

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00606 vom 28. Juni 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-06-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00606

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00606 du 28 juin 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00606 del 28 giugno 2024

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1988, gelernter Plattenleger, meldete sich am 3. August 2018 unter Hinweis auf ein im Rahmen eines am 6. April 2018 erlittenen Unfalls (Urk. 10/6/3) traumatisiertes Acromioclaviculare (AC)-Gelenk

links bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/1 S. 6 Ziff.

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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im August 2018

anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Februar 2019 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

E. 1.2

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

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.4

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

E. 1.5

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 ihrer zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der 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. 6

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; Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.1). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit der Begründung, dass ihm die bisherige Tätigkeit als Plattenleger gemäss den umfangreichen Abklärungen seit April 2018 nicht mehr zumutbar sei. Die vorgesehene Potentialabklärung habe er nicht angetreten, da er sich psychisch nicht in der Lage fühle, um eine berufliche Massnahme in Angriff zu nehmen. Eine genügende psychiatrische Behandlung finde

allerdings nicht statt, weshalb nicht von einem erheblichen Leidensdruck aus psychiatrischer Sicht auszugehen sei. Bei der Beurteilung der zumutbaren Erwerbsfähigkeit werde deshalb ausschliesslich die somatische Seite berücksichtigt. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig. Nach Vornahme des Einkommensvergleichs resultiere ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 13 % . Die beantragte Fristverlängerung von zwei bis vier Monaten zur Aufgleisung einer psychiatrischen Behandlung werde nicht gewährt (vgl. Urk. 2 S. 1 f.). 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Stand punkt (Urk. 1) , bei der Beurteilung seines Gesundheitszustandes seien nebst den somatischen auch die psychischen beziehungsweise neuropsychologischen Einschränkungen zu würdigen (S. 5). Entgegen der Ansicht der Gutachter treffe es nicht zu, dass er in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig sei (S. 6). Die Beschwerdegegnerin habe es trotz der Ergebnisse einer im Kantons - spital Y.____ erfolgten neuropsychologischen Testung unterlassen, die neuropsychologischen Einschränkungen näher abzuklären . Auch sein aktuell behandelnder Psychiater bestätige das Vorhandensein von neuropsychologischen Defiziten. Schliesslich sei aktenkundig, dass er auch unter psychischen Beeinträchtigungen leide (S. 7). Die Beschwerdegegnerin sei ihrer Abklärungs pflicht nicht nachge kommen. Obwohl der behandelnde Psychiater eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung nach erlittenem Unfall mit Schädelhirntrauma (SHT) diagnostiziert und ihm auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von zwei Stunden pro Tag attestiert habe, habe die Beschwerdegegnerin das Vorhandensein eines psychischen Leidens einzig unter Hinweis auf eine nicht genügende psychiatrische Behandlung verneint . Gestützt auf die Akten sei eine rentenrelevante psychische Beeinträchtigung ausgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hätte unter diesen Umständen den psychischen Gesundheitszustand abklären müssen. Er leide an massiven psychischen Beeinträchtigungen, weshalb er Anspruch auf eine Invalidenrente habe (S. 9 f.). Überdies liege eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor, da ihm die beantragte Fristverlängerung im Vorbescheidverfahren verweigert worden sei (S. 11). 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Umstritten ist dabei insbesondere, ob ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vorliegt. 3. 3.1

Vorab gilt es die vom Beschwerdeführer gerügte Gehörsverletzung zu beurteilen, wonach die Beschwerdegegnerin ihm

die im Vorbescheidverfahren beantragte Fristverlängerung zur Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung verweigert habe (vgl. Urk. 1 S. 11). 3.2

Gemäss

Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer einzelnen Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass eines solchen Entscheids zur Sache zu äussern , erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisunterlagen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern , wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle

Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 144 I 11 E. 5.3, 143 V 71 E. 4.1, je m.w.H.). 3.3

Gemäss Art. 57a

Abs. 1 IVG

teilt die IV-Stelle der versicherten Person den vorgesehenen Endentscheid über ein Leistungsbegehren, den Entzug oder die Herabsetzung einer bisher gewährten Leistung sowie den vorgesehenen Entscheid über die vorsorgliche Einstellung von Leistungen mittels Vorbescheid mit. Die versicherte Person hat Anspruch auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 42 ATSG.

Die Parteien können innerhalb einer Frist von 30 Tagen Einwände zum Vorbescheid vorbringen. Bis zum 1. Januar 2021 war dies in Art. 73 ter

Abs. 1 IVV geregelt. Dabei handelte es sich nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung um eine behördliche Frist, die auf schriftliches Gesuch hin erstreckt werden konnte (vgl. hierzu BGE 143 V 71 E. 4.3). Im Rahmen der ATSG-Revision im Jahr 2021 ist die 30-tägige Frist zur Einreichung eines Einwandes gegen den Vorbescheid nach

Art. 57a Abs. 3 IVG

überführt worden, womit es sich um eine gesetzliche und folglich gemäss Art. 40 Abs. 1 ATSG nicht erstreckbare Frist handelt. Die Einwände müssen innerhalb dieser Frist erhoben werden, wobei in begründeten Fällen der versicherten Person eine einmalige Nachfrist zur Substantiierung oder Nachbesserung der eingereichten Einwände gewährt werden kann. Im Übrigen gelten die Art. 38 bis 41 ATSG (vgl. Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung, KSVI, gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1.

Februar 2023, Rz. 6021). 3.4

Aus den Akten geht hervor, dass der am 22. August 2023 datierte Einwand des Beschwerdeführers gegen den Vorbescheid vom 29. Juni 2023 (Urk. 10/89) am 8. September 2023 versandt (vgl. Urk. 10/101/3) beziehungsweise per E-Mail (Urk. 10/104/1) bei der Beschwerdegegnerin einging (vgl. Urk. 101-104). Da das Feststellungsblatt beim Aktenversand

nicht mitgeschickt worden sei, reichte die Beschwerdegegnerin

dieses dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 15. September 2023 (Urk. 10/106) unter Gewährung einer einmaligen, nicht erstreckbaren Frist von 30 Tagen ab Erhalt dieses Schreibens zur allfälligen ergänzenden Begründung des Einwandes nach. Am 6. Oktober 2023 ersuchte Z.____ von den Sozialen Diensten der Gemeinde A.____

telefonisch um eine Fristverlängerung von zwei bis vier Monaten zur Aufgleisung einer genügenden psychiatrischen Behandlung, wobei ihm eine Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin entgegnete, dass solche lange Fristverlängerungen grundsätzlich nicht erteilt würden (vgl. Telefonnotiz in Urk. 10/107). Am 19. Oktober 2023 erliess die Beschwerdegegnerin ohne Gewährung einer weiteren Nachfrist die vorliegend angefochtene rentenabweisende Verfügung (Urk. 2).

