

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00235 vom 8. Februar 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-02-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00235

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00235 du 8 février 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00235 del 8 febbraio 2022

Erwägungen

E. 1

) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 1. März 2021 einen Rentenanspruch (Urk. 6/173 = Urk. 2).

E. 1.1

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

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da 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 nachfolgend 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

E. 1.4

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 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. 1.5

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweislasternde versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.6

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.7

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b /cc).

E. 1.8

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

E. 1.9

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäußert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und so mit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang an dauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 14. April 2021 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 1. März 2021 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen (S. 2 Ziff. 1), eventuell sei eine medizinische Abklärung von Seiten des Gerichts anzuordnen beziehungsweise subeventuell die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ein medizinisches Gutachten zu veranlassen (S. 2 Ziff. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 12. Mai 2021 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 1.

März

2021 (Urk. 2) damit, dass dem Beschwerdeführer nach erfolgter Begutachtung berufliche Eingliederungsmassnahmen angeboten worden seien. Die Arbeitsvermittlung sei angeboten worden, nachdem der Beschwerdeführer am 23. Oktober 2018 schriftlich bestätigt habe, er fühle sich zu zirka 75 % arbeitsfähig für leichte Tätigkeiten. Die Arbeitsvermittlung habe jedoch abgeschlossen werden müsse, da sich der Beschwerdeführer subjektiv nicht eingliederungsfähig gefühlt habe. Die Unfallversicherung sei in ihrem Entscheid vom 2. Juli 2019 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ganztags mit diversen Einschränkungen bezüglich dem rechten Knie und der rechten Schulter ausgegangen. Es sei eine unfallbedingte Invaliditätsrente von 15

% zugesprochen worden. Die Invalidenversicherung berücksichtige die unfallfremden gesundheitlichen Einschränkungen. Die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter bei der Z. ___ sei dem Beschwerdeführer seit dem Unfall vom April 2013 nicht mehr möglich. Aus medizinischer Sicht sei dem Beschwerdeführer vor Ablauf des Wartjahres die Ausübung einer körperlich leichten bis selten mittelschwer

wechselbelastenden angepassten Tätigkeit bei ganztägiger Präsenz und einer Leistungsfähigkeit von 75 % möglich und zu mutbar . Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei im reduzierten Pensum bereits angemessen berücksichtigt worden, weshalb kein zusätzlicher Abzug gemacht werden könne (S. 2). Die nach dem Erstellen des Gutachtens beschriebenen somatischen Beschwerden würden sich einerseits im Gutachten wie auch in der Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) spiegeln. Eine Verschlechterung sei aus somatischer Sicht nicht ausgewiesen. Bezüglich der psychischen Situation könne festgehalten werden, dass der behandelnde Psychiater aktuell und wie auch schon im Bericht vom Mai 2017 eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziere. Zwischen den beiden Berichten habe eine psychiatrische Begutachtung stattgefunden, welche beim Beschwerdeführer eine leicht bis mittelgradige depressive Episode habe feststellen können. Die vormals postulierte posttraumatische Belastungsstörung sei nun im neusten Bericht des behandelnden Psychiaters als Teilsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung beschrieben worden, was für eine Verbesserung und nicht für eine Verschlechterung der psychischen Situation spreche . Die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Arbeitsunfähigkeit sei weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbar (S. 3) .

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), auf das A.____-Gutachten könne aus näher dargelegten formellen und inhaltlichen Gründen (S. 8 ff.) nicht abgestellt werden. Mit Blick auf die somatischen Beschwerden könne festgestellt werden, dass sie eine Einsatzfähigkeit auch für leichte körperliche Arbeiten ausschliessen würden. Hinzu kämen die limitierenden psychischen Beschwerden. Selbst wenn von einer allfälligen Restvermögensfähigkeit auszugehen wäre, so wäre diese auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr erwerblich verwertbar. Hinzu komme der geringe Bildungsstand und die damit verbundene Unfähigkeit, das allenfalls vorhandene Potential in einem anderen, berufs fremden Bereich einzusetzen. Auch die Sprachschwierigkeiten, das fortgeschrittene Alter und die nunmehr achtjährige Absenz vom Arbeitsmarkt und eine entsprechende Desintegration stünden als Hinderungsfaktoren einer Reintegration entgegen (S. 5 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob auf das polydisziplinäre Gutachten vom Mai 2018 abgestellt werden kann.

3. 3.1

Die Ärzte des Spitals B.____ berichteten mit Austrittsbericht vom 22. Mai 2013 (Urk. 6/6/69) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 12. bis 17. April 2013 und nannten folgende Diagnosen: - offene mehrfragmentäre Patella-Querfraktur rechts - Unterschenkel-Kontusion mit Rissquetschwunde prätibial rechts - Halswirbelsäulen (HWS)-Distorsion Grad I

Sie führten aus, es sei ein notfallmässiger Eintritt nach Verkehrsunfall mit oben genannten Diagnosen erfolgt. Es sei eine Osteosynthese bei intra- und postoperativem komplikationslosem Verlauf vorgenommen worden . Die postoperative Röntgenkontrolle habe regelrechte Verhältnisse gezeigt. Vom 13. April bis 27. Mai 2013 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

