

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00449 vom 23. September 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-09-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00449

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00449 du 23 septembre 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00449 del 23 settembre 2024

Erwägungen

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 vorbehältlich 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).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung des Rentenanspruchs und der Zeitpunkt der massgebenden Verbesserung des Gesundheitszustands vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fallen, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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. 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. 1.5

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden

Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE

V

263

E.

6.1

mit

Hinweisen;

Urteil

des

Bundesgerichts

9C_122/2020

vom

26. Februar 2021 E. 2). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 1.6

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl.

Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1). 1.

E. 3

IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). 1.

E. 3.1

Die rentenablehnende Verfügung vom 3. September 2009 (Urk. 7/72) wurde vom hiesigen Gericht (Urk. 7/144) wie auch vom Bundesgericht (Urk. 7/153) bestätigt. Diagnostiziert wurden damals eine rheumatoide Arthritis mit Erstdiagnose im Januar 2009 und eine am 21. Mai 2007 erlittene Hammerschlagverletzung der linken Hand. Das Gericht erachtete aufgrund der diagnostizierten rheumatoiden Arthritis eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Schloß ser, jedoch eine volle Arbeitsfähigkeit in näher umschriebenen angepassten Tätigkeiten als ausgewiesen (S. 11 E. 4.3) und ermittelte einen nicht rentenbe gründenden Invaliditätsgrad von 37 % (S. 16 E. 5.10).

E. 3.2

Die Verfügung vom 22. Juli 2014 (Urk. 7/271) basierte hauptsächlich auf zwei von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten: - das von Prof. Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie ,

am 16. Dezember 2013 erstat tete psychiatrische Gutachten (Urk. 7/ 247/3-26), worin keine psychi atri sche Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden konnte (S. 21 lit . E Ziff. 1) - das von Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH A.____, Fachärztin für

Allgemeine

Innere

Medizin

und

für

Rheumatologie,

am

30.

Dezember

2013

erstattete internistisch-rheumatolo gische Gutachten (Urk. 7/245 /1-91), worin eine seit Jahren in Remission befindliche rheumatoide Arthritis und ein Status nach Hammerschlag-Verletzung des palmaren Handgelenkes links am 21.

Mai 2007 diagnostiziert wurden (S.

81 Ziff. 9.1) und für eine angepasste, handschonende Tätigkeit mit seltenem Hantieren von Lasten bis zu 10 kg eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert wurde (S. 85 Ziff. 11.4)

Das hiesige Gericht bestätigte mit Urteil vom 11. Januar 2016 (Urk. 7/283), dass sich der Gesundheitszustand seit der letzten Anspruchsprüfung nicht wesentlich verschlechtert ha tte (S. 19 E. 5.6). 4.

E. 4

Anlass zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszu standes revidierbar.

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

E. 4.1

).

Unter Berücksichtigung der Nominallohnindizes der Männer im Baugewerbe von 104.8 Punkten im Jahr 2008 und 107.7 beziehungsweise 100 Punkten im Jahr 2010 sowie 104.8 Punkten im Jahr 2019

(BFS, Nominallohnindex, T1.1.05 und T1.1.10) beträgt das Valideneinkommen im Jahr 2019 ausgehend von Fr. 75'933.-- (aufgerundet) Fr. 81'780.--. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass sich der Beschwerdeführer nicht erklären kann, dass der Nominallohnindex der Frauen stärker gestiegen sein soll als derjenige der Männer.

6.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (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 Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen 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 Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe 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). 6.4

Die Beschwerdegegnerin zog für die Bestimmung des Invalideneinkommens den Lohn für Hilfsarbeiten für Männer (Zentralwert) gemäss dem Wert der LSE 2018, Tabelle TA 1, Ziff. 05-96 Kompetenzniveau 1, welcher Fr. 5'417.-- entspricht, heran (Urk. 7/448 S. 2 Mitte). Der Beschwerdeführer wandte dagegen ein, es seien

ihm aufgrund seiner vielseitigen Einschränkungen Tätigkeiten in der Produktion nicht mehr zumutbar, weshalb auf den Tabellenlohn im Dienstleistungssektor, Ziff. 45-96, abzustellen sei (Urk. 1 S. 11 Mitte Ziff. 14). Dabei verkennt er,

dass auch im Sektor Produktion leichte Hilfsarbeitertätigkeiten vorhanden sind, die seinem Anforderungsprofil gerecht werden; zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten, die Bedienung und Überwachung von (halb-) automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten. Es ist

daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Tabellenlohn von Fr. 5'417.-- herangezogen hat. Unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2019 (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total)

und des Nominallohn indexes der Männer von 105.1 Punkten im Jahr 2018 und 106.0 Punkten im Jahr

2019

(BFS,

T1.1.10)

beträgt

das

Jahreseinkommen

bei

einer

50%igen

Arbeitsfähigkeit Fr. 34'173. . 6.5

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 pflichtgemäßem Ermessen geschamft 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 leistungsbedingten 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 Bundesgericht s 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2). 6.6

Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte einen Tabellenlohnabzug von 20 % und hielt fest, ein höherer Abzug sei nicht gerechtfertigt, da ein vermehrter Pausenbedarf, leichtgradige

Einschränkungen in der Flexibilität und Umstellfähigkeit

bereits bei der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt seien (Urk. 2/2 Verfügungsteil 2 S. 3 oben). Der Beschwerdeführer hielt dagegen, ein Abzug in dieser

Höhe sei ihm

bereits früher gewährt worden. Mittlerweile leide er an einer

Vielzahl weiterer gesundheitlicher Einschränkungen, mit welchen er auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit gesunden Arbeitnehmern nicht mehr konkurrieren könne (Urk.