In Anbetracht der geltenden Regelung (vorstehend E. 3.3) kann in diesem Vorgehen keine Verletzung des rechtlichen Gehörs des Beschwerdeführers erkannt werden, zumal eine

solch lange Fristverlängerung zur Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung dem gesetzgeberischen Willen zur Verfahrensstraffung widerspricht. 4 . 4.1

In den Akten finden sich die folgenden, wesentlichen medizinischen Berichte: 4. 2

Mit Bericht vom 27. Juni 2018 (Urk. 10/6/71-72) diagnostizierte Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Ärztezentrum C.____, einen Status nach Supinationstrauma des oberen Sprunggelenks (OSG) im Februar 2018 links (in Thailand) mit initial verpasster und dislozierter Volkmann-Fraktur und Ruptur des vorderen Syndesmosenbandes sowie des Ligamentum

fibulotalare anterius (LFTA). Bei fehlender Frakturdislokation, welche bereits in Konsolidation begriffen sei, und kongruentem OSG-Gelenkspalt unter Belastung und somit fehlenden Hinweisen für eine Syndesmoseninsuffizienz empfehle er eine konservative Therapie mit physiotherapeutischer Behandlung (S. 1 f.). 4. 3

Dem Bericht der Ärzte der Klinik D.____ vom 5. Juli 2018 (Urk. 10/35/11-12) sind als Diagnosen ein Status nach Schultertrauma links am 6. April 2018 mit Traumatisierung des linken AC-Gelenks bei bereits bekannten leichten degenerativen Veränderungen sowie ein Status nach Steroid-Infiltration des AC-Gelenks links am 4. Mai 2018 zu entnehmen. Der Beschwerdeführer sei weiterhin vollständig arbeitsunfähig. Die Schmerzen würden drei Monate nach erlittenem Trauma persistieren. Durch die Infiltration habe eine kurzzeitige Beschwerdelinderung erreicht werden können. Es werde ein operatives Vorgehen mittels arthroskopischer AC-Gelenksresektion empfohlen (S. 1). 4. 4

Am 24. August 2018 erfolgte bei diagnostizierter traumatischer Pulley-Läsion lateral mit geringer anteriorer PASTA-Läsion der Supraspinatussehne, traumatisierter AC-Gelenksarthrose sowie Bursitis subacromialis nach Schultertrauma vom 6. April 2018 eine Arthroskopie, eine Tenotomie der langen Bizepssehne, eine subacromiale Dekompression mit Bursektomie und Akromioplastik sowie AC-Gelenksresektion und eine subpektorale Bizepsstenodese. Der peri- und postoperative Verlauf habe sich insgesamt regelrecht gestaltet (vgl. Operationsbericht vom 24. August 2018, Urk. 10/35/13-15 S. 1; Austrittsbericht vom 27. August 2018, Urk. 10/35/16-17 S. 1). 4. 5

Dem Bericht von Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kantonsspital F.____, vom 13. Dezember 2018 (Urk. 10/14/38-39) ist folgende Diagnose zu entnehmen (S. 1): - Status nach OSG-Supinationstrauma

links vom Februar 2018 (in Thailand) mit/bei: - Differentialdiagnose (DD) : Irritation Talonavikulargelenk, anteriores

Tarsaltunnelsyndrom - initial verpasster undislozierter Volkmann-Fraktur und LFTA-Ruptur sowie Ruptur des vorderen Syndesmosenbandes links - Status nach diagnostisch-therapeutischer Infiltration des OSG links am 22. August 2018 - Status nach diagnostisch-therapeutischer Infiltration des Sinus tarsi links am 10. Oktober 2018

Es komme differentialdiagnostisch eine Irritation des Talonavikulargelenks in Frage, weshalb diesbezüglich eine diagnostisch-therapeutische Infiltration durchgeführt werde (S. 1). 4. 6

Mit Bericht vom 7. März 2019 (Urk. 10/35/32-33) nannte

Dr. med. G.____ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsspa rates, Klinik D.____ , die folgende Diagnose (S. 1): - persistierende starke AC-Gelenksschmerzen sechs Monate nach Schulter arthroskopie links mit subpe k to r aler Bizepstenodese, subacromialer Dekompression, Akromioplastik und AC-Resektion mit/bei: - Status nach AC-Gelenksinfiltration mit Steroiden vom 2 1. November 2018 mit leichter Besserung - Status nach ACP-Infiltration der anterioren Kapsel und des AC-Gelenks vom 3. Januar 2019 mit leichter Besserung

Das MRI zeige eine Restflüssigkeitskolektion im AC-Gelenk sowie ein Ödem am lateralen Claviculaende . Dies sei oft postoperativ zu sehen und stelle nicht per se eine Pathologie dar. Auch die Zielaufnahme zeige keine ossäre Brücke. Dennoch sei der Beschwerdeführer stark schmerzgeplagt , weshalb ihm eine Revisions arthroskopie angeboten werde . Aktuell sei er nicht arbeitsfähig (S. 1). 4. 7

Der in Englisch verfassten Discharge Summary der Ärzte des S pitals H.____ in I.____ (Thailand) vom 2 6. April 2019 (Urk. 10/27/157-160) ist Folgendes zu entnehmen: «16/4/2019 jump from

the

boat and head

hit

the

rock and got

laceration

wound at head , no lost of

consciousness , no

vomiting , pain at Lt

shoulder , went

to

J.____ Hospital and CXR and Xray

Lt

shoulder

showed

no

fx

then

refer

to SIH for CT brain » (S. 1). Als Principal Diagnosis nannten die Ärzte «Head injury » und als Comorbidity « Scalp

laceration ». Hinsichtlich der Prozedur w urde Folgendes erwähnt: « debridement and suture

wound » (S. 2). 4. 8

Am 23. Mai 2019 erfolgte im Kantonsspital Y.____ eine neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 10/27/125-128). Im Vordergrund stehe eine altersentsprechend leicht- bis mittelschwer eingeschränkte Belastbarkeit im Sinne erhöhter Ermüdbarkeit und abnehmender Konzentrationsleistung, welche sich bei sehr motiviertem und auch konsistentem Testverhalten (sowie unauffälligem Beschwerdevalidierungsverfahren) testspezifisch durch eine deutlich abnehmende Konzentrationsleistung über den zweistündigen Testzeitraum manifestiere. Testspezifisch würden sich eine alters- und ausbildungs angepasst als leicht bis mittelschwer ausgeprägt zu beurteilende verbale Lern- und Abrufstörung bei intakter Speicherfähigkeit sowie eine leicht eingeschränkte geteilte Aufmerksamkeitsleistung beschreiben lassen. Die dargelegten Befunde entsprächen aktuell einer leichten neuropsychologischen Störung mit vor allem leichten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefiziten im Rahmen einer leicht- bis mittelschwer eingeschränkten Belastbarkeit multi faktorieller Ätiologie. Bei vorbekannten Hinweisen auf ein ADHS, bereits seit einem Jahr schmerzbedingt stark gestörtem Nachtschlaf und konsekutiver Tagesmüdigkeit sei eine deutliche Akzentuierung dieser vorbestehenden Defizite durch die Folgen des SHT anzunehmen. Ebenso sei die verbale Lern- und Abrufstörung am ehesten als vorbestehend bei bekannter Legasthenie zu werten, aktuell akzentuiert durch die reduzierte Belastbarkeit. Der eher langsame Genesungsprozess sei dadurch grundsätzlich zu erklären (S. 3). Ein MRI des Schädels mit der Frage nach Shearing-Injuries

werde empfohlen, um strukturelle Schäden nach erlittenem SHT aus zu schliessen. Aus rein kognitiver Sicht sei die Arbeitsfähigkeit bei einer leichten neuropsychologischen Störung lediglich um

E. 1.6

), weshalb – der RAD-Stellungnahme folgend (vorstehend E. 4.17, E. 4.20) – darauf abgestellt werden kann.

