

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00115 vom 24. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00115

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00115 du 24 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00115 del 24 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1972, begann nach acht Jahren Schulausbildung in

Y.____ eine Lehre zum Automechaniker, welche er aber nicht abschloss (Urk. 10/1/4, Urk. 10/71/73). Im Jahr 1995 reiste er aus Z.____ in die Schweiz ein, wo er als Fabrik- und Bauarbeiter arbeitete (Urk. 10/24/4, Urk. 10/71/23). Das Schweizer Bürgerrecht erlangte er im Jahr 2008 (Urk. 10/1/1). Seit dem 1. Juli 2016 war er bei der A.____ AG als Maschinenführer angestellt (Urk. 10/1/4). Am 17. April 2018 (Eingangsdatum) meldete er sich bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf gesundheitliche Beeinträchtigungen nach einem am 14. Februar 2018 erlittenen ischämischen Hirninfarkt (Urk. 10/8/12) zum Leistungsbezug an (Urk. 10/1, Urk. 10/4). Die IV-Stelle zog zunächst den Auszug aus dem individuellen Konto (IK) vom 30. April 2018 (Urk. 10/6) bei. Hier nach holte sie Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 10/8, Urk. 10/13-14) mit dem Bericht des Spitals

B.____ vom 23. Februar 2018 (Urk. 10/8/12-14) und dem Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 20. April

2018 (Urk. 10/8/3-11) ein. Alsdann führte sie eine Eingliederungsberatung durch (Urk. 10/21). Nach deren Abschluss teilte sie dem Versicherten am 26. Oktober 2018 mit, dass aufgrund der noch instabilen gesundheitlichen Situation derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 10/20). In der Folge erhielt die IV-Stelle das von der Krankentaggeldversicherung eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Februar 2019 (Urk. 10/24/2-6). Am 5. April 2019 wurde in der Klinik C.____ eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung durchgeführt (Urk. 10/29/1). Mit Vorbescheid vom 7. Mai 2019 (Urk. 10/26) kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Leistungsbegehrens vom 17. April 2018 an. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass ihm aus medizinischer Sicht eine leichte wechselbelastende Tätigkeit zumutbar sei (Urk. 10/26/2). Dagegen erhob der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, mit der vom Versicherten mitunterzeichneten Eingabe vom 10. Mai 2019 Einwand (Urk. 10/27). Vom 15. bis 26. Juli 2019 hielt sich Versicherte zur erneuten neurologischen Rehabilitation in der Klinik C.____ auf (Urk. 10/34/1-2). Es folgte eine stationäre Rehabilitation im Rehazentrum

G.____ vom 30. Juli bis 25. August 2019 (Urk. 10/39/1). Die IV-Stelle veranlasste sodann eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie; Urk. 10/47). Der Gutachtensauftrag wurde

per Zufallsprinzip der G.____ zugeteilt (Urk. 10/48). Am 20. Juni 2020 erstattete die G.____ ihr Gutachten (Urk. 10/71). Daraufhin erliess die IV-Stelle am 15. September 2020 einen neuen Vorbescheid mit welchem sie dem Versicherten mitteilte, dass sie seinen Anspruch auf Invalidenrente geprüft habe und die Abweisung des Leistungsbegehrens vorsehe (Urk. 10/84). Dagegen erhob der Versicherte am 21. September 2020 Einwand. Er beantrage die Zusprechung von beruflichen Massnahmen (insbesondere vorab ein Arbeits- und Aufbautraining mit anschließender Arbeitsintegration). Eventualiter seien ihm eine Invalidenrente beginnend ab 1. Februar 2019 zuzusprechen (Urk. 10/87). Nach dem Erhalt der IV-Akten erklärte die Rechtsvertreterin des Versicherten am 12. Oktober 2020, dass am Einwand vom 21. September 2020 festgehalten werde (Urk. 10/93). Mit Verfügung vom 26. Januar 2021 entschied die IV-Stelle, dass für die Arbeitsvermittlung das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) zuständig sei. Weil der Invaliditätsgrad des Versicherten unter 40 % liege bestehe auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

E. 2

Eventualiter sei die IV-Verfügung vom 26. Januar 2021 aufzuheben und das Verfahren an die IV-Stelle zwecks Wiederholung der medizinischen Abklärungen zurückzuweisen.»

In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin in der Person von Rechtsanwältin Petra Oehmke (Urk. 1 S. 2).

E. 2.1

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. 2.2

Mit Eingabe vom 11. März

2021 zog der Beschwerdeführer sein Gesuch vom 18. Februar 2021 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin wieder zurück (Urk. 8).

E. 2.2.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 unbeschrieben der

Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte(n) 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, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2.2

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1).

E. 2.2.3

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung, die eindeutig über die blossе unbewusste Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung hinausgeht, ohne dass das betreffende Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, Urteil des Bundesgerichts 9C_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.2).

E. 2.3

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit:

- a. diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und
- b. die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis). Nach Massgabe der Art. 13 und 21 IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Abs. 2). Nach Massgabe von Art. 16 Abs. 2 lit. c IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig davon, ob die Eingliederungsmassnahmen notwendig sind oder nicht, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern (Abs. 2 bis).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Massnahmen (lit . a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit . a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit . b) und in der Abgabe von Hilfsmitteln (lit . d).

E. 2.4

Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) sind, haben Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Integrationsmassnahmen), sofern dadurch die Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen beruflicher Art geschaffen werden können (Art. 14a Abs. 1 IVG). Als Integrationsmassnahmen gelten gemäss Abs. 2 gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation (lit . a) und Beschäftigungsmassnahmen (lit . b). Es geht darum, bei denjenigen Versicherten, die aktuell nicht eingliederungsfähig sind oder deren Eingliederungsfähigkeit verloren zu gehen droht, die Eingliederungsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten. Ist aber jemand in einer anderen zumutbaren Tätigkeit arbeitsfähig, so ist er (in dieser anderen Tätigkeit) bereits eingliederungsfähig; er braucht keine Integrationsmassnahmen mehr, um die Eingliederungsfähigkeit herzustellen. Es gibt keinen Grund, Massnahmen zur Ermöglichung einer beruflichen Eingliederung durchzuführen, wenn auch ohne solche Massnahmen eine berufliche Eingliederung bereits umgesetzt werden kann (BGE 137 V 1 E. 7.2.3 mit Hinweisen).

