standpunkt vertreten, es treffe nicht zu, dass sich sein Gesundheitszustand und seine Erwerbsfähigkeit verbessert

hätten. Auf das interdisziplinäre Gutachten vom 28. November 2012 dürfe nicht abgestellt werden, da dieses mit formellen und materiellen Mängeln behaftet sei. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 30. Dezember 2014

und die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 25. März 2013 seien überdies

ohne hin bereits aus dem Grund aufzuheben, dass sein rechtliches Gehör unheilbar verletzt worden sei (Urk. 1). 4. 4.1

Der Beschwerdeführer moniert, die Beschwerdegegnerin habe wenige Wochen nach dem Erhalt der beigezogenen Akten der IV-Stelle die leistungsaufhebende Verfügung vom 25. März 2013 erlassen, ohne ihm vorgängig das rechtliche Gehör zu gewähren. Es verstehe sich von selbst, dass diese wahrlich massive Verletzung des rechtlichen Gehörs in mannigfacher Hinsicht nicht geheilt werden könne. Die Verfügung vom 25. März 2013 und der angefochtene Einspracheentscheid vom 30. Dezember 2014

seien deshalb aufzuheben (Urk. 1 S. 6 f. und S. 8).

Als Erstes ist daher zu untersuchen, ob die beantragte Aufhebung wegen einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ohne eine weitere Prüfung des angefochtenen Entscheides in Frage kommt. 4.2

Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör. Sie müssen nicht angehört werden vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind (Art. 42 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 UVG). Gegen die leistungsaufhebende Verfügung vom 25. März 2013 konnte innerhalb von 30 Tagen bei der verfügenden Stelle Einsprache erhoben werden (Art. 52 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 UVG; vgl. auch Urk. 7/Z109 S. 3). Die Beschwerdegegnerin musste dem Beschwerdeführer daher vor dem Erlass der fraglichen Verfügung

kein rechtliches Gehör gewähren. Insbesondere war sie auch nicht dazu verpflichtet, ihm vorgängig das Gutachten vom 28. November 2012 nebst den weiteren beigezogenen Akten zuzustellen und ihn zum diesbezüglichen Beweisergebnis anzuhören. Die

damalige Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers erhielt auf ihr entsprechendes Ersuchen am 26. April 2013

von der Beschwerdegegnerin sämtliche Unterlagen, darunter auch das Gutachten vom 28. November 2012 (Urk. 7/M16), zugestellt (vgl. Urk. 7/Z110 und 7/Z111).

Eine weitere Zustellung des Gutachtens

vom 28. November 2012 erfolgte am 21. Februar 2014 (Urk. 7/Z115).

Im Rahmen des Einspracheverfahrens hatten der Beschwerdeführer und seine Rechtsvertretung Gelegenheit, sich zu äussern, was sie denn auch eingehend taten (vgl. 7/Z112 und 7/Z120). Eine Verletzung des Gehörsanspruchs liegt somit nicht vor (vgl. BGE 136 V 113 E.

5.3 und 132 V 368 E. 7 sowie das Urteil des Bundesgerichts 8C\_830/2011 vom 9. März 2012 E. 4.3). Der Beschwerdeführer versucht daher zu Unrecht, etwas zu seinen Gunsten aus einer solchen abzuleiten.

Es ist somit

weiter zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Voraussetzungen für eine Rentenaufhebung bejaht hat. 5. 5. 1

Bei Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 24. Mai 2005 lagen der Beschwerdegegnerin zur Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit die eigenen medizinischen Akten (vgl. 7/M1-15) und die von der IV-Stelle

bis zum 1. April 2004

gesammelten Unterlagen vor (vgl. Urk. 7/Z71, 22/47 und 22/48). Demnach präsentierten sich die Verhältnisse wie folgt:

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Handchirurgie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 4. November 2002 eine Hyperpathie im rechten Ulnarisgebiet. Der bisherige Heilungsverlauf sei eigentlich erfreulich bezüglich der motorischen Entwicklung. Es gebe jetzt keine Krallenstellung der Finger mehr, die Intrinsic-Plus-Steuerung könne ebenfalls gut eingenommen werden. Die Narben seien reizlos, wenn auch etwas verbreitert abgeheilt. Funktionell stark störend sei eine Hyperpathie im gesamten Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris, eine 2-PPD lasse sich nicht nachweisen. Als bleibender Nachteil sei eine Sensibilitätsstörung im Ulnarisgebiet zu erwarten (Urk. 7/M7).

Bei der letzten Untersuchung in der Klinik für Wiederherstellungschirurgie des Spitals B.\_\_\_\_ am 15. Mai 2003 wurde eine ausgeprägte Allodynie festgestellt, welche den Verdacht auf eine Neurombildung im Versorgungsgebiet des Nervus

ulnaris begründete. Zu den erhobenen Befunden wurden ein guter Schlüsselgriff, kein Froment-Zeichen, keine Krallenstellung, eine gute Streckfähigkeit sämtlicher Langfinger und eine gute Kleinfingerabduktion (M4/5) vermerkt. Überdies wurde eine insuffiziente Adduktion Dig. II/V mit einer Sperrdistanz von ca. 2 cm zwischen Dig. IV und Dig. V erhoben. Faustschluss und Fingerstreckung seien normal. Die rohe Kraft links betrage 6/4/6 kg, rechts 30/22/20. Bei konsequentem Fortführen der Desensibilisierungstherapie sollte eine progressive langsame Besserung der Allodyniebeschwerden in den nächsten 1-3 Jahren noch möglich sein (vgl. Urk. 22/13/16/5 und 22/13/16/6).

Am 18. Juli 2003 vermerkte Dr. A.\_\_\_\_ immer noch störende Schmerzen bei der Fingerstreckung und eine Überempfindlichkeit bei einer Berührung im Ulnarisversorgungsgebiet. Ein Tinel-Phänomen werde im gesamten Ulnarisgebiet angedeutet.