Soweit der Beschwerdeführer demgegenüber ohne weitergehende

Begründung festhielt, er sei auch in einer angepassten Tätigkeit nicht zu 100 % arbeitsfähig (vgl. Urk. 1 S. 6), vermag dies keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung aufkommen zu lassen, zumal aus somatischer Sicht keine der gutachterlichen Einschätzung entgegenstehenden Arztberichte vorliegen, wird von den behandelnden Ärzten zwar eine vollständige Arbeitsunfähigkeit erwähnt, jedoch nicht zwischen der bisherigen und einer leidensangepassten Tätigkeit unterschieden (vgl. etwa Urk. 10/27/20-21 S. 1 ; Urk. 10/35/32-33 S. 1). 5 .2

In Bezug auf ein allfälliges psychisches Leiden des Beschwerdeführers liegt einzig ein Bericht von Dr. P.____ (vorstehend E. 4.22) bei den Akten .

Diesem lässt sich unter anderem entnehmen, dass der Beschwerdeführer nur sporadisch alle paar Monate in die Behandlung gekommen sei und die Therapie beendet habe (vgl. Urk. 10/87 S. 2 f. Ziff. 1.2, Ziff. 2.8). Die Beschwerdegegnerin verneinte das Vorliegen eines relevanten psychischen Leidens mit dem Verweis auf keine genügende psychiatrische Behandlung und einem fehlenden erheblichen Leidensdruck (vgl. Urk. 2 S. 2). Der Umstand, dass eine leitliniengerechte Behandlung eines allfälligen psychischen Leidens fehlt, steht durchaus

einem ausgewiesenen Leidensdruck entgegen. Dass der Beschwerdeführer im massgebenden Zeitpunkt des Verfügungslasses am 19. Oktober 2023 (Urk. 2) die psychiatrische Behandlung bei einem anderen Therapeuten fortgesetzt und die Beschwerdegegnerin somit einen entsprechenden Bericht hätte einholen müssen, ergibt sich aus den vorhandenen Akten nicht zweifelsfrei. Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wurde lediglich angemerkt, dass eine genügende psychiatrische Behandlung aufgegleist werde (vgl. Urk. 10/107). Etwaige Belege hierüber wurden jedoch auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht eingereicht.

Der Beschwerdegegnerin ist allerdings entgegenzuhalten, dass eine invalidenversicherungrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen ist und grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (BGE 143 V 418 E.

6 und

7).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt jedoch eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vorstehend E. 1.4). Eine solch verlässliche Beurteilung fehlt vorliegend, erweist sich der durch Dr. P.____ erstellte Bericht diesbezüglich als nicht genügend beweiskräftig. Denn soweit Dr. P.____ eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (ICD-10 F68.8) nach Unfall mit SHT (künstliches Koma) diagnostizierte (vgl. Urk. 10/87 S. 3 Ziff. 2.5), ist festzuhalten, dass die gestellte Diagnose in keiner Weise begründet wurde und demnach auch nicht nachvollzogen werden kann. Eine eingehende psychopathologische Befunderhebung erfolgte nicht. Überdies stützt sich die Diagnose auf einen aktenwidrigen Sachverhalt, wurde der Beschwerdeführer nach dem im April 2019 erlittenen Unfall augenscheinlich nie in ein künstliches Koma versetzt, sondern erlitt dabei allenfalls ein leichtes SHT, wobei nie ein Bewusstseinsverlust vorlag und der neurologische Gutachter demzufolge sogar das Vorliegen einer Comotio Cerebri für unwahrscheinlich erachtete (vgl. Urk. 10/27/203; Urk. 10/50 S. 49 Ziff. 7.3). Ferner begründete Dr. P.____ die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Plattenleger mit der eingeschränkten Schulterbeweglichkeit und damit einzig aufgrund fachfremder somatischer Beschwerden. Eine nachvollziehbare Begründung, weshalb der Beschwerdeführer auch in einer angepassten Tätigkeit lediglich zu zwei Stunden pro Tag arbeitsfähig sei (vgl. Urk. 10/87 S. 5 Ziff. 4.1-4.2), fehlt sodann. Der Bericht von Dr. P.____ vermag

entsprechend das Vorliegen eines invalidenversicherungrechtlich relevanten psychischen Gesundheitsschadens nicht schlüssig und widerspruchsfrei nachzuweisen. Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass es zwar wünschenswert gewesen wäre, dass die Beschwerdegegnerin den durch Dr. P.____ erstellten Bericht dem RAD zur Prüfung vorgelegt und nicht einzig eine Stellungnahme durch einen sogenannten Fachexperten eingeholt hätte (vgl. hierzu Urk. 10/105 S. 14). Ein unbedingter gesetzlicher Anspruch hierauf besteht indessen nicht (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 4. Auflage 2022, Rz. 7 zu Art. 54a).

Weitere Berichte aus psychiatrischer Sicht liegen nicht vor und wurden auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht eingereicht. Soweit der Beschwerdeführer

nun im Rahmen des Beschwerdeverfahrens darauf hinweist, dass die Therapie durch Dr. med. Q.____ weitergeführt werde (vgl. Urk. 1 S. 10), bestanden hierfür im Zeitpunkt des Verfügungserlasses – mithin am 19. Oktober 2023 – keine rlei Anhaltspunkte. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Unter diesen Umständen ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ohne weitere Abklärungen das Vorhandensein eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten psychischen Leidens verneint hat. 5.3

Soweit der Beschwerdeführer schliesslich rügt, dass es die Beschwerdegegnerin unterlassen habe, die neuropsychologischen Einschränkungen näher abzuklären (vgl. Urk. 1 S. 7), ist ihm entgegenzuhalten, dass die neuropsychologische Abklärung lediglich eine Zusatzuntersuchung darstellt und es Aufgabe des psychiatrischen oder allenfalls des neurologischen Facharztes bleibt, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_282/2023 vom 28. August 2023 E. 4.2.8, 8C_380/2022 vom 27. Dezember 2022 E. 10.2.1 und 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3). Aufgrund der neurologischen Untersuchung im Rahmen des N.____-Gutachtens ergaben sich keine Hinweise auf kognitive Defizite des Beschwerdeführers und die neuropsychologischen Funktionen wurden als störungsfrei beschrieben (vgl. Urk. 10/50 S. 47). Der neurologische Gutachter äusserte sich überdies explizit zu den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung im Kantonsspital Y.____ (vorstehend E. 4.8) und gab an, dass die damals detektierten leichtgradigen neuropsychologischen Störungen keine organoneurologische Erklärung fänden und für sich genommen auch noch keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründen würden (vgl. Urk. 10/50 S. 49 unten). Entsprechend ist es auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin diesbezüglich keine weitergehenden Abklärungen veranlasst hat. 5.4

Nach dem Gesagten ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gestützt auf das beweiskräftige orthopädisch-neurologische N.____-Gutachten (vorstehend E. 4.16) seit April 2018 in der bisherigen Tätigkeit als Plattenleger vollständig arbeitsunfähig ist.