E. 2.5

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer nach dem Abschluss der Eingliederungsberatung am 26. Oktober 2018 mit, dass aufgrund der noch instabilen gesundheitlichen Situation derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 10/20). Diese Abweisung des Gesuchs um Gewährung von Eingliederungsmassnahmen wurde rechtlich wirksam, weil der Beschwerdeführer nach Lage der Akten nicht innerhalb eines Jahres eine anfechtbare Verfügung verlangt hatte (vgl. zur Zulässigkeit der formlosen Erledigung und deren fristgerechten Anfechtung: BGE 134 V 145 E. 4 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_682/2017 vom 6. September 2018 E. 4.1.3, s. a. Urteil des Bundesgerichts 9C_642/2015 vom 29. Juni

2016 E. 4.3). In der Folge beantragte er mit seinem Einwand am 21. September 2020 gegen den Vorbescheid vom 15. September 2020 betreffend Verneinung eines Rentenanspruchs (Urk. 10/84) erneut Eingliederungsmassnahmen (Urk. 10/87/1). Dazu führte die Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin am 18. Januar 2021 aus, dass der

Beschwerdeführer keine Ausbildung abgeschlossen habe und als Hilfsarbeiter gelte. Er könne in einfachen Hilfsarbeitertätigkeiten gemäss Belastungsprofil ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Er habe sich bereits selber beim RAV angemeldet. Das RAV unterstütze ihn bei der Stellensuche. Er könne für die beschriebene Stelle als Hilfsarbeiter über das RAV vermittelt werden (Urk. 10/99/2). Mit der angefochtenen Verfügung vom 26. Januar 2021 mit dem Betreff «Kein Anspruch auf eine Invalidenrente» hielt Beschwerdegegnerin sodann ebenfalls fest, dass das RAV für die Arbeitsvermittlung des Beschwerdeführers zuständig sein. Es bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (Urk. 2 S. 2). Demnach hat die Beschwerdegegnerin das neue Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung von Eingliederungsmassnahmen vom 21. September 2020 (Urk. 10/87/1) geprüft und mit der angefochtenen Verfügung vom 26. Januar 2021 (Urk. 2) verneint.

Vorliegend gehören somit sowohl der Anspruch des Beschwerdeführers auf Eingliederungsmassnahmen als auch sein Anspruch auf eine Invalidenrente zum Anfechtungs- und Streitgegenstand (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a). Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer diese Leistungen zu Recht verweigert hat. 2.

E. 3.1

Es liegen die folgenden entscheidungswesentlichen Arztberichte und Gutachten vor:

E. 3.2

Dr. D.____ hielt in seinem Gutachten vom 18. Februar 2019 fest, dass der von ihm bei der Untersuchung vom 11. Februar 2019 (Urk. 10/24/2) erhobene Befund zusammengefasst weiterhin mit einer leicht bis mittelgradig floriden Depression zusammengefasst sei. Die affektiven Kernsymptome der Depression seien leicht bis mittelgradig ausgeprägt. Auffällig sei nach wie vor eine im Gespräch deutlich nachlassende Konzentration. Diagnostisch handle es sich um eine leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F32.0/1), weiterhin floride, sowie um eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung (ICD-10: F06.7). Die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers sei unter den gegebenen Umständen weiterhin ausgewiesen. Er empfehle der Krankentaggeldversicherung den Versicherungsfall mit der Beschwerdegegnerin zu koordinieren. Von Seiten der Behörden wäre das entsprechende Reintegrationspotential zu prüfen. Eine Tätigkeit des Beschwerdeführers als Baumaschinenführer sei aktuell nicht vorstellbar (Urk. 10/24/5).

E. 3.3

Im Bericht zur neuropsychologischen Untersuchung am Zentrum für ambulante Rehabilitation (ZAR) der Klinik C.____ vom 5. April 2019 wurden die folgenden Diagnosen gestellt (Urk. 10/29/1): - Cerebrale Ischämie mit Diffusionsrestriktion im dorsalen Aspekt des rechten

Putamens von ca. 5 x 8 mm (cMRI vom 15. Februar 2018) am 14. Februar 2018 mit/bei: - Initial: Aphasie, Facialisparese links, intermittierendes sensomotorisches Hemisyndrom links (Hypästhesie Bein links vorbestehend), bei Eintritt NIHSS 5/42 Punkte - Bei Eintritt Klinik C.____ (gemeint ist am 21. Februar

2018, Urk. 10/8/3): Sensomotorisches brachiofacial-betonte Hemiparese links - Leichte neuropsychologische Funktionsstörung (ICD-10: F06.7)

In der Beurteilung wurde unter anderem festgehalten, dass im Vergleich zu den Vorbefunden vom Juni beziehungsweise April 2018 Leistungen verschlechterungen bei allen wiederholten aufmerksamkeitsspezifischen Aufgaben zu verzeichnen gewesen seien. Insbesondere die Reaktionszeiten hätten teilweise deutlich zugenommen. Diese Leistungsver schlechterungen seien nicht als Folge eines progredienten Verlaufs hirnganisch bedingter Defizite zu werten. Sie seien vielmehr im Rahmen einer Modulation des Leistungsvermögens durch psychische und motivationale Aspekte beziehungsweise damit verbundene Schwierigkeiten konstant eine hohe Anstrengungsbereitschaft aufrecht zu erhalten zu erklären (Urk. 10/29/3).

Zur beruflichen und sozialen Teilhabe wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig sei. Aktuell würden die psychischen Symptome als limitierender Faktor bezüglich einer beruflichen Reintegration im Vordergrund stehen. Es bestehe der Verdacht, dass sich im Verlauf Anpassungsstörungen mit depressiven und ängstlichen Symptomen entwickelt hätten. Der Beschwerdeführer habe von Strategien, die ihm im Umgang mit seinen ängstlichen Symptomen helfen würden, berichtet. Allerdings traue er sich mittlerweile wenig zu (Urk. 10/29/4).

