

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00104 vom 1. Februar 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-02-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00104](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00104)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00104 du 1 février 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00104 del 1 febbraio 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1965, ohne erlernten Beruf, war ab Mai 2008 als Operator bei der Y.\_\_\_\_ AG in Z.\_\_\_\_

angestellt, welches Arbeitsverhältnis infolge Verlegung des Produktionsstandortes ins Ausland seitens der Arbeitgeberin per

#### **E. 1.1**

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

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

#### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3**

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**

hiervor) auszugehen ist –

aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers

eine

leitlinien gerechte Begutachtung erschwert bzw .

nachgerade undurchführbar war . Dies mit der Folge , dass

ein allfällig vorhandener Gesundheitsschaden – ein en solchen schloss med. pract . I.\_\_\_\_

denn auch nicht gänzlich aus –

aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung des Beschwerdeführers jedenfalls nicht mit

ausreichender Wahrscheinlichkeit feststellbar war. Wie RAD- A r z t

Dr. V.\_\_\_\_ am 17.

Dezember 2020 daher im Ergebnis zutreffend festhielt, geht die Beweislosigkeit  
zulasten des Beschwerdeführers (vgl. dazu statt vieler etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_  
836/2019

vom 15. Juni 2020 E. 4.3 mit Hinweisen ) . Eine

neue Begutachtung, wie der Beschwerdeführer dies beantragt (Urk. 1 S. 9 ) ,

fällt

bei diesen Begebenheiten ausser Betracht

(vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_104/2019

vom 27. Juni 2019 E. 4.1 mit Hinweis).

4.2.3

Soweit der Beschwerdeführer die Zuverlässigkeit der Expertise

der B.\_\_\_\_ AG schliesslich unter Hinweis darauf in Frage stellt, dass er entgegen den  
Angaben im neurologischen und internistischen Teilgutachten nicht übergewichtig ,  
sondern 23 kg leichter sei als die Gutachter dies gemäss Diagnosekatalog in der  
interdisziplinären Beurteilung behaupten ( Urk. 1 S. 5 ) , ist ihm insoweit zu folgen, als diese  
Ungenauigkeit auf eine gewisse Unsorgfalt

in diesem Punkt schliessen

lässt . Jedoch betrifft dieser Mangel keine n für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit  
zentralen Aspekt , weshalb nicht ersichtlich ist und denn auch vom Beschwerdeführer nicht

aufgezeigt

wird, inwieweit er die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung gemäss

B.\_\_\_\_ -Gutachten nachhaltig in Frage zu stellen vermag . Aber auch soweit der Beschwerdeführer rügen lässt, die Gutachter hätten ihm gestützt auf die Angaben im internistischen Teilgutachten zu Unrecht eine Inkonsistenz bezüglich der Medikamenteneinnahme zum Vorwurf gemacht ( Urk. 1 S. 5) ,

ergibt dies nichts zu seinen Gunsten . So hatte er

diesbezüglich anlässlich der verschiedenen Begutachtungen divergierende Angaben gemacht und jedenfalls gegen über der internistischen Gutachterin wie auch dem neurologischen Experten durchaus angegeben, das

– im Labor kaum nachweisbare (S. 108) - antidepressive Medikament Trinitico einzunehmen (Urk .

7/153 S. 82 und Urk. 7/153 S. 101 ). Daran ändert nichts , dass Dr. R.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 12. Oktober 2020 festhielt , der Versicherte habe zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht in psychiatrischer Behandlung gestanden, weshalb

es

nicht verwunderlich sei, dass die Medikamentenspiegel unterhalb des Referenzwertes gelegen hätten ( Urk. 7/179/4) . 4 . 3

Zusammenfassend ergibt sich daher, dass die gegen das

B.\_\_\_\_ Gutachten vom 29. November 2019 vorgebrachten Einwände nicht geeignet sind, dessen Beweis kraft in Frage zu stellen. Auf das Gutachten ist daher abzustellen und gestützt darauf davon auszugehen , dass der Beschwerdeführer aus somatischen (rheumatologischen) Gründen - eine Arbeitsunfähigkeit aus neuropsychologischen/ psychiatrischen Gründen liess sich nicht rechtsgenügend

erstellen - zwar in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit

als Operateur nur noch zu 50

% arbeitsfähig ist . In einer leidensangepassten Tätigkeit ( leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10

kg und ohne gehäuftes Reklिनieren des Kopfes sowie ohne Arbeiten mit dem linken Arm in oder über Schulterhöhe )

besteht dagegen eine 100% ige

Arbeitsfähigkeit und dies – zumal auch der Versicherte selber geltend macht, sein Gesundheitszustand habe sich im Verlauf verschlechtert ( Urk. 1 S. 6 ) – jedenfalls seit dem Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns per Februar 2015 ( Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG) ohne längere Unterbrechungen .

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der so festgestellte Arbeitsfähigkeit. 5 . 5 .1

5 .1.1

Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt seiner Krankschreibung per 24. September 2013 bei der Y.\_\_\_\_

AG angestellt, welches Arbeitsverhältnis aus invaliditätsfremden Gründen (Produktionsverlagerung ins Ausland) per 31. März 2014 aufgelöst wurde. Da der Beschwerdeführer die se

Anstellung

ab diesem Zeitpunkt somit unabhängig von seiner gesundheitlichen Situation nicht mehr innegehabt hätte, hat die

Verwaltung bei der Festsetzung des Valideneinkommens

zu Recht die statistischen Werte der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE)

beigezogen und

da bei –

der Beschwerdeführer hat keinen Beruf erlernt, war jedoch häufig als Lagermitarbeiter tätig

(Urk. 7/34)

–

zugunsten des Beschwerdeführers auf die Löhne gemäss dem untersten Kompetenzniveau im Bereich Lagerei

abgestellt

(LSE 2016 Tabelle TA1, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Ziff. 49-52; Kompetenzniveau 1, Fr. 5'504.--). 5.1.2

Der Beschwerdeführer lässt dagegen einwenden, mit Blick auf das bei der Y.\_\_\_\_

AG als Operator erzielte recht hohe Einkommen (von Fr. 6'134.-- pro Monat; vgl. Urk. 7/13 S. 2)

erscheine das Abstellen auf das unterste Kompetenzniveau nicht sachgerecht, vielmehr sei der Lohn im Kompetenzniveau 3 massgebend (Urk. 1