In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil

besteht dagegen sei jeher – abgesehen von zwei kurzzeitigen Phasen vollständiger Arbeitsunfähigkeit –

eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Ein invalidisierendes psychisches Leiden ist nicht ausgewiesen. 6.

E. 1.11

Feier tagsentschädigung, Fr. 3.40 Ferienentschädigung und Fr. 2.95 Entschädigung (1/3 Monatslohn) vereinbart (vgl. Urk. 10/6/36). Dieselben Angaben sind auch dem Arbeitgeberfragebogen vom 13. September 2018 zu entnehmen (vgl. Urk. 10/12 S. 2 f. Ziff. 2.10-2.11). Die Suva ging entsprechend von einem versicherten Jahreslohn in der Höhe von Fr. 74'234.16 (Basislohn von Fr. 31.04 + Entschädigung 1/3 Monatslohn Fr. 2.95 = Fr. 33.99 x 42 Stunden x 52 Wochen) aus und berechnete gestützt darauf das dem Beschwerdeführer auszurichtende Taggeld (vgl. Urk. 10/6/40; Urk. 10/6/56; Urk. 10/6/94). Am 7. Mai 2019 gab die R.____

AG an, dass der Beschwerdeführer ohne Unfallereignis mutmasslich im Jahr 2019 einen Stundenlohn brutto von Fr. 38.77 (inkl. 1/3 Monatslohn/Ferien/Feiertage) erzielen würde

(vgl. Urk. 10/26/93-96 S. 3 Ziff. 7). Bei der rentenzusprechenden Verfügung vom 21. Februar 2022 stellte die Suva schliesslich fest, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2021 ohne Unfallfolgen mutmasslich Fr. 75'763.-- (Fr. 31.70 + Fr. 2.99 Gratifikation x 42 Stunden x 52 Wochen) verdienen würde (vgl. Urk. 10/ 66 /2- 7 S. 2) .

Es trifft zwar zu, dass zur Bemessung des hypothetischen Valideneinkommens grundsätzlich an den zuletzt erzielten Verdienst anzuknüpfen ist, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (vgl. BGE 139 V 28 E. 3.3.2). Vorliegend ist jedoch von Relevanz, dass es sich dabei lediglich um einen dreitägigen Temporäreinsatz im Rahmen eines Personalverleihs gehandelt hat und der Beschwerdeführer diese Tätigkeit mithin auch ohne den am letzten Tag des Temporäreinsatzes am 6. April 2018 erlittenen Unfall offensichtlich nicht mehr weitergeführt hätte (vgl. Urk. 10/6/36; Urk. 10/12 S. 1 Ziff. 2.1-2.2). Ausserdem ist zu beachten, dass der Beschwerdeführer den der Taggeldberechnung der Suva zugrunde gelegte Jahresverdienst zu keinem Zeitpunkt seiner Erwerbstätigkeit je erzielt hatte (vgl. IK-Auszug in Urk. 10/9 ; Urk. 10/38).

Vielmehr erzielte er in den fünf Jahren vor Eintritt der Invalidität (2013-2017) gemäss IK-Auszug ein weitaus geringeres Durchschnittseinkommen von effektiv rund Fr. 29'385.-- (vgl. Urk. 10/38 S. 2). Entscheidend ist, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 58 E. 3.1; vgl. auch Art. 26 Abs. 1 IVV).

Mithin käme ein Abstellen auf den in den fünf Jahren vor Eintritt der Invalidität erzielten durchschnittlichen Lohn in Betracht, begnügte er sich doch mit einem vergleichsweise bescheidenen Einkommen. Wie nachfolgen zu zeigen ist, resultiert jedoch auch bei der Berechnung anhand der statistischen Werte kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen, wobei der Beschwerdeführer unbestrittenermassen als zu 100 % Erwerbstätiger zu qualifizieren ist. Somit ist ein Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG vorzunehmen (vorstehend E. 1.5).

Angesichts der medizinischen Akten ist seit dem Unfall ereignis

vom 6. April 2018 ununterbrochen eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, womit das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vorstehend E. 1.3) am 6. April 2019 erfüllt war. Angesichts der am 10. August 2018 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Anmeldung (vgl. Urk. 10/ 1 ; Aktenverzeichnis zu Urk. 10 S. 1) ist die sechsmonatige Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG im Februar 2019 abgelaufen. Ein Rentenanspruch würde somit frühestens ab April 2019 bestehen. Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2019, abzustellen (BGE 129 V 222) .

E. 6.2

Das hypothetische Valideneinkommen (vgl. 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) ermittelte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Taggeld berechnung der Suva

sowie unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung und ging von einem Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 76'028.65 aus

(vgl. Urk. 2 S. 2; Urk. 10/88).

Diesem Vorgehen kann – wie sich nachfolgend zeigen wird - nicht gefolgt werden.

Den Akten lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach Abschluss seiner Lehre im Jahr 2006 meist temporär gearbeitet hat und wiederholt für längere Zeit auf privaten Auslandsreisen war (vgl. etwa Urk. 10/19). Entsprechend sind dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) auch sehr schwankende Einkommen zu entnehmen (Urk. 10/9 ; Urk. 10/38). Am 6. April 2018 verletzte sich der Beschwerdeführer während eines solchen temporären Einsatzes an der Schulter, wobei er seither nach Lage der Akten nicht mehr gearbeitet hat. Gemäss dem Einsatzvertrag der R. ____

AG

wurde bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 42 Stunden und einem vorgesehenen Einsatz vom 4. bis 6. April 2018 ein Brutto-Stundenlohn von Fr. 38.50 (Fr. 31.04 Basislohn, Fr.

E. 6.3

Der Beschwerdeführer ist gelernter Plattenleger

(vgl. Urk. 10/11/8).

Somit rechtfertigt es sich vorliegend für die Bestimmung des hypothetischen Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) und dabei auf den Zentralwert der Löhne für Männer im Kompetenzniveau 2 im Sektor «Baugewerbe» abzustellen, welcher im Jahr 2018 Fr. 5'962.-- betrug (vgl. LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Ziff. 41-43, Kompetenzniveau 2). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Baugewerbe im Jahr 2019 von 41.3 Stunden sowie der entsprechenden Nominallohnentwicklung dieses Sektors bei den Männern im Jahr 2019 von 1.0 % angepasst, ergibt dies im Jahr 2019 ein hypothetisches Valideneinkommen von rund Fr. 74'608.-- (Fr. 5'962.-- x 12 : 40 x 41.3 + 1.0 %). 6.4

Da der Beschwerdeführer nach Lage der Akten seit dem im April 2018 erlittenen Unfall keine Tätigkeit mehr ausgeübt hat (vgl. Urk. 10/50 S. 28 und S. 44; Urk. 10/61; Urk. 10/105 S. 2 oben) , ist für die Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens (vgl. BGE 139 V 592 E.