E. 3.4

Im definitiven Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 26. Juli 2019 wurde unter anderem festgehalten, dass sich neuropsychologisch eine deutlich verminderte Belastbarkeit, eine Antriebslosigkeit und Aufmerksamkeitsdefizite gefunden hätten. Im Vergleich zu den Ergebnissen der neuropsychologischen Testung während der stationären Rehabilitation direkt nach dem Schlaganfall hätten sich insbesondere im Bereich der Aufmerksamkeit vor allem aufgrund stark verlangsamter und schwankender Reaktionszeiten aktuell schlechtere Leistungen gezeigt. Die aktuellen Ergebnisse seien im Bereich der Aufmerksamkeit mehrheitlich mit den Resultaten der neuropsychologischen Untersuchung vom April 2019 vergleichbar gewesen. Die Gedächtnisleistungen seien tendenziell leicht schlechter ausgefallen. Die Zunahme der Defizite werde im Zusammenhang mit der zunehmenden psychischen Verschlechterung interpretiert. Zusammenfassend sei daher von einer Aggravation der neuropsychologischen Funktionsstörung im Rahmen einer Anpassungsstörung mit depressiver und ängstlicher Symptomatik auszugehen (Urk. 10/34/3).

E. 3.5

Der Beurteilung im Versicherungsbericht des Reha zentrums

G.____ vom 6. September 2019 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer während des Aufenthalts vom 30. Juli bis 25. August 2019 leichte Fortschritte habe erzielen können. Er wünsche sich eine schnellere vollständige Genesung. Ihm seien viele Zusammenhänge bewusst und er kenne verschiedene Coping-Strategien. Es falle ihm jedoch oft noch schwer diese umzusetzen. Insbesondere seine Angst vor einem neuen Apoplex und sein Pflichtbewusstsein, stets alles richtig zu machen, schienen einen zügigeren Therapieerfolg zu bremsen (Urk. 10/39/4).

E. 3.6.1

Am Gutachten der G.____ vom 20. Juni 2020 (Urk. 7/71) waren Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie (fallführender Gutachter), Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Hämatologie, Dr. med. J.____,

Facharzt für Neurologie, und lic. phil. K.____, Fachpsychologin für Neuro psychologie FSP, betei ligt (Urk. 10/65/1, Urk. 10/71/14, Urk. 10/71/61, Urk. 10/71/71). Die Untersuchun gen wurden am 4. März 2020 (lic. phil. K.____), am 13. Mai

2020 (Dr. I.____) und am 26. Mai

2020 (Dres. H.____ und J.____, Urk. 10/71/3, Urk. 10/71/62) durch geführt.

E. 3.6.2

Die Gutachterin und die Gutachter stellten die folgende Diagnose mit Aus wirkun gen auf die Arbeitsfähigkeit in der vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Baumaschinenführer (Urk. 10/ 71/9): - Status nach mikroangiopathischem Hirninfarkt im rechten Putamen be reich vom 14. Februar

2018 mit partieller Minderempfindlichkeit für Oberflächen- und Schmerzempfinden im Bereich der linken Gesichts hälfte, dem linken Arm und in Teilen des linken Beins, motorisch spontane Mundastsch w äche linksseitig bei normaler Willkürinnervation - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) mit mittelschwere n kognitiven Einschränkungen (ICD-10: F06.7) Sie nannten sodann die folgenden Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arb eits fähigkeit in der letzten Tätigkeit (Urk. 10/71/9): - Arterielle Hypertonie - Adipositas, BMI 33.3 kg/m² - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom - Anamnestisch leichte Gastritis - Hypercholesterinämie - Anamnestisch Pollenallergie - Obstipation - Pollakisurie

E. 3.6.3

Der internistische Gutachter hielt fest, es sei sicherlich nachvollziehbar, dass die Arbeitsfähigkeit durch den am 14. Februar 2018 erlittenen ischämischen Hirn in farkt deutlich eingeschränkt sein dürfte. Dies werde jedoch entsprechend im neu rologischen Fachgutachten dargestellt (Urk. 10/71/42). Körperlich schwere und schwerste Tätigkeit dürften dem Beschwerdeführer nicht mehr möglich sein. Hin sichtlich der spezifischen Funktionseinschränkungen werde auf das neuro lo gi sche und psy chiatrische/neuropsychologische Gutachten verwiesen (Urk. 10/71/42). Die sicherlich begünstigende arterielle Hypertonie und Hyper cholesterinämie seien medikamen tös eingestellt und würden die Arbeits fähigkeit des Beschwer de führers nicht grundsätzlich beeinträchtigen. Das obstruktive Schlafapnoe-Syn drom sei durch die Vorordnung einer CPAP-Therapie nach anamnestischer Aus sage des Beschwerdeführers gut therapiert, die Schlafqualität sei deutlich ver bessert. Eine akute Einschlafneigung bestehe nicht. Die Adipositas sei seit Februar 2018 grun d sätzlich rückläufig, auch wenn der Beschwerdeführer in den Zeiten der Corona-Krise wieder einige Kilos zugenommen habe (Urk. 10/71/7). Aus internistischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (Urk. 10/71/44).