1 S. 12 f. Rz. 16).

Der Beschwerdeführer begründet den beantragten höheren Abzug vom Tabellenlohn einzig mit gesundheitlichen Einschränkungen. Diese wurden jedoch bereits bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt und können nicht doppelt berücksichtigt werden. Ein Eingreifen seitens des Gerichts in das Ermessen der Beschwerdegegnerin rechtfertigt sich daher nicht.

Unter Berücksichtigung des Tabellenlohnabzuges von 20

% beträgt

das

Invalideneinkommen Fr.

27'338. . Verglichen mit dem Valideneinkommen

von

Fr.

81'780. entspricht dies einer Einkommenseinbusse von Fr.

54'442. beziehungsweise aufgerundet 67

%. 7.

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln (Art. 16 ATSG; BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis). Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 8C_369/2021 vom 28. Oktober 2021 E. 6.1 mit Hinweisen; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts

9C_452/2022 vom 10. Januar 2023 E. 5.1 und 9C_21/2022 vom 15. Juni 2022 E. 2.3.1, je mit weiteren Hinweisen).

Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgebend, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitsplätzen bestünde (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_330/2021 vom 8. Juni 2021 E. 5.3.1 mit Hinweisen; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 4. Aufl. 2022, N. 134 zu Art. 28a).

Je restriktiver das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto eingehender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen (Urteil des Bundesgerichts 9C_253/2017 vom 6. Juli 2017 E. 2.2.1 mit Hinweis). Eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist erst anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit nur in so ein geschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch

nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteile des Bundesgerichts 9C_366/2021 vom 3. Januar 2022 E. 4.2 und 8C_202/2021 vom 17. Dezember 2021 E. 5.1, je mit Hinweisen).

Insoweit der Beschwerdeführer geltend machte, nicht nur sein Alter, sondern insbesondere auch die zahlreichen Einschränkungen sprächen gegen die Verwertbarkeit der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit (Urk. 1 S. 13 Mitte), ist ihm entgegenzuhalten, dass er seit 2007 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachging, obwohl ihm spätestens ab 2009 eine angepasste Tätigkeit vollzeitlich zumutbar war. Die arbeitsmarktliche Desintegration ist damit nur teilweise invaliditätsbedingt. Dass die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit für ihn nicht leicht sein wird, ist angesichts der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und der gesundheitlichen Einschränkungen nachvollziehbar, rechtfertigt aber nicht die Annahme, dass ihm der Arbeitsmarkt versperrt ist. 8.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht von Februar bis Mai 2019 eine ganze und ab Juni 2019 eine Dreiviertelsrente zugesprochen. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 9.

Da es im vorliegenden Verfahren 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. 800. festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem 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: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art.

46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Tiefenbacher

E. 4.2.1

In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin die Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens beim Y.____, welches am 28. Oktober

2022 in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Neuropsychologie, Otorhinolaryngologie, Kardiologie und Rheumatologie (7/435/48) erstattet wurde (Urk. 7/435). Der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung; Urk. 7/435/30-50) lassen sich folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen: - Status nach intracerebraler Blutung parietooccipital rechts am 23.

November 2018 - am ehesten hypertensiv und unter Antikoagulation mit Marcoumar und Brilique - persistierender posthämorrhagischer Kopfschmerz (anhaltender Kopfschmerz zurückzuführen auf eine frühere nicht-traumatische intrakranielle Blutung) - differentialdiagnostisch zusätzliche Komponente eines Medikamentenübergebrauchskopfschmerzes möglich - Post-Stroke - Fatigue - residuell leichte vorwiegend sensible Hemisymptomatik

links - Status nach Hammerschlagverletzung des linken Handgelenks am 21.

Mai 2007 - Status nach passagerem Complex Regional Pain Syndrom (CRPS) - Status nach posttraumatischem Carpaltunnelsyndrom (CTS) - Status nach CTS-Operation links am 2. August 2007 - Residualsymptomatik mit sensomotorischer Funktionseinbusse der linken Hand und teils neuropathischem Schmerz - seronegative rheumatoide Arthritis (Erstdiagnose Januar 2009) - aktuelle Basistherapie mit Salazopyrin - Keratitis filiformis beidseits - leichtgradige entzündliche Aktivität - leichtgradige hochtonbetonte Schallempfindungsschwerhörigkeit rechts - Tinnitus rechts - mittelgradig kompensiert - Polyarthrosen - Pangonarthrose rechts, Status nach Arthroskopie am 8.

Dezember 2016 mit Anbohren des medialen Tibiaplateaus rechts und subchondraler Spongiosaplastik bei Status nach medialer Tibiafraktur rechts am 22.

Oktober 2014 (Stolpersturz) - Status nach Kniegelenkarthroskopie links am 29. November 2021 bei komplexer medialer Meniskusläsion und Chondropathien mit Teilmeniscektomie posteromedial und Knorpeldebridement - beginnende Sprunggelenksarthrose rechts bei Status nach Malleolarfraktur lateral rechts am 22. Juli 2011 mit Osteosynthese am 5.