S. 11). Allein daher auf das Kompetenzniveau 3 («Komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen») abzustellen, weil der Beschwerdeführer bei der Y.\_\_\_\_

AG (wohl branchenbedingt; vgl. Ziff. 19-20 der LSE)

ein

für eine ungelernete Kraft überdurchschnittliches Einkommen erzielte, rechtfertigt sich jedoch

nicht. Denn zum einen war der Beschwerdeführer

bei der Y.\_\_\_\_ AG

nicht mit

komplexen Aufgaben betraut (vgl. Arbeitgeberbericht der Y.\_\_\_\_ AG , Urk. 7/13 S. 5 : Verschieben von Rohstoffen mit Lenkdeichselfahrfahrzeug, Verwiegen von Rohstoffen und Reinigungsarbeiten ) . Zum andern steht aber auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest , dass er - nach erfolgtem Stellenverlust aus betrieblichen bzw. wirtschaftlichen Gründen - im Gesundheitsfall weiterhin ein für ungelernete Arbeitskräfte überdurchschnittlich hohes Einkommen erzielt hätte (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_745/2020 vom 29. März 2021 E. 6.3) . Damit ist mit der Verwaltung

vom erwähnten

statistischen Tabellenlohn von Fr. 5'504.-- auszugehen,

was

unter Berücksichtigung der im Bereich Lagerei

betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.8 Stunden pro Woche im Jahr 2016 (statt 41.7 ; vgl. Bundesamt für Statistik, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Tabelle T 03.02.03.01.04.01 , Ziffer 52 ) ein Valideneinkommen in Höhe von Fr.

69'020.20

als Ausgangswert ergibt ( Fr. 5'504.-- : 40 x 41.8 x 12 pro 2016) .

Wie der Beschwerdeführer hingegen zu Recht einwenden lässt, ging er jedenfalls seit 2010 einer regelmässigen Nebenerwerbstätigkeit im Bereich Reinigung nach (vgl. IK-Auszug , Urk. 7/156 S. 3 ) . Nach der Rechtsprechung kann ein Nebeneinkommen dann als Validenlohn berücksichtigt werden, falls ein solches bereits im Gesundheitsfall erzielt worden ist und weiterhin erzielt worden wäre, wenn die versicherte Person keinen Gesundheitsschaden erlitten hätte (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_766/2011 vom 30. Dezember 2011 E.

### **E. 1.5**

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. 1.6**

und 3 .

### **E. 1.7**

hier vor) . Es ist nicht ersichtlich , inwieweit diese Feststellungen

durch das Schreiben von Dr. R.\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2020

in Frage gestellt werden ;

vielmehr

bestätigt es sie

darin , dass sie das Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich ihrer Sitzungen sehr

ähnlich wahrnehme und dass es in Befund schwer zu erheben sei. Insbesondere geht aus den von Dr. R.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen und Ausführungen weder hervor, dass das vom Beschwerdeführer demonstrierte Verhalten Ausdruck einer verselbständigten psychischen Störung ist, noch inwiefern trotz des unkooperativen und täuschenden Gebarens eine zuverlässige Befunderhebung und Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit möglich gewesen sein soll. Somit werden im erwähnten Schreiben von

Dr. R.\_\_\_\_

aber keine wichtigen Aspekte benannt, welche

seitens der Gutachter allenfalls unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_642/2020 vom 16. Dezember 2020 E. 5.2) und die daher geeignet wären, die Beurteilung der Gutachter in Frage zu stellen. Vielmehr erscheint gerade auch im Lichte der Ausführungen von Dr. R.\_\_\_\_

nachvollziehbar, dass - unabhängig davon, ob von einem Ausschlussgrund im Sinne von BGE 141 V 281

E. 2.2.1 (Aggravation oder Simulation; vgl. E.

### **E. 3**

bestehende n

vollständige n Arbeitsunfähigkeit

bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Die IV-Stelle tätigte Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht und führte mit dem Versicherten ein Standortgespräch durch (Urk. 7/11). Nach Beizug der Akten der Suva (Urk. 7/16, Urk. 7/48) und weiterer medizinischer Berichte behandelnder Ärzte und Institutionen (Urk. 7/17, Urk. 7/20, Urk. 7/23, Urk. 7/25, Urk. 7/29) gewährte die IV-Stelle berufliche Eingliederungsmassnahmen (Urk. 7/46, Urk. 7/54 ff: insbes. Arbeitstraining vom 1. Juni – 30. November 2016, inkl. Job Coaching, Akquisition und Nachbetreuung sowie Taggelder). Per 15. Februar 2017 trat

X.\_\_\_\_ eine Festanstellung (100

%)

in der Produktion/Spedition bei der Bäckerei A.\_\_\_\_ an (Urk. 7/76 ff.) . Da

er v erschiedentlich Anordnungen des Arbeitgebers

nicht Folge leistete , s owie nach erfolgter Krankschreibung infolge einer am 21. Februar 2017 erneut

erlittenen Kopf k ontusion

wurde das Arbeitsverhäl t nis seitens des Arbeitgebers

während der Probezeit gekünd i g t ( Urk. 7/78 , Urk. 7/88 /17 ). Die IV-Stelle schloss daraufhin

die beruflichen Massnahmen mit Mitteil ung vom 3 0. März 2017 ab (Urk. 7/80).

Nach Beizug der Ak ten des für den Unfall vom 21. Februar 2017 zuständigen U nfallversicherer s (Urk. 7/88) und Einholung eines hausärztlich en Berichts (Urk. 7/89)

erliess die IV- St elle am 30. August 2017 einen Vorbescheid, gemäss welchem sie einen Anspruch au f IV-Leistungen voraussichtlich verneine n werde (Urk. 7/92). Dagegen

erhob der Versicherte am 26. September 2017 Einwand (Urk. 7/98). Nach Einholung von weiteren medizinis chen Unterlagen (vgl. etwa Urk. 7/105, Urk. 7/106 ff., Urk. 7/121 -123 )

,

welche unter anderem ergaben, dass der Versicherte zwischenzeitlich einen Vorderwandinfarkt erlitte n hatte (vgl. etwa Urk. 7/123/1 und Urk. 7/137 ) ,

und Stellungnahme

du rch den Versicherten dazu (Urk. 7/125) sowie weiterer Ergänzung der Akten veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Untersuchung des Versicherten, mit welcher die B.\_\_\_\_

AG, MEDAS C.\_\_\_\_ , beauftragt wurde ( Mitteilung en vom 2 1. Juni und vom 2 2. Juli 2019 ,

Urk. 7/140 und Urk. 7/144 ). Die

B.\_\_\_\_ AG erstat t ete ihre Expertise am 29. N ovember 2019 (Urk. 7/153). Mit Eingaben vom 10. Februar 2020 ( Urk. 7/159) und 13. Februa r 2020 (Urk. 7/160 ) nahm der

Versicherte dazu Stellung; am 1 6. März 2020 reichte er ergänzende medizinische

Unterlagen ein , unter anderem betreffend seine linke Schulter (Urk. 7/166 ff.). Am 22.