Der neuropsychologischen Beurteilung ist zu entnehmen, dass bei der ersten neuropsychologischen Untersuchung im Jahr 2018 leichte kognitive Restdefizite, vermutlich im Rahmen des cerebrovaskulären Insults (CVI) und bei unauffälliger Symptomvalidierung, beschrieben worden seien. Im Rahmen des Ereignisses sei eine Verschlechterung der kognitiven Funktionen über den Verlauf nicht zu er warten. Deshalb sei die Zunahme der kognitiven Schwierigkeiten bei der zweiten Untersuchung im Jahr 2019 im Rahmen der sich entwickelnden Anpassungs störung und damit einhergehenden Aggravation, im Sinne eines selbst limitie renden Verhaltens, interpretiert worden. Auch in

der aktuellen neuro psycholo gischen Untersuchung sei ein ähnlicher Befund festzustellen gewesen. Auf grund einzelner Inkonsistenzen sei dabei zumindest streckenweise von einem selbst limitierenden Verhalten, möglicherweise im Rahmen der psychischen Reaktion mit reduzierten Copingstrategien auszugehen. Passend dazu werde auch beim letzten Aufenthalt im Rehazentrum

F.____ darüber berichtet, dass der Beschwer deführer sehr pflichtbewusst und um Richtigkeit bemüht sei sowie unter einer Angst vor einem neuen Apoplex leide, was einen zügigeren Therapieerfolg bremse . Deshalb könne aus neuropsychologischer Sicht nicht festgestellt werden, in wel chem Ausmass einzelne kognitive Defizite im Rahmen der Ereignisse immer noch vorhanden seien (v. a. die Ermüdbarkeit). Einzelne kognitive Einschränk un gen würden plausibel erscheinen (z. B. der Restneglect bei höheren Anforderun gen, ge wisse verbleibende Ermüdbarkeit nach CVI). In welchem Ausmass diese durch die psychische Symptomatik bei verminderter Belastbarkeit oder einem selbst li mitierenden Verhalten überlagert sei, könne aus neuropsychologischer Sicht nicht genauer differenziert werden (Urk. 10/71/70).

Gemäss dem neurologischen Gutachter klagte der Beschwerdeführer bei der Un ter suchung über Schwindel, Müdigkeit, Vergesslichkeit sowie eine Schlaf störung. Zudem spüre er in Ruhe ein rauschendes Ohrgeräusch auf beiden Ohren. Das Gefühl im Bereich der linken Gesichtshälfte sowie im Bereich des linken Arms und an Stellen des linken Beins sei schwächer als rechtsseitig. Mit dem linken Auge k önne er nicht mehr so gut sehen wie vor dem Hirninfarkt. Er trage eine Lesebrille (Urk. 10/71/54). Der Gutachter hielt fest, dass der klinisch-neurolo gische

Unter suchungsbefund keine eindeutigen Störungen im Bereich der Hirn werk zeug funktionen gezeigt habe. Die im neuropsychologischen Gutachten vom 4. März 2020 (vgl. Urk. 10/71/62-71) beschriebenen Funktionseinbussen seien grundsätz lich unspezi fisch. Sie liessen sich aus neurologischer Sicht nicht durch den laku nären Puta men infarkt erklären. Im Bereich der Hirnnerven habe sich eine Min de rung für Oberflächen- und Schmerzempfinden bei erhaltener Spitz-Stump f-Diskri mina tion im Bereich der linken Gesichtshälfte mit etwas para median links seitigter Begren zung gezeigt. Sodann sei auch ein leichter links seitiger Mund winkel tief stand im Vergleich zur rechten Seite feststellbar gewesen, wobei die Willkürin nervation seitengleich kräftig erfolgt sei. Im Bereich der Extremitäten hätten sich keine manifesten oder lateralen Paresen gefunden. Die Muskeleigen reflexe seien seitengleich schwach unter Bahnung erhältlich ge wesen. Pyra mi denbahnzeichen hätten keine vorgelegen. Bei der Überprüfung der Sensibilität sei vom Beschwer de führer im Bereich des linken Arms eine Minde rung für Ober flächen- und Schmerzempfinden bei erhaltender Spitz-Stumpf-Dis krimination angegeben wor den. Im Bereich des linken Daumens und Zeigefingers sei aber nur ein schwacher Unterschied im Vergleich zur rechten Seite angegeben worden. Hinzuweisen sei ferner auf die Angabe einer Hypästhesie und Hy palgesie mit erhaltener Spitz-Stumpf-Diskrimination im Bereich der linken Oberschenkel aussen-, -vorder- und -hinterseite sowie im Bereich der Unterschenkelaussenseite und dem linken Fuss. Alsdann sei en eine Pallhypästhesie im Bereich des Malleolus medial links und eine Pallnormästhesie im Bereich des Malleolus medi alis rechts feststellbar gewesen. Das Zahlenerkennen am linken Fussrücken sei unsicher gewesen . Der Lagesinn sei an den Füßen beidseitig vollständig erhalten gewesen. Die koor di nativen Funktionen hätten sich insgesamt regelrecht darge stellt. Es hätten sich insbesondere keine Hinweise auf eine Störung der vestibulo-akulären Reflexe erge ben.

Eine Ataxie habe ebenfalls nicht vorgelegen, weder axial noch an den Extremitäten. Die vegetativen Funktionen hätten sich normal dargestellt. Zusammenfassend würde somit klinisch nach einem mikroangiopathischen Hirninfarkt im rechten Putamenbereich vom 14. Februar 2018 eine partielle Minderempfindlichkeit für Oberflächen- und Schmerzempfinden im Bereich der linken Gesichtshälfte, dem linken Arm und in Teilen des linken Beins fortbestehen. Motorisch bestünde lediglich eine spontane Mundschwäche linksseitig bei normaler Willkürinnervation (Urk. 10/71/55). Des Weiteren hielt der neurologische Gutachter fest, dass die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden nur teilweise auf den Hirninfarkt im Bereich des rechten Putamens zurückzuführen seien. Hierzu passe die linksseitige Sensibilitätsstörung. Die vom Beschwerdeführer angegebene Schwindelsymptomatik, Müdigkeit und Konzentrationschwäche würden sich neurologisch aber nicht erklären lassen. Durch den Hirninfarkt sei es zu keiner Läsion von Hirnstrukturen gekommen, deren Ausfall zu einer Schwindelsymptomatik geführt habe. Der Beschwerdeführer habe ebenfalls keine Läsionen von Hirnstrukturen, die zu neuropsychologischen Defiziten führen würden, erlitten (Urk. 10/71/56). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Baumaschinenführer sei dem Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht nicht mehr zumutbar (Urk. 10/71/57 f.). Für eine körperlich leichte Tätigkeit, bei der es nicht auf die vollständige Intaktheit des Sensoriums (Sensibilität der linken Körperseite) ankomme und die nicht unter Absturzgefahr sowie in ungesicherten Höhen ausgeführt werden müsse, bestehe aber eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/71/58). Diese Arbeitsfähigkeit sei ab 7. April 2018 beziehungsweise seit der Entlassung aus der Klinik C.____ (Aufenthalt vom 21. Februar bis 6. April 2018, vgl. Urk. 10/8/3) gegeben. Eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit habe während des erneuten Aufenthalts in der Klinik C.____ vom 15. bis 26. Juli 2019 (vgl. Urk. 10/34/1) und des Aufenthalts in der Rehaklinik F.____ vom 15. (richtig: 30.) Juli bis 25. August

2019 (vgl. Urk. 10/39/1) bestanden (Urk. 10/71/58).