August 2011 und Metallentfernung am 5. März 2013 und im Verlauf

Status nach mehreren Infiltrationen im oberen Sprunggelenk (OSG) -Bereich rechts . Status nach Sprunggelenksarthroskopie rechts am 8. Dezember 2016 mit Narbendebridement und Mikrofrakturierung am Talus antero-medial - leichtgradige Coxarthrose links - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD- 10 : F33.0) - koronare Eingefäß-Erkrankung - Status nach Non-STEMI vom 31. Dezember 2017 - Schwere Mitralklappeninsuffizienz mit flail

leaflet am ehesten als Komplikation des subakuten Myokardinfarktes mit nachfolgend zweimaliger Mitralklappenchirurgie

- typisches Vorhofflattern mit Ablation des cavotrikuspidalen Isthmus am 31. August 2018

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter einen Zustand nach Mikrolaryngoskopie mit Exzision eines Stimmlippenpolypen rechts, einen Diabetes mellitus, klinisch deutliche Zeichen eines progredienten multilokulären Schmerzsyndroms nicht organischer Ursache und einen Status nach Tendovaginitis de Quervain rechts (S. 14).

Die ursprünglichen beruflichen Ressourcen im erlernten Beruf als Schlosser könne der Beschwerdeführer infolge der Handverletzung links nicht mehr nutzen und die Gebrauchsfähigkeit der linken Hand sei eingeschränkt. Über anderweitige berufliche Ressourcen verfüge er nicht. Als Ressource sei zu sehen, dass er die Tage selbständig verbringen, diverse Therapie- und Trainingstermine alleine mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen und auch Ferien während mehreren Wochen mit der Frau per Flugzeug in Ungarn im Mai 2022 habe verbringen können. Soziale Belastungen bestünden keine (S. 14 Ziff. 4.4).

Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter in der Konsensbeurteilung fest, dass die bisherige Tätigkeit als Schlosser seit dem Handunfall im Jahre 2007 dauerhaft nicht mehr zumutbar sei, wobei die Einschränkung neurologisch und rheumatologisch begründet sei (S. 15 Ziff. 4.6). In Bezug auf eine angepasste Tätigkeit gelangten die Gutachter nach Diskussion der einzelnen aus fachärztlicher Sicht attestierten Arbeitsfähigkeiten (S. 15 ff.), insbesondere der unmittelbar im Anschluss an die Hirnblutung vom 23. November 2018 vorübergehend während drei Monaten bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 100

% und hernach von 50

%, und unter Hinweis auf die eingehende Konsensbesprechung zum Schluss, dass in einer ideal adaptierten Tätigkeit seit dem 24. Februar 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 50

% zu attestieren sei (S.

E. 4.2.2

Dem neuro psychologischen Teilgutachten von lic.

phil. B.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie und Fachpsychologin für Psychotherapie, (Urk.

7/435/67-87) ist zu entnehmen, dass keine gesicherte Diagnose gestellt werden

können.

Formal

bestehe

zwar

eine

mittelschwere

neuropsychologische Störung mit breitgestreuten attentionalen, exekutiven und mnestischen Funktionsstörungen

sowie

mit

einer

zumindest

leichten

Raumsinnstörung,

das

Be fundbild

als

Ganzes

sei

aber

der

Symptom-/Leistungsvalidierung

zufolge

als

invalide zu betrachten (S. 18 Ziff. 6.3). Durchgeführt worden seien zwei Leistungsvalidierungsverfahren, in beiden habe der Versicherte sämtliche Cut-Off-Werte deutlich verpasst. Einer der Werte bewege sich dabei weit unterhalb der statistischen Zufallswahrscheinlichkeit, was darauf hinweise, dass bewusst falsche Antworten gegeben worden seien. Das Testprofil entspreche auch nicht jenem von Dementen,

habe

aber

etliche

Ähnlichkeiten

mit
jenem
von
Personen,
die

aufgefordert worden seien, eine Demenz zu simulieren. Klinisch sei der Versicherte zwar weder durch eine mangelnde Anstrengungsbereitschaft noch durch selbstlimitierendes Verhalten aufgefallen, dennoch seien aufgrund der mehrfach sehr auffälligen Ergebnisse der Leistungsvalidierung die aktuellen neuropsychologischen Befunde als nicht valide respektive nicht authentisch zu beurteilen (S. 13 f. Ziff. 4.3, S. 17 Ziff. 6.1).

Auf der Grundlage nicht valider Befunde könne von neuropsychologischer Seite keine gesicherte Diagnose gestellt, keine Verlaufsbeurteilung vorgenommen und auch keine Aussage zur lebensalltäglichen kognitiven Funktionalität, Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit getroffen werden; die allfällig lebensalltäglich den noch vorhandenen kognitiven Funktionsstörungen liessen sich daher weder zuverlässig qualifizieren noch quantifizieren (S. 18 Ziff. 7.1).

E. 4.2.3

Laut kardiologischem Teilgutachten von Prof. Dr. med. C.____, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin (Urk.

7/435/88-106), besteht ein komplizierender Verlauf eines im Dezember 2017 aufgetretenen subakuten Myokardinfarktes. Folge davon seien eine schwere Mitralklappeninsuffizienz mit nachfolgendem mechanischem Klappenersatz und die doppelte Blutverdünnung mit nachfolgender intrazerebraler Blutung im November 2018 gewesen. Die Behandlungen einschliesslich medikamentöser Therapie seien als leitliniengerecht zu bezeichnen, auch seien die Risikofaktoren im Sinne eines Rauchstopps und einer Gewichtsabnahme angegangen worden. Auch seien wiederholt ambulante Rehabilitationsmassnahmen durchgeführt worden (S. 16 Ziff. 7.1). Zu würdigen sei, dass der Versicherte seine Risikofaktoren behandelt habe. Erschwerend zur kardialen Grunderkrankung komme die neurologische Komplikation mit einer intrazerebralen Blutung dazu, welche sich den Angaben des Versicherten zufolge auch auf leichte Tätigkeiten auswirke (S. 16 Ziff. 7.2). Die Angaben des Versicherten seien konsistent und die kardiologische Anamnese gut nachvollziehbar (S. 15 Ziff. 6.2).

