

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00148 vom 4. November 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-11-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00148](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00148)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00148 du 4 novembre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00148 del 4 novembre 2020

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1962, war zuletzt seit dem 15. Juni 2011 bei Y.\_\_\_\_ AG als Gipser tätig gewesen (Urk. 10/25), als er sich am 17. März 2016 wegen eines Schädelhirntraumas und einer Scapulafraktur links nach einem Unfall vom 31. Juli 2015, bei welchem er von einem Fassadengerüst gestürzt war (Urk. 10/11/122), bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 10/9). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte den medizinischen und erwerblichen Sachverhalt ab, zog bei der zuständigen Unfallversicherung Suva Unterlagen zum Unfall des Versicherten vom 31. Juli 2015 bei (Urk. 10/11/1-122) und veranlasste bei der Z.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten, welches am 4. Mai 2018 erstattet wurde (Urk. 10/68).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/74; Urk. 10/79; Urk. 10/82; Urk. 10/84; Urk. 10/108), in welchem auch die Akten der Krankentaggeldversicherung des Arbeitgebers des Versicherten beigezogen wurden (Urk. 10/87), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 23. Januar 2020 (Urk. 10/111 = Urk. 2) einen Rentenanspruch des Versicherten.

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### E. 1.2

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

### **E. 1.3**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

### **E. 2**

Am 26. Februar 2020 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 23. Januar 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten ,

seinen Rentenanspruch neu und umfassend zu prüfen und (psychiatrisch und neurologisch) abzuklären (Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 25. März 2020 (Urk. 6) reichte er sodann weitere medizinische Berichte (Urk. 7/4-6) ein.

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Vernehmlassung vom 7. April 2020 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 20. April 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11).

Der Beschwerdeführer reichte am 28. Mai 2020 (Datum des Poststempels; Urk. 12) einen Brief seiner Familie vom 25. Mai 2020 (Urk. 13) ein. Dies er wurde der Gegenpartei am 3. Juni 2020 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 23. Januar 2020 (Urk. 2) davon aus, dass der Beschwerdeführer seit seinem Unfall vom 31. Mai (richtig: Juli) 2015 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, mithin ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab 1. September 2016 bestehe (S. 1). Aus dem eingeholten medizinischen Gutachten gehe hervor, dass zu diesem Zeitpunkt und bis auf weiteres in einer angepassten Tätigkeit (leicht wechselbelastend oder überwiegend sitzend und ohne Arbeiten in gefährdenden Höhen) eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe. Nach durchgeführtem Einkommensvergleich resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 25 % (S. 2).

#### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), auf das eingeholte Gutachten könne aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden (S. 5 ff.) und die neuen Berichte der behandelnden psychiatrischen Ärzte seien nicht gewürdigt worden (S. 7). Schliesslich sei beim Einkommensvergleich wegen seines Alters, seinen kognitiven Einschränkungen und seiner Ausbildung ein Abzug vom Tabellenlohn von 25 % gerechtfertigt (S. 9).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 3.

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt: 3.1

Kreisarzt Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte in seinem Bericht vom 18. November 2015 (Urk. 10/11/56-60) über die kreisärztliche Untersuchung vom 17. November 2015 die folgenden Diagnosen (S. 4): - Schädel-Hirn-Trauma mit Fraktur-assoziiertem raumforderndem

Epi duralhämatom subokzipital rechts, Fraktur okzipital ins Foramen

magnum reichend, Rissquetschwunde okzipital rechts, Status nach Kraniotomie subokzipital rechts, epiduraler Hämatomevakuierung, Hämostase der venösen Frakturblutung und Anbringen von Durahochnähten am 31. Juli 2015 - m ehrfragmentäre gering dislozierte Scapulafraktur links - Exkoration Digtus II und Digtus III rechts und Unterschenkel rechts Der Kreisarzt führte aus, es bestünden noch geringe Funktionseinschränkungen am linken Schultergelenk. Im Vordergrund stünden die Schmerzen im Musculus trapezius, in der linken Halskulisse und im Bereich des Musculus infraspinatus, ausgelöst durch Halswirbelsäulen (HWS)-Rotationen und endphasige Schulterabduktion links (S. 4). Klinisch zeige sich bei langsamer Ausführung der Bewegungen des linken Oberarmes im Schultergelenk lediglich noch eine endphasige Funktionseinschränkung. Die konventionellen Röntgenaufnahmen der linken Schulter vom 17. September 2015 zeigten die in Konsolidierung befindliche Scapulafraktur in unveränderter Stellung. Schmerzbedingt werde vorübergehend mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % und einer Präsenz von 75 % ein Arbeitsversuch ab dem 23. November 2015 gestartet (S. 4). Er rechne damit, dass der Beschwerdeführer nach zirka 4-6 Wochen seine angestammte Tätigkeit wieder voll aufnehmen können (S. 5 oben). 3.2

Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt in seiner Beurteilung vom 4. März 2016 (Urk. 10/19/107) fest, es bestehe weiterhin eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit mit einer möglichen Steigerung auf 100 % bis April oder Mai 2016. Da der Beschwerdeführer immer wieder über Kopfschmerzen klagt und ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT) mit strukturellen Läsionen vorgelegen habe, werde eine neurologische Verlaufskontrolle empfohlen (S. 1). 3.3

Am 17. Mai 2016 wurde der Beschwerdeführer abschliessend kreisärztlich untersucht. Dr. A.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 17. Mai 2016 (Urk. 10/20/28-34) die gleichen Diagnosen wie in seinem früheren Bericht (vgl.

vorstehend E. 3.1) und führte aus, die schon bei der letzten kreisärztlichen Untersuchung ermittelte nur noch geringe Funktionseinschränkung des linken Schultergelenks habe sich weiter reduziert. Über der frakturierten Spina scapulae könnten Druckschmerzen nicht

ausgelöst werden. Von konsiliar -neurologischer Seite habe den geklagten Beschwerden der Schädelkalotte und der Halswirbel säule kein pathologisches Korrelat zugeordnet werden können. Der Beschwerdeführer berichte über Schmerzen an der Schädelkalotte eng umschrieben, im Bereich der linken Halskulisse bei HWS-Rechtsrotation und über Schmerzen an der Spina scapulae . Klinisch f ä nde n sich weder am linken Schultergelenk noch an der HWS Funktionseinschränkungen. Es bestehe für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bei einer Präsenz von 100 % (S. 7). 3.4