Der psychiatrische Gutachter führte aus, dass es beim Beschwerdeführer aufgrund des am 14. Februar 2018 erlittenen ischämischen Hirninfarkts (Urk. 10/8/12) zu einer Anpassungsstörung mit längerer Reaktion gekommen sei. Es seien ängstliche und depressive Anteile vorhanden (Urk. 10/71/29). Vor allem vor dem Hintergrund einer familiären Vorbelastung (Hirnschläge bei der Mutter und beim Bruder, vgl. dazu: Urk. 10/71/22, Urk. 10/71/38, Urk. 10/71/67) sei es nachvollziehbar, dass es zu einer ängstlich-depressiven Reaktion gekommen sei. Weitere, darüber hinausgehende Pathologien hätten aber nicht festgestellt werden können. Die Persönlichkeit des Beschwerdeführers sei ungestört. Seine Ressourcen seien durch die genannte Störung nur leichtgradig beeinträchtigt (Urk. 10/71/30). In seiner Konsistenzbeurteilung hielt der Gutachter sodann fest, dass er die Einschränkungen in der vom Beschwerdeführer angegebenen Schwere nicht nachvollziehen könne. Dies liege auch darin begründet, dass er in drei verschiedenen Beschwerdevalidierungsverfahren (zwei durchgeführt durch die Neuro-psychologie, eines durch

den psychiatrischen Gutachter) hoch auffällige Ergebnisse zutage gefördert habe (Urk. 10/71/30). Für die Auffälligkeiten in sämtlichen drei Verfahren gebe es ausserhalb von bewussten Verfälschungstendenzen medizinisch keine Erklärung. Die Einschränkung, welche der Beschwerdeführer aufgrund seines Schlaganfallereignisses habe, sei jedenfalls als Erklärung nicht geeignet. Es sei darauf hinzuweisen, dass im Austrittsbericht der Klinik

C.____ vom 26. Juli 2019 (vgl. Urk. 10/34/1-6) der Verdacht auf eine Aggravation geäußert worden sei. Dies könne bestätigt werden (Urk. 10/71/31). Der psychiatrische Gutachter attestierte dem Beschwerdeführer seit dem ischämischen Hirninfarkt vom 14. Februar 2018 (Urk. 10/8/12) aufgrund der Symptomatik der Anpassungsstörung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 10/71/32).

E. 3.6.4

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) wurde zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen festgehalten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Maschinenführer nicht mehr eingesetzt werden könne. In einer angepassten Tätigkeit bestehe hingegen eine nur leicht eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 90 % (Urk. 10/71/10).

E. 3.7

Dr. E.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 4. Februar 2021 fest, dass er den Beschwerdeführer seit dem 21. März 2018 kenne. Der Beschwerdeführer leide seit dem akuten ischämischen Hirninfarkt vom 14. Februar 2018 an einer Schwäche der linken Körperseite, arm- und gesichtsbetont, sowie unter einer starken Erschöpfbarkeit und allgemeinen Schwäche. Schon nach kurzen, auch leichten Anstrengungen, manifestiere sich dies und zeige sich bereits nach wenigen Minuten eines Gesprächs. Die Gesichtsmuskulatur ermüde, die Gestik werde ärmer, der Beschwerdeführer beginne zu gähnen. Dass dies keinem der Gutachter aufgefallen sei, erstaune ihn (Dr. E.____) sehr. Diese Symptomatik könne nicht willkürlich herbeigeführt werden. Der Beschwerdeführer sei ein ausserordentlich gut motivierter Patient. Er trainiere mit grossem Willen und Ausdauer. Eine Fatigue-Symptomatik nach einem Insult sei nichts Ungewöhnliches und könne auch nicht wegtrainiert werden. Aus seiner Sicht sei der Beschwerdeführer als Baumaschinenführer zu 100 % arbeitsunfähig. Aktuell sei ihm auch keine andere Tätigkeit zumutbar (Urk. 3/4). 4. 4.1

Mit Blick auf die in den übrigen medizinischen Akten genannten Gesundheitsstörungen des Beschwerdeführers und seine eigene Beschwerdeschilderung im vorliegenden Verfahren (Urk. 1 S. 10) ist zunächst festzuhalten, dass das Gutachten der G.____ vom 20. Juni 2020 (Urk. 10/71) auf den erforderlichen allseitigen fachärztlichen Untersuchungen der Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie beruht. Die Gutachterin und die Gutachter hatten Kenntnis der medizinischen Vorakten (vgl. Urk. 10/71/15-18) und sie nahmen zu diesen Akten Stellung (Urk. 10/71/31, Urk. 10/71/70). Die Gutachterin und die Gutachter haben detaillierte Befunde erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Auftragsgemäss erfolgte auch eine Konsensbeurteilung der beteiligten Gutachter (vgl. Urk. 11/171/65-75). Demnach erfüllt das Gutachten die rechtsprechungsge massen Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E.