Seit dem Infarkt am 31. Dezember 2017 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit als Schlosser

,
und
schwere
Arbeiten
seien
nicht
mehr

zumutbar.

Für

eine

mittelschwere Arbeit bestehe seit dem Ausschluss einer Myokardischämie am 23. Juli 2021

eine

Arbeitsunfähigkeit

von

50

%

basierend

auf

der

koronaren

Herzkrankheit,

dem

Mitralklappenersatz

und

den

rezidivierenden

Rhythmusstörungen.

Für

leichte

und

sitzende Arbeiten bestehe aus kardialer Sicht seit dem 1. Oktober 2018 - einen Monat nach der Radiofrequenz-Ablation und letzter kardiologischer Komplikation - keine

Einschränkung. Zudem bestünden qualitative Einschränkungen aufgrund der erhöhten Blutungsgefahr unter Marcoumar (S.

17 Ziff.

8).

E. 4.2.4

Der neurologische Teilgutachter Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie,

hielt fest (Urk. 7/435/107-134), dass bezüglich der linken Hand residuell eine sensomotorische Funktionseinbuße feststellbar sei. Ein CRPS sei heute nicht mehr feststellbar und ein CTS-Rezidiv lasse sich aufgrund der ergänzend durchgeführten elektroneurographischen Untersuchung nicht objektivieren. Eine verminderte Gebrauchsfähigkeit der linken Hand sei plausibel und werde auch in Form einer

Inaktivitätsatrophie ersichtlich (S. 19 f. Ziff. 6.1). Im Anschluss an die konservativ behandelte Hirnblutung vom 23. November 2018 beklage der

Versicherte als namhafte Restbeschwerden unverändert Kopfschmerzen sowie verhaltensneurologische Beschwerden mit Vergesslichkeit, vermehrter Reizbarkeit und Nervosität sowie eine akzentuierte Ermüdbarkeit (S. 20 Ziff. 6.1). Residuell bildmorphologisch (Schädel-CT vom 13. Mai 2019) sei ein Parenchymdefekt parietal rechts verblieben. Der posthämorrhagische Kopfschmerz sei lege artis, jedoch mit therapierefraktärem Verlauf behandelt worden. Die symptomatische Behandlung mit Schmerzmitteln sei nachvollziehbar, angesichts des regelmässigen Schmerzmittelgebrauchs jedoch problematisch und die weitere neurologische Betreuung bei nicht eindeutig erfüllten Kriterien eines Medikamentenübergebrauchs schmerzhaft angezeigt. Vier Jahre nach erlittener Hirnblutung sei von einem Residualzustand auszugehen und eine namhafte Verbesserung eher nicht zu erwarten (S. 24 Ziff.

7.1). Zur Beurteilung der funktionsrelevanten Auswirkung der Fatigue wie auch der beklagten kognitiven Funktionseinbussen werde auf das neuropsychologische Gutachten verwiesen (S. 21 Ziff. 6.1). Die vom Behandler gestellte Diagnose einer organischen Wesensänderung sei bei residuellem

Hirnparenchymdefekt nach Hirnblutung zwar grundsätzlich denkbar, lasse sich aber nicht wie von diesem postuliert in einem EEG feststellen (S. 22 Ziff. 6.1).

Das Verhalten des Versicherten anlässlich der Begutachtung sei konsistent gewesen, und es liessen sich aus neurologischer Sicht keine Zeichen einer Selbstlimitierung, Verdeutlichung oder Aggravation feststellen. Die in der neuropsychologischen Abklärung erhobenen Befunde einer formal mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung hätten in den Validierungstests nicht sicher authentifiziert werden können (S. 22 Ziff. 6.2).

Im Rahmen von handchirurgischen und rheumatologischen Gutachten aus dem

Jahre 2013 sei dem Beschwerdeführer eine nicht mehr gegebene Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Schlosser attestiert worden, woran sich aktuell aus neurologischer Sicht keine Änderung ergebe. Die angestammte

Tätigkeit als Schlosser sei dauerhaft seit 2007 nicht mehr zumutbar (S.

25 Ziff. 8). Eine angepasste Tätigkeit müsse aus neurologischer Sicht die eingeschränkte Gebrauchsfähigkeit der linken oberen Extremität berücksichtigen. Schwerpunktmässig

bimanuelle

Tätigkeiten,

welche

eine

regelmässige

Gebrauchsfähigkeit beider Hände erforderten, seien nicht möglich. Tätigkeiten mit sporadischem Einsatz der linken Hand als Hilfs hand seien möglich. Die im Gefolge der Hirnblutung vom 23. November 2018 aufgetretenen Kopfschmerzen wie auch die seither bestehende Müdigkeit (Post-Stroke-Fatigue) plausibilisierten grundsätzlich eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit infolge Verlangsamung, vermehrtem Pausenbedarf

und vorzeitiger Ermüdung. Die multifaktoriellen Einschränkungen bedingten zwar eine negative Interferenz, das vom Versicherten geltend gemachte Ausmass einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit lasse sich neurologisch jedoch nicht begründen. Vielmehr ergebe sich eine Einschränkung der Arbeits- beziehungsweise Leistungsfähigkeit von 50 % seit der am 23. November 2018 erlittenen Hirnblutung, wobei während den ersten drei Monaten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zu attestieren sei. Somit sei die Einschränkung von 50 % ab dem 24. Februar 2018 anzunehmen (S. 25 f. Ziff. 8).