2.3) ebenfalls auf die LSE- Tabellenlöhne und dabei mit der Beschwerdegegnerin auf den Zentralwert der Löhne für Männer in der untersten Kategorie in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen, was vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten wird. Dieser betrug im Jahr 2018 Fr. 5'417.-- (LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2019 von 41.7 Stunden sowie der Nominallohnentwicklung bei den Männern im Jahr 2019 von 0.9 % angepasst, ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 68'377.-- im massgebenden Jahr 2019 bei einem zumutbaren Pensum von 100 % (Fr. 5'417.-- : 40 x 41.7 x 12 + 0.9 %) .

Ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75)

wurde von der Beschwerdegegnerin nicht gewährt. Dabei ist zu beachten, dass die gesundheitlichen Einschränkungen bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthalten sind

und rechtsprechungsgemäss der Umstand allein, dass nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidens bedingten Abzug ist, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. BGE 146 V 16 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2). Angesichts des beschriebenen Zumutbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an Verweisungstätigkeiten auszugehen. Damit besteht keine Veranlassung, in die Ermessensausübung der Beschwerdegegnerin einzugreifen. 6. 5

Wird das Valideneinkommen von Fr. 74'608.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 68'377.-- gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 6'231.-- und somit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet 8% (8.35%, BGE 130 V 121). Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers somit zu Recht verneint.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7. 7. 1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen 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.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). 7. 2

Mit Verfügung vom 23. Januar 2024 (Urk. 11) wurde unter anderem darauf hingewiesen, dass gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 2 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht die Möglichkeit besteht, dem Gericht vor Fällung des Endentscheides eine detail lierte Zusammenstellung über den bisherigen Zeitaufwand und die bisher angefallenen Barauslagen einzureichen, und dass das Gericht im Unterlassungsfall die Entschädigung nach Ermessen festsetzt.

Bis dato wurde keine entsprechende Honorarnote eingereicht, weshalb der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Markus Zimmermann, Baden, beim gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich MWST) ermessensweise mit Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer von 7.7% für Aufwendungen vor dem 1. Januar 2024 sowie 8.1% für Aufwendungen ab dem 1. Januar 2024) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse

genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Markus Zimmermann, Baden, wird mit Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Zimmermann -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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 Meierhans

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 9

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

E. 10

Dem Bericht von Dr. med. L.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, F.____, vom 29. August 2019 (Urk. 10/27/20-21) ist folgende Diagnose zu entnehmen (S. 1) : - Status nach Fraktur des Proc

essus C6/7 mit umschriebenem Bone

bruise des Proc

essus und des Wirbelbogens auf dieser Segmenthöhe mit Ausbreitung bis in das rechte Fazettengelenk mit/bei: - rechtsbetont mit Diskusprotrusion, Asymmetrie des Myelons und reaktiver Foramenstenose - kein Hinweis auf ein Myelonödem

Der initiale Unfall habe sich am 16. April 2019 ereignet. Seither bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei bezüglich eines operativen Vorgehens

äusserst zurückhaltend und kläre zunächst die Schulterproblematik nochmals ab (S. 1 f.).
4.

E. 11

Mit Bericht vom 17. September 2019 (Urk. 10/35/41-43) diagnostizierte

Dr. G.____,

Klinik D.____, posttraumatische Schulterschmerzen rechts nach am 16. April 2019 erlittenem Sturz. Als Nebendiagnosen erwähnte sie eine posttraumatische zervikale Diskushernie C5/6 vom selben Sturz sowie in Bezug auf die linke Schulter einen Status nach AC-Gelenkresektion und subacromiale Dekompression, subpektorale Bizepsnodose nach Trauma, Operation vom April (richtig: August) 2018 mit deutlich persistierenden AC-Gelenksbeschwerden. Im Vordergrund stehe nun die rechte Schulter, wobei auch die linke Schulter nie ganz gut geworden sei. Der Beschwerdeführer sei im April 2019 von einem Boot mit dem Kopf auf den Meeresboden gefallen. Dabei habe er eine tiefe Wunde über die ganze Stirn und Kopfhaut erlitten, welche mit 30 Stichen habe genäht werden müssen. Seither beklage er

auch starke Nackenschmerzen mit Ausstrahlung, wobei sich eine Diskushernie C5/6 gezeigt habe. Die Schmerzen seien nicht nur zervikal, sondern würden über das rechte Schulterblatt in den rechten Oberarm gehen (S. 1). An der rechten Schulter zeige sich ein Springen, welches theoretisch intraartikulär durch eine SLAP-Läsion, extraartikulär durch das AC-Gelenk, aber meistens durch die Scapulastellung ausgelöst werde. Die Scapulastellung

des Beschwerdeführers sei eindrücklich. Er könne diese jedoch auf Aufforderung hin stabilisieren, so dass nicht von einem Nervenschaden auszugehen sei. Das AC-Gelenk zeige eine Schmerzhaftigkeit (S. 2). 4.

E. 12

Dem Bericht der Ärzte des Kantonsspitals Y.____ vom 14. Oktober 2019 (Urk. 10/27/22-25) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 1): - leichte neuropsychologische Störung mit Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefiziten sowie Lern- und Abrufstörung, Erstdiagnose (ED) 23. Mai 2019, mit/bei: - am ehesten multifaktoriell bei vorbestandenem ADHS-Verdacht, chronischer Schlafstörung und Akzentuierung durch SHT - keine Shearing-Injuries, einzelne unspezifische Marklagerveränderungen (MRI des Schädels vom

4. Juni 2019) - zervikales/ zervikoradikuläres Schmerzsyndrom mit/bei: - Dysästhesien und Schmerzausstrahlung bei Halswirbelsäule (HWS) -Extension und -Rotation nach rechts - posttraumatisch bei Processus

spinus Fraktur HWK 6/7 nach Kopfanprall am 16. April 2019 - diskoligamentäre Verletzung rechtsbetont mit Diskusprotrusion, Asymmetrie Myelon und relativer Foramenstenose rechts HWK 6/7, kein Hinweis auf ein Myelonödem - SHT vom 16. April 2019 mit/bei: - Sturz vom Boot mit Kopfanprall, RQW frontal - Amnesie bezüglich

Ereignis, fremdanamnestisch keine Bewusstlosigkeit - Schulterverletzung links (ED März 2018) bei Status nach operativer Versorgung im Jahr 2018

Der Beschwerdeführer habe sich zur neurologischen Beurteilung vorgestellt. Die röntgenologische Untersuchung zeige eine Fraktur im Bereich des Processus spinosus

HWK 6/7 mit Ausweitung bis in das rechte Fazettengelenk mit Asymmetrie des Myelons und relativer Foramenstenose rechts. Eine orthopädische Abklärung sei bereits erfolgt, wobei gemäss Aussage des Beschwerdeführers eine operative Versorgung empfohlen werde. Im Mai 2019 sei zudem eine neuropsychologische Abklärung erfolgt, welche eine leichte neuropsychologische Störung ergeben habe. Das MRI des Schädels zeige bis auf einzelne unspezifische Marklagerveränderungen keine Auffälligkeiten. In der heutigen neurologischen Untersuchung lasse sich bei HWS - Extension und -Rotation nach rechts ein Schmerz im Bereich des Nackens mit Ausstrahlung in den Oberarm, den ulnaren Unterarm und Dig. III-V der rechten Hand provozieren. Die restliche neurologische Untersuchung zeige einen unauffälligen Befund, insbesondere bestünden keine Hinweise auf eine Muskelschwäche oder eine Reflexasymmetrie (S. 2). 4.