2.6), falls die Beurteilung der Gutachterin und der Gutachter auch nachvollziehbar und schlüssig ist. 4.2

Hierzu ergibt sich aus dem Gutachten zunächst, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers nach dem ischämischen Hirninfarkt vom 14. Februar

2018 (Urk. 10/8/12) eindeutig im Vordergrund stehen (Urk. 10/71/6, Urk. 10/71/9). In so weit besteht Übereinstimmung mit den weiteren medizinischen Akten (vgl. etwa das letzte ärztliche Zeugnis des Hausarztes des Beschwerdeführers vom 4. Februar 2021, Urk. 3/4). Die übrigen vom Gutachter Dr. I. ___ festgestellten Gesundheitsstörungen auf dem internistischen Fachgebiet wirken sich gemäss seiner überzeugenden Beurteilung nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus (Urk. 10/8/42-45). Bezüglich der spezifischen Funktionseinschränkungen nach dem ischämischen Hirninfarkt vom 14. Februar 2018 hat Dr. I. ___ auf das neurologische und das psychiatrische/neuropsycho logische Gutachten verwiesen (Urk. 10/71/42). Der neurologische Gutachter Dr. J. ___ gelangte in Kenntnis der Vorakten (Urk. 10/71/42, Urk. 10/71/54) und nach seiner eigenen Untersuchung des Beschwerdeführers (vgl. zu den Untersuchungsbefunden: Urk. 10/71/51-54) in seiner widerspruchsfreien wissenschaftlichen Beurteilung zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit gemäss dem von ihm formulierten Zumutbarkeitsprofil (Urk. 10/71/58) zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 10/71/58). Laut den G. ___ -Gutachtern sind nach dem ischämischen Hirninfarkt vom 14. Februar 2018 (Urk. 10/8/12) aus internistischer und neurologischer Sicht somit keine funktionellen Einbussen mehr vorhanden, welche den Beschwerdeführer in einer Verweigerungstätigkeit in seinem Leistungsvermögen einschränken würden. Diesbezüglich sind der Beschwerde des Beschwerdeführers vom 18. Februar 2021 (Urk. 1) keine Einwendungen zu entnehmen. Er

führte im vorliegenden Verfahren aus, dass das Gutachten der G. ___ vom 20. Juni 2020 mit Ausnahme des psychiatrischen Teils gutachtlich schlüssig sei (Urk. 1 S. 7). Es darf aber nicht unerwähnt bleiben, dass der

Hausarzt des Beschwerdeführers in seiner

Stellungnahme vom 4. Februar 2021 (Urk. 3/4) ausführte, dass dem Beschwerdeführer sämtliche Arbeitstätigkeiten nicht mehr zumutbar seien (Urk. 3/4).

Dr. E. ___ begründete dies im Wesentlichen damit, dass der Beschwerdeführer wegen der seit dem ischämischen Hirninfarkt vom 14. Februar

2018 (Urk. 10/8/12) bestehenden Schwäche auch bei leichten Anstrengungen rasch ermüde. Dies hätten die Gutachter feststellen müssen (Urk. 3/4). In diesem Zusammenhang konnten die G. ___ -Gutachter namentlich dem Gutachten von Dr. D. ___ vom 18. Februar 2019 entnehmen, dass die im Gespräch deutlich nachlassende Konzentration auffällig gewesen sei (Urk. 10/24/5). Auch hatte Dr. E. ___ bereits am 23. Januar 2019 von Konzentrationsstörungen und Ermüdbarkeit berichtet (Urk. 10/23/2-4).

Alsdann beobachtete

die

Neuropsychologin gegen Ende der Untersuchung eine erhöhte Ermüdbarkeit des Beschwerdeführers mit vermehrtem Gähnen (Urk. 10/71/69). Demgegenüber hielt Dr. J. ___

fest, dass der Beschwerdeführer während der rund 1.5-stündigen Untersuchung nicht ermüdet sei (Urk. 10/71/53). Die G. ___ -Gutachter haben sich mit der beklagten Ermüdbarkeit auseinandergesetzt, konnten diese aber - soweit überhaupt feststellbar -

aus medizinischer

Sicht nicht erklären.

Demnach hat

Dr. E.____ in seinem Arztbericht vom 4. Februar 2021 (Urk. 3/4) keine Befunde an geführt , welche von den G.____ -Gutachtern übersehen worden wären . Dass sie nach dem Studium der Vorakten und ihrer eigenen Untersuchung des Beschwerdeführers bezüglich dessen Arbeitsfähigkeit zu einer anderen Schlussfolgerung als Dr. E.____ gelangten, begründet keine Zweifel an ihrer Beurteilung . 4.3

Zur Beurteilung des psychiatrischen Gutachters Dr. H.____ bringt der Beschwerdeführer vor, dass diese nicht zu überzeugen vermöge. Es sei zwar richtig, dass lic . phil. K.____ , welche die neuropsychologische Testungen durchgeführt habe, gewisse auffällige Systemvalidierungen festgestellt habe. Entgegen der Behauptung von Dr. H.____ habe sie aber auch klargestellt, dass sich die Auffälligkeiten durch die Diagnose einer Anpassungsstörung ausreichend erklären lassen würden. Es komme hinzu, dass die Fachpersonen der Klinik C.____ in ihrem Bericht vom 26. Juli 2019 tatsächlich von Aggravation gesprochen hätten, allerdings hätten sie diesen Begriff im medizinischen Sinne beziehungsweise im Sinne einer objektiv feststellbaren Verschlechterung des Gesundheitszustandes verwendet (Urk. 1 S. 8). Dazu ist festzuhalten, dass bereits die Fachpersonen der Klinik C.____ die am 5. April 2019 in den Testverfahren festgestellten Leistungsverschlechterungen im Vergleich zu den Vorbefunden vom Juni beziehungsweise April 2018 nicht mit einer seit dem ischämischen Hirninfarkt vom 14. Februar 2018 bestehenden

hirnorganischen Gesundheitsstörung, sondern mit

psychischen und motivationalen Schwierigkeiten erklärt haben (Urk. 10/29/3). Bei der Folgeuntersuchung in der Klinik C.____