3.2

Die Ärzte der C.____ berichteten am 10. März 2014 (Urk. 6/21/5-6) und führten aus, die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers betrage bis heute 100 %. Aus längerer Sicht könnte die Arbeitsfähigkeit im Bereich der Schultern sicherlich für leichte Bürotätigkeiten auf mindestens 50 % gesteigert werden. Inwieweit dies realistisch sei aufgrund der eingeschränkten Kniefunktion rechts, bleibe aber fraglich. Angesichts der Konstellation sei damit zu rechnen, dass auch langfristig keine sinnvolle Arbeitsfähigkeit resultiere. 3.3

Dr. med. D.____, Fachärztin für Chirurgie, Suva-Kreisärztin, berichtete am 22. Januar 2014 (Urk. 6/22/35-43) über die kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers vom 20. Januar 2014 und nannte folgende Diagnosen (S. 7): - Restbeschwerden rechtes Kniegelenk bei Status nach osteosynthetisch versorgter Patellafraktur rechts im April 2013 und Metallentfernung im Oktober 2013 - Restbeschwerden im Bereich der rechten Schulter bei Status nach AC-Gelenkskontusion und Unterflächenriss der Supraspinatussehne - Harninkontinenz mit Urge -Symptomatik unklarer Genese seit Katheter einlage am 13. April 2013 - Verdacht auf Symptomausweitung/Schmerzverarbeitungsstörung

Sie führte aus, die rechte Schulter sei diffus berührungsempfindlich und die Beweglichkeit stark eingeschränkt. Vergleiche man die heute erhobenen Befunde mit denen der letzten Untersuchung von Dr. E.____ vom November 2013, so zeige sich heute eine weitere Bewegungseinschränkung von 30-40°. Es werde eine zirkuläre Hyposensibilität im Bereich des rechten Arms angegeben, welche aus somatischer Sicht nicht erklärt werden könne. Bezüglich der Handbeschielung zeige sich kein Seitenunterschied bei Rechtsdominanz und auch aufgrund der dokumentierten Umfangmasse sei es unwahrscheinlich, dass der rechte Arm in dem Masse, wie bei der heutigen Untersuchung demonstriert, geschont werde, da keine Umfangverminderung vorliege (S. 7 f.). Das Gangbild sei unphysiologisch und es sei unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer das heute vorgeführte Gangbild die letzten 8-9 Monate praktiziert habe, sonst müsste eine vermehrte Verhornung im Bereich der lateralen Fusskante rechts vorliegen. Insgesamt seien die heute erhobenen Befunde aus somatischer Sicht

anhand der vorliegenden Diagnostik, Arthro -MRI der Schulter und des Kniegelenks nicht erklärbar. Auf grund der heutigen klinischen Untersuchung bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im Logistikbereich, lediglich eine rein sitzende Tätigkeit mit Hantieren auf Tischhöhe wäre möglich (S. 8). 3.4

Die Ärzte der Rehaklinik F.____ berichteten mit Austrittsbericht vom 6. März 2014 (Urk. 6/23/3-16) über die stationäre Rehabilitation des Beschwerdeführers vom 6. Februar bis 6. März 2014 und nannten folgende Diagnosen: - Patella-Querfraktur rechts mit Zusatzfrakturen - Schulterkontusion rechts - posttraumatische Belastungsstörung mit zusätzlich depressiver Symptomatik bei ängstlich-selbstunsicher akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 F43.1, ICD-10 F32.0, ICD-10 Z73.1)

Sie führten aus, im Training sei zwar nur eine geringe Belastbarkeitssteigerung erreicht worden, die begonnene Verhaltensänderung und Leistungssteigerung sollten jedoch in weiteren Therapien unterstützt werden. Die Ziele seien eine weitere Verbesserung der Beweglichkeit im rechten Kniegelenk und Schultergelenk, eine weitere Steigerung der Kraft im rechten Bein und im rechten Arm sowie ein aktiver Umgang mit Schmerzen im Alltag. Nach Austritt sei eine psychologische Weiterbetreuung notwendig. Mit der psychopharmakologischen Behandlung sollte einstweilen fortgefahren werden. Es sei eine

erhebliche Symptomenausweitung beobachtet worden. Diese sei teilweise auf die psychische Störung zurückzuführen. Die festgestellte psychische Störung begründe aktuell eine leichte bis mittelschwere arbeitsrelevante Leistungsminderung. Aus unfallkautaler Sicht sei dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Es bestehe seit dem 7. März 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2). Eine leichte bis mittelschwere Arbeit sei dem Beschwerdeführer entsprechend dem näher dargelegten Belastungsprofil ganztags zumutbar. Ein Arbeitsversuch zur Anpassung und Angewöhnung an eine der dargelegten Zumutbarkeit entsprechenden Arbeit mit initial 50 % Präsenz wäre möglich. Gesamthaft betrachtet könnten aufgrund der Diagnosen und der klinischen und radiologischen Befunde die Beschwerden und Funktionseinschränkungen zwar in ihrer Lokalisation, jedoch nicht in ihrer Intensität gänzlich erklärt werden (S. 3) . 3.5