Der Beschwerdeführer wurde am 9. Dezember 2016 erneut kreisärztlich durch Dr. A.\_\_\_\_ untersucht. Dieser ergänzte in seinem Bericht vom 12. Dezember 2016 (Urk. 10/24/30-37) die bekannten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 3.1) um einen Verdacht auf stattgehabte Fraktur des Condylus occipitalis rechts am 31. Juli 2015 (S. 7) und berichtete von einer schmerzhaften und mechanisch bedingten Funktionsminderung der HWS mit Belastungsinsuffizienz nach opera tiv behandeltem Schädel-Hirn-Trauma vom 31. Juli 2015 (S. 7 unten). Im Vor dergrund des Beschwerdevortrages würden heftige Spontan- und Bewegung schmerzen bei Rechtsrotation der HWS mit Punctum maximum 3

cm dorsal der Schädelmitte und über dem Querfortsatz C4 links angegeben (S. 8 oben). Er h ege bei nochmaliger Durchsicht der Computertomogramme (CRT) vom 1. August 2015 einen bislang radiologischerseits nicht geäußerten Frakturverdacht im Bereich des Condylus occipitalis links. Der medizinische Endzustand sei nicht erreicht. Die Beschwerdestärke habe zugenommen und die Verdachtsdiagnose der Kondylusfraktur sei abzuklären. Bei bestehender Wiedereingliederungs problematik für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Gipser sei der Beschwerdeführer weiterhin vollständig arbeitsunfähig (S. 8). 3.5

Vom 22. März bis 24. Mai 2017 hielt sich der Beschwerdeführer zur stationären Neurorehabilitation in der Rehaklinik C.\_\_\_\_ auf. Die Ärzte nannten mit Aus trittsbericht vom 19. Juni 2017 (Urk. 10/30/77-86) die folgenden wesentlichen Diagnosen (S. 1): - Knochen (Os) okzipitale Fraktur rechts median und paramedian bis ins Foramen magnum reichend ; infratenotorielles

Epiduralhämatom okzipital rechts - Rissquetschwunde okzipital rechts - Extremitätenverletzung - mehrfr agmentäre, gering dislozierte Sc apulafraktur links - Exkoration Dig II plus III rechts und Unterschenkel rechts - Diabetes mellitus - Pflasterallergie - a namnestisch : Status nach Rippenfraktur links zirka 2012 - anamnestisch : Status nach Sturz auf die Ferse zirka 1999; seither inter mittierende belastungsabhängige Schmerzen in linker Ferse - leichte depressive Symptomatik vor dem Hintergrund chronischer Schmerzen - eigenanamnestisch : Prostatahyperplasie

Die Hauptprobleme bei Klinikeintritt seien Schmerzen im Schulterbereich links mit Ausstrahlungen in die Halsseite links, intermittierende Kopfschmerzen sowie Ein- und Durchschlafstörungen gewesen. Im Verlaufe habe der Beschwerdeführer über Schmerzen in der linken Ferse nach einem Trauma zirka 1999 und über Schmerzen im linken Rippenbogen nach einem Trauma vor zirka fünf Jahren geklagt. In den Gesprächen habe er wechselnde Lokalisationen angegeben und auch von starken Ganzkörperschmerzen nach körperlicher Belastung in den Therapien berichtet (S. 3 oben). Im Rahmen des Aufenthaltes sei zunehmend deutlich geworden, dass die Motivation für einen beruflichen Wiedereinstieg nur sehr gering sei. Ein progressives Setting in Richtung beruflicher Wiedereinstieg sei ihm wenig zugänglich (S. 5 oben).

Der Beschwerdeführer sei in der Lage gewesen, an dem umfassenden Therapieprogramm und gleichzeitig einem täglich bis zu zwei Stunden langen Arbeitsversuch in der Küche teilzunehmen. Er werde demnach für leichte körperliche und kognitive Tätigkeiten als arbeitsfähig erachtet. In der neuropsychologischen Untersuchung seien unspezifische leichte bis mittelschwere kognitive Leistungseinschränkungen in attentionalen, exekutiven und verbal-mnestischen Funktionen multifaktoriell bedingt (nicht-authentische Leistungspräsentation, anamnestic berichtete psychische Faktoren, vorbestehendes tiefes Bildungsniveau, mikroangiopathische Veränderungen) gesehen worden (S. 5). Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit bestehe ab dem 24. Mai 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für schwere körperliche Arbeit (Heben von schweren Lasten, längere Überkopfarbeiten). Leichte körperliche Arbeit seien nach den aktuellen Befunden mit einem Pensum von 50 % zumutbar, eine Steigerung auf 100 % sei im Verlauf anzustreben. Für andere berufliche Tätigkeiten seien leichte körperliche und kognitive Tätigkeiten zumutbar (S. 2). 3.6

In seiner ärztlichen Beurteilung vom 7. August 2017 (Urk. 10/30/92-94) führte Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_

aus, dass gemäss den in der Rehaklinik C.\_\_\_\_ durchgeführten Untersuchungen gewisse neuropsychologische Defizite vorlägen, diese jedoch nicht als Folge des Unfalles angesehen werden könnten. Eine dort durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI)-Untersuchung habe keine Hinweise auf Folgen der Schädel-Basisfraktur ergeben. Die neuropsychologischen Defizite könnten somit nicht dem Unfallereignis zugeordnet werden (S. 1). Bezüglich der Scapulafraktur liege allenfalls eine leichte Kraftminderung im Bereich des linken Armes vor, welche im Rahmen der stationären Rehabilitationsbehandlung gebessert werden können. Bei differenzierter Betrachtungsweise sei die minimale Kraftminderung der linken oberen Extremität die einzige objektivierbare Unfallfolge (S. 2 oben). Für die Tätigkeit als Gipser bestünden keine weiteren Einschränkungen. Die minimale Kraftabschwächung scheine demonstriert und könne bei eutropher Muskulatur nach zwei Jahren nach dem Unfallereignis bei verheilter Scapulafraktur nicht auf eine organische Ursache bezogen werden. Deswegen könnten hier auch keine unfallbedingten Gründe angegeben werden, wieso eine Tätigkeit als Gipser nicht mehr ausgeführt werden könne (S. 2 unten). Aus versicherungsmedizinischer Sicht liege ein stabiler Gesundheitszustand vor (S. 3). 3.7