Die Höhe der Nahtstelle des Nervus

ulnaris sei wegen sehr heftiger

Tinel-Phänomene sehr stark auf Druck empfindlich. Es sei eine erstaunlich gute motorische Funktion der intrinsischen, üblicherweise ulnarisinnervierten Muskulatur vorhanden, ohne Krallenstellung und mit voller Streckung der Langfinger. Als bleibender Nachteil seien eine Hyperpathie im Ulnarisversorgungsgebiet und damit eine eingeschränkte Belastbarkeit der linken Hand zu erwarten. Zur vorgeschlagenen Operation habe sich der Patient noch nicht entschliessen können (Urk. 7/M8). In einem weiteren Bericht vom 28. August 2003 hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, im Vordergrund stünden Schmerzen und insbesondere eine Überempfindlichkeit im Versorgungsgebiet des Nervus

ulnaris, so dass das Halten von Gegenständen mit dieser Hand nur sehr schlecht möglich sei. Schmerzen träten zudem bei der Streckung der Finger auf. Für Tätigkeiten, welche den Krafteininsatz der linken Hand oder das Halten und Tragen von Gegenständen erforderlich machten, sei der Patient zu 100% arbeitsunfähig. Für leichtere Arbeiten, bei denen die linke Hand lediglich als Hilfs hand eingesetzt werden müsse, sei der Patient arbeitsfähig (Urk. 7/M9).

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Handchirurgie, diagnostizierte am 6. November 2003 neu ein mittelschweres CRPS Typ II-Syndrom des Nervus

ulnaris nach peripherer Durchtrennung. Als Befund erhob er eine ausserordentliche Überempfindlichkeit im Sinne einer Hyperästhesie und Allodynie im Bereich des Ulnaris-Neuroms mit Ausbreitung bei Belastungen, vor allem provoziert entlang der gesamten ulnaren Handhälfte, aufsteigend bis zum Ellenbogen, entlang der ulnaren Vorderarmseite. Bei den Provokationstesten, wie

Dehnung und Hyperabduktion im Schultergelenk, träten die typischen Ausstrahlungen in die linke Schulter bis in den Nackenbereich auf, welche äusserst schmerzhaft seien, ebenfalls verstärkt durch Kopfdrehungen kontralateral und in der Seitenneigung. Der gesamte Nervus

ulnaris-Verlauf sei auf Klopfen hoch empfindlich mit Schmerzausstrahlung sowohl nach distal wie auch nach proximal. Die nachbarlichen Nerven wie Medianus und Radialis seien völlig normal, ebenso die Sehnenfunktionen. Der Greifakt sei durch diese neuropathischen Schmerzen ganz erheblich eingeschränkt. Es fehle die Greifkraft; die Hand werde praktisch nur noch mit den Fingern I bis III soweit wie möglich gebraucht. Seit einem Monat arbeite der Patient zu 50 % in einem Sportgeschäft, wo er mit Verkauf beschäftigt sei. Die Belastungen hätten das Schmerzsyndrom massiv akzentuiert (Urk. 7/M10).

Am 1. Dezember 2003 führte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Anästhesiologie, eine Stellatum-Blockade durch (Urk. 7/M11). In seinem Bericht vom 20. Juli 2004 nannte er als aktuelle Diagnose ein CRPS Typ II. Der Patient sei zwar kooperativ, er sei aber auch häufig im Ausland. Bislang habe keine Besserung der Beschwerden erzielt werden können. Die Stellatum-Blockade sei ausgesprochen erfolgreich gewesen. Es sei mit Sicherheit ein bleibender Nachteil zu erwarten und der Patient werde seinen verletzten Arm nie wieder voll gebrauchen können (Urk. 7/M13).

Dr. D.\_\_\_\_ bestätigte am 21. Dezember 2004 die bereits gestellte Diagnose und stellte keine Behandlungsfortschritte fest. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf Weiteres 50 %. Sie könnte durch einen Wechsel der angestammten Tätigkeit oder des Arbeitsplatzes gesteigert werden (Urk. 7/M15).

Es standen somit die Diagnosen einer Hyperpathie, einer Allodynie und eines CRPS Typ II im Raum. Der Verfügung vom 24. Mai 2005 zufolge ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass eine behinderungsangepasste Tätigkeit (als Verkaufsmitarbeiter) zu 100 % zumutbar und beim Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von 15 % angemessen sei (vgl. Urk. 7/Z84 S. 2 und 22/28).

Sie schloss sich somit der von Dr. A.\_\_\_\_ vertretenen Auffassung an, dass lediglich leichtere Arbeiten, bei denen die linke Hand bloss als Hilfs hand eingesetzt werden müsste, behinderungsangepasst seien. Dies steht auch im Einklang mit den von Dr. C.\_\_\_\_ festgestellten Einschränkungen, gemäss welchen an der linken Hand eine fehlende Greifkraft und praktisch nur noch die Gebrauchsfähigkeit dreier Finger bestanden habe. 5.2

Zu den aktuellen medizinischen Verhältnissen äussert sich der Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. Mai 2012 (Urk. 22/13/121). Demnach litt der Beschwerdeführer seit längerer Zeit an einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und an rezidivierenden depressiven Episoden (ICD-10: F33.1). Überdies diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_

neu eine vorübergehende akute psychotische Störung (ICD-10: F23).

Während Jahren sei keine eigentliche Remission zu verzeichnen gewesen. Auf kürzere stabilere Perioden seien bald heftige Exazerbationen mit schweren depressiven Zuständen mit akuter Suizidalität, paranoiden Vorstellungen und anankastischer Symptomatik gefolgt. Eine Besserung sei angesichts des bisherigen Verlaufs nicht zu erwarten. Günstig könnte am ehesten eine Konsolidierung im sozialen Bereich wirken, aber vorläufig sei keine entsprechende Entlastung beziehungsweise Stabilisierung in Sicht (Urk. 22/ 13/121/2). 5.3

Das in der Folge von der IV-Stelle

eingeholte interdisziplinäre Gutachten vom 28. November 2012 wurde von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumakrankungen, und Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie, erstellt (Urk. 7/M16). Es nennt folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/M16 S. 8): 1.

Rezidivierende depressive Störung, seit Anfang 2012 leichtgradige Episode (ICD-10: F33.0), mässige kulturelle Integration, lange Phase von Arbeitsuntätigkeit (ICD-10: Z60.3/Z56), familiäre Schwierigkeiten (ICD-10: Z63), und anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) 2.

02.10.01 tiefe Schnittverletzung am linken Handgelenk palmar mit Flexionsausfall der Langfinger und Asensibilität im Versorgungsgebiet des linken Nervus

ulnaris : -

Sehennähte DP II (partiell), FDP III bis V, FDPS II bis V, jeweils II bis V, sowie FCU Co-Adaptionsnaht des linken Nervus

ulnaris, Anastomose der Arteria

ulnaris des linken palmaren Handgelenks und Spaltung des linken Retinaculum

flexorum -

11/03 passageres CRPS II der linken Hand

-

01.12.03 Stellatum -Blockade auf der linken Seite

-

vollständige Rückbildung.

Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des linken oberen Körperquadranten (nicht ausreichend somatisch abstützbar, diffuse Druckschmerzangabe, Polyarthralgien, cervicodistales Syndrom, Schlafstörungen, Müdigkeit, Ängste, traurige Verstimmungen), Übergewicht, anamnestisch ein Reizmagen-Syndrom, Asthma bronchiale und der Verdacht auf eine subklinische Hypothyreose (Urk. 7/M16 S.

8).

Bis Ende 2011 könne aus interdisziplinärer Sicht von einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Als Teppichverkäufer sei der Versicherte seit Anfang 2012 zu 40 % eingeschränkt. Für eine angepasste Verweistätigkeit bestehe seit Anfang 2012 eine 30%ige Einschränkung (Urk. 7/M16 S. 21).

Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht habe sich anlässlich der aktuellen Begutachtung kein relevanter Folgeschaden der am 2. Oktober 2001 erlittenen komplexen Läsion im Bereich der linken Hand objektivieren lassen. Eine eingehendere klinische Untersuchung werde erst möglich, wenn die Selbstlimitation des Versicherten abnehme (Urk. 7/M16 S. 12). Für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Lagerist und Teppichverkäufer lasse sich seit Januar 2004 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % begründen. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht seit Januar 2004 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr formuliert werden (Urk. 7/M16 S. 17). Eine angepasste Verweistätigkeit liege in einem temperierten (Raumluft) Raum, beschränke sich auf leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zu, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Die mit der linken Hand repetitiv zu bewegenden Gewichte sollten, sofern die rechte Hand nicht gleichzeitig eingesetzt werden könne, 5 kg nicht überschreiten (Urk. 7/M16 S. 17).

Aus psychiatrischer Sicht könne bis Ende 2011 von einer vollständigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Seither bestehe eine Einschränkung in der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit von 30 % (Urk. 7/M16

S. 21). Die Resultate einer am 9. November 2012 entnommenen Blutprobe zeigten, dass das Antidepressivum und das Neuroleptikum klar unter dem therapeutischen Wert lägen. Eine geeignete medikamentöse Behandlung könne die depressive wie auch die nächtliche Angstsymptomatik relevant senken. Die Arbeitsfähigkeit werde auf 80 bis 90 % ansteigen (Urk. 7/M16 S. 32). 6. 6.1

Das interdisziplinäre Gutachten vom 28. November 2012 (Urk. 7/M16) basiert auf den zur Verfügung gestellten Unterlagen und der fachärztlichen internistisch-rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung des Beschwerdeführers am 2. und 9. November 2012 (Urk. 7/M16 S.

1 und 22). Es wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstellt und berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden angemessen. Die gestellten Fragen beantwortet es umfassend. Überdies setzt es sich detailliert mit anders lautenden Beurteilungen, namentlich mit der in den Vorberichten gestellten Diagnose einer Algodystrophie respektive eines CRPS vom Typ II, auseinander (vgl. Urk. 7/M16 S. 10). Dabei wird einleuchtend und nachvollziehbar erläutert, weshalb sich eine solche mit den anlässlich der aktuellen Untersuchung erhobenen Befunden nicht objektivieren lasse und weshalb der genaue Zeitpunkt der eingetretenen Verbesserung nicht genau definiert werden könne. Namentlich wird insoweit plausibel bemerkt, dass mit der vorliegenden Dokumentation unklar bleibe, ob sich das CRPS unmittelbar nach der am 1. Dezember 2003 durchgeführten Stellatum-Blockade oder zu einem späteren Zeitpunkt zurückgebildet habe. Die Angaben des Versicherten diesbezüglich seien nicht hilfreich und die nach dem handchirurgischen

Konsiliumsbericht vom 6. November 2013 verfassten Berichte enthielten keine Angaben mehr zu den Befunden (Urk. 7/M16 S. 5, 9 und 15).

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht überzeugt, ungeachtet dessen, dass keine umfassende mehrstündige Testbatterie durchgeführt wurde (Urk. 1 S. 12 und 7/Z112 S. 5). Es wurde eine schmerzvermittelnde Medikation und Gestik mit Nachweis

von fünf der fünf Waddel 1 -Zeichen vermerkt ( Urk. 7/M16 S.

4 und 10). Bei der Untersuchung blockte der Beschwerdeführer Bewegungen, insbesondere des linken Armes, mit einem abrupt einsetzenden Widerstand ab. Phasenweise übte er die Bewegungen des linken Armes verlangsamte aus. Auf der Untersuchungsfläche in Bauchlage liegend legte er beide Arme vollständig eleviert und flektiert neben dem Kopf ab und konnte die Arme und die Hände funktionell unbehindert einsetzen, wenn er sich von der Bauch- in die Rückenlage oder umgekehrt mobilisierte (Urk. 7/M16 S. 4). Die Narben an der linken Hand und am linken Unterarm präsentierten sich reizlos. Beidseits sei ein vollständiger Faustschluss möglich und es bestehe eine vollständige Extensionsfähigkeit aller Langfinger in allen Gelenken. Die rohe Kraft der linken Hand sei rasch wechselnd und nicht-myotombezogen abgeschwächt, entsprechend M3 bis M5 minus. Diese nicht-myotombezogene Kraftabschwächung beziehe sich auf alle Finger der linken Hand. Wenn sie tatsächlich permanent bestehen würde, müsste sich zwingend eine Muskelhypotrophie entwickeln, die sich je doch eben falls nicht objektivieren lasse. Die Selbstlimitation des Beschwerdeführers lasse keine eingehendere Kraftprüfung des linken Armes zu (Urk. 7/M16 S. 5 und

11).

Auch das psychiatrische Teilgutachten ist – entgegen der in der Beschwere schrift vertretenen Auffassung (Urk. 1 S. 10) – schlüssig und nachvollziehbar begründet. Es bestehen keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die anamnestischen Angaben zum Teil unrichtig wiedergegeben worden sein könnten, wie es vom Beschwerdeführer behauptet wurde (Urk. 22/13/137 ; vgl. z.B. Urk. 22/13/76 ). Selbst wenn dies aber zutreffen sollte, so wäre zu beachten, dass es sich lediglich um einzelne untergeordnete Details handeln würde, welche die gutachterlichen Ausführungen nicht erheblich zu relativieren vermöchten. Insbesondere würde sich nichts an den im Rahmen der Begutachtung erhobenen objektiven Befunden (vgl. Urk. 7/M16 S.

26 ff. ) und dem Resultat der Laboruntersuchung einer am 9. November 2012 entnommenen Blutprobe mit Medikamentenspiegeln von Risperdal und Aurorix weit unter dem Referenzbereich (Urk. 7/M16 S.