September 2020 erliess die IV-Stelle einen neu en Vorbescheid, mit welchem sie abermals die Verneinung des Anspruch s auf eine Invalidenrente in Aussicht stellte (Urk.

### **E. 3.1**

mit Hinweisen ).

Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall unstreitig erfüllt .

D as Einkommen aus dem Neben erwerb ist daher

zum E inkommen aus dem Haupt erwerb hinzuzuzählen , wobei mit Blick auf die zwischen 2010 und 2013

erzielten

Einkünfte aus Nebenerwerbstätigkeit von einem durchschnittlichen jährlichen Wert von Fr. 4'830.-- auszugehen ist (2010: Fr. 4'988.-- + Fr. 3'269.--, 2011: Fr. 3'875.--, 2012: Fr. 4'497, 2013: Fr. 2'689.--; vgl. Urk. 7/156 S. 3) . 5 .1.3

Damit ergibt sich ein Valideneinkommen von insgesamt

Fr. 73'850.20. 5 .2. 5 .2.1

Da der Beschwerdeführer seit längerem keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, hat die Verwaltung das Invalideneinkommen eben falls anhand von statistischen Werten ( Tabellenlöhnen der LSE ) festgelegt . Sie stellte dabei auf ein monatliches Einkommen von Fr. 5'340.-- ab gemäss dem Total der LSE 2016 Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer, was angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2016 ein Einkommen von Fr. 66'803.40 ergab ( Urk. 2 ; vgl. auch Urk. 7/170) .

5 .2.2

Diese Berechnungsweise wird vom Beschwerdeführer

dahin beanstandet , als vom so ermittelten Invalideneinkommen kein leidensbedingter Abzug vorgenommen worden ist ; unter Hinweis auf verschiedene Publikationen

macht er geltend, statistisch sei erwiesen , dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen zwischen 10 % -15

% weniger verdienen würden als gesunde Personen in der gleichen Tätigkeit , weshalb ein Abzug in Höhe von jedenfalls 15

% vorzunehmen sei

(Urk. 1 S. 10).

Auch die höchstrichterliche Rechtsprechung anerkennt, dass in einer versicherten Person liegende individuelle Umstände - worunter auch behinderungsbedingte Einschränkungen fallen - Auswirkungen auf die Verdienstmöglichkeiten haben

können .

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) daher rechtsprechungsgemäss

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 Beschäftigungsgrad 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 ausgeglichene n Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerb lichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen ges amt haft 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).

Mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist

dabei zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung

der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistisch noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Gegenstand des Abzugs vom Tabellenlohn bildende Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarkt lage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_297/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.5). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) als ausserordentlich zu bezeichnen sind ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_725/2020 vom 22. Dezember 2020 E. 4.4.1 mit Hinweis).

Zwar liegen beim Beschwerdeführer (qualitative) Einschränkungen auch bezüglich einer Verweistätigkeit vor (vgl. zum Anforderungsprofil E. 5.3). Jedoch sind diese

körperlichen Limitierungen nicht als

ausserordentlich zu bezeichnen ,

weshalb

bezogen auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt gleichwohl noch von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten ausgegangen werden kann . Weitere persönliche Merkmale, die einen Abzug rechtfertigen, sind alsdann nicht ersichtlich und werden auch vom Beschwerdeführer nicht konkret geltend gemacht. Der Verzicht auf einen Abzug vom Invalideneinkommen ist daher nicht zu beanstanden . 5 .2.3

Somit resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 66'803.40 . 5 .3

Die Gegenüberstellung von Valideneinkommen ( Fr. 73'850.20 ) und Invalideneinkommen ( Fr. 66'803.40) führt zu einem Invaliditätsgrad von 9. 54

% , (Fr. 73'850.20 – Fr. 66'803.40 / Fr. 73'850.20 x 100) ,

was keinen Anspruch auf eine Invalidenrente ergibt (vgl. E. 1.5 hievore) . Anzumerken ist, dass selbst wenn ein Abzug von 15 % vom Invalideneinkommen vorgenommen würde , kein

renten begründender Invaliditätsgrad resultiert .

Unter diesen Umständen

kann offen bleiben , ob die IV-Stelle den vom Beschwerdeführer weiterhin erzielten Nebenverdienst aus mehreren Tätigkeiten zu Recht auch beim Invalideneinkommen berücksichtigt hat (vgl. Urk. 2 S. 3) , was

der Beschwerdeführer in Frage stellt ( Urk. 1 S. 10 ) .

Lediglich anzumerken bleibt in diesem Zusammenhang, dass der Beschwerdeführer seine dem IK-Auszug zu entnehmenden Nebenverdienste, welche sich im Jahr 2018 auf immerhin

Fr. 9'404.-- beliefen (Urk. 7/156 /3), anlässlich der gutachterlichen Berufsanamnesen mit keinem Wort erwähnte, sondern angab, abgesehen von der beruflichen Eingliederung in der

Bäckerei (Februar 2017, vgl. Urk. 7/77-78) seit 2013 nicht mehr gearbeitet zu haben und auch nicht in der Lage zu sein, im Haushalt zu helfen (Urk. 7/153 S. 81, S. 126 f., S. 151).  
6.

Zusammengefasst hat die Beschwerdegegnerin demnach einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung vom 12. Januar 2021 erweist sich damit als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 7.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem 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 Dr. iur. André Largier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

## **E. 7**

/173). Mit Eingaben vom 23. Oktober 2020 (Urk. 7/177) und 11. November 2020 (Urk. 7/180) nahm der Versicherte dazu Stellung und reichte weitere ärztliche Berichte

ein, namentlich einen Bericht der behandelnden Psychiaterin (Urk. 7/179). Nach Vorlage der Unterlagen an ihren Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Urk. 7/182) hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. Januar 2021 daran fest, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (Urk. 2).