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie,

Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, erachtete in seiner Stellungnahme vom 8. August 2017 (Urk. 10/35/3 ; Urk. 10/73/5-6) die Beurteilung des Kreisarztes B.\_\_\_\_, wonach nach einer mehrframentären, gering dislozierten Scapulafraktur links die Tätigkeit eines Gipsers zu 100 % fortgesetzt werden könne (vgl. vorstehend E.

3.6), aus chirurgischer Sicht als nicht nachvollziehbar.

Die Scapula sei bei allen Schultertätigkeiten beteiligt. Insbesondere die Tätigkeit als Gipser beinhalte aus schliesslich Schultertätigkeiten. In Anbetracht der auffälligen Werte in einem Symptomvalidierungsverfahren, der Hinweise auf schwankende und inkonsistente Testleistungen sowie fehlender Korrelate in der Bildgebung ergäben sich Hinweise auf eine zeitweise vorhandene, nicht authentische Leistungspräsentation während der neuropsychologischen Untersuchung. In der Tätigkeit als Gipser bestehe seit dem 31. Mai (richtig: Juli) 2015 und bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer

angepassten Tätigkeit mit Belastungsprofil (leichte Tätigkeiten ohne Heben, Tragen und Transportieren von mittelschweren und schweren Lasten, ohne linksseitiges Arbeiten in Armvorhalteposition und Überkopparbeiten) bestehe vom 31. Mai (richtig: Juli) 2015 bis 24. Mai 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, ab 25. Mai 2017 hingegen eine vollständige Arbeitsfähigkeit. 3.8

Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.6) nahm zur abweichenden Beurteilung des RAD-Arztes Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.7) am 7. September 2017 Stellung (Urk. 10/30/33). Aus den – näher ausgeführten – dargestellten Zusammenhängen und Überlegungen sehe er keinen Anlass, auch nur geringfügig von seiner bisherigen Sichtweise und Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 100 % als Gipser abzuweichen, wobei hierzu aber durchaus eine stufenweise berufliche Wiedereingliederung in Frage kommen könne. Bei von den Kollegen der Rehaklinik C.\_\_\_\_ dargestellten fehlender Motivation für die Aufnahme von beruflichen Tätigkeiten erwarte er realistisch nicht, dass sich der Beschwerdeführer hier entsprechend der grundsätzlich vorhandenen Möglichkeiten engagieren werde (S. 3). 3.9

Der beratende Arzt der Krankentaggeldversicherung des Beschwerdeführers, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, nahm am 19. April 2018 Stellung (Urk. 20/87/41-42). Er führte aus, die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei psychiatrisch und nicht somatisch/rheumatologisch begründet. Für eine leichtere, wechselbelastende Tätigkeit aus rheumatologischer somatischer Sicht sei eine vollständige Arbeitsfähigkeit zumutbar und ausgewiesen (S. 1). 3.10

Die Ärzte der Z.\_\_\_\_ erstatteten am 4. Mai 2018 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (10/68). Sie stützen sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

## **E. 9**

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE

131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). Nicht per se auf Aggravation weist blosses ver deutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1).

#### **E. 14**

f. ; S. 19 ff.; S. 27 f., S. 36 ff., S. 43 f. ) und die von ihnen am 14., 15.,

#### **E. 19**

und 24. Februar 2018 durchgeführten Untersuchungen internistischer (S. 14 ff.), neurologischer (S. 19 ff.), orthopädi scher (S. 27

ff.), psychiatrischer (S. 36 ff.) und neuropsychologischer (S. 43 ff.) Art.

Die Gutachter nannten die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 62 f.): - leichte diabetische Polyneuropathie - leichte Wurzelkompression von S1 links - leichtgradige Schultergelenksarthrose und Supraspinatussehnen tendinopathie links - degenerative zervikale und lumbale spinale Alterationen

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein metabo lisches Syndrom (arterielle Hypertonie, Übergewicht, Diabetes mellitus Typ II, Hyperlipidämie), ein Schädel-Hirn-Trauma mit Kraniotomie und epiduraler Hämatomevakuierung am 31. Juli 2015 ohne bleibendes neurologisches Defizit, ein unspezifisches Kopfschmerzsyndrom unklarer Ausprägung und Signifikanz und eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD 10 F43.21) genannt.

Die internistische Untersuchung habe keinen ausreichenden Anhalt für eine Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Es werde hinsichtlich des metaboli schen Syndroms empfohlen, den Blutdruck und den Diabetes ambulant optimal einzustellen und Gewicht zu verlieren (S. 19 oben). Zusätzlich finde sich eine leichte S1-Wurzelreizung bei Rumpfbewegung. Im bildgebenden Befund der Lendenwirbelsäule ergebe sich hierfür jedoch kein strukturelles Korrelat bei Merk malen einer mässig bis schweren osteodiskoligamentären

Veränderung vorrangig der tiefen lumbalen Komponenten (S. 26 oben). Das polyneuropathische Syndrom und die S1-Reizung bei degenerativen Veränderungen der unteren Wirbelsäule bedingten aus gutachterlicher Sicht auf Dauer eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit: Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten sowie körperlich schwere Arbeiten würden auf Dauer ausscheiden. Andere körperlich leicht- bis mittel schwere Tätigkeiten seien jedoch ohne Einschränkungen leistbar (S. 26 unten).

In der neurologischen Beurteilung fänden sich Zeichen einer leichten sensiblen Polyneuropathie und keine Hinweise auf ein zerebrales Defizit. Das MRI des Kopfes sei ohne Anhalt für eigenständig e klinisch e krankheitswertige Läsionen (S. 25).