28) ändern, welche – zu Recht – nicht bestritten werden (vgl. Urk. 1 und 22/1). Die von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung wird diskutiert und in der Folge nicht als unzutreffend bezeichnet, wie es von Seiten des Beschwerdeführers insinuiert wurde (vgl. Urk. 22/1 S. 12). Dr. G.\_\_\_\_ hat lediglich festgehalten, es sei atypisch, dass eine posttraumatische Belastungsstörung während so langer Zeit bestehen bleibe, da sie sich in der Regel zurückbilde. Allerdings sei zu bemerken, dass der Beschwerdeführer 2006 eine Retraumatisierung erlebt habe. Die von ihm (aktuell) noch immer sporadisch wahrgenommenen nächtlichen Sensationen sprächen dafür, dass er zumindest tags über, also bei der Arbeit, nicht mehr durch allfällige Restsymptome behindert werde. Er erfahre nachts zudem eigenartige Illusionen, indem er glaube, fremde Personen brächen in seine Wohnung ein und verursachten Geräusche. Die vom behandelnden Psychiater verordneten Medikamente, unter anderem Risperdal, seien geeignet, solche Störungen zu unterdrücken. Die Laboruntersuchung habe aber gezeigt, dass kein therapeutisch wirksamer Medikamentenspiegel vorliege (Urk. 7/M16 S. 29). Dr. G.\_\_\_\_ hat somit lediglich keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr festgestellt und eine Behandelbarkeit bejaht.

Auch die depressiven Episoden werden nicht wie moniert ( vgl. Urk. 22/ 1 S.

12) verneint, sondern es wird aufgrund der aktuellen Symptomatik - insoweit plausibel – lediglich eine leichtgradige depressive Episode diagnostiziert (vgl. Urk. 22/ 1 S. 12 und 7/M16 S. 29). 6.2

In formeller Hinsicht wird gegen das Gutachten vorgebracht, die Beschwerdeführerin habe dem Beschwerdeführer nicht die Möglichkeit eingeräumt, gegen Art oder Umfang der Begutachtung oder gegen die bezeichneten Sachverständigen Einwendungen zu erheben und formelle oder materielle Ausstandsgründe gegen die Gutachterpersonen geltend zu machen ( Urk. 1 S. 6 f.). Auch die IV- Stelle habe die Mitwirkungsrechte des Beschwerdeführers in mannigfacher Hinsicht verletzt, was bereits in der Beschwerdeschrift vom 29. September 2014 im sozialversicherungsgerichtlichen Verfahren IV.2014.01009 gerügt worden sei ( Urk. 1 S.

9 mit Hinweis auf die Akten des Verfahrens IV.2014.01009).

Im erwähnten Verfahren hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers richtig bemerkt, dass das Bundesgericht in seinem Leitentscheid BGE 137 V 210 die polydisziplinäre Begutachtung thematisiert und der versicherten Person – unter Aufgabe seiner bisherigen Rechtsprechung – einen Anspruch eingeräumt hat, sich vorgängig zu den Gutachterfragen zu äussern. Überdies hat es im fraglichen Entscheid festgehalten, dass die IV-Stellen der versicherten Person zusammen mit der verfügbaren Anordnung der Begutachtung den vorgesehenen Katalog der Expertenfragen zu unterbreiten haben (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9; vgl. Urk. 22/ 1 S. 5). Hierzu ist vorab zu bemerken, dass die in BGE 137 V 210 statuierten rechtsstaatlichen Anforderungen erst mit dem Urteil des Bundesgerichts 9C\_207/2012 vom 3. Juli 2013 (publiziert als BGE 139 V 349) für mono- und bidisziplinäre medizinische Begutachtungen sinngemäss anwendbar erklärt wurden (vgl. BGE 139 V 349 E. 3-5). Das zur Diskussion stehende interdisziplinäre Gutachten datiert vom 28. November 2012, das heisst es wurde bereits vor der erwähnten Rechtsprechungsänderung in Auftrag gegeben und erstattet. Die nach altem Verfahrensstandard eingeholten Gutachten verlieren durch die neu statuierte Anwendbarkeit justiziabler Korrekturen auf laufende Verfahren ihren Beweiswert nicht per se. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalles mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6). Daran vermag auch der von Seiten des Beschwerdeführers angeführte Umstand nichts zu ändern, dass das Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) bereits am 21. August 2012 aufgrund der geänderten Rechtsprechung angepasst worden war ( Urk. 22/ 1 S. 5). Hierbei handelt es sich lediglich um Verwaltungsweisungen an die Durchführungsstellen, welche für das Gericht nicht verbindlich, sondern lediglich bei der Auslegung der anwendbaren Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen zu berücksichtigen sind (BGE 132 V 121 E. 4.4 mit Hinweisen).

Weiter wird gegen das Gutachten im Verfahren IV.2014. 1009

angeführt, dass es die IV-Stelle versäumt habe, dem Beschwerdeführer vorgängig die Namen beider Gutachter bekannt zu geben. Mit der schriftlichen Mitteilung vom 30. August 2012 habe sie lediglich angezeigt, dass Dr. F.\_\_\_\_ mit der Begutachtung beauftragt werde und dieser den zweiten Gutachter bekannt geben werde. Am

17. September 2012 habe Dr. G.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer direkt mitgeteilt, dass er ihn untersuchen werde. Die IV-Stelle habe dem Beschwerdeführer somit keine Möglichkeit eingeräumt, gegen den psychiatrischen Gutachter Einwände zu erheben ( Urk. 22/ 1 S. 6).

In der fraglichen Mitteilung vom 30. August 2012, welche auch dem Beschwerdeführer persönlich zugestellt worden war, hat die IV-Stelle eine Begutachtung betreffend die Fachbereiche Innere Medizin und Psychiatrie

angeordnet. Überdies hat sie bereits Dr. F.\_\_\_\_ als Gutachter bekannt gegeben und darauf hingewiesen, dass der Name des zweiten Gutachters noch mitgeteilt werde. Triftige Einwendungen gegen die Art der Begutachtung, die vorgesehenen Fachdisziplinen sowie allfälligen/die Namen der begutachtenden Personen seien innert zehn Tagen schriftlich ab der Zustellung der Mitteilung bei der IV - Stelle einzureichen ( Urk. 22/ 13/123). Es trifft zu, dass Dr. G.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 17. September 2012 direkt erklärte, dass er von der Invalidenversicherung mit der spezialärztlichen Untersuchung beauftragt worden sei ( Urk. 22/ 13/126). Diese fand erst am 9. November 2012, das heisst knapp zwei Monate später statt (Urk. 7/M16 S. 22). Ab Erhalt der schriftlichen Mitteilung von Dr. G.\_\_\_\_ hätte der Beschwerdeführer hinreichend Gelegenheit gehabt, Einwände gegen die Person von Dr. G.\_\_\_\_