Suva-Kreisärztin Dr. D.____ berichtete am 28. August 2014 (Urk. 6/32/32-41) über die am 27. August 2014 durchgeführte kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers und nannte folgende Diagnosen (S. 8): - Restbeschwerden rechtes Kniegelenk bei Status nach osteosynthetisch versorgter Patellafraktur rechts April 2013 und Metallentfernung Oktober 2013 - Restbeschwerden im Bereich der rechten Schulter bei Status nach AC-Gelenkskontusion und Unterflächenriss der Supraspinatussehne - überaktive Blase mit Dranginkontinenz, depressive Symptomatik bei ängstlich, selbstunsicher akzentuierter Persönlichkeit/posttraumatischer Belastungsstörung (Rehaklinik F.____)

Der Beschwerdeführer gebe an, seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung im Januar 2014 und dem stationären Rehabilitationsaufenthalt in F.____ habe sich sein Gesundheitszustand für ihn nicht verbessert. Zurzeit seien vor allem die Schmerzen im Bereich der Schulter führend. Psychisch habe er das Gefühl, dass es ihm seit den Ferien in Portugal wieder besser gehe. Vergleiche man die heute erhobenen objektiven klinischen Befunde mit denen der letzten kreisärztlichen Untersuchung im Januar 2014 sowie den Austrittsbefunden der Rehaklinik F.____ vom März 2014, habe sich objektiv keine Veränderung der erhobenen Befunde ergeben. Es könne von einem stationären Zustand ausgegangen werden, welcher vor allem durch die erhebliche Symptomenausweitung erklärt werden könne, denn aus rein somatischer Sicht sei aufgrund der erhobenen klinischen objektiven Befunde und der radiologischen Befunde das demonstrierte Ausmass nicht erklärbar (S. 8 f.). Aus rein somatischer Sicht sei auf das während der stationären Rehabilitation erstellte Zumutbarkeitsprofil abzustellen. 3.6

Dr. med. G.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 1. September 2015 (Urk. 6/39/638-641) und nannte folgende Diagnose (S. 3): - posttraumatische Belastungsstörung mit zusätzlich depressiver mittelgradiger Symptomatik bei ängstlich-selbstunsicher akzentuierter Persönlichkeit (ICD-10 F43.1, ICD-10 F32.1, ICD-10 Z73.1)

Er führte aus, der Beschwerdeführer berichte beim Erstgespräch vom 19. März 2014 und in den darauffolgenden Gesprächen, dass sich sein Leben seit dem Unfall im April 2013 komplett verändert habe. Seit dem Unfall fühle er sich innerlich wie tot. Sein Leben sei zum Stillstand gekommen, insbesondere auch, weil die körperlichen Beschwerden persistierten und jegliche Tätigkeit verunmöglichten. Einen konkreten Suizidplan habe er nicht, und würde er wegen seiner Kinder nicht machen (S. 2 Mitte). Eingeengtes, kreisendes, angstbeladenes, katastrophisierendes und zum Teil paranoid anmutendes Denken und mangelnde Konzentrationsfähigkeit würden zusätzlich seine Leistungsfähigkeit deutlich einschränken. Es seien ausgesprochene Insuffizienz- und Schamgefühle sowie Schuld-

und Minderwertigkeitsgefühle vorhanden (S.

2 unten). Weiter berichte der Beschwerdeführer über intrusive Symptome. Es komme immer wieder zum beharrlichen Wiedererleben des Ereignisses in Form von wiederkehrenden und ein dringlichen belastenden Erinnerungen. Er träume regelmässig über den Unfall sowie über die Hasstiraden der Fahrerin und wache schweissgebadet mit panischer Angst auf. Der Beschwerdeführer zeige weiterhin ein starkes Vermeidungsverhalten und anhaltende Symptome erhöhter Erregung. Er fahre nicht mehr Auto oder Motorrad. Er verspüre Unlustgefühle und Freudlosigkeit. Vor allem morgens sei die depressive Verstimmung und die Antriebslosigkeit am Stärksten. Der Beschwerdeführer komme gewissenhaft und immer pünktlich zu den Gesprächen. Der affektive Rapport sei gut herstellbar (S. 3). Die ambulante Psychotherapie und die Psychopharmakotherapie sollten fortgeführt werden. Aufgrund der bisherigen Fortschritte auch im somatischen Bereich sei die Prognose als eher schlecht einzustufen (S. 4).

3.7

Suva-Kreisärztin Dr. D.____ berichtete am 13. Mai 2016 (Urk. 6/39/691-698) über die kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers vom 12. Mai 2016 und führte aus, entsprechend dem durchgeführten Verlaufs-MRI könnten die subjektiven Schmerzen nicht einem anatomischen Korrelat zugeordnet werden (S. 7). Vergleiche man die heute erhobenen objektiven Befunde im Bereich der rechten Schulter und dem rechten Kniegelenk, habe sich seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung im August 2014 bezüglich der objektiven Befunde keine Veränderung ergeben. Insgesamt könne man aufgrund der klinischen Untersuchung von einem an sich gleich gebliebenen unveränderten Status ausgehen (S. 8). 3.8

Suva-Kreisärztin Dr. D.____ nahm am 27. Juni 2016 erneut eine ärztliche Beurteilung vor (Urk. 6/39/720-723) und führte aus, entsprechend der aktuellen bildgebenden Diagnostik bezüglich MRI des Kniegelenks rechts und Arthro -MRI der Schulter rechts sei das subjektiv demonstrierte Ausmass der Beschwerden aus somatischer chirurgischer Sicht nicht erklärbar. Da sich keine gravierende Veränderung ergeben habe, sei das erstellte Zumutbarkeitsprofil anlässlich der Rehabilitation in F.____ weiterhin gültig. 3.9

Dr. G.____ berichtete am 2. Mai 2017 (Urk. 6/64 1-3), nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und führte aus, die Prognose sei schlecht. Es fänden psychotherapeutische Gespräche alle zwei Wochen sowie eine psychopharmakologische Therapie statt. In der angestammten Tätigkeit bestehe seit dem Unfall vom 12.