Im Rahmen der ortho p ädischen Begutachtung zeige sich bei reduzierter Koope ration eine eingeschränkt dargebotene spontane Mobilität den linken Arm betreffend, aktive Gegenspannung bei Prüfung des Achsenskeletts, insbesondere die Halswirbelsäule betreffend. Auch bei der Prüfung des linken Schultergelenks werde eingeschränkt kooperiert und die Schulter vermindert beweglich dargebo ten, dies insbesondere in der formalen Prüfung. Spezifische Tests bezüglich Subacromialraum und Rotatorenmanschette seien nicht ausreichend kooperiert und nicht sicher verwertbar (S. 34 f.). Die aktuell angefertigte kernspinto mographische Bildgebung zeige das linke Schultergelenk betreffend eine degene rative arthritische Alteration des Sch ultergelenkes und eine Supra spina tus

tendinopathie ohne Nachweis einer höhergradigen Rotatoren manschetten läsion , mithin seien schmerzhafte funktionelle Beeinträchtigungen plausibel begründet und kausal bildgebend objektiviert (S. 35 Mitte). Der Beschwerdeführer sei in seiner Arbeitsfähigkeit qualitativ limitiert, eine Gebrauchsstörung der linken Schulter sei zu attestieren . Die letzte berufliche Tätigkeit als Gipser sei nicht mehr geeignet, hingegen seien adaptierte leichte bis mittelschwere Tätigkeiten als durchaus geeignet zu bewerten (S. 35 unten).

Der psychiatrische Gutachter konnte keine depressive Episode fachärztlich objektivieren. Dieser Eindruck werde ihm bestätigt durch die Beschreibung der Alltagsaktivität (partielle Haushaltsführung, soziale Aktivitäten, Flugreisen), die hiesige Verhaltensbeobachtung und die fehlende Inanspruchnahme einer psychiatrisch- psychotherapeutischen Behandlung. Die aktenkundig vorbeschriebene depressive Störung könne nicht bestätigt werden . Die vom Beschwerdeführer angegebenen psychischen Beschwerden (Unzufriedenheit, Gereiztheit, zeitweise Bedrücktheit) erreichten also nicht das Niveau einer depressiven Episode und seien vor dem Hintergrund der belastenden psychosozialen Situation entstanden. Sie seien somit vereinbar mit der ICD-10-Diagnose einer prolongierten, depressiv gefärbten Anpassungsstörung. Die Prognose einer Anpassungsstörung sei per se günstig. Die Störung bilde sich unter ambulanter leitliniengerechter Behandlung erfahrungsgemäss zeitnah zurück, wofür auch der jetzige Befund spreche (S. 41 f. ). Bei der Konsistenzprüfung der Schmerzangaben fänden sich Hinweise für eine nicht plausible Präsentation. Die geklagten Schmerzen seien nach Art und Lokalisation kaum mit objektiven Befunden in Einklang zu bringen. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen demonstrativer Beschwerdeschilderung und fehlender objektiver Beeinträchtigung. Auch die beschriebenen Alltagsaktivitäten seien nicht mit dem reklamierten Schmerzausmass vereinbar (S. 42 Mitte). Ebenso seien die vorgetragene chronischen Schmerzen nicht mit dem Krankheitsbild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vereinbar. Es sei kein fehlverarbeiteter seelischer oder psychosozialer Konflikt herauszuarbeiten, vor dessen Hintergrund sich der Schmerz entwickeln könnte. Wichtige ICD-10 Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung seien also nicht erfüllt. Auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei nicht zu diagnostizieren, da Schmerzstörungen im Zusammenhang mit affektiven Störungen (hier Anpassungsstörung) und bei Hinweisen auf eine Aggravation nicht berücksichtigt würden (S. 42 unten).

Der klinische Befund in der neuropsychologischen Beurteilung sei gemäss Gutachter ohne Anhalt für eine kognitive Beeinträchtigung. Die testpsychologische Erhebung habe formal unterdurchschnittliche Leistungen im visuellen Gedächtnis, der intrinsischen Alertness und der Verarbeitungsgeschwindigkeit erbracht . Das Beschwerdevalidierungsverfahren habe im Ergebnis den deutlichen Hinweis auf ein verzerrendes Antwortverhalten erbracht (S. 51). Das Gehirn zeige einen unveränderten Befund bezüglich Hyperintensitäten im frontoparietotemporalen Marklager beidseits, welche r nicht geeignet sei, die aktuell präsentierten unter durchschnittlichen Leistungen ausreichend zu erklären. Die anamnestisch erhobene selbständige Lebensführung spreche gegen eine erhebliche kognitive Störung jedweder Genese (S. 52).

Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit kamen in der Konsensbeurteilung die Gutachter gestützt auf die erhobene Anamnese , die Befunde sowie die Akten zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten sowie in jedweder vergleichbaren körperlich überwiegend schweren Tätigkeit sei auf Dauer zu 100 % erloschen. Die Polyneuropathie sei aktenkundig bislang noch nicht einbezogen worden und die