E. 4.2.5

Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ist zur Herleitung der Diagnose zu entnehmen (Urk. 7/435/135-153), dass in der Vergangenheit depressive Episoden aufgeführt worden seien und aktuell an depressiven Symptomen eine Reduktion der Konzentration, Grübeln, eine leichte Anhedonie und Schuldgefühle, Insuffizienzgefühle, eine leichte Ängstlichkeit sowie eine leichte Reduktion des Antriebs und der Interessen sowie eine leicht erhöhte Ermüdbarkeit, Durchschlafstörungen, Früherwachen und ein Verlust der Libido vorlägen. Dies zeige auch die durchgeführte Hamilton Depression Scale Testung. Andere psychopathologische Befunde oder gar Diagnosen seien nicht zu stellen, insbesondere sei auch keine höhergradige depressive Episode zu diagnostizieren.

Auch sei die 2012 bis 2014 diagnostizierte andauernde Persönlichkeitsveränderung nicht nachvollziehbar. Grundsätzlich sollte die antidepressive Medikation modifiziert und die psychiatrische Behandlung intensiviert werden (S. 15 Ziff. 6.3 und Ziff. 7.1). Der Beschwerdeführer sei aufgrund der leichtgradigen depressiven Episode durch die leichte Reduktion des Antriebs und der Interessen und die leicht erhöhte Ermüdbarkeit in jeglicher Tätigkeit als zu 30 % arbeitsunfähig zu beurteilen (S. 16 Ziff. 8).

E. 4.2.6

Der rheumatologische Gutachter, Dr. med. F.____, Facharzt für Rheumatologie und Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation,

führte aus (Urk. 7/435/154-173), dass sich morphologische Korrelate und postoperative Zustände fänden, welche die Beschwerden an den Kniegelenken und am rechten oberen Sprunggelenk erklärten. Im subjektiven Wahrnehmen der Gelenkschmerzen im Rahmen der rheumatoiden Arthritis bestehe im Vergleich zu den objektiven Befunden in der Aktenlage eine Diskrepanz, welche indessen durch die in der klinischen Untersuchung gefundenen deutlichen Zeichen von nicht somatisch begründbaren Schmerzen erklärt werde; hierbei handle es sich nicht um ein rheumatologisches Krankheitsbild (S. 12 Ziff. 6.2). Bezüglich der rheumatoiden Arthritis bestehe gemäss klinischer Untersuchung und Aktenlage ein stabiler günstiger Verlauf und der Beschwerdeführer benötige unter der aktuellen Basistherapie seine Schmerzreserve nur bei Bedarf. Zusätzliche Beschwerden an beiden Knien und am rechten Sprunggelenk seien im Rahmen von degenerativen, zum Teil posttraumatischen Veränderungen zu beurteilen (S. 14 Ziff. 7.1). Der Beschwerdeführer habe die Schmerzen an der linken Hand als sein grösstes Schmerzproblem bezeichnet (S. 15 f. Ziff. 7.1).

Die im rheumatologischen Vorgutachten von 2013 für die bisherige Tätigkeit attestierte volle Arbeitsunfähigkeit sei weiterhin zu bestätigen. In angepasster Tätigkeit bestehe aufgrund der unterdessen objektivierbaren Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit beginnender Polyarthrose und Status nach operativen Eingriffen im Bereich der

Kniegelenke und des rechten Sprunggelenkes seit Dezember 2016 eine gewisse Leistungseinschränkung von 10

% im Sinne eines erhöhten Pausenbedarfs. Berücksichtigt seien die morphologischen Gelenksveränderungen, die anamnestischen Angaben und die klinischen Untersuchungsbefunde, nicht jedoch die multilokulären Zeichen eines nicht-organischen Schmerzsyndroms. Als angepasste Tätigkeit anzusehen sei eine für die linke, nicht dominante Hand schonende Arbeit mit einer Gewichtsbelastung bis zehn Kilogramm ohne eine länger dauernde stehende oder gehende Tätigkeit, ohne wie derholtes Treppensteigen oder Arbeiten auf den Knien oder in Zwangshaltung für

die Kniegelenke. Es handle sich dabei um eine vorwiegend sitzende Tätigkeit (S.

16 Ziff. 8). Bei Vorliegen deutlicher Zeichen nicht-organischer Schmerzen sei die in einem Vorbericht empfohlene Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) nicht mehr als sinnvoll zu erachten, da die Untersuchungsergebnisse nicht mehr sicher beurteilbar seien (S. 17 Ziff. 8).

E. 4.2.7

Gemäss otorhinolaryngologischem Teilgutachten

(Urk.

7/435/174-188) von Dr.

G.____, Facharzt für Otorhinolaryngologie,

beständen aktuell aufgrund der hochtonbetonten Schallempfindungsschwerhörigkeit rechts leichtgradige auditive Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, so dass Tätigkeiten, welche ein gutes

Sprachverständnis unter Störlärm voraussetzen, oder Tätigkeiten unter gesteigertem Umgebungsgeräuschpegel mit möglicher Zunahme des Tinnitus für den Beschwerdeführer nicht mehr geeignet seien. Des Weiteren bestehe im Rahmen des mittelgradig kompensierten Tinnitus rechts mit Sekundärproblematik eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit in dem Sinne, dass dem Beschwerdeführer zwecks Erholung vermehrte Ruhepausen zugestanden werden sollten (S. 12 f. Ziff. 7.2). Als Schösser unter konsequentem Lärmschutz sowie in einer angepassten Tätigkeit sei ihm bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit eine Anwesenheit von 8 Stunden möglich, wobei die Einschränkung der Leistungsfähigkeit in Anbetracht der auditiven Beschwerdesymptomatik mit mittelgradig kompensiertem Tinnitus mit Begleitsymptomatik und konsekutiver Konzentrationsstörung sowie schneller Ermüdbarkeit 20 % betrage (S. 13 f. Ziff. 8).