E. 13

Mit Bericht vom 25. Oktober 2019 (Urk. 10/35/44-45) diagnostizierte

Dr. G.____, Klinik D.____, posttraumatische Schulterschmerzen rechts nach Sturz vom 16. April 2019 ohne relevante strukturelle Läsionen sowie bei auffälliger Koordinationsstörung der Scapula mit Myogelosen periskapulär. Eine Operationsindikation bestehe nicht. Es werde eine physiotherapeutische scapulothorakale Stabilisierung, Wahrnehmungsförderung und Rumpfkraftigung empfohlen (S. 1). 4.

E. 14

Dem Bericht von Dr. G.____,

Klinik D.____, vom 28. Mai 2020 (Urk. 10/35/48-49) sind folgende Hauptdiagnosen zu entnehmen (S. 1): - Schulter rechts: AC-Gelenksarthrose, aktuell oligosymptomatisch bei ausgeprägter Scapuladyskinesie beidseits - Status nach Schulterarthroskopie links im August 2018 bei anteriorer PASTA-Läsion sowie AC-Gelenksarthrose mit mässigem Ergebnis und persistierenden AC-Gelenkschmerzen

Als Nebendiagnosen nannte sie eine zervikale Diskushernie C5/6, einen Verdacht auf ein Thoracic-outlet-Syndrom sowie ein Karpaltunnelsyndrom (CTS) rechts. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass die letzte AC-Gelenksinfiltration an seinen Beschwerden nichts geändert habe. In Anbetracht der Gesamtsituation, der Erfahrungen bezüglich der linken Schulter sowie der nicht wirksamen Infiltration am rechten AC-Gelenk werde von weiteren chirurgischen Behandlungen an der rechten Schulter Abstand genommen (S. 1 f.). 4.

E. 15

Dr. med. M.____, Facharzt für Chirurgie sowie für Gefässchirurgie, F.____, gab mit Bericht vom 13. Oktober 2020 (Urk. 10/37/1-6) an, dass er den Beschwerdeführer seit Juni 2020 behandle (S. 2 Ziff. 1.1). Der Quick-Dash-Score im Juni 2020 habe 22 Punkte betragen, was für eine schwere Einschränkung im täglichen Leben spreche (S. 4 f. Ziff. 3.4, 4.5). In erster Linie gehe es um die Behebung der Schmerzquelle (S. 5 Ziff. 4.4). 4.

E. 16

Am 5. Juli 2021 erstatteten die Ärzte des N.____ ihr orthopädisch-neurologisches Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/50). Dabei konnten sie folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 6 Ziff. 4.2): - chronisch rezidivierende Schulter-Nacken-Symptomatik mit ausgeprägten

Muskelspannungsstörungen nach Fraktur der Dornfortsätze HWK6 / 7 sowie diskoligamentäre Verletzungen rechtsbetont mit Diskusprotrusion bei relativer Foraminalstenose am 17. April 2019 - chronisch rezidivierende Zervikozephalgie

Sodann nannten sie die folgenden Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 f. Ziff. 4.2): - Abheilung einer nicht dislozierten Volkmann-Fraktur des vorderen Syndesmosenbandes und des Ligamentum

fibulotalare anterior nach OSG- Supinationstrauma links vom Februar 2018 mit freier Funktion des OSG - fortbestehende Schultergelenksschmerzsymptomatik links bei Status nach AC-Gelenkresektion, subakromialer Dekompression, subpektoraler Bizepsstenodese bei persistierenden AC-Gelenksbeschwerden nach Trauma vom 6. April 2018 - Läsion des Nervus

ophthalmicus rechts nach Trauma vom 17. April 2019 - Verdacht auf Migräne ohne Aura

Aus orthopädischer Sicht würden Unfallereignisse die Gesundheitsstörungen bestimmen. Der Beschwerdeführer habe ein OSG- Supinationstrauma links erlitten mit einer nicht dislozierten Volkmann-Fraktur und einer Ruptur des vorderen Syndesmosenbandes sowie des Ligamentum

fibulotalare anterior. Nach konservativer Therapie sei das Sprunggelenk mit vollständiger Wiederherstellung der Funktion verheilt. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei weder eine Funktionseinschränkung noch eine Schwellung oder Deformierung des Sprunggelenks aufgefallen. Der Beschwerdeführer habe keinerlei Beschwerden im Sprunggelenk beklagt. Am 6. April 2018 habe der Beschwerdeführer ausserdem einen Sturz mit Prellung der linken Schulter erlitten, wobei eine leichtgradige Unregelmässigkeit an der Unterfläche der Supraspinatussehne ohne eigentlichen Einriss habe festgestellt werden können. Am linken AC-Gelenk lägen leichte degenerative Veränderungen vor. Es seien Infiltrationen sowie eine Arthroskopie, eine Tenotomie der langen Bizepssehne, eine subakromiale Dekompression mit Bursektomie und Akromioplastik sowie eine AC-Gelenkresektion erfolgt. Ein im März 2019 veranlasstes MRI habe Flüssigkeit in der Bursa subacromialis subdeltoidea mit ödematösen Veränderungen im lateralen Clavikulaende sowie Suszeptibilitätsartefakte bis subakromial gezeigt. Die Rotatorenmanschette sei intakt. Die daraufhin angebotene Revisionsarthroskopie habe der Beschwerdeführer nicht durchführen lassen. Im April 2019 habe der Beschwerdeführer sodann in Thailand eine grosse Kopfplatzwunde, Frakturen der Processus spinosi HWK6 / 7 sowie eine diskoligamentäre Verletzung rechtsbetont mit Diskusprotrusion bei relativer Foramenstenose erlitten. Das MRI vom Juli 2019 habe eine stationäre Diskusprotrusion HWK5/6 mit konsekutiv mässiger bis höhergradiger Spinalkanalstenose und rechtsseitig betonter foraminaler Enge gezeigt. Das Ödem in den Fazettengelenken habe sich zurückgebildet. Bei rechtsseitiger Schulter-Nacken-Arm-Symptomatik sei im Juli 2019 eine beidseitige Nervenwurzelinfiltration C6 durchgeführt worden, wovon der Beschwerdeführer nicht profitiert habe. Auch eine Infiltration in das rechte AC-Gelenk habe nicht zu einer Linderung der Beschwerden geführt. Zuletzt habe der Beschwerdeführer eine partielle Durchtrennung der Extensor pollicis longus (EPL) - Sehne des rechten Daumens erlitten, welche genäht worden sei. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung seien die HWS- Funktionen nicht eingeschränkt gewesen, wobei sich sowohl Rotation, Inklination als auch Seitenneigung nahezu frei dargestellt hätten. Es bestehe jedoch eine deutliche Druckdolenz am zervikothorakalen Übergang. Muskulär lasse sich in der Fossa supraspinatus rechts eine deutliche Myogelose

tasten und eine erhebliche Druckdolenz sei auslösbar. Die Messungen der Armumfänge seien seitengleich, eine Kraftminderung in den Armen sei nicht feststellbar. Bei der Prüfung der Schultergelenksfunktion stelle sich diese nahezu vollständig frei dar. Eine Impingementsymptomatik könne nicht ausgelöst werden. Die

beklagte rezidivierend auftretende Gefühllosigkeit in beiden Armen könne orthopädisch nicht erklärt werden (S. 32 f. Ziff. 6). Die Behandlung der HWS-Verletzung sei aus orthopädischer Sicht günstig verlaufen, wogegen

die Operation des Schultergelenks suboptimal gewesen sei. Bei fortbestehenden Beschwerden werde eine Revisionsoperation empfohlen (S. 34 Ziff. 7.2). Einschränkungen für schwere Tätigkeiten in und über Kopfhöhe als auch in Vorhalte könnten nachvollzogen werden. Das Ausmass der beklagten Schmerzen in der HWS- und Schulterregion könne dagegen bei nahezu freier Funktion nicht gänzlich nachvollzogen werden