Schultergelenksveränderungen sowie die degenerativen spinalen Alterationen sprechen gegen eine Belastbarkeit in der angestammten/letzten Tätigkeit (S. 66). In körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts (ohne Arbeiten in gefährdenden Höhen) sei eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Rendement von 100 %) anzunehmen, da die hiesigen objektiven Befunde eine erhaltene Mobilität auswiesen und die Indikatoren für eine erhaltene Alltagsstabilität, Selbstversorgung und Aktivität sprächen. Zu berücksichtigen seien die hier erhobenen Zeichen eines nicht plausiblen (verzerrenden) Antwortverhaltens in der neuropsychologischen Testung, was für eine zumindest anteilig erhebliche Aggravation spreche. Die hiesigen objektiven Befunde und die anamnestisch aufscheinende Alltagsaktivität seien mit einer vollschichtigen Arbeitstätigkeit vereinbar (S. 71.). Retrospektiv lässt sich nicht abschätzen, seit wann die Polyneuropathie bestehe, da diese auch aktenkundig nicht genannt werde. Die Veränderungen im Bereich der linken Schulter seien als bereits vor der jetzigen Begutachtung bestehend anzusehen (S. 71). Aus Sicht der Gutachter liege keine erhebliche psychische Störung vor, eine Anpassungsstörung sei definitionsgemäss einer leichtgradigen Störung entsprechend gut behandelbar und nicht als anhaltende psychiatrische Erkrankung zu werten. Eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund des Unfalles im Jahr 2015 sei also in absteigender Höhe (initial wahrscheinlich vollständige Arbeitsunfähigkeit in jedweder Tätigkeit) wahrscheinlich und sei aktenkundig als per Mitte 2016 entsprechend angenommen. In der Folge sei dies jedoch strittig diskutiert worden und der jetzige orthopädische Befund spreche gegen eine Belastbarkeit in körperlich schweren und mit häufigem Armeinsatz über der Horizontalen einhergehenden Tätigkeiten. Demzufolge könnten sie sich der aktenkundigen kreisärztlichen Einschätzung einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der angestammten/letzten Tätigkeit nicht anschliessen. Eine angepasste Tätigkeit sollte spätestens ab Mitte 2016 als gegeben angesehen werden (S. 74 f.). 3.11

RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ erachtete am 14. Mai 2018 (Urk. 10/73/9-10) das ein geholte Z.\_\_\_\_-Gutachten als beweistauglich. Der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit als Gipser seit dem Unfall vom 31. Juli 2015 vollständig arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe unter Beachtung des Belastungsprofils (körperlich leichte, wechselbelastende oder überwiegend sitzend ausgeübte Tätigkeiten ohne Arbeiten in gefährdenden Höhen) ab Mitte 2016 bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsfähigkeit (S. 10 oben). Eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes sei nicht zu erwarten. Zu empfehlen sei eine Gewichtsreduktion und eine intensive Kontrolle der vorliegenden Risikofaktoren der Arteriosklerose, insbesondere des Diabetes mellitus bei diabetischer Polyneuropathie (S. 10 Mitte). Die im Gutachten erhobenen Zeichen eines nicht plausiblen verzerrenden Antwortverhaltens in der neuropsychologischen Testung würden auf eine zumindest anteilig erhebliche Aggravation hinweisen. Die objektiven Befunde und die anamnestisch aufscheinende Alltagsaktivität seien mit einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit aus Sicht der Gutachter vereinbar (S. 10 unten). 3.12

Im Rahmen eines konsiliarischen psychiatrischen Erstgesprächs

am 13. August 2018 hielt d. ipl. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in seinem Bericht vom 8. September 2018 (Urk. 10/81) fest, der Beschwerdeführer leide an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD 10 F43.1, S. 3). Der Beschwerdeführer sei bis zum Arbeitsunfall am 31. Juli 2015 psychiatrisch vollkommen

unauffällig gewesen. Nach dem Arbeitsunfall habe er eine PTBS sowie komorbid eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom entwickelt. Der erlebte Unfall sowie die daraus entstandenen Folgen wiesen auf eine deutliche Zäsur im Leben hin. Aufgrund der psychopathologischen Symptomatik sei der Beschwerdeführer als Gipser voll ständig arbeitsunfähig. Eine Aussage über die subjektive Leistungsbereitschaft könne in diesem Rahmen nicht gemacht werden, weil keine neuropsychologische Testung/Untersuchung vorgenommen worden sei (S. 4). 3.13

Der Beschwerdeführer war vom 30. Januar bis 6. März 2019 in der Klinik G.\_\_\_\_ stationär hospitalisiert. Die Ärzte nannten in ihrem Austrittsbericht vom 6. März 2019 (Urk. 10/98/2-6) die folgenden Diagnosen (S. 1): - PTBS (ICD-10 F43.1) - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Diabetes mellitus Typ 2: Ohne Komplikationen - benigne essentielle Hypertonie - reine Hypercholesterinämie - Prostatahyperplasie Der Beschwerdeführer habe sich freiwillig auf Zuweisung seines Hausarztes in die Spitalpflege begeben. Vorbekannt seien eine mittelschwere depressive Störung und ein Verdacht auf eine PTBS (S. 2 oben). Psychopathologisch habe sich der Beschwerdeführer mit dysthymem Affekt, Einengung auf körperliche Schmerzen sowie ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen bei verstärkter Schreckhaftigkeit präsentiert. In Zusammenschau der Anamnese und der Befunde sei eine mittelgradige depressive Episode sowie eine PTBS diagnostiziert worden. Zusammengefasst sähen sie die Kriterien einer PTBS nach lebensbedrohlichem Arbeitsunfall im Jahre 2012 (richtig: 2015) als erfüllt an. Der Unfall stelle ein Ereignis von aussergewöhnlichen Bedrohung dar, welche r bei nahezu jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde. Weiter verursache dies er anhaltende intrusive Erinnerungen sowie teilweises Wiedererleben im Rahmen von sich wiederholenden Albträumen, welche er mehrmals pro Woche erlebe. Ebenso vermeide der Beschwerdeführer aufgrund des Traumas das Begehen von Stahlgerüsten, Blickkontakte zu Gerüsten sowie das Besprechen vom Ereignis selbst. Somit sei ein deutliches Vermeidungsverhalten vorhanden. Eine erhöhte psychische Sensitivität bei Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationschwierigkeiten und erhöhter Schreckhaftigkeit werde ebenfalls berichtet und im Stationsalltag beobachtet. Die beschriebenen Beschwerden (Wiedererleben, Vermeidung sowie erhöhte psychische Sensibilität) seien innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis aufgetreten (S. 4 Mitte). 3.14