als Gutachter zu erheben. Diese Möglichkeit liess er jedoch ungenutzt verstreichen, während er zum Inhalt des Gutachtens relativ ausführlich Stellung genommen hat ( Urk. 22/ 13/137). Auch nach dem er eine Rechtsvertretung beauftragt und diese im Mai 2013 von der IV-Stelle die Akten mit dem Gutachten zugestellt erhalten hatte (Urk. 22/ 13/142), wurden keine entsprechenden Einwendungen vorgebracht. Ebenso wenig wurden im Einwand ( Urk. 22/ 13/159) und in der Beschwerdeschrift vom 29. September 2014 ( Urk. 22/ 1) gesetzliche Ausstands- oder Ablehnungsgründe geltend gemacht (vgl. Urk. 22/ 1). Solche wurden auch weder in der Einsprache vom 2. Mai 2013 ( Urk. 7/Z112) noch in der Stellungnahme vom 14. März 2014 an die Beschwerdegegnerin ( Urk. 7/ Z120) noch in der Beschwerdeschrift vom 4. Februar 2015 angeführt ( Urk. 1 S. 9).

Sie müssten jedoch so früh wie möglich vorgetragen werden. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung verstösst es gegen Treu und Glauben, Einwendungen dieser Art erst im Rechtsmittelverfahren vorzubringen, wenn dies schon vorher möglich und zumutbar gewesen wäre. Wird die sachverständige Person nicht unverzüglich als befangen abgelehnt, wenn die betroffene Person vom Ablehnungsgrund Kenntnis erhält, verwirkt sie den Anspruch auf spätere Anrufung der Verfahrensgarantie (BGE 137 V 210 E. 6.1.1). Der Anspruch gilt somit nicht absolut. Die Rüge einer fehlenden Möglichkeit, sich zur Person des Gutachters zu äussern, ohne gleichzeitig konkrete gesetzliche Ausstands- oder Ablehnungsgründe zu nennen, erscheint überspitzt formalistisch und ist nicht zu schützen. Insbesondere vermag sie die gutachterlichen Ausführungen nicht in Zweifel zu ziehen.

Schliesslich wird beanstandet, die IV-Stelle habe den Beschwerdeführer nicht auf die Möglichkeit hingewiesen, Zusatzfragen zu stellen. Ebenso wenig habe sie ihm den Fragekatalog zugestellt, sondern lediglich das Merkblatt mit dem Titel „Das medizinische Gutachten in der Invalidenversicherung“ mit den Zusatzfragen der Invalidenversicherung ( Urk. 22/ 1 S. 6 f.).

Mit der schriftlichen Mitteilung vom 30. August 2012 wurde der Beschwerdeführer ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass er Zusatzfragen, die er beantwortet haben

möchte, innert zehn Tagen einreichen könne. In der Beilage finde er die Fragen der IV-Stelle an die Ärzte (Urk. 22/ 13/123/1). Die IV-Stelle hat sich überdies keineswegs darauf beschränkt, dem Beschwerdeführer das erwähnte Merkblatt zuzusenden. Vielmehr hat sie selbst konkrete Fragestellungen formuliert, die sich im Zusammenhang mit dem Revisionsverfahren aufdrängten. Namentlich hat sie die Frage aufgeworfen, ob sich die Arbeitsunfähigkeit seit der letzten Revision verändert habe (vgl. Urk. 22/ 13/122/3). Der fragliche Zeitraum, zu welchem sich das Gutachten über den Gesundheitszustand äussern sollte, war damit klar definiert. Für den Fall einer festgestellten Veränderung der Arbeitsunfähigkeit sollte überdies angegeben werden, ob es sich um eine Verbesserung oder um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes handele oder um einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand, dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nur anders beurteilt würden (Urk. 22/ 13/122/3). Darüber hinaus hat die IV-Stelle eine Zusatzfrage bezüglich der Überwindbarkeit der psychiatrischen Diagnosen gestellt (Urk. 22/ 13/122/3). Ein Versäumnis ist der IV-Stelle in diesem Punkt folglich nicht vorzuwerfen.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass im Zusammenhang mit der Einholung des Gutachtens durch die IV-Stelle keine verfahrensrechtlichen Ansprüche des Beschwerdeführers gemäss BGE 137 V 210 verletzt wurden. Damit kann – im Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung – offen bleiben, ob und bejahendenfalls inwieweit eine Verletzung dieser Grundsätze in einem Verfahren der Unfallversicherung, in welchem das Gutachten lediglich beigezogen wird, überhaupt zu beachten wären (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_395/2012 vom 31. August 2012 E. 4.4). 6. 3

Der Beschwerdeführer lässt sodann

geltend machen, dass die beiden Gutachter die Anforderungen bezüglich einer unabhängigen und unvoreingenommenen Begutachtung nicht erfüllt hätten. So habe Dr. F. \_\_\_ den Beschwerdeführer in Verletzung seiner medizinischen Fachrichtung nicht nur rheumatologisch beurteilt, sondern gleichzeitig noch eine Beurteilung als Facharzt der Allgemeinen oder Inneren Medizin abgegeben (Urk. 1 S. 9).

Hierzu ist festzuhalten, dass die IV-Stelle mit der Mitteilung vom 30. August 2012 eine Begutachtung betreffend die Fachbereiche Innere Medizin und Psychiatrie angeordnet hat (Urk. 22/13/123). Die Innere Medizin ist ein Spezialgebiet der Humanmedizin, das sich mit Prävention, Diagnostik, konservativer Therapie und Rehabilitation der Krankheiten der Atmungsorgane, des Herzens- und des Kreislaufs- sowie des Verdauungssystems, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Bluts und der hämatopoetischen Organe, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, der Infektionskrankheiten sowie zum Teil auch mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats und allergischer beziehungsweise immuneller

Erkrankungen befasst und auch die Intensivmedizin umfasst. Rheumatologie ist die Lehre der Entstehung, Behandlung und Verhütung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises. Solche treten am Stütz- und Bewegungsapparat auf (vgl. zum Ganzen: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Auflage, Berlin 2014, S. 1020 und 1848).

Insofern ist die Rheumatologie ein Spezialgebiet der Inneren Medizin (vgl. auch Urk. 6 S. 6 mit Hinweisen).