(S. 34 Ziff. 7.3). Der Beschwerdeführer sei seit der im April 2018 erlittenen HWS-Verletzung (zervikale Diskusverlagerung C5/6) in der bisherigen Tätigkeit als Plattenleger nicht mehr arbeitsfähig. Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg ohne Tätigkeiten in oder über Kopfhöhe sei ihm dagegen vollständig zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit sei spätestens acht Wochen nach dem ersten Schultereingriff am 24. August 2018 wieder hergestellt gewesen. Ab dem 17. April 2019 (Kopf- und HWS-Verletzung) habe für drei bis vier Monate eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen (S. 35 f. Ziff. 7.4, Ziff. 8). Es sei möglich, dass die Arbeitsfähigkeit durch eine Revisionsoperation der Schulter relevant verbessert werden könne. Es sei allerdings fraglich, ob dadurch eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf erreicht werden könne (S. 36).

In neurologischer Hinsicht

würden sich normale Hirnwerkzeugfunktionen zeigen. Bei der Untersuchung der Hirnnerven sei eine Minderung für Oberflächen- und Schmerzempfinden bei gerade erhaltender Spitz-Stumpf-Diskrimination ohne statische und dynamische Berührungsalloodynie im Versorgungsgebiet des Nervus

ophthalmicus angegeben worden. Manifeste oder latente Paresen lägen nicht vor, die Muskeleigenreflexe würden sich seitengleich nicht sicher auslösen lassen. Hinweise auf eine Rückenmarksschädigung lägen nicht vor. Bei der Überprüfung der Sensibilität am Körper sei für alle Qualitäten ein normales Empfinden angegeben worden. Die vegetativen Funktionen seien insgesamt regelrecht und auch die koordinativen Eigenschaften würden sich insgesamt normal darstellen. Es lägen weder zervikal noch lumbal nervale Dehnungszeichen vor. Aus neurologischer Sicht bestünden eine Affektion des Nervus

ophthalmicus rechts sowie verdachtsweise eine Migräne ohne Aura (S. 48 Ziff. 6). Bei der Läsion des Nervus

ophthalmicus handle es sich um einen Dauerschaden ohne Therapiemöglichkeiten. Die Nervenschädigung führe jedoch zu keiner Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Bei leitliniengerechter Behandlung der verdachtsweise bestehenden Migräne ohne Aura sei die Prognose grundsätzlich gut und es bestehe in der Regel keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 49 Ziff. 7.2). Die Angaben zur Sensibilitätsstörung im Bereich der rechten Stirn seien aufgrund des Verletzungsmusters des Nervus

ophthalmicus grundsätzlich plausibel. Die angegebenen Nacken- und Schulterschmerzen mit Ausstrahlung bis zum Hinterkopf fänden keine neurologische Erklärung. Es ergäben sich keine Hinweise auf das Vorliegen nervaler Dehnungszeichen beziehungsweise einer Nervenwurzel- oder Rückenmarksauffektion. Die angegebene Erschöpfung und Müdigkeit fänden keine neurologische Erklärung. Der im April 2019 erlittene Unfall ohne substantielle Hirnschädigung sei nicht geeignet, um die angegebenen Beschwerden ursächlich zu erklären. Dieser Unfall habe nicht einmal mit Wahrscheinlichkeit zu einer Commotio cerebri geführt. Eine sichere Unterbrechung des Bewusstseinskontinuums sei nicht beschrieben worden. Die Frakturen der Processus spinosi HWK6/7 würden zu keinen neurologischen Ausfällen führen. Die in der neuropsychologischen Untersuchung im Kantonsspital Y.____ detektierten leichtgradigen neuropsychologischen Störungen fänden keine organoneurologische Erklärung und würden für sich genommen auch noch keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründen. Hinweise auf ein Thoracic-outlet-Syndrom fänden sich ebenfalls nicht (S. 49 f. Ziff. 7.3). Aus neurologischer Sicht ergebe sich insgesamt keine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen oder in einer angepassten Tätigkeit seit jeher zu 100 % arbeitsfähig (S. 50 f. Ziff. 7.4, Ziff. 8).

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, dass die orthopädischen Diagnosen ursächlich mit den Unfallereignissen vom 6. April 2018 und 17. April 2019 zusammenhängen würden (S. 5 Ziff. 4.1). Es lägen keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung vor (S. 7 Ziff. 4.4). Einschränkungen für schwere Tätigkeiten in und über Kopfhöhe als auch in Vorhalteposition könnten nachvollzogen werden. Das Ausmass der beklagten Schmerzen in der HWS- und Schulterregion könne bei beinahe freier Funktion nicht gänzlich nachvollzogen werden. Neurologisch seien die Angaben zu den Sensibilitätsstörungen im Bereich der rechten Stirn aufgrund des Verletzungsmusters des Nervus

ophthalmicus grundsätzlich plausibel. Die beklagten Nacken- und Schulterschmerzen fänden organoneurologisch keine Erklärung. Nervale Dehnungszeichen beziehungsweise eine Nervenwurzel- oder Rückenmarksauffektion lägen nicht vor. Die angegebene Erschöpfung und Müdigkeit fänden keine organoneurologische Erklärung (S. 7 Ziff. 4.6). Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit als Plattenleger seit dem 6. April 2018 vollständig arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit liege eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vor. Dabei sei die Arbeitsfähigkeit spätestens acht Wochen nach dem ersten Schultereingriff am 24. August 2018 wieder hergestellt gewesen. Ab dem 17. April 2019 sei für drei bis vier Monate eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Danach sei die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit gegeben (S. 8 Ziff. 4.7-4.8). Die Arbeitsfähigkeit sei ausschliesslich orthopädisch- traumatologisch eingeschränkt (S. 8 Ziff. 4.9). 4.