Die RAD-Ärzte Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, legten in ihrer Stellungnahme vom 17. und 18. April 2019 (Urk. 10/109/4-5) dar, dass im Rahmen des stationären Aufenthaltes in der Klinik G.\_\_\_\_ laborchemisch eine deutliche Unterdosierung der Medikamente Trittico und Duloxetin nachgewiesen worden sei, was auf eine fehlende Compliance und fehlenden Leidensdruck hindeute (S. 4 Mitte). Somit sei die erstmalige Diagnosestellung einer PTBS über drei Jahre nach dem Trauma (Juli 2015) nicht plausibel und nachvollziehbar. Zudem handle es sich um eine andere Bewertung desselben Sachverhaltes in Hinsicht auf die Depression. Gutachterlich werde eine somatoforme Schmerzstörung ausgeschlossen. Im Rahmen der neuropsychologischen Teilbegutachtung habe sich kein ausreichender Anhalt für eine kognitive Störung gefunden. Bereits aktenkundig sei eine unzureichende Mitarbeit in einer neuropsychologischen Testung berichtet und somit keine ausreichend belegte kognitive Störung attestiert worden. Auch fänden sich im aktuellen MRI des Gehirns vom 23. Februar 2018 keine biologischen Korrelate für die demonstrierte kognitive Störung. Weiter

sprächen die anamnestisch erhobenen Angaben der selbständigen Lebensführung (kompetente Alltagsbewältigung, Freizeitaktivität, tägliches Velofahren, unfallfreies Führen eines Kraftfahrzeuges) gegen eine erhebliche kognitive Störung (S. 4 unten). Im Gutachten habe das Beschwerdevalidierungsverfahren Hinweise auf ein verzerrendes Antwortverhalten ergeben. Eine Änderung des Gesundheitszustandes sei somit nicht eingetreten (S. 5). 3.1 5

Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, und Dr. phil. J.\_\_\_\_, Neuropsychologin, berichteten am 22. August 2019 über die verhaltensneurologisch-neuropsychologische Untersuchung (Urk. 10/106/2-6). Es wurde ausgeführt, dass auf Verhaltensebene sich ein deutlich belastet wirkender und klagsamer, affekt- und antriebsgeminderter, affektiv nur wenig schwingungsfähiger, im Gespräch umständlich und begriffsstutzig wirkender Beschwerdeführer präsentiere. Testpsychologisch zeigten sich fast durchwegs beeinträchtigte Funktionen. Im Vordergrund stünden einerseits mittelgradig bis schwere Einschränkungen in aufmerksamkeitsassoziierten Teilfunktionen (tonische Alertness, geteilte Aufmerksamkeit) mit zudem schwer verminderter visuo-verbaler Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit. Hinzu kämen aber auch leichte bis zum Teil schwere Einschränkungen frontal-exekutiver Teilfunktionen (semantische und figurale Ideenproduktion, Handlungsplanung und Strukturierungsvorgänge auch visuo-konstruktiv, Interferenzkontrolle, erhöhte Perseverationsneigung) sowie leichte bis zum Teil schwere mnestiche Einschränkungen in beiden Modalitäten (Erfassungsspanne, Lern- und Wiedererkennungslleistung; Differentialdiagnose: Speicherstörung möglich). Auf sprachlicher Ebene seien Auffälligkeiten in der Spontansprache, ein eingeschränktes Auffassungsvermögen sowie vorbestehend eine eingeschränkte Lesefähigkeit und ungeübte schriftsprachliche Fähigkeiten feststellbar (S. 4).

Eine Verlaufsbeurteilung sei nur beschränkt möglich, da im Rahmen der letzten neuropsychologischen Untersuchung (Z.\_\_\_\_, Mai 2018) keine umfassende Prüfung der relevanten kognitiven Domänen erfolgt sei. Soweit aufgrund unterschiedlicher Testmodalitäten vergleichbar, zeigten sich aber hinsichtlich der Ausprägung der vergleichbaren Befunde ähnliche Resultate. Lediglich die aktuell beobachteten Auffälligkeiten auf Verhaltensebene seien im Vorbericht nicht beschrieben. Ebenfalls zeigten sich auch in der aktuellen Untersuchung Hinweise auf eine nicht authentische Leistungspräsentation – möglicherweise assoziiert an eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung - sowie niveaubedingt verminderter und gegebenenfalls inzwischen erschöpfter kognitiver Ressourcen. Das Vorliegen von neuropsychologischen Einschränkungen sei jedoch nicht ausgeschlossen, diese seien jedoch eher im Rahmen der aktuell vordergründigen psychiatrischen Symptomatik mit auch kognitiver Dekompensation bei vorgenannt verminderten Ressourcen zu sehen, welche sich inzwischen deutlich ausgeprägt zeigten. Allfällig vorhandene kognitive Einschränkungen könnten aufgrund der nicht authentischen Leistungspräsentation leider nicht valide quantifiziert werden. In der Folge könne aus neuropsychologischer Sicht auch keine valide Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolgen (S. 5). 3.16

Der MRI-Befund der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 17. Dezember 2019 (Urk. 7/6) ergab eine osteodiskogen bedingte mässiggradige Nervenwurzelkompression der L5-Wurzel beidseits intraforaminal (links ausgeprägter als rechts) und mögliche Irritation der L4-Wurzel beidseits intraforaminal; ebenfalls einen Einriss des Anulus fibrosus auf Höhe Lendenwirbelkörper (LWK) 3/4 und 4/5 sowie eine ausgeprägte Facettengelenksarthrose,

insbesondere der unteren LWS (S. 2). 3.17

Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, ersuchte mit Schreiben vom 16. März 2020 (Urk. 7/5) das Universitätsspital L.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, um eine oberärztliche Sprechstunde. Sie stellte dabei die Diagnose von chronifizierenden Schmerzen links scapular, myofaszial sowie eine Periarthritis humeroscapularis

( PHS ) Schulter sowie einen Verdacht auf LRS (richtig wohl ein Restless- Legs -Syndrom, RLS) Bein links (S. 1 oben). Seit dem stattgehabten Polytrauma zeige sich der Beschwerdeführer aufgrund einer PTBS anhaltend vollständig arbeitsunfähig. Er beklage jedoch weiterhin ausgeprägte Schmerzen myofaszial im Bereich der linken Scapula, teils strahlend nach zervi kal. Zudem bestehe neu auch eine Symptomatik einer

PHS der linken Schulter. Weiter bestünden krampfartig ausstrahlende Schmerzen im Bereich des linken Beines bei lumbospondylogener

Schmerzproblematik (S. 1 f.).