Dr. F. \_\_\_, welcher über die entsprechende fachärztliche Eignung verfügt (vgl. Urk. 7/M16 S. 1), hat diesen Aspekten bei seiner Beurteilung Rechnung getragen, was nicht zu

beanstanden, sondern vielmehr als besonderes Qualitätsmerkmal zu werten ist. Ein polydiszip linäres Gutachten liegt damit – entgegen der von Seiten des Beschwerdeführers vertretenen Ansicht ( Urk. 1 S. 12 und 7/Z112 S. 4) – aber nicht vor.

Mit Bezug auf die Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_ wird gerügt, dass er nebst den Fragen der IV-Stelle 18 weitere offenbar nicht von dieser formulierten Fragen beantwortet habe ( Urk. 1 S. 9). Soweit dieser Vorwurf zutrifft (vgl. Urk. 7/M16 S. 31 ff. ), ist gegen das Vorgehen von Dr. G.\_\_\_\_

beziehungsweise von Dr. F.\_\_\_\_

nichts einzuwenden. Vielmehr spricht es für die Qualität eines Gutachtens, wenn die Gutachter weitere sich aufdrängende Fragestellungen ansprechen und abhandeln. Ob sie ihre Ausführungen in Frage-Antwortform oder in einen gewöhnlichen Text kleiden wollen, ist ihnen zu überlassen. 6.4

Schliesslich bleibt zu bemerken, dass im Gutachten vom 28. November 2012 neu eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert und aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten von 30 % attestiert wurde. Gemäss der damals geltenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung bestand eine Vermutung, dass eine somatoforme Schmerzstörung und ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar ist und sie in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken vermag. Nur im Ausnahmefall, wenn die sogenannten Foerster-Kriterien in einem hinreichenden Ausmass erfüllt waren, wurden die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung verneint und ein Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess als unzumutbar erachtet (vgl. BGE 139 V 547 E. 3, 131 V 49 E. 1.2 und 130 V 352). Das Bundesgericht hat seine bisherige Rechtsprechung mit Urteil 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) geändert und das bisherige Regel-/ Ausnahmefallmodell durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs treten im Regelfall beachtliche Standortfaktoren. Unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits soll das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen beurteilt werden ( BGE 141 V 281 E. 3.6). Betont wird, dass die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung an den Regeln betreffend die Zumutbarkeit nichts ändert, namentlich nicht am Erfordernis einer objektivierte Beurteilungsgrundlage. Nach Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie gerichtsnotorisch ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden – wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet –, sind auch künftig nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen ( BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten

nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall

zu prüfen, ob die bei gezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen ( BGE 141 V 281 E. 8).

Im hier zu beurteilenden Fall sind keinerlei Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass unter Berücksichtigung der nunmehr massgebenden Standardindikatoren an Stelle der sogenannten Foerster- Kriterien eine andere Beurteilung erfolgen müsste, zumal primär die Frage der Adäquanz zu klären sein wird. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der Laboruntersuchung der beim Beschwerdeführer entnommenen Blutprobe von einer unzureichenden medikamentösen Behandlung auszugehen ist, was gegen die Unüberwindbarkeit des psychischen Leidens spricht. Es besteht daher auch kein Anlass, das Gutachten im Hinblick auf die geänderte Rechtsprechung ergänzen zu lassen. 6 . 5

Aus dem Gesagten folgt, dass nichts vorgetragen wurde, was das Gutachten vom

28. November 2012 formell oder materiell mangelhaft erscheinen liesse oder sonst in Zweifel zu ziehen vermöchte. Ebenso wenig ist etwas dergleichen aus den Akten ersichtlich. Vielmehr erfüllt das Gutachten sämtliche von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5a und 125 V 351 E. 3a). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf abgestellt hat. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass es beim Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides vom 30. Dezember 2014 ( Urk. 2) bereits rund zwei Jahre alt war, wie es in der Beschwerdeschrift moniert wird ( Urk. 1 S. 12). Anhaltspunkte auf eine zwischen zeitlich eingetretene Veränderung der medizinischen Situation und der Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsfähigkeit sind keine vorhanden. Eine derartige Entwicklung wurde auch nicht ansatzweise behauptet. 6 . 6

Mit dem Gutachten ist ausgewiesen, dass sich der physische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers insofern verbessert hat, als inzwischen keine Algodystrophie respektive kein CRPS vom Typ II mehr diagnostiziert werden kann. Der Beschwerdeführer ist in der Lage, seine linke Hand funktionell unbehindert einzusetzen, zur Faust zu schliessen und seine Langfinger auszustrecken.

Selbst die repetitive Bewegung von Gewichten bis zu 5 kg ist ihm mit der linken Hand nunmehr wieder möglich. Aus rein somatischer Sicht ist

ihm daher nicht mehr bloss eine leichte, sondern eine leicht- bis mittelgradige Verweistätigkeit mit dem gutachterlich umschriebenen Belastungsprofil zu 100 % zumutbar. 7.

### **E. 3**

. Oktober 2001 in Kenntnis gesetzt (Urk. 7/Z2 ), worauf sie die Heilbehandlungs-kosten übernahm und dem Versicherten Taggelder ausrichtete (vgl. Urk.

### **E. 7**

/Z109 ). Dagegen liess der Versicherte am 2. Mai 2013 Einsprache erheben ( Urk. 7/Z112 ).

Ebenfalls unter Verweis auf das interdisziplinäre Gutachten vom 28. November 2012 hob die IV-Stelle

mit Verfügung vom 26. August 2014

die ganze Invalidenrente auf Ende des nach der Zustellung der Verfügung folgen den Monats auf (Urk. 7/Z122). Diese Verfügung wurde vom Versicherten angefochten und ist im Rahmen des am hiesigen Gericht anhängigen Beschwerdeverfahrens IV.2014.01009 zu beurteilen, in welchem heute ebenfalls ein Entscheid ergeht.

Die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG wies die Einsprache vom 2. Mai 2013 gegen ihre Verfügung vom 25. März 2013 mit Entscheid vom 30. Dezember 2014 ab (Urk. 2 = 7/ Z128 ). 2.