E. 17

Mit Stellungnahme vom 3. August 2021 empfahl Dr. med. O.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, regionaler ärztlicher Dienst (RAD), für die Beurteilung auf das N.____ - Gutachten abzustellen. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lägen eine chronisch rezidivierende Schulter-Nacken-Symptomatik sowie eine

chronisch rezidivierende Zervikozephalgie vor. In der bisherigen Tätigkeit als Plattenleger bestehe seit April 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aus neurologischer Sicht liege keine

relevante Erkrankung vor. Die Arbeitsfähigkeit sei ausschliesslich orthopädisch-traumatologisch eingeschränkt. Eine angepasste körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit (bis 15 kg) nicht über Kopf sei dem Beschwerdeführer – abgesehen von zwei kurz zeitigen vollständigen Arbeitsunfähigkeiten – vollständig zumutbar. Eine Revisionsoperation an der Schulter verbessere möglicherweise deren Funktion. Es sei allerdings fraglich, ob dadurch eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit erreicht werden könne. Das Ausmass der beklagten Schmerzen an der HWS und in der Schulterregion könne bei nahezu freier Funktion nicht gänzlich nachvollzogen werden. Die Angaben zur Sensibilitätsstörung im Bereich der rechten Stirn seien aufgrund des Verletzungsmusters des Nervus

optimaler grundsätzlich plausibel. Die angegebenen Nacken- und Schulterschmerzen mit Ausstrahlung bis zum Hinterkopf sowie die Erschöpfung und Müdigkeit fänden keine organoneurologische Erklärung (vgl. Urk. 10/105 S. 9 f.). 4.

E. 18

Die am 10. November 2021 durchgeführte Computertomographie

(CT) der HWS zeigte alte pseudoarthrotisch verheilte gering dislozierte Frakturen des Processus spinosus HWK6/7 ohne Beteiligung der Fazettengelenke, Osteochondrosen und Unkovertebralartrosen HWK3-6, eine Retrolisthese HWK5/6 sowie eine zervikale Lymphadenopathie beidseits (vgl. Bericht vom 10. November 2021, Urk. 10/64 S. 2). 4.

E. 19

Das am 30. November 2021 erfolgte MRI der HWS zeigte

auf Höhe C3/4 eine osteodiskäre, moderate bis schwere Foraminalstenose rechts mit Kompression der Wurzel C4 rechts und eine leichte Verlagerung der Wurzel C4 links intraforaminal, auf Höhe C4/5 eine osteodiskäre, mässige bis hochgradige Foraminalstenose rechts mit Kompression der Wurzel C5 rechts, auf Höhe C5/6 eine osteodiskäre, hochgradige Foraminalstenose rechts mit Wurzelkompression C6 sowie eine moderate Foraminalstenose mit leichter Verlagerung und Kompression der Wurzel C6 links sowie auf Höhe C6/7 eine osteodiskäre, moderate Foraminalstenose beidseits ohne fassbare Beeinträchtigung der Nervenwurzeln C7 (vgl. Bericht vom 30. November 2021, Urk. 10/62 S. 1). 4.

E. 20

Mit RAD-Stellungnahme vom 28. Februar 2022 erklärte Dr. O.____, dass die vorgelegten medizinischen Unterlagen im Wesentlichen die im N.____-Gutachten getroffenen Annahmen bestätigen würden. Aktuell seien akute Schmerzexazerbationen behandlungsbedürftig gewesen. Es werde an der vorherigen RAD-Stellungnahme festgehalten (vgl. Urk. 10/105 S. 11). 4.

E. 21

Dipl. med. K.____

gab mit Bericht vom 25. November 2022 (Urk. 10/83/2-8) an, dass sie die aktuelle medizinische Situation nicht beurteilen könne. Es seien viele Spezialisten involviert. Sie habe daher ab Ende des Jahres 2019 keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert, da dies durch die Spezialisten erfolgt sei (S. 2 Ziff. 1.3, Ziff. 2.2). Bei dieser komplexen Situation könne sie die Prognose zur Arbeitsfähigkeit unmöglich beurteilen (S. 3 Ziff. 2.7). Sie könne nicht

beurteilen, wie viele Stunden pro Tag dem Beschwerdeführer die bisherige oder eine angepasste Tätigkeit zumutbar seien (S. 5 Ziff. 4.1-4.2). Es sei bereits ein Gutachten erstellt worden. Seither seien ihr keine Zustandsänderungen bekannt (S. 5 Ziff. 5). 4 .

E. 22

Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab mit Bericht vom 30. Mai 2023 (Urk. 10/87) an, dass er den Beschwerdeführer seit dem 19. Oktober 2022 für vier Konsultationen behandelt habe

(S. 2 Ziff. 1.1), und folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne

(S. 3 Ziff. 2.5): - Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (ICD-10 F68.8) nach Unfall mit SHT (künstliches Koma) - Schulterbelastung 5 kg bis waagrecht (eigenanamnestisch)

Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er ein Asthma (S. 3 Ziff. 2.6). Der Beschwerdeführer komme nur sporadisch in die Behandlung und habe die Therapie beendet. Eine stationäre Einrichtung wäre besser (S. 3 Ziff. 2.8). Der Beschwerdeführer könne sich schlecht konzentrieren, sei vergesslich, habe Nacken-/Schulter- und Kopfschmerzen sowie eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit (S. 4 Ziff. 3.4). Die bisherige Tätigkeit als Plattenleger sei aufgrund der eingeschränkten Schulterbeweglichkeit nicht mehr möglich. Eine angepasste Tätigkeit sei zu zwei Stunden pro Tag zumutbar (S. 5 Ziff. 4.1-4.2). 5 . 5 .1

Zur Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erfolgte eine eingehende Begutachtung durch die Ärzte des N.____ (vorstehend E. 4.16) mit den notwendigen Untersuchungen in orthopädischer und neurologischer Hinsicht mit jeweils ausführlicher Befundaufnahme (vgl. Urk. 10/50 S. 30 f. Ziff. 4.3, S. 39 ff., S. 46 f. Ziff. 4.3). Das in Kenntnis der sowie in Auseinandersetzung mit den umfangreichen Vorakten (vgl. Urk. 10/50 S. 11 ff.) erstellte Gutachten erweist sich als umfassend, wobei insbesondere sowohl die im Anschluss an die im Februar 2018 (OSG- Supinationstrauma in Thailand), April 2018 (Sturz von Leiter) und April 2019 (Sturz von Boot in Thailand) erlittenen Unfälle erhobenen Befunde als auch die geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 10/50 S. 26 f. Ziff. 3.1-3.2 , S. 43 f. Ziff. 3.1-3.2) in angemessener Weise berücksichtigt wurden. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers wurden umfassend sowie in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise dargelegt . Die gutachterliche Schlussfolgerung , wonach der Beschwerdeführer aufgrund der chronisch rezidivierenden Schulter-Nacken-Symptomatik sowie der chronisch rezidivierenden Zervikozephalgie in der bisherigen Tätigkeit als Plattenleger seit April 2018 zwar nicht mehr arbeitsfähig ist, in einer angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg und ohne Tätigkeiten in oder über Kopfhöhe

dagegen seit jeher – abgesehen von zwei kurzzeitigen Phasen vollständiger Arbeitsunfähigkeit – eine vollständige Arbeitsfähigkeit besteht (vgl. Urk. 10/50 S. 6 ff. Ziff. 4.2, Ziff. 4.7-4.8; S. 35 f. Ziff. 7.4, Ziff. 8) , vermag demnach vollumfänglich zu überzeugen. Damit erfüllt das Gutachten die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E.

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