E. 4.3

Laut dem Bericht von Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie, und MSc

I.____, Assistentin Neuropsychologie, vom 21.

Juni 2022 (Urk.

7/419

= Urk. 7/435 / 7-13) habe sich bei der verhaltensneurologisch-neuropsychologischen Untersuchung ein freundlich-offen zugewandter, bedrückter und müde wirkender, jedoch im Affekt auslenkbarer 55-jähriger Rechtshänder mit verlangsamtem Arbeitstempo,

verminderter Belastbarkeit im Sinne zunehmender Kopfschmerzen im Verlauf bei aber durchwegs guter Anstrengungsbereitschaft und gutem Durchhaltevermögen gezeigt. Testdiagnostisch seien folgende Befunde erhoben worden: Dysattentionales Syndrom leichter bis schwerer Ausprägung, ein dysexekutives Syndrom leichter bis schwerer Ausprägung, ein anterograd-amnestisches Syndrom figural-räumlicher Modalität mittelgradiger Ausprägung und verbal-mnestische Einschränkungen leichter bis schwerer Ausprägung. Die Leistungen in den übrigen geprüften kognitiven Bereichen seien erfreulicherweise durchschnittlich (S. 1). Als Diagnose (S. 2) nannten sie eine mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung bei Status nach intrazerebellärer Blutung parietal rechts, Befundaggravation durch (hirnorganisch mitbegründet) affektpathologische Komponenten und möglicher Aggravation durch Fremdsprachenaspekte (Einfluss auf die sprachbasierten Funktionen). 5. 5.1

Insoweit der Beschwerdeführer monierte, die neuropsychologische Abklärung bei Dr. H. ___ / MSc

I. ___

(E. 4.3) habe zu anderen Ergebnissen geführt als diejenige im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung und die Gutachter hätten sich mit den divergierenden Testergebnissen nicht rechtsgenügend auseinandergesetzt (Urk. 1 S. 8 f. Ziff. 9), ist vorab darauf hinzuweisen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) rechtsprechungsgemäss nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten (zu deren Beweiswert: BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ bb beziehungsweise BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ aa mit Hinweis, SVR 2015 UV Nr. 4 S. 13, 8C_159/2014 E. 3.2, Urteil 8C_132/2018 vom 27. Juni 2018 E. 6.1.2) stets in Frage zu stellen und zum

Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt,

weil

diese

wichtige

-

und

nicht

rein

subjektiver

Interpretation

entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; SVR 2017 IV Nr. 7 S.

19, 9C_793/2015 E. 4.1; statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_502/2022 vom 17. April 2023 E. 5.1).

Dem Beschwerdeführer ist zumindest soweit bei zupflichten, dass Dr. H.____ / MSc

I.____

(E. 4.3) in der Untersuchung auch aufgrund der separaten Symptomvalidierungstests keine Auffälligkeiten fanden, lic. phil. B.____

(E. 4.2.2) dagegen darauf hinwies, dass die Symptom- und Leistungsvalidierung nicht valide respektive nicht authentisch ausgefallen sei, obwohl der Beschwerdeführer klinisch weder durch eine mangelnde Anstrengungsbereitschaft noch durch selbstlimitierendes Verhalten aufgefallen war. Auf der Grundlage nicht valider Befunde -

der Beschwerdeführer zeigte bei der Validierung Ergebnisse teilweise weit unterhalb der statistischen Zufallswahrscheinlichkeit, wobei das gezeigte Testprofil auch nicht jenem von dementen Personen entsprach, aber Ähnlichkeiten mit jenem von Personen zeigte, welche aufgefordert wurden, eine Demenz zu simulieren - konnte er aus neuropsychologischer Sicht keine Verlaufsbeurteilung vornehmen und auch keine Aussage zur lebensalltäglichen kognitiven Funktionalität, Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit machen, was allerdings nicht automatisch dazu führt, dass dem Teilgutachten der Beweiswert abzusprechen ist. Denn es ist ein Qualitätszeichen gutachterlicher Arbeit, gegebenenfalls Unsicherheiten in der Folgenabschätzung zu signalisieren. Grundsätzlich ist es ohnehin Aufgabe des Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen. Eine neuropsychologische Abklärung stellt lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.2).

Gestützt auf die neurologischen Befunde, die neurologische Anamnese und Aktenlage kam Dr. D.____

(E. 4.2.4) zum Schluss, dass die im Gefolge der Hirnblutung im November 2018 aufgetretenen Kopfschmerzen und die seither bestehende vermehrte Müdigkeit aus neurologischer Sicht plausibel seien und

eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit infolge Verlangsamung, vermehrtem Pausenbedarf und vorzeitiger Ermüdung begründeten. Er hielt insbesondere fest, dass die multifaktoriellen Einschränkungen eine negative Interferenz bildeten, wobei das vom Beschwerdeführer generell geltend gemachte Ausmass einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit neurologisch nicht begründet werden könne, und attestierte eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 50%. Der Bericht von Dr. H.____ / MSc

I.____

vermag diese Einschätzung nicht in Zweifel zu ziehen, äusserten sie sich doch nicht darüber, inwiefern sich die von ihnen festgestellte eingeschränkte Belastbarkeit auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, sondern empfahlen - wohl ihrem Auftrag entsprechend - unter Hinweis auf eine

limitierende psychophysische Gesamtbelastbarkeit, eine Verlangsamung sowie Einschränkungen in den attentionalen Funktionen die erneute Anmeldung bei der Invalidenversicherung. Im Übrigen äusserten sie sich fachfremd zur Schwere einer depressiven Symptomatik.