vom

Juli 2019 wurde im Bereich der Aufmerksamkeit mehrheitlich Übereinstimmung mit den Resultaten der neuropsychologischen Untersuchung vom April 2019 festgestellt . Die Fachpersonen der Klinik C.____ begründeten dies abermals nicht mit hirnorganischen Defiziten. Sie sind vielmehr von einer Aggravation der neuropsychologischen Funktionsstörung im Rahmen einer Anpassungsstörung mit depressiver und ängstlicher Symptomatik ausgegangen (Urk. 10/34/3). Ob sie damit aussagen wollten, dass sich die neuropsychologische Funktionsstörung verschlimmert hat (Interpretation des Beschwerdeführers , Urk. 1 S. 8) , oder, dass der Beschwerdeführer bei der Testung die neuropsychologische Funktionsstörung bewusst schwerer darstellen wollte als sie tatsächlich war (Interpretation Dr. H.____ , Urk. 10/71/31), kann offen bleiben. Jedenfalls konnte auch die am Gutachten der G.____

mitbeteiligte

Neuropsychologin lic . phil. K.____

bei ihrer Untersuchung des Beschwerdeführers nicht feststellen, in welchem Ausmass nach dem ischämischen Hirninfarkt vom 14. Februar 2018 (Urk. 10/8/12) immer noch einzelne kognitive Defizite (v. a. die Ermüdbarkeit) bestehen (Urk. 10/71/70). Ebenso wenig konnte sie sich bezüglich der Fragen, ob eine Überlagerung durch die psychische Symptomatik bei verminderter Belastbarkeit oder gar ein selbstlimitierendes Verhalten des Beschwerdeführers vorliege , festlegen (Urk. 10/71/70). Nach der Beurteilung Dr. H.____ leidet der Beschwerdeführer seit dem ischämischen Hirninfarkt vom 14. Februar

2018 (Urk. 10/8/12) an einer Anpassungsstörung mit ängstlichen und depressiven Anteilen (Urk. 10/71/29), welche ihn in seiner Arbeitsfähigkeit zu 10 % einschränkt (Urk. 10/71/32).

Aufgrund dieser fachärztlichen Beurteilung kann mit hin gesagt werden, dass tatsächlich eine psychische Überlagerung besteht. Dr. H.____

hat aber ebenfalls darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer in drei verschiedenen Beschwerdevalidierungsverfahren hoch auffällige Ergebnisse erzielt habe. Zwei dieser Verfahren wurden durch Neuro-psychologin lic. phil. K.____ und eines durch Dr. H.____ durchgeführt (Urk. 10/71/30).

Dr. H.____ hatte demnach durchaus Anlass, ebenfalls von einem selbstlimitierenden Verhalten des Beschwerdeführers auszugehen. Der Bedeutung des Wortes «Aggravation» im Bericht der Klinik C.____

vom 26. Juli 2019 (Urk. 10/34/3) kommt – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 8) – somit keine entscheidende Bedeutung zu. Neben der psychischen Überlagerung wurde vom Gutachter mithin auch ein selbstlimitierendes Verhalten

festgestellt, welches sich auf die Testresultate auswirkte. Das schlechte Abschneiden des Beschwerdeführers bei diesen Tests ist gemäss der fachärztlichen Beurteilungen nicht auf hirnorganische Defizite, sondern auf die Anpassungsstörung und das selbstlimitierende Verhalten des Beschwerdeführers zurückzuführen. Dr. H.____ begründete seine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nachvollziehbar mit den von ihm erhobenen Befunden (Urk. 10/71/25-27), welche gemäss dem Gutachter die Einschränkungen in der vom Beschwerdeführer angegebenen Schwere aber nicht plausibel erscheinen lassen (Urk. 10/71/30). Des Weiteren verwies der Gutachter auch auf die von ihm festgestellten Inkonsistenzen (Urk. 10/71/30-31). Der Beschwerdeführer kritisierte, Dr. H.____ habe zum Gutachten von Dr. D.____ lediglich festgehalten, dass er die von Dr. D.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % nicht nachvollziehen könne (Urk. 1 S. 9). Das Gutachten von Dr. D.____

vom 18. Februar 2019 (Urk. 10/24/2-6) lag Dr. H.____ vor (Urk. 10/71/16, Urk. 10/71/21). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung liegt es im Ermessen des Experten, ob und gegebenenfalls welche Berichte im Gutachten erwähnt und diskutiert werden. Entscheidend ist, dass den Gutachtern sämtliche Unterlagen zur Verfügung standen (Urteil des Bundesgerichts 9C_276/2017 vom 23. April 2018 E. 4.3.2 mit Hinweis auf das Urteil 9C_24/2015 vom 19. Juni 2015 E. 4.2). Auch

diesbezüglich liegt somit kein Mangel vor. 4.4

Die von G.____ - Gutachtern attestierte 10%ige Arbeitsunfähigkeit in angepassten Tätigkeiten begründet sich folglich mit der Einschränkung des Beschwerdeführers in psychischer Hinsicht, weil es nach dem ischämischen Hirninfarkt vom 14. Februar 2018 (Urk. 10/8/12) zu einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gekommen ist (Urk. 10/71/31). Darüber hinaus konnten sie beim Beschwerdeführer keine medizinisch begründeten funktionellen Einschränkungen erheben, sie mussten vielmehr feststellen, dass ein Verdacht auf eine Aggravation besteht (Urk. 10/71/31).

Auf das schlüssige und überzeugende Gutachten der G.____ vom 20. Juni 2020 (Urk. 7/71) kann abgestellt werden. Demnach ist dem Beschwerdeführer in der vor dem ischämischen

Hirnfarkt vom 14. Februar 2018 (Urk. 10/8/12) aus geübten Tätigkeit als Maschinenführer für ein Bauunternehmen (Urk. 10/1/4) nicht mehr arbeitsfähig (Urk. 10/71/12). In einer leidensangepassten Tätigkeit, das heisst in einer körperlich leichten Tätigkeit, bei der es nicht auf die vollständige Intaktheit des Sensoriums (Sensibilität der linken Körperseite) ankommt, und die nicht unter Absturzgefahr sowie in ungesicherten Höhen ausgeführt werden muss (Urk. 10/71/58), besteht seit dem 7. April 2018 (Abschluss des ersten Spitalaufenthalts, inkl. Neuro-Reha) aber eine 90%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/71/12). 5.