April

2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine Tätigkeit im primären Arbeitsmarkt sei nicht realisierbar. Es bestünden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie ein verminderter Antrieb. 3.10

Die Gutachter des A.____ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 14. Mai 2018 (Urk. 6/89) gestützt auf die Akten , nach Erhebung der Anamnese sowie nach Durchführung einer allgemeininternistischen, psychiatrischen, orthopädischen und urologischen Untersuchung des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 29 f. Ziff. 5.1): - chronische Schulterbeschwerden der dominanten

rechten Seite - chronische Kniebeschwerden rechts - leichte bis maximal mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die Folgenden (S. 30 Ziff. 5.2): - Teilsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik - überaktive Harnblase mit Dranginkontinenz und erektile Dysfunktion (ICD-10 F52.2) Sie führten aus, die klinischen Befunde im allge mein internistischen Status seien unauffällig und die Laborwerte im Normbereich gewesen . Eine allge mein inter nistische Diagnose könne nicht gestellt werden. Die Arbeitsfähigkeit sei aus allgemein internistischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 13) .

In der psychiatrischen Untersuchung habe beim Beschwerdeführer eine depressive Symptomatik beobachtet werden können. So beklage er einen weitgehenden Interessensverlust, eine Freud- und Lustlosigkeit, einen Verlust des Selbstvertrauens, eine Inkontinenz und Impotenz, sodann Heulkrämpfe, ein Gefühl der Einsamkeit und Verzweiflung aber auch Leere und Ärger über den Verlust seiner Stelle .

Die Stimmungslage während der Untersuchung sei gedämpft, es bestehe ein sozialer und familiärer Rückzug. Somit könne beim Beschwerdeführer eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert werden. Nicht ganz eindeutig seien die Befunde hinsichtlich einer posttraumatischen Belastungsstörung. Gegen eine posttraumatische Belastungsstörung spreche die Tatsache, dass der Beschwerdeführer den Unfallhergang ohne erkennbare affektive Reaktionen und gefasst habe schildern können . Es habe sich kein Vermeidungsverhalten dieses Thema anzusprechen gezeigt. Im Gegenteil sei es dem Beschwerdeführer ein Bedürfnis gewesen , den Unfallhergang exakt wiederzugeben . Sodann spreche

die Art des Ereignisses nicht einer aussergewöhnlichen Bedrohung von katastrophentypischem Ausmass. Die Verletzungsfolgen seien nicht lebensbedrohlich gewesen. Der Beschwerdeführer beschäftige sich zwar nach wie vor mit dem Unfall, was soweit als natürliche Verarbeitung angesehen werden könne . Er schildere aber keine intrusiven Flashbacks. Einziger Hinweis für eine posttraumatische Belastungsstörung sei das Aufwachen aus Alpträumen. Somit könne hinsichtlich der PTBS höchstens eine Teilsymptomatik nachgewiesen werden ohne signifikanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit . Die depressive Symptomatik sei grundsätzlich besserungsfähig. Aufgrund der leichten bis mittelgradigen depressiven Episode könne dem Beschwerdeführer eine Einschränkung in der angestammten Tätigkeit in der Höhe von 25 % attestiert werden. Diese bestehe seit dem Unfallereignis. Hingegen sei der Einfluss einer möglichen PTBS auf die Arbeitsfähigkeit zurückhaltend einzustufen. Anzumerken sei, dass die Belastungsproblematik nicht mit der direkten Tätigkeit als Z. ___ angestellter verknüpft sei, sondern sich allenfalls auf den Verkehr beziehe (S. 16). Für eine angepasste Tätigkeit, die weniger Ansprüche an eine ausgeglichene Stimmungslage stelle, bestehe eine Einschränkung in der Höhe von 20 % (S. 17 oben).

Aktuell seien auf orthopädischer Ebene folgende Befunde objektivierbar: der Beschwerdeführer demonstriere ein zeitweise ausgeprägtes, keinesfalls klar reproduzierbares rechtsseitiges Hinken, und die Gangarten könnten durchaus demonstriert werden, wobei rechts ein geringes Absinken erfolge. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich eine praktisch freie Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte. Auch die

bei der expliziten Prüfung verminderte Kopffrotation gelinge unter Ablenkung frei. An den oberen und unteren Extremitäten bestehe gleich falls eine freie Beweglichkeit mit erheblicher Einschränkung an Schulter und Knie der rechten Seite unter Gegenspannung, Zittern und massiver Schmerzangabe. Der Beschwerdeführer betone, die rechte Hand im Alltag kaum noch einsetzen zu können, was mit dem vermehrten Umfang dieser Extremität keinesfalls vereinbar sei. Auch für das rechtsseitige Hinken fehle ein entsprechendes Korrelat. Auf fallend seien auch massiv angegebene, anatomisch keinesfalls zuordenbare Druckdolenz an Stamm sowie rechter Schulter und unterer Extremität. Auf radiologischer Ebene bestünden zervikale Diskusprotrusionen mit fraglicher Affektion der Nervenwurzel C6 rechts, eine Spondylarthrose