2.

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ hierorts mit Eingabe vom 15. Februar 2021 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung rückwirkend eine angemessene Invalidenrente zuzusprechen und auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MWSt ) zu Lasten der Beschwerdegegnerin ( Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle stellte mit V ernenhmlassung vom 24. März 2021 Antrag auf Abwei sung der Beschwerde (U rk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 6. April 202 1 zur Kenntnis gebracht wurde (U rk .

### **E. 8**

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 9**

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

### **E. 10**

Minuten und dann ständig, unter dem Tisch gegen das Schienbein zu treten. Dies zum Teil auch mehrmals hintereinander. Der Versicherte habe wiederholt dermassen übertriebene Schreckreaktionen gezeigt , dass er einmalig heftig mit der Hand gegen den Tisch ge stosse n habe , sodass dieser kurz vibrier t und dadurch auch sie (die Expertin) erschreck t hab e. Anstelle sich auf die Fragen einzulassen, habe der Versicherte wiederkehrend Gegenstände , welche auf dem T isch stand en (Schreiber, Stifte, Glas) in die Hand genommen , diese von allen Seiten betrachte t und untersucht ,

anstelle sich der Untersucherin zuzuwenden. Auf Fragen im Anamnesegespräch sei , wenn überhaupt, nur knapp geantwortet

worden . Erst nach wiederholtem beharrliche m Nachfragen sowie unter Erwäh nung, dass sie (die Exper t in) ihm seine Absenzen nicht ab n ehme und sie ihm ansehe, dass er sie genau hö r en und verstehen würde, habe der Versicherte vorübergehend zu berichten

begonnen . Der V ersicherte habe vorw i e gend ein demonstrativ trotziges, ablehn endes Verhalten gezeigt (auf Schuhe oder die Expertin starren, wiederkehrendes Treten gegen das Schienbein, extremes Zusam menzucken des ganzen Körpers, Gegenstände untersuchen/betrachten).

Der Versicherte habe Schmerzen, Ängste und Vergesslichkeit

beklagt , habe aber seine Medikamente nennen und auch retrospektiv Auskunft geben können .

Sie habe versucht, die Beschwerdevalidierung mit TOMM durchzuführen, aber bereits bei den Beispielen habe der Versicherte ein dermassen absurdes Verhalten präsentiert (höre Instruktionen nicht zu, blättere selber im Testheft rum, wieder Starren) , so dass die Untersuchung abgebrochen und ihm gesagt worden sei , er könne nach Hause gehen. Der Versicherte sei spontan nicht auf diesen Hinweis ein gegangen und hab e sich stattdessen wieder Wasser in sein Glas gegossen , dieses ausgetrunken und sie angestarrt . Dem Versicherten sei die Tür geöffnet und nochmals mitgeteilt worden , er dürfe nach Hause gehen. Daraufhin habe

er den Untersuchungsraum verlassen . Aufgrund des sehr befremdenden Auftretens mit im Verlauf auch bei ihr (der Expertin) aufkommenden beklemmenden Gefüh len, habe sie den

Versicherten von seinen Räumlichkeiten aus beobachtet. Er sei anschliessend während einer halben Stunde vor dem Gebäude umher geschlichen, habe dabei eine Zigarette nach der anderen geraucht. Dann sei er in Richtung Klinik K.\_\_\_\_\_

vis à

vis gegangen und dort weiter umher gestanden. Eine Stunde nachdem sie den Versicherten verabschiedet habe, sei dieser noch immer anwesend gewesen und in der Gegend herum geschlichen.

Als Fazit hielt die Expertin fest, die Untersuchung sei abgebrochen worden, weil der Versicherte ein dermassen demonstratives, trotziges und theatrales Verhalten dargestellt und sich nicht auf die Untersuchung und die Untersucherin eingelassen habe. Die sogenannten Absenzen hätten sich

aufgrund des klaren und zielgerichteten Blickes mit jeweils strammer Körperhaltung als nicht authentisch

präsentiert. Der Versicherte

habe keine Vigilanzminderung gezeigt; beim Starren sei der Blick jeweils klar und fokussiert gewesen und auch beim Anstarren der Schuhe habe sich nie ein Einsacken der Körperhaltung als Hinweis auf verminderte Vigilanz gezeigt. Die Schreckreaktionen hätten sehr ausgeblendet gewirkt und es wundere hierbei, dass bei Schmerzen der Körper noch zu dermassen starken Schreckreaktionen fähig sei.

Eine testpsychologische Untersuchung der kognitiven Funktionen sei aufgrund Malcompliance nicht durchführbar

und das Stellen von Diagnosen nicht möglich

gewesen. Somit könne auch keine Aussage über den Grad der Arbeitsfähigkeit/Restarbeitsfähigkeit gemacht werden (S. 179 ff.). 3.1.7

Der psychiatrische Gutachter med. pract. I.\_\_\_\_\_ hielt in seiner Teilexpertise (Urk. 7/153 S. 185 ff.) gestützt auf die Vorakten und seine Exploration des Beschwerdeführers

im Wesentlichen fest (S. 204), dieser habe von Anfang an ein als etwas auffällig zu bezeichnendes Verhalten gezeigt, zunächst nicht auf Ansprache reagiert und insgesamt seien die Anamneseerhebung und die Untersuchung mühsam gewesen. Der Versicherte habe jedoch dabei wenig authentisch gewirkt, eher histrionisch, theatrales aufgesetzt. Deutlich sei auch geworden, dass er gekränkt und zwischenzeitlich auch gereizt

war. Der Versicherte habe später im Raum in ein leeres Regal

gestarrt, jedoch Blickkontakt aufgenommen und diesen auch gehalten, dann oft den gleichen Satz gesagt, ohne dass dies wirklich als Perseveration zu verstehen gewesen sei. Er habe den gleichen Satz auf gestellte Fragen wiederholt und eine gewisse Abwesenheit und Schreckhaftigkeit demonstriert; dabei habe er immer wieder mit dem Oberkörper und den Armen gezuckt und zum Teil mit den Händen an der Tischkante angeschlagen. Aufgefordert, dieses Verhalten doch zu unterlassen, sei es zu durchbrechen gewesen, so dass diese über einen Gutteil der Untersuchung sistiert und erst wieder am Schluss beendet habe. Insgesamt habe der Versicherte nur einfache Antworten gegeben und häufig

