

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00276 vom 2. Juni 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-06-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00276

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00276 du 2 juin 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00276 del 2 giugno 2025

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1971, verfügt über keine abgeschlossene Berufsausbildung und

arbeitete zuletzt seit April 2014 als Maler bei der Y.____ AG (in Liquidation) (Urk. 7/5/6, 7/9/2, 7/72 [Lebenslauf]). Am 28. November 2019 zog er sich Verletzungen am rechten Knie, Ellenbogen sowie an der rechten Schulter zu,

als er auf der Strasse ausrutschte und stürzte (Urk. 7/8/93). Am 14. Mai 2020 unterzog er sich bei der Diagnose einer traumatisch bedingten Komplettruptur der Supraspinatussehne einer operativen Revision (Urk. 7/8/49). Unter Angabe von Beeinträchtigungen nach Schulter-, Ellbogen und Knieverletzung aufgrund des Unfallereignisses vom 28. November 2019 meldete sich der Versicherte am 26.

November 2020 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/

E. 1.1

und Ziff. 1.2). Der Beschwerdeführer habe im November 2019 einen Unfall mit Verletzung der rechten Schulter erlitten und nach einer Schulteroperation im D.____ bestünden weiterhin Schmerzen sowie Bewegungseinschränkungen. Der Ausbruch der depressiven Symptomatik sei im Sommer 2019 erfolgt. Eine hausärztlich vorgesehene psychiatrische Behandlung habe der Beschwerdeführer aber abgelehnt, da er arbeiten müsse. Die psychische Dekompensation sei durch schwierige Umstände am Arbeitsplatz ausgelöst worden, da der Arbeitgeber AHV- und Pensionskassengelder nicht einbezahlt habe. Die Arbeitskollegen seien

gegen ihn gewesen, er sei als Spion bezeichnet und vermehrt

durch den Bauleiter kontrolliert worden. Seit Sommer 2020 bestehe eine rezidivierende depressive Störung mit zu Beginn der Behandlung schweren Episoden und im weiteren Verlauf mittelgradige Episoden (Ziff. 2.1).

3.2

Im Bericht der Universitätsklinik E.____ vom 4. Juni 2021 (Urk. 7/26/133-134) notierten die zuständigen Ärzte der Schulterchirurgie, Grund zur Untersuchung sei eine veranlasste Erstkonsultation durch die Suva. Folgende Diagnosen wurden aufgelistet: 1. Residuelle

Frozen

Shoulder mit ausgeprägter Skapuladyskinesie mit sekundärem subacromialen

Impingement rechts mit/bei: - Status nach SAS mit Bizepsstenodese all

inside Naht der Supraspinatus Sehne in Allen-Mason-Nahttechnik, subacromiale Dekompression mit ACG-Resektion 14. Mai 2020 - Sturz auf Schulter 28. November 2019
2. Diabetes mellitus Es zeige sich eine komplexe Geschichte mit residueller

Frozen

Shoulder und aus geprägter Skapuladyskinesie bei chronischem Verlauf mit sekundärem subacromiale m

Impingement. Der protrahierte Verlauf sei teilweise durch den Diabetes mellitus erklärbar. Es sei die bereits geplante glenohumerale Infiltration durchzuführen und es bedürfe zwingend einer spezifischen Therapie zum Aufbau der Muskulatur. 3. 3

3. 3 .1

Anlässlich der polydisziplinären Abklärungen, die im Auftrag der Invalidenversicherung in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie in der Z. ___ AG MEDAS F. ___ durchgeführt wurden, hielten die Experten im Gutachten vom 8. Juli 2022 (Urk. 7/42) folgende Diagnosen fest (S. 13 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Komplexe Nervenläsion im Bereich des Plexus brachialis rechts mit/bei - Aufgetreten im Rahmen eines Schultertraumas November 2019 und Operation Mai 2020 - Aktuell im Vordergrund stehend weiterhin schwere Schädigung des Nervus

thoracicus longus mit sicherer Scapula alata und starker Einschränkung der Elevation und Abduktion des rechten Armes - Kein Nachweis mehr einer relevanten Schädigung des Nervus

suprascapularis und Nervus axillaris rechts - Frozen

Shoulder mit sekundärem subacromiale m

Impingement rechts mit/bei - Status nach traumatischer Komplettruptur der Supraspinatussehne rechts, Pulleyläsion, aktivierte ACG Arthrose rechts - Status nach arthroskopischer Bizepssehnenodese

all inside, Naht der Supraspinatussehne in Allen-Mason-Naht-Technik, subacromiale Dekompression mit ACG-Resektion am 14. Mai 2020 - Ruptur Supraspinatussehne rechts
Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Diabetes mellitus Typ 2 Erstdiagnose 2012 - Dyslipidämie - Status post (anamnestisch) COVID-19-Erkrankung März 2022 - Degenerative Veränderungen der HWS C3-C6 mit/bei - Mittelschwere zentrale Spinalkanalstenose C5/C6, leichtgradig C4/C5 - Mittelschwere foraminale Engen beidseits C5/C6, leichtgradig C4/C5 beidseits und C3/C4 beidseits - Geringe Knochmarködem der Endplatten C4/C5 und C5/C6 - Hintere Kniegelenkinstabilität bei insuffizientem

hinterem Kreuzband rechts - Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0/Z76.5). Differentialdiagnostisch Schmerzfehlerverarbeitung/Symptom-ausweitung (Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderen ortsklassifizierten Krankheiten; ICD-10 F54) 3. 3 .2