BWK10 /11 sowie Osteochondrose und Diskushernie LWK5/SWK1 ohne Neurokompression. An der rechten Schulter lägen eine Läsion der dorsalen Partie der Supraspinatussehne sowie Hinweise für eine Frozen

shoulder und am Knie dieser Seite ein patellärer Knorpeldefekt medial vor. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich die beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen liessen. Durchaus nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck bei Läsion der Rotatorenmanschette, Knorpeldefekt der Kniescheibe und tieflumbaler Degeneration, doch liessen die deutlichen Inkonsistenzen sowie das anamnestic weitgehend fehlende Ansprechen auf weiterhin durchgeführte konservative Therapiemassnahmen an eine massive nicht organische Beschwerdekomponente denken (S. 24). Für die angestammte Tätigkeit bestehe aufgrund der heutigen Untersuchung ebenso wie für andere körperlich mittelschwere und schwere sowie überwiegend im Stehen und Gehen zu verrichtende Tätigkeiten eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung liege dagegen aus rein orthopädischer Sicht seit dem 6. März 2014 eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor (S. 25).

Aus urologischer Sicht bestehe für leichte und schwere Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, jedoch sollte bei jeglicher Tätigkeit eine Toilette in direkter Erreichbarkeit zum Arbeitsplatz vorhanden sein (S. 29).

In der Gesamtbeurteilung sei aufgrund der anamnestic Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seit dem Unfall vom 12. April 2013 bestehe. Seit März 2014 könne von der festgestellten Arbeitsfähigkeit von 75 % ausgegangen werden. Auch aus psychiatrischer Sicht ergäben sich keine Hinweise für eine seither länger dauernde, höhere Arbeitsunfähigkeit (S. 31). 3.11

Die Gutachter des A.____ führten am 20. Juni 2018 ergänzend aus (Urk. 6/93), aus urologischer Sicht stehe das stattgehabte Polytrauma vom April 2013 nicht mehr aktiv im Vordergrund. Aus urologischer Sicht sei lediglich festzuhalten, dass nach der Akutbehandlung des Polytraumas mit dabei Katheter-Einlage in der Folge Probleme mit der überaktiven Blase und Erektionsprobleme anamnestic aufgetreten seien. Dies sei die einzige Symptomatik aus urologischer Sicht, welche heute noch vorhanden sei und möglicherweise indirekt mit dem Polytrauma zu tun habe.

Weiter sei die gestellte psychiatrische Diagnose mit der Codierung F43.1 versehen. Sie sei also in den internationalen Klassifikationen eindeutig und konform identifizierbar. Es sei spezifiziert, dass dieses Krankheitsbild in Rückbildung begriffen sei und daher kein Vollbild einer PTBS vorliege, weshalb sie auch unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingeordnet worden sei. 3.12

Dr. G.____ berichtete am 10. Dezember 2020 (Urk. 6/169) und führte aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Er komme seit 2014 regelmässig alle zwei bis drei Wochen in die psychiatrische Behandlung. Die psychotherapeutische Behandlung und Begleitung sowie die medikamentöse Therapie würden für den Beschwerdeführer eine grosse Stütze bedeuten, um sich von Ängsten, Schuld- und Schamgefühlen sowie von negativen, resignativen und suizidalen Gedanken nicht ganz einnehmen zu lassen und die Hoffnung nicht ganz zu verlieren (S. 1 f.). Aufgrund seiner schweren Depression lebe der Beschwerdeführer emotional abgetrennt und entfremdet von seiner Familie. Seit vielen Jahren pflege er keine sozialen Aktivitäten mehr. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer seit seinem Unfall im April 2013 im primären Arbeitsmarkt nicht mehr arbeitsfähig (S. 2).

3.13

Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 24. Februar 2021 Stellung (Urk. 6/17 2/6-8) und führte aus, die vormals postulierte posttraumatische Belastungsstörung werde nun im neusten Arztbericht des behandelnden Psychiaters (gemäss der Diagnoseliste des Gutachtens) als Teilsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung beschrieben, was medizinisch theoretisch für eine Verbesserung und nicht für eine Verschlechterung spreche. Ein Widerspruch sei die Diagnose der schweren depressiven Episode und die postulierte fast maximal hohe Motivation des Beschwerdeführers. Dies sei medizinisch nicht nachvollziehbar, was an der Glaubwürdigkeit des Arztberichts zweifeln lasse. Die neu vorgebrachten Arztberichte zeigten durchgehend, dass weder von den meisten fachärztlichen Behandlungen aus somatischer oder aus psychiatrischer Sicht die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar sei und auf der subjektiven Meinung des Beschwerdeführers beruhe. Es werde aus versicherungsmedizinischer Sicht empfohlen, bei fehlender plausibel nachvollziehbarer Verschlechterung des Gesundheitszustandes an der letzten Stellungnahme des RAD festzuhalten. Eine erneute medizinische Begutachtung sei nicht erforderlich. 4. 4.1