geäußert, dass er «nichts wisse» oder «keine Ahnung» habe (S. 204) . Es habe so gewirkt, dass der Versicherte keine adäquaten Antworten habe geben wollen , das Vorbeireden und die Schreckhaftigkeit hätten nicht authentisch gewirkt . Bei doch eher gering zu bezeichnenden Compliance hätten die Angaben allenfalls teilweise verwertbar erschienen (S. 205) . Zum psychischen Befund gab med. pract . I. \_\_\_ an, auch die sei vor dem Hintergrund der Begebenheiten nur beschränkt erhebbare und verwertbar. Die Mimik habe etwas eingeschränkt gewirkt, soweit beurteilbar, möge der Versicherte auch etwas herabgestimmt gewesen sein , teilweise gereizt und gekränkt. Inwieweit die Schwingungsfähigkeit abschliessend wirklich eingeschränkt gewesen sei, habe sich nicht feststellen lassen. Soweit beurteilbar, sei er bei erhaltener Vigilanz wohl soweit orientiert gewesen, von Seiten der Motivation dürfte die sei zur Aufnahme einer Arbeitstätigkeit als aufgehoben zu bezeichnen sein (S. 205) .

### Schlussfolgernd

hielt der Experte fest, bei der Untersuchung habe sich ein Versicherte gezeigt, der von Seiten seines Verhaltens, des Auftretens, der Beziehungs- und Kontaktgestaltung doch als auffällig zu bezeichnen gewesen sei und ein gewisses bizzares Verhalten gezeigt habe , das jedoch sehr theatralisch, aufgesetzt, wenig authentisch und nicht nachvollziehbar gewirkt habe. Der Versicherte schien laien-ätiologisch darzustellen, wie er sich eine psychische Erkrankung vorstellte. Weder die vom Versicherten gezeigte « Schreckhaftigkeit » noch das « Starren » habe als in irgendeiner Weise bei einer psychischen Erkrankung vorkommend mit einer psychischen Erkrankung in Verbindung stehend wahrgenommen und festgestellt werden können . Die Angaben des Versicherten, wonach er «vergessen habe», «keine Ahnung habe» und dass er Sätze wiederholt habe, hätten sich nicht im Sinne einer Perseveration, einer mnestischen Störung oder eines Vorbeiredens gezeigt . Auch diese hätten aufgesetzt gewirkt und ebenso , wie sich der Versicherte die psychische Erkrankung vorstellte. Der Versicherte habe ein sehr auffälliges Verhalten gezeigt, das über die Einnahme eines sogenannten Krankenrollenverhaltens hinaus gegangen sei. Er habe sich demonstrativ theatralisch gezeigt, habe bewusstseinsnahe, demonstrative Symptome im Sinne eines nicht authentischen Verhaltens abschliessend im Sinne einer Simulation gezeigt (S. 208) .

Weiter gab der psychiatrische Experte an, vor dem Hintergrund der Gegebenheiten sei es prinzipiell etwas schwierig erschienen , differenzialdiagnostische Überlegungen anzustellen. Letztendlich wäre es natürlich möglich, dass beim Versicherten, wie im Dossier angeführt, eine depressive Störung bestehen könnte, wohl vor dem Hintergrund psychosozialer Belastungsfaktoren, da der Versicherte etwas bedrückt erschienen sei . Dies sei jedoch von anderen Gegebenheiten überlagert worden und habe sich im Einzelnen nicht differenzieren lassen. Auch habe keine Pseudodemenz im Rahmen einer depressiven Störung festgestellt werden können, welche eine Diagnose einer depressiven Störung stützen würde. Eine Erkrankung aus dem somatoformen Diagnosespektrum habe nicht festgestellt

werden können, diese werde im Dossier zum Teil auch nur als Verdachtsdiagnose geäußert. Die Aufgabe der Behandlung sei auch nicht krankheitsimmanent, scheine nicht im Rahmen einer psychischen Erkrankung zu bestehen (S. 208 f.) . Vor dem Hintergrund, dass der Versicherte

anlässlich der Untersuchung («heute») dieses Verhalten gezeigt habe, wäre es vorstellbar, dass wie im Dossier genannt, eine akzentuierte Persönlichkeit mit wohl auch narzisstischen aber wohl auch histrionischen Anteilen bestehe. Dies und insbesondere das Bestehen einer Persönlichkeitsstörung könne aber vor dem Hintergrund der Gegebenheiten so nicht aktuell verifiziert und/oder bestätigt werden.

Vor dem Hintergrund der Umstände und Gegebenheiten könne keine Diagnose gestellt werden und ohne eine andere als die anlässlich der Untersuchung («heute») mangelnde Mitarbeit des Versicherten, die nicht durch eine psychische Störung bedingt sei, werde auch in Zukunft keine Diagnosestellung möglich sein. Somit könne abschliessend die Arbeitsfähigkeit respektive die Arbeitsunfähigkeit bei dem Versicherten nicht beurteilt werden. Vor dem Hintergrund, dass anzunehmen sei, es bestehe ein mehr als nicht authentisches Verhalten, müsse rein medizinisch-theoretisch, rein versicherungspsychiatrisch davon ausgegangen werden, dass eine Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 209) . 3 .2

Im Nachgang zum Gutachten der B.\_\_\_\_

AG fanden im Wesentlichen die folgenden

medizinischen Unterlagen Eingang in die Akten : 3 .2 .1

Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, stellte in ihrem Bericht vom 25. April 2019 an den Hausarzt die folgenden Diagnosen ( Urk. 7/169 S. 17 ff.) :

- chronisches zervikozephalales und -brachiales Schmerzsyndrom links betont, mit/bei - Aggraviert nach 3-maligen HWS-Distorsionsstraumata mit Kopfkontusion 2009, 2011 und 02/2017 - MRI HWS 15.03.2017: mehrsegmentale Diskusprotrusionen, v.a. C6/C7 bds. linksbetont mit möglicher Kompression C7 links bei hochgradiger Neuroforaminalstenose
- Status nach radikulärer Infiltration C7 links 2013 ohne Besserung

Zusammenfassend gab Dr. L.\_\_\_\_

an, bei eingeschränkter Kooperation sei keine abschliessende Beurteilung möglich, eine klinisch relevante radikuläre Kompression, sowohl zervikal als auch lumbal, erscheine allerdings wenig wahrscheinlich. Zu erwähnen sei eine wenig authentische und durch Aggravation geprägte klinische Präsentation. Der Versicherte habe den Wunsch geäussert, die elektrophysiologische Untersuchung zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen, weshalb ein zweiter Termin vorgesehen werde (S. 18) .