#### 4. 4.1

Das Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 4. Mai 2018 ( vgl. vorstehend E. 3.10 ), gestützt auf welches die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht verneinte (vgl. Urk. 2), nimmt umfassend Stellung zur Frage der weiterhin vorhandenen Gesundheitsstörungen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, erging in Kenntnis der Vorakten und enthält begründete Schlussfolgerungen. Sofern – was vom Beschwerdeführer bestritten wird (Urk. 1 S. 6 ff.) – die gutachterliche Darlegung der medizinischen Zusammenhänge beziehungsweise die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, kann auf das Gutachten abgestellt werden (vgl. vorstehend E. 1.4 ). Daran vermögen auch die gerügten formellen Gründe (Urk. 1 S. 7) nichts zu ändern, zumal das Bundesgericht Ausstandsgesuche gegen eine Institution als solche als unzulässig (BGE 137 V 210 E. 1.3.3) und eine Statistik über den Prozentsatz von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen einer medizinischen Abklärungsstelle als ohne Aussagekraft für den zu beurteilenden Fall erachtet hat (Urteil des Bundesgerichts 9C\_29/2020 vom 16. März 2020 E. 3.1). Auch hat das Bundesgericht in diversen Entscheiden den Beweiswert der Z.\_\_\_\_ Gutachten unter der medizinischen Leitung von Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_ nicht per se aberkannt (vgl.

zum Beispiel Urteil des Bundesgerichts 9C\_832/2017 vom 6. März 2018 ). Gründe für die Annahme, dass das Gutachten nicht seriös erstellt worden wäre, wurden vorliegend nicht geltend gemacht und sind überdies auch nicht ersichtlich. 4.2 4.2.1

In somatischer Hinsicht

werde aufgrund einer leichten S- 1 Wurzelreizung bei degenerativen Veränderungen der unteren Wirbelsäule sowie aufgrund einer leichtgradigen Schulterreckgelenksarthrose die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Gipser verunmöglicht, indessen sind angepasste körperlich leicht- bis mittelschwere Tätigkeiten in einem vollzeitlichen Pensum seit Mitte 2016 zumutbar (vgl. vorstehend E. 3.10). Diese gutachterliche Einschätzung steht zumindest im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit auch im Einklang mit den Suva-Kreisärzten Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ sowie den Ärzten der Rehaklinik C.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.5), dem beratenden Arzt der Krankentaggeldversicherung, Dr. E.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.9) sowie dem RAD der Beschwerdegegnerin (vgl. vorstehend E. 3.7

und E. 3. 11).

Darauf ist abzustellen. 4.2.2

In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand ist Folgendes festzuhalten:

Wie in BGE 145 V 361 dargelegt, ist in allen Fällen durch die Verwaltung beziehungsweise das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtensteil (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), das heisst sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Der psychiatrische Sachverständige hat darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (E. 4.3 ).

Der psychiatrische Gutachter der Z.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass sich weder eine depressive Episode noch eine somatoforme Schmerzstörung fachärztlich objektivieren liesse und dass letztlich eine Anpassungsstörung zu diagnostizieren und keine wesentliche, durch psychische Beschwerden bedingte, Beeinträchtigung des Aktivitätenniveaus erkennbar sei. Die vom Beschwerdeführer angegebenen psychischen Beschwerden (Unzufriedenheit, Gereiztheit, zweitweise Bedrücktheit) seien vor dem Hintergrund der (invaliditätsfremden; vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8 C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2) psychosozialen Situation entstanden (vgl. vorstehend E. 3.10 ). Er wies zum einen darauf hin, dass mit den Alltagsaktivitäten, welche der Beschwerdeführer durchführe, dokumentiert werde, dass auch Ressourcen bestünden, was auch schon der neurologische Gutachter bemerkt habe (Urk. 10/68 S. 20) .

Darüber hinaus befand sich der Beschwerdeführer zum Begutachtungszeitpunkt nicht in psychiatrischer Behandlung. Erst anlässlich des Vorbescheidverfahrens begab er sich in psychiatrische Behandlung.

Die von d ipl. med. F.\_\_\_\_ im August 2018 nicht fachärztlich festgestellte mittelgradige depressive Episode wurde von den Ärzten der Klinik G.\_\_\_\_ zwar bestätigt (vgl. vorstehend E. 3.13), indes nachvollziehbar und überzeugend durch RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ in Zweifel gezogen, indem sie auf die im Rahmen des stationären Aufenthaltes festgestellte medikamentöse Unterdosierung und somit auf eine fehlende Compliance und fehlenden Leidensdruck sowie auf die andere Bewertung der psychischen Beschwerden durch die Gutachter der Z.\_\_\_\_, namentlich auch die invaliditätsfremde Aggravation (vgl.

vorstehend E. 1.3), über welche schon die Ärzte der Rehaklinik C.\_\_\_\_ berichteten (vgl. vorstehend E. 3.5), hinwies und damit von keiner Änderung des Gesundheitszustandes ausging (vgl. vorstehend E. 3.14).