Zur
Rüge
des
Beschwerdeführers,
es
hätte
angesichts
der
unterschiedlich

ausgefallenen neuropsychologischen Einschätzungen weiterer Abklärungen und Testverfahren bedurft, ist festzuhalten, dass es grundsätzlich Sache der Gutachter ist zu entscheiden, ob und welche Abklärungen und Untersuchungen für eine umfassende Expertise notwendig sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_672/2019 E. 5.2). 5.2

Der Beschwerdeführer monierte weiter, die Gutachter hätten eine allfällige Überschneidung oder Kumulation der einzelnen ausgewiesenen Teilarbeitsunfähigkeiten nicht diskutiert, sondern es werde lediglich die höchste Arbeitsunfähigkeit (50 %) aus neurologischer Sicht berücksichtigt, dies mit der Behauptung, das neuropsychologische Teilgutachten sei nicht verwertbar. Worauf die Gutachter ihre Einschätzung stützten, sei unklar (Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 10).

Der Zweck polydisziplinärer Gutachten besteht darin, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu bringen. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt damit dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224).

Häufig besteht kein Anlass, unter verschiedenen medizinischen Titeln ausgewiesene Teilarbeitsunfähigkeiten zu kumulieren, da der Umfang der grössten Teiler Einschränkung auch die weiteren Entlastungserfordernisse abdeckt. Selbst wenn sich beispielsweise

neben
einer
aus
psychiatrischer
Sicht
eingeschränkten
Arbeitsfähigkeit
zusätzlich
noch

eine
somatisch
begründbare
"quantitative"
Arbeitsunfähigkeit

isoliert darstellen liesse, könnte daraus nicht ohne weiteres auf eine Erhöhung der insgesamt, aus sämtlichen Beschwerden resultierenden Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. Eine einfache Addition verschiedener Teilarbeitsunfähigkeiten kann je nach den konkreten Fallmerkmalen ein zu hohes oder zu niedriges Ergebnis zeitigen (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.1; Urteile 8C_793/2017 vom 8. Mai 2018 E. 5.3 und 9C_345/2017 vom 30. August 2017 E. 3.3.1). Ob sich die einzelnen aus mehreren Behinderungen resultierenden Einschränkungsggrade summieren und in welchem Masse, betrifft eine spezifisch medizinische Problematik und Einschätzung, von der das Gericht grundsätzlich nicht abrückt (Urteil 9C_461/2019 vom 22. November 2019 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen).

Eine Arbeitsunfähigkeit

in angepasster Tätigkeit wurde in den Bereichen Neurologie (50 %), Psychiatrie (30 %), Rheumatologie (10 %) und Otorhinolaryngologie (20 %) attestiert, wobei in neurologischer Hinsicht von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit infolge Verlangsamung, vermehrtem Pausenbedarf und vorzeitiger Ermüdung ausgegangen wurde (E. 4.2.4). Psychiatrischerseits wurde die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf die leichte Reduktion des Antriebs und der Interessen und der leicht erhöhten Müdigkeit zurückgeführt (E. 4.2.5), der Rheumatologe von einem erhöhten Pausenbedarf ausging (E. 4.2.6) und der Otorhinolaryngologe wiederum eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit postulierte (E. 4.2.7). Insgesamt kamen die Gutachter zum Schluss, dass drei Monate nach der Hirnblutung eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit vorliege, wobei aus den einzelnen Teilgutachten unschwer zu erkennen ist, dass sämtliche Gutachter von einer 100%igen Präsenz am Arbeitsplatz mit Leistungs minderung und erhöhtem Pausenbedarf ausgingen. Für die Notwendigkeit einer Kumulation der einzelnen Teilarbeitsunfähigkeiten ist angesichts dieser klaren Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit kein Grund ersichtlich, auch wenn dies in der Gesamtbeurteilung nicht explizit erwähnt wurde. 5.3

Der Beschwerdeführer brachte weiter vor, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb der neurologische Gutachter von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit genau drei Monate nach der Hirnblutung ausging (Urk. 1 S. 9 oben).

Beim Beschwerdeführer wurde am 25. November 2018 eine intrazerebelläre Blutung im Prekuneus rechts diagnostiziert, weswegen er vom 25. November bis

10. Dezember 2018 im Universitätsspital J._____

hospitalisiert war (Urk. 7/309/28). Im Anschluss trat er am 10. Dezember 2018

eine Neurorehabilitation in der Klinik K._____ an, aus welcher er am Eintrittstag bereits wieder austrat (Urk. 7/359/82-84).