Im Nachtrag vom 15. Mai 2019 hielt Dr. L.\_\_\_\_ nach durchgeführten Abklärungen in ihrer zusammenfassenden Beurteilung fest, die elektromyographische Untersuchung habe erwartungsgemäss keinen Anhalt für eine Radikulopathie C5, C6 und C7 rechts ergeben. Da die rechtsseitige Zervikobrachialgie im Moment im Vordergrund stehe und die Untersuchung als äusserst schmerzhaft empfunden worden sei, sei auf die Untersuchung der linken Seite verzichtet worden. Die Ergebnisse der somatosensorisch evozierten Potentiale seien nicht richtungsweisend, insbesondere ohne Anhaltspunkte für eine Läsion der lemniskalen Afferenzen. Zusammenfassend finde sich aus neurologischer Sicht keine Erklärung für die chronifizierte Schmerzsymptomatik, insbesondere kein Anhalt für eine zugrunde liegende radikuläre Kompression ( Urk. 7/169 S. 19) . 3 .2 .2

Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie (FMH), Unfallchirurgie, Sportmedizin, stellte in seinem Bericht vom 4. März 2020 gestützt auf zwei Bildgebungen (MRI HWS und MRI

Schulter links) je vom 13. Februar 2020 die folgenden Diagnosen: Diskushernie Segment HWK 6/7, Kompression der Nervenwurzel C7 links, Einengung des rechten Neuroforamens im Segment HWK 6/7, Unkovertebralarthrose. Des Weiteren diagnostizierte er eine Schulterinstabilität links, Hill-Sachs-Läsion links nach Schulterluxation, eine Ruptur des inferioren glenohumeralen Ligamentes links sowie eine AC-Gelenkarthrose links (Urk. 7/167 S. 1).

Dr. M.\_\_\_\_ gab im Wesentlichen an, ursächlich für die Beschwerden sei eine Mischsymptomatik zwischen einer Nervenwurzelkompression im HWS-Bereich durch die Diskushernie und einer verbliebenen Schulterinstabilität links nach vermutlicher Schulterluxation in früherer Zeit. Der Versicherte leide massiv unter Schmerzen. Zur Differenzierung der HWS-Beschwerden sei der Patient zu Dr. med. N.\_\_\_\_

überwiesen worden. Angaben zur Arbeitsfähigkeit machte Dr. M.\_\_\_\_ nicht (Urk. 7/167 S. 3). 3.2.3

Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, gab in seinem Bericht vom 12. März 2020 an, die Beweglichkeit der HWS sei massiv eingeschränkt. Es bestehe eine leichtgradige Abschwächung des Faustschlusses in beiden Händen und eine diffuse Sensibilitätsstörung im Bereich beider Hände. Im Röntgenbefund zeigten sich osteochondrotische Veränderungen bei C 5/6 und C

6/7, jedoch auch im Bereich der mittleren HWS. Eine Instabilität der HWS zeige sich nicht.

Da der Patient unter den Beschwerden sehr stark leide, werde mit ihm die Möglichkeit einer schmerztherapeutischen Interventionsbehandlung besprochen. Das Verfahren sei ihm erläutert und ein entsprechender Termin vereinbart worden (Urk. 7/167 S. 5). 3.2.4

Der zuständige RAD-Arzt Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt mit Blick auf die Berichte von Dr. M.\_\_\_\_

vom 4. März 2020 und von

Dr. N.\_\_\_\_ vom 12. März 2020

sowie die darin festgehaltenen bildgebenden Befunde in seiner Stellungnahme vom 22. Juni 2020 im Wesentlichen fest, neu seien die im Rahmen eines Arthro MRI erst 2/2020 erhobenen MR-tomographischen Befunde der linken Schulter. Hinsichtlich der Beurteilung der sich letztendlich aus der Zusammenschau der klinischen und radiologischen Befunde abzuleitenden Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) ergebe sich auch unter Berücksichtigung dieser neuen Diagnose aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht keine andere Beurteilung der quantitativen Arbeitsfähigkeit. Hingegen sei das Belastungsprofil um die qualitative Einschränkung «keine Arbeiten mit dem linken Arm in oder über Schulterhöhe» zu erweitern (Urk. 7/171 S. 11 f.).

3.2.5

Im Bericht der Universitätsklinik P.\_\_\_\_, wo der Versicherte auf Zuweisung seines Hausarztes untersucht worden war, stellten die verantwortlich zeichnenden Ärzte der Schulterchirurgie am 8. September 2020 die folgenden Diagnosen (Urk. 7/169 S. 3 f.): - komplexes chronisches Schmerzsyndrom Schulter/Nacken links mit/bei - Cervikovertebralsyndrom mit Diskushernie HWK 6/7 mit Nervenwurzelkompression C7 links - Bursitis subacromialis - Insuffizienz periskapuläre Muskulatur - Depression mit -

V.a. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - St. nach Myokardinfarkt 2018

Sie führten im Wesentlichen an, es bestehe eine schwierige Situation mit einem komplexen chronischen Schmerzsyndrom im Bereich des Nackens und der linken Schulter. Der Patient leide seit vielen Jahren an den Beschwerden. Obschon sich MR - tomographisch im Februar 2020 eine Bursitis subacromialis gezeigt habe, gingen die vom Patienten geltend gemachten Beschwerden weit über dieses Krankheitsbild hinaus. Insofern sähen sie aus schulterchirurgischer Sicht keine Möglichkeit, die Beschwerden des Patienten zu verbessern. Es werde deshalb um Aufgebot in der interdisziplinären Sprechstunde des Universitätsspitals Q.\_\_\_\_

gebeten. Auch werde keine Verlaufskontrolle vereinbart, eine erneute Zuweisung sei bei Bedarf jederzeit möglich. 3.2.6

Im Bericht des Universitätsspitals Q.\_\_\_\_,

Institut für Anästhesiologie, Schmerzambulatorium, vom 8. Oktober 2020,

stellten die verantwortlich zeichnenden Ärzte neben bekannten Fremddiagnosen

die folgende Diagnose (als Schmerzdiagnose): chronische sekundäre muskuloskeletale Schmerzen Schulter links (ICD-11: MG 30.3)

mit/bei Arthro-MRI 02/2020: Bursitis subacromialis, Tendopathie der Supraspinatussehne, keine Rotatorenmanschettenruptur sowie Röntgen Schulterstatus links 08/2020: regelrecht zentriertes Glenohumeralgelenk, geringe Mehrsklerosierung am inferioren Glenoid.