5.1

Beim Einkommensvergleich vom 15. September 2020 (Urk. 10/81) stellte die Beschwerdeführerin bezüglich des Valideneinkommens

auf das im

IK für das Jahr 2017 eingetragene Einkommen des Beschwerdeführers in der Höhe von Fr. 74'819.-- ab (Urk. 10/6/2). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung gelangte sie zu einem hypothetischen Valideneinkommen

2019 im Betrag von Fr. 75'569.--. Das hypothetische Invalideinkommen ermittelte sie ausgehend von den Lohnstatistischen Angaben für die Löhne von Hilfsarbeitern gemäss der Schweizer Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018 des Bundesamtes für Statistik. Bei Bereinigung um die Nominalentwicklung ergab sich

ein

hypothetisches

Invalideinkommen 2019 in der Höhe von

Fr. 68'105.-- (Urk. 10/81/1). Beim Einkommensvergleich resultierte ein einkommensmässiger Erwerbseinbusse von

Fr. 7'463.60 beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Der Beschwerdeführer macht sodann einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen geltend. Als Beispiele nennt er ein «Arbeits- und Aufbautrainings»

(Urk. 1 S. 2).

E. 6.2

Laut Randziffer 1010.2 des Kreisschreibens über die Integrationsmassnahmen (KSIM) des Bundesamtes für Sozialversicherungen gehört das Aufbautraining zu den Massnahmen der sozial-beruflichen Rehabilitation (Art. 4 quinquies

der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), welche ihrerseits zu den Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung gemäss Art. 14a IVG gezählt werden (Art. 14a lit. a IVG).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts

ist

Art. 14a Abs. 1 IVG

im Zusammenhang mit

Art. 14a Abs. 2 IVG zu sehen, wonach als Integrationsmassnahmen gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation (lit . a) und Beschäftigungsmassnahmen (lit . b) gelten. Es gehe darum, bei denjenigen versicherten Personen, die aktuell nicht eingliederungs fähig sind oder deren Ein gliederungsfähigkeit verloren zu gehen droht, die Eingliederungsfähigkeit herzu stellen oder zu erhalten. Wenn aber jemand in einer anderen zumutbaren Tätig keit arbeitsfähig sei , so sei er (in dieser anderen Tätigkeit) bereits eingliede rungsfähig; er brauche keine Integrationsmassnahmen mehr, um die Ein gliede rungsfähigkeit herzustellen . Es gebe keinen Grund, Massnahmen zur Ermög li chung einer beruflichen Eingliederung durchzuführen, wenn auch ohne solche Massnahmen eine berufliche Eingliederung bereits umgesetzt werden k ö n n e . Das Bundesgericht gelangte durch Gesetzesauslegung zum Schluss, dass versicherte Personen, welche in einer angepassten Beschäftigung arbeitsfähig sind, keinen Anspruch auf Integrationsmassnahme n haben

(BGE 137 V 1

E. 7.2 .3).

Weil der Beschwerdeführer gemäss den G.____-Gutachtern in einer leidensange passten Tätigkeit seit dem 7. April 2018 zu 90 % arbeitsfähig ist (Urk. 10/71/12), hat er keinen Anspruch auf Integrationsmassnahme n beziehungsweise das von ihm geforderte, aber nicht weiter umschriebene « Arbeits- und Aufbautraining » (Urk. 1 S.

2) .

E. 6.3

Weil der Beschwerdeführer, welcher keinen Beruf erlernt hat (Urk. 10/1/4, Urk. 10/71/73), in einer leidensangepassten Hilfsarbeitert ätigkeit zu 90 % arbeits fähig ist (Urk. 10/71/12) und dadurch ein rentenausschliessendes Einkom men erzielen kann (E. 5.1) , ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihm mit der angefochtenen Verfügung keine berufliche n Massnahmen zuge spro chen hat (vgl. Art. 8 Abs. 1 lit . a IVG, Art. 15-18d IVG) . Der Beschwerdeführer ist im Wesentlichen der Ansicht, dass ihm die Anpassungsstörung sowie seine mittel schweren kognitiven Funktionseinschränkungen einen A nspruch auf beruf liche Massnahmen vermitteln (Urk. 1 S. 6). Hierbei kann ihm nach dem Gesagten aber nicht gefolgt werden. Im Übrigen

begründete der Beschwerdeführer m it seiner Beschwerde vom 18. Februar 2021 den von ihm geltenden gemachten An spruch auf Massnahmen beruflicher Art nicht weiter . Er führte insbesondere nicht aus, dass die Voraussetzungen für die Zusprache einer der beruflichen Mass nah me gemäss Art. 15-18d IVG erfüllt seien. Deshalb erübrigen sich weitere Aus füh rungen dazu . 7.

Ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht ebenfalls nicht , wie in E. 5.1 hier vor bereits festgehalten wurde. 8.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. 9.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 b iS IVG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Oehmke - 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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

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). 2. 6

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich

hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt

(sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 2. 7

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erleichtern, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

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

E. 10

% . Dieser Einkommensvergleich gibt zu keinen Beanstandungen Anlass.

Der Beschwerdeführer wäre somit grundsätzlich in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (E. 2.4). 5.2

Im vorliegenden Verfahren machte der Beschwerdeführer geltend, dass beim Valideneinkommen

vom Bruttolohn gemäss Lohnausweis 2017 in der Höhe von Fr. 77'989.--

(Urk. 3/3) auszugehen sei (Urk. 1 S. 9) . Angepasst an die Nominal lohnentwicklung betrage das hypothetische Valideneinkommen 2019 somit

Fr. 79'086.-- (Urk. 1 S. 9) . Der Beschwerdeführer kann daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Unter Berücksichtigung dieses Valideneinkommens würde beim ansonsten vom Beschwerdeführer nicht bestrittenen Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin ein Invaliditätsgrad von gerundet 14 % (13,88 %) resultieren. Ein Invaliditätsgrad in dieser Höhe gäbe dem Beschwerdeführer deshalb ebenfalls kein Anspruch auf eine Invalidenrente (E. 2.4). 6.

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