Dagegen liess der Versicherte mit Eingabe vom 4. Februar 2015 (Urk. 1) Beschwerde erheben. Sein Rechtsvertreter beantragte, der Einspracheentscheid vom 30. Dezember 2014 sei aufzuheben. Es sei dem Beschwerdeführer die mit Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 24. Mai 2005 zugesprochene Invalidenrente rückwirkend ab dem 30. April 2013 weiterhin unverändert zuzusprechen. Es sei das interdisziplinäre Gutachten vom 28. November 2012 vollständig aus dem Recht zu weisen. Eventualiter sei durch das Gericht eine neu polydisziplinäre medizinische Begutachtung in den Fachdisziplinen Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie durchzuführen. Es sei vom Gericht eine massive Rechtsverzögerung durch die Beschwerdegegnerin im Einspracheverfahren

festzustellen. Es seien ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen und gestützt auf Art. 6 EMRK eine öffentliche Verhandlung durchzuführen. Ferner ersuchte er um Bestellung als unentgeltlicher Rechtsvertreter (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 5. März 2015 die Abweisung der Beschwerde

(Urk. 6 S. 2). Am 31. August 2015 wurde der Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung zurückgezogen (Urk. 13). Mit Verfügung vom 3. September 2015 (Urk. 14) bewilligte das Gericht dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtsvertretung und ordnete einen zweiten Schriftenwechsel an. Die Replik wurde mit Eingabe vom 30. Oktober 2015 erstattet (Urk. 15). Auf eine Duplik wurde verzichtet (Urk. 20). Davon hat die Gegenpartei mit Verfügung vom

### **E. 7.1**

Die Beschwerdegegnerin hat richtig erkannt, dass eine psychiatrische Diagnose erstmals im Oktober 2005, mithin nach der Unfallversicherungsrentenzusprache am 24. Mai 2005 gestellt wurde (Urk. 2 S. 7 mit Hinweis auf

Urk. 7/ ZM16 S. 23 ; vgl. Urk. 22/13/76 ).

Namentlich diagnostizierte Dr. H.\_\_\_\_

in seinem Gutachten vom 1. Oktober 2005 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F31.11), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1), weswegen der Beschwerdeführer seit dem 2. Oktober 2001 zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 22/13/76/4 und 22/13/76/5).

Davor hatte Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, am 16. Mai 2005 aufgrund eines agitiert-depressiven Zustandsbildes den Verdacht auf das Bestehen einer posttraumatischen Belastungsstörung geäußert (vgl. Urk.

### **E. 7.2**

Der behandelnde Psychiater Dr. E.\_\_\_\_ vermerkte in seinem Bericht vom 4. Mai 2012 eine seit etwa dem Jahr 2002 bestehende posttraumatische Belastungsstörung, rezidivierende

depressive Episoden (ICD-10: F33.1), Beginn vor 2006, und eine vorübergehende akute psychotische Störung (ICD-10: F23) als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 22/13/121/1).

### **E. 7.3**

Gemäss dem interdisziplinären Gutachten vom 28. November 2012 leidet der Beschwerdeführer aktuell an einer rezidivierenden depressiven Störung, seit Anfang 2012 leichtgradige Episode (ICD-10: F33.0), mässiger kultureller Integration und einer langen Phase von Arbeitsuntätigkeit (ICD-10: Z60.3/Z56), an familiären Schwierigkeiten (ICD-10: Z63) und an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), welche ihn in seiner Arbeitsfähigkeit einschränken. 8. 8.1

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E.

7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne Weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6a).

Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b). 8.2

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa ). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu

einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S.

428, 1999 Nr. U 335 S.

207 ff.; 1999 Nr. U 330 S.

122 ff.; SVR 1996 UV Nr.

58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auf fallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt

es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit

den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Da mit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigen könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S.

215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). 8.3

Zu Recht wird von Seiten des Beschwerdeführers nicht beanstandet, dass die Beschwerdegegnerin seinen Unfall als mittelschwer qualifiziert hat ( Urk. 1 S. 13 und 2 S. 9; vgl. Urk. 7/Amtliche Akten).

Ebenso wenig wird in der Beschwerde schriftgeltend gemacht, dass die Beschwerdegegnerin einem der erwähnten Einzelkriterien ein besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht hätte zumessen oder aus einem anderen Grund hätte einen

adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den erst rund vier beziehungsweise elf Jahre später diagnostizierten psychischen Beschwerden bejahen müssen (vgl. Urk. 1). Auch den Akten lässt sich nichts entnehmen, weswegen sich eine andere Beurteilung aufdrängen würde. Es ist deshalb im Einklang mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass es an der erforderlichen Adäquanz fehlt, weshalb die psychischen Einschränkungen unberücksichtigt zu bleiben haben. 9.

#### 9.1

Es bleibt zu prüfen, wie sich die Verbesserung des physischen Gesundheitszustandes, namentlich der Gebrauchsfähigkeit der linken Hand, in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 9.2

Bei der Rentenzusprache ermittelte die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen anhand des als Lagerist bei der Z.\_\_\_\_ AG im Jahr 2005 mit einem Pensum von 100 % erzielbaren Einkommens von Fr. 52'800.-- (Urk. 7/Z84 S. 2). Bei einer Anpassung an die Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex [Basis 1939 = 100; im Internet abrufbar unter <http://www.bfs.admin.ch>

], Nominallohnindex Männer, Total; 2005 : 1992, 2013 :

2204 )

hätte dieses im Jahr 2013 Fr. 58'419.--

betragen.

Entgegen der von der Beschwerdegegnerin vertretenen Auffassung (Urk. 2 S. 11) ist dieser Betrag jedoch nicht ungeprüft der aktuellen Invaliditätsbeurteilung zu Grunde zu legen (vgl. BGE 141 V 9). Vielmehr ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen eines zeitlich befristeten Arbeitsverhältnisses für die Z.\_\_\_\_ AG tätig war, welches am 3. Februar 2002 geendet hätte

(Urk. 7/Z17). Bereits per 31. Januar 2002 hatte die Z.\_\_\_\_ AG ihre Geschäftstätigkeit eingestellt (Urk. 7/Z18). Unter diesen Umständen ist es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer als Gesunder nach wie vor bei seiner letzten Arbeitgeberin ein Einkommen erzielen würde. Das mutmassliche Einkommen ohne Behinderung (Valideneinkommen) lässt sich daher nicht auf der Basis des zuletzt erzielten Verdienstes bestimmen, sondern muss gestützt auf die Tabellenwerte der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen

Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelt werden (anstatt wie hier vgl. das Urteil des Bundesgerichts I 98/06 vom 21. April 2006 E. 4.1).