Das polydisziplinäre A.____-Gutachten vom Mai 2018 (vorstehend E. 3.10) umfasst die Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Urologie und Psychiatrie. Die Gutachter verfügen über den entsprechenden Facharztstitel beziehungsweise die erforderliche Fachausbildung und waren somit in ihren Fachgebieten zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers befähigt (vgl. Urk. 6/89 S. 1). Die Gutachter berücksichtigten sodann die geklagten Beschwerden und das Verhalten des Beschwerdeführers und erstellten ihr jeweiliges Teilgutachten in Kenntnis der Vorakten. Sowohl die gestellten Diagnosen als auch die Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit werden im Gutachten ausführlich begründet und sind nachvollziehbar. Damit erfüllt das Gutachten die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vorstehend E. 1.8) vollumfänglich, so dass für die Entscheidfindung darauf abzustellen ist. 4.2

Die Gutachter legten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass sich die beklagten somatischen Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen liessen. So demonstrierte der Beschwerdeführer kein klar reproduzierbares rechtsseitiges Hinken und der vermehrte Umfang der rechten Hand sei nicht mit der Aussage, dass diese im Alltag kaum eingesetzt werden könne, vereinbar. Ein gewisser Leidensdruck bei Läsion der Rotatorenmanschette, Knorpeldefekt der Kniescheibe und tieflumbaler Degeneration sei durchaus nachvollziehbar, jedoch liessen die deutlichen Inkonsistenzen sowie das weitgehend fehlende Ansprechen auf weiterhin durchgeführte konservative Therapiemassnahmen an eine massive nicht organische Beschwerdekomponente denken (Urk. 6/89 S. 24). Die Beurteilung der Gutachter steht in Übereinstimmung mit den Ausführungen sowohl im Austrittsbericht der Rehaklinik F.____ (vgl. vorstehend E. 3.4), in welchem eine erhebliche Symptomausweitung, eine wenig differenzierte Beschreibung der Schmerzen, ein inadäquates Schmerz- sowie schlechtes Leistungsverhalten und eine deutlich reduzierte Kooperation während der Untersuchung erwähnt und die Konsistenz infolge Diskrepanzen und Widersprüchlichkeiten als mässig beurteilt wurden, als auch mit der Einschätzung der Suva-Kreisärztin Dr. D.____ (vgl. vorstehend E. 3.3, E.

3.5, E. 3.7-3.8), wonach sie bereits die im Januar 2014 erhobenen Befunde aus somatischer Sicht anhand der Diagnostik, Arthro-MRI der Schulter und des Kniegelenks als nicht erklärbar beurteilte.

Zusammenfassend kann demnach festgehalten werden, dass dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht die angestammte Tätigkeit sowie auch andere körperlich mittelschwere und schwere sowie überwiegend im Stehen und Gehen zu verrichtende Arbeiten bleibend und vollständig nicht mehr zumutbar sind. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung liege dagegen aus rein somatischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 6/89 S. 25). 4.3

Der psychiatrische Gutachter nennt in seinem Teilgutachten (Urk. 6/89 S. 13-19) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1; S. 16) sowie als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Teilsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und ging davon aus, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht seit dem Unfallereignis in der angestammten Tätigkeit zu 25% und in einer angepassten Tätigkeit, die weniger Ansprüche an eine ausgeglichene Stimmungslage stelle, zu 20% eingeschränkt sei (S. 16 f.). 4.4

Auch das psychiatrische Teilgutachten erfüllt die formalen Beweiswertanforderungen (vorstehend E. 1.8) ohne weiteres, ist es doch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis sowie Würdigung der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Darüber hinaus leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen, weshalb darauf abgestellt werden kann.

Eine entsprechende Prüfung ergibt denn auch, dass der psychiatrische Gutachter die heute massgebenden Standardindikatoren (vorstehend E. 1.6) in seine Beurteilung in genügendem Umfang einbezogen hat.

So hat er sich einlässlich mit den diagnostisch relevanten Befunden und deren Ausprägung auseinandergesetzt (S. 15, S. 17), ebenso mit dem bisherigen Behandlungserfolg (S. 13 f., S. 18). Er legte in nachvollziehbarer Weise dar, dass beim Beschwerdeführer in der Untersuchung eine depressive Symptomatik von leichtem bis mittelgradigem Ausmass beobachtet werden können, indem er im Affekt eine bedrückte Stimmungslage zeige, lustlos mit vermindertem Antrieb wirke, jedoch keine Gedanken- oder Affektarmut bestehe. Die Affektivität bleibe nach unten ins depressive ausgelenkt, Veränderungen im Sinne einer Modulation fänden nicht statt, grundsätzlich sei jedoch eine Schwingungsfähigkeit vorhanden. Diese sei grundsätzlich besserungsfähig (S. 15 ff.). Gemäss Gutachter seien die Befunde hinsichtlich einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht ganz eindeutig, zumal der Beschwerdeführer den Unfallhergang ohne erkennbare affektive Reaktionen und gefasst habe schildern können und sich kein Vermeidungsverhalten dieses Thema anzusprechen zeige. Da der

einzigste Hinweis einer posttraumatischen Belastungsstörung das Aufwachen aus Alpträumen sei, könne höchstens eine Teilsymptomatik ohne signifikanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nachgewiesen werden (S. 16).