Ebenso vermag die Diagnose PTBS nicht zu überzeugen, zumal diese erst drei Jahre nach erfolgtem Trauma

erstmalig diagnostiziert wurde (vgl. vorstehend E. 3.12), indes gemäss den Ärzten der Klinik G.\_\_\_\_ innerhalb von sechs Monaten nach dem Ereignis aufgetreten sein soll (vgl. vorstehend E. 3.13), wohingegen die Z.\_\_\_\_-Gutachter keine versicherungsmedizinisch relevante psychische Beschwerden, namentlich auch keine traumaspezifischen Symptome, erheben konnten (vgl. vorstehend E. 3.10). Das Unfallereignis ist denn auch kaum geeignet, eine PTBS im eigentlichen Sinne zu verursachen. 4.2.3

Die vom Beschwerdeführer gerügte, seiner Ansicht nach mangelhafte neuropsychologische Untersuchung der Z.\_\_\_\_ (Urk. 1 S. 4, S. 6) vermag den Beweiswert des Gutachtens ebenfalls nicht zu schmälern. Eine neuropsychologische Abklärung stellt lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, die bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_851/2018 vom 23. Mai 2019 E. 4.2.1 mit Hinweis). Der Entscheid darüber unterliegt dem Ermessen der Experten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_216/2018 vom 7. September 2018 E. 3.5 mit Hinweis). Des Weiteren schreiben weder Gesetz noch Rechtsprechung eine neuropsychologische Begutachtung vor, sondern diese r

kommt ergänzender Charakter zu (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_55/2018 vom 30. Mai 2018 E. 6.4.1 und 8C\_820/2016 vom 27. September 2017 E. 5.2). Selbst wenn davon auszugehen sei, der neuropsychologische Gutachter Dr. N.\_\_\_\_ ver füge nicht über die nötigen fachlichen Anforderungen für eine neuropsychologische Begutachtung, vermag dies nichts zu ändern, denn die Z.\_\_\_\_-Gutachter konnten keinen Hinweis auf eine Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen feststellen (vgl. vorstehend E. 3.10), was auch Dr. I.\_\_\_\_

(vgl. vorstehend E. 3.15) anerkannte, welche ihrerseits hinsichtlich der Ausprägung der vergleichbaren Befunde ähnliche Resultate ermittelte und ebenfalls auf eine nicht authentische Leistungspräsentation sties. Ihr Hinweis darauf, dass damit neuropsychologische Einschränkungen indes nicht ausgeschlossen und in der vordergründigen psychiatrischen Symptomatik zu finden

seien, vermag daher nicht zu überzeugen, zumal auch die bildgebenden Befunde keine biologischen Korrelate für die demonstrierte kognitive Störung lieferten und die Lebensumstände beziehungsweise Alltagsbewältigung des Beschwerdeführers gegen eine solche Annahme sprechen. Somit genügt das Z.\_\_\_\_-Gutachten auch unter diesem Blickwinkel den Anforderungen an die Beweiskraft (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

Was den Vorwurf der fehlenden Einholung psychiatrischer Berichte beim behandelnden Arzt angeht (Urk. 1 S. 5, S. 8), ist an die Rechtsprechung zu erinnern, wonach die Notwendigkeit der Einholung einer Fremdanamnese bei der behandelnden Arztperson in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens ist (statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C\_794/2017 vom 27. März 2018 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat von der Notwendigkeit der Einholung weiterer Berichte abgesehen, da gestützt auf die Beurteilung der RAD Fachärztin Dr. H.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.14) seit dem Begutachtungzeitpunkt keine versicherungsrechtlich relevante gesundheitliche Veränderung stattgefunden hat. 4.3

Zusammenfassend sind keine Gründe ersichtlich, die gegen die Beweistauglichkeit des Gutachtens der Z.\_\_\_\_ sprechen. Daran ändern auch der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Bericht von Dr. K.\_\_\_\_

vom März 2020 (vgl.

vorstehend E. 3.17) und der MRI-Befund vom Dezember 2019 (vgl.

vorstehend E. 3.16) nichts, zumal diesen, da für die Beurteilung des Gesundheitszustands in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich der Zeitpunkt des Verfügungs erlasses (hier: 23. Januar 2020 ) massgebend ist ( BGE 132 V 215 E.

3.1.1 mit Hinweisen ), ohnehin die zeitliche Relevanz fehlt. Ausserdem erachtete die Allgemeinmedizinerin die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auf die vorliegend nicht erstellte - PTBS fassend.

Demnach ist der Sachverhalt dahingehend erstellt, dass für leidensangepasste Tätigkeiten unter Einhaltung des vom RAD definierten Belastungs profils (vgl.

vorstehend E. 3.11 ) seit Mitte 2016 (und damit vor frühestmöglichem Rentenbeginn; vgl. vorstehend E. 2.1) eine Arbeitsfähigkeit von 100 % besteht.

Bei einer allfälligen versicherungsrechtlich relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes - namentlich die nach Verfügungserlass von Dr. K.\_\_\_\_

neu erwähnte Symptomatik der frozen

Shoulder (vgl. vorstehend E. 3.17) - ist es dem Beschwerdeführer indes unbenommen, sich bei der Beschwerdeführerin neu anzumelden. 5 . 5.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen ). Der Einkommens ver gleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditäts grad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäfti gungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E.

3b/ aa ). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Ein zelfall nach

pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E.

5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb ). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E.

3.1 und 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1). 5.2

Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich (Urk. 10/72 ) blieb mit Ausnahme des sogenannten Leidensabzugs (Urk. 1 S. 9 ) unbestritten. Angesichts des Umstands, wonach dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Restarbeitsfähigkeit im Umfang von 100 % zumutbar ist (vgl.

vorstehend E. 4.3 ), ist das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Valideneinkommen entsprechend dem letzten Verdienst als Gipser und das Invalideneinkommen entsprechend dem statistischen Durchschnittslohn (gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik, LSE) für eine Hilfsarbeit im Kompetenzniveau 1 (Zentralwert) nicht zu beanstanden. Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 80'503.-- und des gestützt auf die LSE

erhobenen Invalideneinkommens von Fr. 60'347.-- (vgl. Urk. 2 S. 2 ) resultiert unter Gewährung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % aufgrund der lediglich noch körperlich leichten Tätigkeiten ein nicht rentenbegründender Invaliditätstypusgrad von 25 % (Urk. 10/72 ; Urk. 2). Selbst wenn – wie vom Beschwerdeführer gefordert (Urk. 1 S. 9 ) – ein in diesem Umfang nicht zu rechtfertigender Abzug vom Tabellenlohn von maximal 25 % gewährt werden würde (Fr. 67'052.-- x 0.75), ergäbe dies noch immer ein rentenausschliessendes Invaliditätstypusgrad von rund 38

%. 6.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung (Urk. 2) nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs.

1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 900.-- anzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Keiser -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht  
Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes  
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom  
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1  
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

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