Angesichts der fehlenden Ausbildung und der Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers ist davon auszugehen, dass er im Gesundheitsfall eine Arbeit im Bereich einfacher Tätigkeiten ausüben würde, wobei sich die Branche nicht näher umschreiben lässt. Das

Valideneinkommen für das Jahr 2013 ist daher

ausgehend vom Lohn für das Kompetenzniveau 1 (Zentralwert) für Männer von Fr. 5'210.-- der Tabelle TA1 „Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor“ der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung

(LSE 2012) zu ermitteln. Unter Berücksichtigung der

betriebs üblich

Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden und der Nominallohnentwicklung (Basis 1939 = 100; Nominallohnindex Männer, 2012: 2188, 2013: 2204; im Internet abrufbar unter <http://www.bfs.admin.ch>

) ist von einem hypothetischen Invalideneinkommen von

Fr. 65'654.-- im Jahr 2013 auszugehen (Fr. 5'210.-- : 40 x 41,7 x 12 : 2188 x 2204) 9.3

Der Beschwerdeführer geht keiner erwerblichen Tätigkeit mehr nach. In Anbetracht des im Gutachten vom 28. November 2012 umschriebenen Zumutbarkeitsprofils, seiner fehlenden Ausbildung und spärlichen

beruflichen Erfahrung er scheint es gerechtfertigt, das hypothetische Invalideneinkommen im Einklang mit der Beschwerdegegnerin ebenfalls ausgehend vom Lohn für das Kompetenzniveau 1 (Zentralwert) für Männer von Fr. 5'210.-- pro Monat zu ermitteln (vgl. LSE 2012, Tabelle TA1, Total, Niveau 1, Männer). Ein leidensbedingter Abzug ist, wie die Beschwerdegegnerin richtig bemerkt hat, nicht mehr angemessen.

Dem Beschwerdeführer sind inzwischen wieder leichte bis mittelschwere Arbeiten in einem Pensum von 100 %

zumutbar und der Tabellenlohn im Kompetenzniveau

1 umfasst eine Vielzahl entsprechender Tätigkeiten (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_300/2014 vom 10. November 2015 E. 7.3.2). Es liegen auch keine besonderen persönlichen oder beruflichen Umstände vor, weswegen sich ein Leidensabzug aufdrängen würde (BGE 129 V 472 E. 4.2.3; vgl. auch Urk. 2 S.

12). Das massgebende hypothetische Invalideneinkommen für das Jahr 2013 beträgt somit ebenfalls Fr. 65'654.--. 9.4

Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein Invaliditätsgrad von 0 %, welcher keinen Rentenanspruch mehr zu begründen vermag. Die Rentenaufhebung erweist sich somit als korrekt. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist. 10. 10.1

Das Verfahren ist kostenlos. 10.2

Rechtsanwältin . iur . Massimo Aliotta hat für seine Bemühungen und Auslagen als unentgeltlicher Rechtsvertreter im vorliegenden Verfahren eine Honorarnote vom 9. Dezember 2015 eingereicht (Urk.

## **E. 12**

. November 2015 Kenntnis erhalten (Urk. 21). Die Akten des Verfahrens IV.2014.01009 wurden wie in der Beschwerdeschrift beantragt beigezogen (Urk. 22/1-23; vgl. Urk. 1 S. 3 ff.). Am 9. Dezember 2015 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seine Honorarnote ein (vgl. Urk. 24 und 25).

Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 17**

Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 134 V 131 E. 3 mit Hinweisen; BGE 133 V 108 E. 5.4).

## **E. 22**

/13 /67). Überdies hatte er anamnestisch fest gehalten, dass sich der Beschwerdeführer nach der Kündigung durch die J.\_\_\_\_

GmbH sehr verletzt, verzweifelt und hoffnungslos gefühlt habe. Um seine Aussicht auf eine Anstellung zu verbessern, habe er sich von April bis Oktober 2004 in Indien aufgehalten, um dort einen preiswerten Computerkurs zu besuchen. Im Oktober 2004 habe er eine Stelle bei der Firma K.\_\_\_\_ gefunden, wo ihm eine Arbeit an der Kasse versprochen worden sei. Er habe jedoch im Lager arbeiten müssen. Da das Lastheben wegen der Schmerzen in der linken Hand unerträglich gewesen sei, sei das Arbeitsverhältnis nach einer Woche wieder aufgelöst worden. Der psychische Zustand sei immer schlechter und die Aussicht auf Arbeit immer hoffnungsloser geworden, weshalb ihn die Opferhilfe stelle im Januar 2005 Dr. I.\_\_\_\_ zuge wiesen habe. Dieser habe den Beschwerdeführer am 18. Januar 2005 erstmals gesehen. Der psychomotorische Antrieb sei gut gewesen. Affektiv sei der Beschwerdeführer sehr verzweifelt und zutiefst verletzt gewesen durch den unermesslichen Messerangriff aus heiterem Himmel im Oktober 2001 und vor allem auch durch die anschliessenden Ereignisse, die er teilweise als sehr ungerecht empfunden habe (Entlassung durch die J.\_\_\_\_ GmbH und jüngste Erfahrung bei der Firma K.\_\_\_\_). Zusätzlich hätten ihn die tragischen Ereignisse in seiner Heimat im Zusammenhang mit der Tsunamikatastrophe vom Dezember 2004 belastet. Mehrere Cousins seien gestorben und das Haus der Familie sei zerstört worden. Der Beschwerdeführer habe das Bild eines agitiert-depressiven Zustands gezeigt (Urk. 22/ 13/ 67/3). Nach dem zweiten Gespräch sei er Ende Januar 2005 wegen familiärer Probleme in der Folge des Tsunami nach Indien gereist. Der Behandlungsversuch mit Surmontil sei daran gescheitert, dass er das Medikament auf der Reise verloren habe. Nach der Rückkehr habe er am 21. März 2015 von Ängsten vor dem Messerstecher berichtet, der wohl um diese Zeit aus dem Gefängnis entlassen werden sollte. Er habe angegeben, seinen Denkreise oft um jene Attacke. In der Nähe des Ortes, wo sich der Vorfall ereignet hatte, fühle er sich unwohl. Überdies habe er von nächtlichen Angst- und Verfolgungsträumen sowie von flashback-artigen Erinnerungsbildern am Tag berichtet. Psychomotorisch habe der Beschwerdeführer sehr angespannt gewirkt. Weitere Behandlungsversuche seien seither nicht möglich gewesen, da er erneut nach Indien gereist sei, weil es seiner Mutter schlecht gehe (Urk. 22/13/67/4).

## **E. 25**

). Der geltend gemachte Aufwand von 13,59 Stunden erscheint

angemessen. Es ist ihm daher die beantragte Entschädigung von Fr. 3' 229.-- (inkl. 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Massimo Aliotta, Winterthur, wird mit Fr. 3'229.-- (inkl. MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGe r hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Massimo Aliotta - Zürich  
Versicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert

### **E. 30**

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

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

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

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