Sie führten im Wesentlichen aus, die expliziten Schmerzen in der linken Schulter bestünden seit diesem Jahr, die Schmerzen im Hals- und Nackenbereich dagegen schon mehrere Jahre. Bei einem zervikokraniälen Schmerzsyndrom mit Nervenwurzelkompression der C7-Wurzel sei bereits 2018 eine operative Sanierung empfohlen worden, welche der Patient abgelehnt habe. Mehrmalige Infiltrationen an der HWS (u.a.)

Dr. N.\_\_\_\_) seien bisher ohne Verbesserung der Symptomatik gewesen. Analgetisch nehme er Dafalgan, Novalgin, und Nisulid ein, welche nicht helfen würden. Er sei in regelmässiger psychotherapeutischer Therapie bei Dr. R.\_\_\_\_. Die medikamentöse antidepressive Therapie habe er jedoch selbständig sistiert (Urk.

7/176). 3.2.7

Dr. med. R.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin am Zentrum S.\_\_\_\_, Ambulatorium T.\_\_\_\_, der U.\_\_\_\_ sowie behandelnde Psychiaterin des Beschwerdeführers, führte in ihrem Schreiben vom 12. Oktober 2020 (Urk. 7/179) zu

Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers sowie in Beantwortung von dessen Fragen im Wesentlichen aus, im psychiatrischen Teilgutachten von med. pract. I.\_\_\_\_ fehle ein psychopathologischer Befund nach AMDP, des Weiteren sei kein ausführlicher klinisch-psychiatrischer Befund und kein Status nach AMDP erhoben worden, auch fehlte eine vollständige Beschreibung der Persönlichkeit und testpsychologische Abklärungen. Testpsychologische Zusatzuntersuchungen wären sicherlich wünschenswert, allerdings sei tatsächlich auch zu beachten, dass der Versicherte offensichtlich kaum Auskunft gegeben habe und somit eine solche Erhebung kaum durchzuführen sei (S. 1). Weiter gab Dr. R.\_\_\_\_

an, m ed. pract . I.\_\_\_\_ umschreibe vornehmlich das Verhalten des Patienten, welches sie ( Dr. R.\_\_\_\_ ) in den Sitzungen bei i hr zwischenzeitlich sehr ähnlich wahr nehme. Den psychopa thologi schen Befund beim Versicherten zu erheben sei sicherlich schwierig. Er sei einerseits sehr misstrau i sch, and e rerseits werde die zugrundeliegende Symptomatik tatsächlich durch sein sehr auffälliges theatra lisches und histrionisches Auftreten überdeckt. Hierdurch sei die Diag nos t i k erschwert und die Vermutung einer Aggravation bis hin zur Simulation nahelie gend. Leider würden Patienten mit diffusen Beschwerden und forderndem, teils unangenehmem Verhalten oft nicht ernst genommen, obwohl tatsächlich soma tische wie auch psychiatrische Erkrankungen vorlägen. Dies sei beim Versicherten eb enfalls geschehen, so habe zum B eispiel in einer erneuten Untersuchung der Schulter let ztendlich ein durchaus schwerw i e gender Befund erhoben werden können (S. 2).

Weiter führte Dr. R.\_\_\_\_ zur Hauptsache aus, der Versicherte habe anlässlich der Sitzungen immer wieder über Ängste berichtet. Er beschreibe einerseits eine grosse Angst, einen neuen Herzinfarkt zu erleiden. Hinzu kämen nachts auftre tende Ängste. Bezüglich Affektivität bestehe ihrer Einschätzung nach eine deut lich reduzierte Schwingungsfähigkeit und Freudlosigkeit, auch bestünden deutli c he Schuld- und Schamgefühle insbesondere gegenüber seiner Ehefrau (S. 2 f.). I hres Erachtens sei beim Versicherten eine somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren ( F45.4 ) , auch sei eine somatoforme autonome Funktionsstörung des Herzens (F.45.30) zu diskutieren. Ebenfalls bestehe eine mittelgradige depres sive Episod e; die Diag n o sekriterien seien erfüllt (S. 3 ff.).

Abschliessend bemerkte Dr. R.\_\_\_\_ , die Befunderhebung sei aufgrund des misstrauischen, teils abwertenden Verhaltens sicherlich nicht einfach. Der Versi cherte sei nicht in der Lage , sein V erhalten zu reflektieren, versuche durch sein theatra lisches Verhalten einen Leidensdruck glaubhaft zu machen,

wel ches leider lediglich dazu führe , dass er kaum ernst genommen werde und wichtige Infor mationen verloren gingen. Aus ihrer Sicht sei daher sicherlich ein ausführliches psychiatrisches Einzelgutachten sinnvoll und die Zeitspanne des vorliegenden Gutachtens (Untersuchungszeit 13.00 bis 14.20) zu kurz (S. 6) . 3 .2.8

Dr. med. V.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psy ch otherapie, vom RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 17. Dezember 2020 aus, der psychiatrische Teilgut achter beschreibe ein Verhalten des Versicherten, das mit Sicherheit als Aggra vation bezeichnet werden müsse, ebenso die neuropsychologische Teilgut ach terin. Der psychiatrische Teilgutachter habe aufgrund des Verhaltens des Versicherten keine Diagnose stellen können, was nachvollziehbar sei. Auch eine allfällige Arbeitsunfähigkeit könne nicht beurteilt werden aufgrund des Verhal tens des Versicherten. Die Beweislosigkeit gehe zu Lasten des Versicherten ( Urk. 7/182 S. 4). 4 . 4 .1

Das Gutachten der B.\_\_\_\_

AG beruht auf umfassenden Untersuchungen in den notwendigen medizinische n Di s zipline n und wurde in Kenntnis und in Auseinan dersetzung mit den Vorakten (Anamnese) erstellt . Die

begutachtenden Fach personen setzten

sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und dessen Verhalten einlässlich auseinander

und stellten – soweit ihnen

möglich -

nachvollziehbare Diagnosen. Dabei legten sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar

und begründeten die Schlussfolgerungen nachvollziehbar.