Die bisherige Behandlung könne als *lege artis* bezeichnet werden und sollte weitergeführt werden. Die Kooperation werde nicht beanstandet (S. 18). Zum Aspekt der Persönlichkeit wies der Gutachter darauf hin, dass keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung bestünden (S. 15 unten) und sich der Beschwerdeführer depressiv sowie geknickt mit ängstlichen Zukunftserwartungen präsentiere (S. 18). Als persönliche Ressourcen können dem Gutachten die jahrelange erfolgreiche Tätigkeit des Beschwerdeführers entnommen werden (S. 14). Es wurde jedoch betreffend die persönlichen Ressourcen sodann ausgeführt, dass sich die Beeinträchtigungen durch einen gestörten Schlaf, durch eine bedrückte Stimmungslage, einen Rückzug in den sozialen Kontakten und auch innerhalb der Familie ergäben (S. 18). Zu prüfen bleibt der Aspekt der Konsistenz. Im Psychiatrischen Teilgutachten wurde ausgeführt, es sei der Eindruck einer Tendenz zur Ausgestaltung vorhandener Beschwerden entstanden, wodurch sich die Differenz zwischen der Selbsteinschätzung und der psychiatrisch attestierten Arbeitsfähigkeit erkläre (S. 17 f.). Im psychiatrischen Gespräch habe sich der Beschwerdeführer konzentriert, aufmerksam und ohne gedankliche oder affektive Hemmungen gezeigt. In seinem Alltag halte der Beschwerdeführer eine Tagesstruktur aufrecht mit Spaziergängen, Arztbesuchen und dem Verfassen von Bewerbungen. Er mache jährlich Reisen in seine Heimat. Die sozialen Aktivitäten wirkten rückgestuft und deutlich reduziert (S. 19). Es wird sodann auf den im orthopädischen Teilgutachten geäusserten Verdacht auf eine Aggravation hingewiesen (S. 17).

Die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit (S. 16 f.) ist zudem so erfolgt, dass sie sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen (BGE

141 V 281 E. 3.4.2.1) ergibt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob sich der Gutachter an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist demnach zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchslage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit nachweisen. Mithin erfüllt das Gutachten sowohl die praxisgemässen herkömmlichen Anforderungen (vorstehend E. 1.

E. 5

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 18. Mai 2021 zur Kenntnis gebracht (Urk. 7).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

In Bezug auf die erwerblichen Auswirkungen dieser gutachterlich attestierten Einschränkungen bleibt anzumerken, dass der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Z.____-Mitarbeiter nicht mehr ausüben kann. Eine angepasste Tätigkeit ist ihm jedoch zu 75 % in einem ganztägigen Pensum mit vermehrten Pausen zumutbar (vorstehend E. 4. 6).

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1). Der Beschwerdeführer war seit Juli 1991 bei der Z.____ als Betriebsmitarbeiter Logistik angestellt (Urk. 6/10). Gemäss Arbeitgeberfragebogen hätte der Beschwerdeführer im Jahre 2013 ein Jahreseinkommen von Fr. 70'239.-- erzielt (Urk. 6/10 S. 2 Ziff. 2.10). Aus den Akten der Unfallversicherung geht hervor, dass der Lohn des Beschwerdeführers im Jahr 2014 Fr. 72'555.95 betragen hätte (Urk. 6/32/17). Die Beschwerdegegnerin setzte dieses als Valideneinkommen fest. Dies ist auf grund der Akten nicht zu beanstanden und wird denn vom Beschwerdeführer auch nicht gerügt (vgl. Urk. 1 S. 23) .

E. 5.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfü gungszeit punkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Renten revisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Mass gabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/

Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Aus medizinisch-theoretischer Sicht ist dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte bis selten mittelschwere Tätigkeit in Wechselbelastung ohne längeres Gehen auf unebenem Boden, ohne häufiges Treppen- oder Leitersteigen, ohne Tätigkeiten rechts längerdauernd über Kopfhöhe, ohne repetitive häufig wiederholte Kräfteinsätze des rechten Arms, ohne Arbeiten an sturzexponierten Stellen (Zumutbarkeitsprofil Rehaklinik F.____ , Urk. 6/23/3-16) und in Erreichbarkeit einer Toilette zumutbar .

Entsprechend stellte die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das von Männern für ein fache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art durchschnittlich erzielte Einkommen im Jahr 2014

in der Höhe von Fr. 66'453.12 beziehungsweise von Fr. 49'839.85 im vom Beschwerdeführer zumutbaren 75%igen Pensum ab (vgl. Urk. 6 / 133). Dies ist nicht zu beanstanden und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten (vgl. Urk. 1 S. 23).

Auf einen leidensbedingten Abzug verzichtete die Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 6/133 unten). Dies wurde vom Beschwerdeführer bemängelt (Urk. 1 S. 18 ff.).

E. 5.3

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflicht gemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b / aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a / bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

E. 5.4

Mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist 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 realistischerweise 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 Arbeitsmarktlage 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

Verweisungstätigkeiten 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).