Bereits am 1. Februar 2019 wurde der Beschwerdeführer zur Beurteilung der Fahreignung vorstellig, welche als gegeben erachtet wurde (Urk. 7/310/1-5 S. 2 Ziff. 2.1-2). Am 15. April 2019 wurde über eine gute Rückbildung der Residualsymptomatik berichtet (Urk. 7/309/13-16 S. 3 oben) und am 13. Mai 2019 wurde die neurologische Behandlung im J.____ abgeschlossen (Urk. 7/359/72-73). Wenn der neurologische Gutachter schätzte, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers drei Monate nach der Hirnblutung, mithin ab März 2019 dahingehend verbessert hat, dass von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist, ist dies gestützt auf die Aktenlage nachvollziehbar. 5.4

Insgesamt vermag der Beschwerdeführer keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Y.____-Gutachtens vom 28. Oktober 2022 aufzuzeigen (vgl. BGE 147 V 79 E. 8.1, 135 V 465 E. 4.4), weshalb mit den Gutachtern von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten seit der Hirnblutung im November 2018 und von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit ab Februar 2019 auszugehen ist, welche ab Juni 2019 zu berücksichtigen ist (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV). 6.1

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). 6.2

Die Beschwerdegegnerin bezifferte das Valideneinkommen ausgehend von einem Einkommen im Jahr 2008 von Fr. 75'933.

unter Berücksichtigung einer jährlichen Mittagspauschale, aber ohne geleistete Überstunden und dem Nominallohnindex entsprechend auf das Jahr 2019 aufgerechnet mit Fr. 82'879.60 (Urk. 2/2, Verfügungsteil 2 S. 2 oben; Urk. 7/448 S. 1 Mitte). Der Beschwerdeführer machte dagegen geltend, die Anpassung des zuletzt erzielten Einkommens von Fr. 75'933. an die Nominallohnentwicklung der Männer sei nicht korrekt erfolgt, es sei von einem Valideneinkommen von Fr. 83'127. auszugehen (Urk. 1 S. 10 f. Ziff. 13).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist es nicht neu, dass die Nominallohnentwicklung nach Geschlechtern getrennt ist (Urk. 1 S. 11 unten), entspricht es doch langjähriger Praxis, dass zur Berücksichtigung der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung (vgl. ZAK 199 0 S. 517 E. 3c) der Nominallohnindex gemäss der entsprechenden Erhebung des Bundesamtes für Statistik (BFS), und zwar nach Geschlechtern getrennt, zu verwenden ist

(BGE 129 V 408; vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_72/2019 vom 11. Juni 2019 E.

E. 7

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 ausgleichender 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 gegenübergestellt 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). 1.

E. 8

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 erledigen, 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). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2/2) gestützt auf das von ihr aus näher dargelegten Gründen als beweiswertig erachtete Gutachten des Y.____ von einer vollen Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem 23.

November 2018 aus, womit sich unter Berücksichtigung der am 14.

August 2018 erfolgten Anmeldung ein Anspruch auf eine ganze Rente ab Februar 2019 ergebe. Ende Februar 2019 habe sich der Gesundheitszustand verbessert und es sei unter Berücksichtigung des näher umschriebenen Belastungsprofils eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 50

% zumutbar gewesen (S.

2). Unter Anwendung des im Urteil des hiesigen Gerichts aus dem Jahre 2011 festgesetzten Valideneinkommens, des für Hilfstätigkeiten anwendbaren Tabellenlohns sowie des damals gewährten Leidensabzugs von 20

% resultiere ein Invaliditätsgrad von 67

% , weshalb ab Juni 2019 noch ein Anspruch auf eine Drei viertelsrente bestehe. Aufgrund der unzureichenden Motivation des Beschwerde führers werde darauf verzichtet, ihm berufliche Eingliederungsmassnahmen anzubieten (S.

4) . Die Restarbeitsfähigkeit sei angesichts des Alters des Beschwer deführers verwertbar und ein höherer als der bereits gewährte Leidensabzug sei nicht gerechtfertigt (S.

5) . 2.2

Mit Beschwerde (Urk.

1) wandte der Beschwerdeführer dagegen ein, das neurolo gische Teilg utachten sei in Bezug auf die Höhe und den Zeitpunkt der ermittelten Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar und ermangele einer Auseinandersetzung mit den abweichenden Arztberichten (S.

7 ff. Ziff.

8-9). Ferner sei keine Kumulation der einzelnen attestierten Teilarbeitsunfähigkeiten erfolgt und auch die Gutachter hätten sich damit nicht auseinandergesetzt (S.

E. 9

f. Ziff.

10). Die ihm zugemutete Arbeitsfähigkeit von 50 % könne der Beschwerdeführer nicht ausüben, was sich auch durch den abgebrochenen Arbeitseinsatz belegen lasse; zumindest sei ein zusätzlicher Tabellenlohnabzug zu berücksichtigen (S.

E. 10

f. Ziff.

13). Da dem Beschwerdeführer Tätigkeiten in der Produktion nicht zumutbar seien, seien bei der Ermittlung des Invalideneinkommens die Werte von

Ziffer 45-96 der Tabellenlöhne anwendbar (S.

E. 11

Ziff.

14). Ferner leide der

Beschwerdeführer an einer Vielzahl von Einschränkungen, nicht nur auf grund seiner Handgelenksverletzung, sondern auch aus rheumatologischer, neuropsychologischer, psychiatrischer und aus ORL-Sicht, weshalb der maximale Abzug von 25

% zu gewähren sei. Gegen die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit spr ächen sodann nicht nur das Alter, sondern auch die multiplen Ein schränkungen (S.

E. 12

f. Ziff.

16). Unter Berücksichtigung dieser Überlegungen ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 73 % (S.

E. 13

Ziff.

17). 2.3

Nunmehr unbestritten ist die anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im massgeblichen Vergleichszeitraum seit Erlass der letztmaligen Rentenprüfung im Juli 2014 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung im Juli 2023 . Strittig und zu prüfen ist

der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ,

insbesondere ab Juni 2019 , und in diesem Zusammenhang die Verbesserung des Gesundheitszustands ab Februar 2019. 3.

E. 18

Ziff. 4.7).

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