In somatischer Hinsicht legten die medizinischen Fachpersonen

einleuchtend dar, dass weder in internistischer ,

noch in kardiologischer, noch in

neurologischer Hinsicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht ; mit Blick auf die zeitlich nah zu gleichen Schlüssen gelangenden Ausführungen von Dr. L. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 25. April 2019 (vgl. E. 3.2.1) erscheint namentlich überzeugend, dass bezüglich der Schmerzen im Nackenbereich aus neurologischer Sicht kein pathologischer und somit

kein relevanter Befund

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu erheben war . Vor dem Hintergrund der medizinischen Akten sowie

der

anlässlich der Untersuchung geklagten Beschwerden ,

der erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen leuchtet aber auch in rheumatologischer Hinsicht ein, dass

aufgrund der degenerativen Befunde an der Hals- und Lendenwirbelsäule zwar eine

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten -

auch mittel schwere Arbeiten umfassende n (vgl. Urk. 7/13 S. 5)

–

Tätigkeit als Operateur

besteht , hingegen in einer leidensangepassten (leichten) Tätigkeit unter Berücksichtigung des - aufgrund der Schulterproblematik durch RAD Arzt Dr. O. \_\_\_ weiter eingeschränkten - rheumatologischen Belastungsprofils

keine Arbeitsunfähigkeit gegeben ist .

Schliesslich leuchten auch die neuropsychologische und die psychiatrische Expertise

ohne Weiteres

ein . Insbesondere zeigten die Fachpersonen

nachvollziehbar auf, dass aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung des Versicherten bei den Untersuchungen

sowie mit Blick auf das

von ihm demonstrierte

– einhellig als

wenig authentisch

eingestufte

- Verhalten , welches

nicht durch ein krankheitswertiges Geschehen zu erklären

war , keine bzw. keine zuverlässige Beurteilung des

neuropsychologischen bzw. psychischen Gesundheitszustandes vorgenommen werden

konnte , und infolge Überlagerung allfällig bestehender Symptomatiken

kein

von diesem Verhalten verselbständigter Gesundheitsschaden hinreichend abzugrenzen und somit feststellbar war . Es leuchtet daher auch ein, dass

es folglich nicht möglich war, mit der erforderlichen Zuverlässigkeit eine Diag n o se zu stellen und

eine Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit

vorzunehmen .

4 .2 4 .2.1

In somatischer Hinsicht stellt der Beschwerdeführer den Beweiswert des

B.\_\_\_\_ - Gutachten s

mit der Begründung in Frage,

d er rheumatologische Experte habe

als Folge seiner oberflächlichen Untersuchung die vom Beschwerdeführer beklagten progredienten Schmerzen in der linken Schulter

nicht bildgebend abgeklärt; das von

Dr. M.\_\_\_\_

veranlasste

Arthro - MRI der linken Schulter vom 1 3. Februar 2020

habe jedoch diverse Befunde ergeben , bezüglich derer unwahrscheinlich sei, dass diese drei Monate zuvor nicht vorgelegen seien

( Urk. 1 S. 6). Dazu ist fest zustellen,

dass der Beschwerdeführer anlässlich der rheumatologischen Begutach tung durch Dr. G.\_\_\_\_ zwar mannigfaltig e Beschwerde n

beklagt e

( vgl. Urk. 7/153/149 ). Beschwerden betreffend die linke Schulter erwähnt e er jedoch nicht . Alsdann ergab sich im klinischen Untersuch

( Urk. 7/153 S. 153 f.) bezüglich der Schultern ein im Wesentlichen unauffälliger Befund bei nur mässig und gleichseitig eingeschränkter Schulterbeweglichkeit .

Vor diesem Hintergrund ist nicht als mangelnde Sorgfalt zu werten, dass Dr. G.\_\_\_\_ von weiterführenden

Abklärungen abgesehen hat .

Im Übrigen macht der Beschwerdeführer nicht geltend, dass

dem nachträglich befundeten Gesundheitsschaden

an der linken Schulter

mit dem durch RAD- Arzt Dr. O.\_\_\_\_

angepassten Zumutbarkeitsprofil

(vgl. E. 3 2.4) in qualitativer Hinsicht nicht hinreichend Rechnung getragen worden sei. Soweit er

in diesem Kontext

hingegen

( in quantitativer Hinsicht )

moniert , Dr. O.\_\_\_\_

sei

in seiner Stellungnahme vom 27. Juni 2015 noch von einer Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit von 80 % ausgegangen , weshalb nicht nachvollziehbar sei, weshalb er (der Beschwerdeführer) nun vollständig arbeitsfähig sein sollte , zumal zwischen zeitlich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (Urk. 1 S. 6 f.) ,

ergibt dies nichts zu seinen Gunsten . So

begründete Dr. O.\_\_\_\_

die seine Einschätzung

damals

mit einer geringen Leistungsminderung ( von 10 % -20 % ) wegen zeitweiligem Schwindel (Urk. 7/40 S. 5). Jedoch liegt auf der Hand, dass

der

reinen Aktenbeurteilung von Dr. O.\_\_\_\_ bezüglich der nicht sein Fachgebiet betreffenden (Schwindel -)Problematik kein höherer Beweiswert zu kommen

kann als dem

eingeholten Gutachten der externen Spezialärzte , welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatteten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangten. 4 .2.2

Der Beschwerdeführer bringt weiter

vor, der fall zuständige Psychiater des

RAD habe sich nicht mit der umfangreichen Kritik der behandelnden Psychiaterin Dr. R.\_\_\_\_ am psychiatrischen

Gutachten befasst, sondern lediglich behauptet, es liege Beweislosigkeit vor. Jedoch habe Dr. R.\_\_\_\_ in ihrem Schreiben vom 12. Oktober 2020 ausgeführt, dass die psychiatrische Expertise von

med. pract. I.\_\_\_\_

die Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten ausgerechnet bei der zentralen Befunderhebung nicht einhalte,

weshalb ergänzende Abklärungen vorzunehmen seien

( Urk. 1 S. 7 ff. ) .

Aufgrund

ihrer jeweiligen Untersuchungen

stellten

die Neuropsychologin M. sc.

H.\_\_\_\_ und der Psychiater med. pract. I.\_\_\_\_

– zusammengefasst – je fest, der Beschwerdeführer präsentiere ein wenig authentisches,

theatralisches und

aufgesetztes Verhalten

sowie

eine

unkooperatives

Antwortverhalten, was

eine Befunderhebung und Beurteilung

lege artis

verunmögliche (E. 3 .

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