Bezüglich des verlangten leidensbedingten Abzugs kann vorab auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_219/2019 vom 30. September 2019 E. 5.2, welches seiner ständigen Rechtsprechung entspricht, verwiesen werden. Gemäss dieser bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde im Zumutbarkeitsprofil dem Bedarf nach Pausen bereits durch die auf 75 % reduzierte Leistungsfähigkeit bei einer ganz täglichen Präsenzzeit Rechnung getragen. Würde dies zusätzlich beim leidensbedingten Abzug berücksichtigt, käme dies einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts gleich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_535/2017 vom 14. Dezember 2017 E. 4.6, nicht veröffentlicht in BGE 143 V 431

, dafür aber in SVR 2018 IV Nr. 20 S. 63; Urteil 8C_570/2018 vom 10. April 2019 E. 4.3.1 mit Hinweis). Weiter bietet der ausgeglichene Arbeitsmarkt gemäss dem erwähnten Urteil des Bundesgerichts 8C_219/2019 vom 30. September 2019 E. 5.2 im Kompetenzniveau 1 ein hinreichendes Spektrum an körperlich leichten Tätigkeiten, die vorwiegend im Sitzen auszuführen sind, kein Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, keine Zwangspositionen der Hüftgelenke wie Abhocken oder Kauern, kein Absolvieren längerer Gehstrecken und kein Überwinden von Höhen differenzen wie Treppen, Leitern oder Gerüste erfordern. Das vorliegend definierte Belastungsprofil des Beschwerdeführers ist ähnlich und rechtfertigt somit gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung keinen leidensbedingten Abzug. Rechtsprechungsgemäss ist der Umstand allein, dass nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2 mit Hinweisen). Auch das Erfordernis einer Toilette vermag keinen Abzug zu begründen.

E. 5.5

Ob das Merkmal «Alter» einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist jeweils unter Berücksichtigung aller konkreter Umstände des Einzelfalls zu prüfen. Dies gilt insbesondere im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG), wo sich ein fortgeschrittenes Alter gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss. Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt (BGE 146 V 16 E. 7.2.1 mit Hinweisen). Vorliegend ist kein Grund ersichtlich, wonach im konkret zu beurteilenden Fall das Alter des Beschwerdeführers Auswirkungen auf die Lohnhöhe hat beziehungsweise der Beschwerdeführer die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann.

Es ist richtig, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Verfügung im Jahr 2021 55 Jahre alt war und bis zur Anmeldung bei der Invalidenversicherung langjährig als Betriebsmitarbeiter Logistik bei der Z._____

tätig war. Von seiner langjährigen Erfahrung kann er auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt profitieren.

Zu berücksichtigen ist auch, dass rechtsprechungsgemäss nicht von einer nur noch kurzen Aktivitätsdauer auszugehen ist, was positiv zu werten ist. Ein Abzug vom Tabellenlohn wegen des Alters lässt sich folglich nicht begründen. Ein Abweichen von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung fällt demnach ausser Betracht. 5.6

Auch ein Arbeitsplatz mit zu sätzlichen Pausen darf auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als vorhanden angenommen werden (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_740/2014 vom 11. Februar 2015 E. 3.4.3). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen sowie bezeichnet andererseits einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 321 E. 3b und 1985 S. 462 E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.2). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nützen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 290 f. E. 3b; Urteile des Bundesgerichts I 273/04 vom 29. März 2005, I 591/02 vom 5. Mai 2004, I 285/99 vom 13. März 2000 und U 176/98 vom 17. April 2000). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst schliesslich auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteile des Bundesgerichts 9C_95/2007 vom 29. August 2007 E. 4.3 und 9C_98/2014 vom 22. April 2014 E. 3.1, je mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung fällt sodann der Umstand, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, als invaliditätsfremder Faktor ausser Betracht (Urteil des Bundesgerichts 8C_296/2020 vom 25. November 2020 E. 6.3.2 mit Hinweisen).

Weil ein neuer Arbeitsplatz stets mit einer Eingewöhnungsphase einhergeht, vermag auch ein allfälliger Anpassungsaufwand keinen Tabellenlohnabzug zu rechtfertigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_226/2020 vom 13. August 2020 E. 5.2 mit Hinweisen), zumal keine Anhaltspunkte vorliegen, welche ein Abweichen von der genannten bundesgerichtlichen Rechtsprechung ermöglichen würden. Die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt rechtfertigt bei Hilfstätigkeiten im untersten Kompetenzniveau rechtsprechungsgemäss ebenfalls keinen Abzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_223/2020 vom 25. Mai 2020 E. 4.3.5 mit Hinweisen).

E. 5.7

Im Lichte dieser Grundsätze vermögen die vom Beschwerdeführer angeführten Umstände jedenfalls keinen Abzug vom Tabellenlohn zu rechtfertigen.

Der Vergleich des Valideneinkommen von Fr. 72'556.-- (vgl. E. 5.1) mit dem Invalideneinkommen von Fr. 49'839.85 (vgl. E. 5.2) ergibt eine Einkommensabnahme von Fr. 22'716.15 und damit einen nicht rentenbegründeten Invaliditätsgrad von 31%.

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

E. 8

00.-- 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. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Hablützel - 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, zuzustellen.

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

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Grieder-Martens Schüpbach

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