Der fallführende Facharzt für Allgemeine Innere Medizin hielt fest (S. 59 - 78), der Beschwerdeführer gebe an, er habe ständig Schmerzen in der rechten Schulter, bis in den rechten Arm bzw. bis zur Hand ausstrahlend und ständige Nacken-Kopfschmerzen rechts. Manchmal bekomme er eine Schulterblockade rechts und könne dann den rechten Arm aus der Schulter heraus gar nicht bewegen, da sonst deutlich verstärkte Schmerzen auftreten würden. Das Schmerzniveau der Schulter liege in Ruhe bei VAS 4-5/10, und bei Schmerzspitzen bis VAS 7-8/10. Zudem habe er ständig Rückenbeschwerden von oben bis unten. Diesbezüglich liege das Schmerzniveau bei VAS 4-5/10. Die vorgenannten Schmerzen seien bei und nach körperlicher Aktivität zum Beispiel auch nach Physiotherapie schlimmer. Psychisch fühle er sich nicht stabil und er habe auch Zukunftsängste. Der Nachtschlaf sei gestört (S. 65). Aufgrund der Anamnese, der körperlichen Untersuchung sowie hinsichtlich der Aktenlage hätten sich auf allgemein-internistischem Fachgebiet keine IV-relevanten Diagnosen oder entsprechende Funktionseinschränkungen gezeigt. Entsprechend sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in einer etwaigen Verweistätigkeit aus rein allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 74). Es bestehe kein Anhalt für Aggravation oder Simulation (S. 72). 3. 3 .3

Der für das orthopädische Gutachten (Urk. 7/79-126) verantwortlich zeichnende Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie (D), Dr. med. G.____ ,

führte zum Untersuchungsbefund im vorrangig geklagten Schmerzbereich (S. 101) rechter Schultergürtel/ rechte obere Extremitäten unter anderem aus (S. 108 f.), es zeige sich ein Tiefstand der rechten Schulter. Weiterhin stehe die Scapula nach dorsal ab. Beim Gehen im freien Raum zeige sich eine Schonhaltung des rechten Armes. Der rechte Arm werde beim Gehen nicht mitgeschwungen. Er werde regungslos am Körper gehalten. Der Nacken- und Schürzengriff mit dem rechten Arm sei nicht ausführbar. Ein Impingement sei im Bereich der rechten Schulter vorhanden und ebenfalls finde sich ein Hinweis auf eine Rotatorenmanschetteninsuffizienz rechts. Die Funktionsgriffe der Hände (Grobgriff, Präzisionsgriff, Schlüsselgriff) könnten beidseitig kräftig, flüssig, schmerzfrei und funktionell durchgeführt werden und die Opposition beider Daumen sei kräftig, vollständig und es zeige sich keine Daumenballenatrophie. Die Beweglichkeit aktiv wie passiv sei im Bereich der rechten Schulter stark schmerzhaft eingeschränkt. Die Beweglichkeit im Bereich der linken Schulter sei aktiv wie passiv nicht eingeschränkt und es zeigten sich keine relevante Umfangsdifferenzen beim Seitenvergleich der oberen Extremitäten zueinander.

Dr. G.____ schloss auf seinem Fachgebiet als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf eine Frozen

Shoulder mit sekundärem subakromialem

Impingement und ordnete diese Diagnose dem Status nach traumatischer Komplettruptur der Supraspinatussehne rechts, Puller-Läsion und aktivierter AC-Arthrose rechts sowie dem Status nach operativer Versorgung vom 14. Mai 2020 und einer Ruptur der Supraspinatussehne rechts zu (S. 114). Den degenerativen Veränderungen im Bereich C3-C6 mass er bei unauffälliger klinischer Befundlage im Bereich der Wirbelsäule (S. 108) wie auch der hinteren Kniegelenksinstabilität keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bei. Hinweise auf eine Aggravation oder Simulation konnte er keine feststellen (S. 120).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. G.____

aus (S. 119), in seiner angestammten Arbeits Tätigkeit als Maler sei der Beschwerdeführer als vollständig arbeitsunfähig anzusehen. Eine leichte Arbeitstätigkeit sei ihm zumutbar. Ausgeschlossen seien Arbeiten, die eine Gewichtsbelastung der rechten oberen Extremität erfordern und Arbeiten, die sich in Nähe der Horizontalen für die rechte obere Extremität bewegen (S. 120). Die Arbeit sollte nicht über Brusthöhe verrichtet werden, die Gewichtsbeschränkung liege bei drei Kilogramm. Auch sei das Bedienen von gefährlichen, schweren und vibrierenden Maschinen sowie das Arbeiten auf Dächern, Gerüsten, Leitern oder Podesten zu vermeiden (S. 120). Die maximale Präsenz

in einer solchen Tätigkeit betrage

acht Stunden pro Tag. Es ergebe sich eine Leistungsminderung während dieser Anwesenheit von 20 % aufgrund der bestehenden Schmerzsituation

im Bereich der rechten Schulter und es bestehe ein erhöhter Pausenbedarf.

Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bezogen auf ein 100 % - Pensum werde auf 80 % geschätzt (S. 121). 3.3.4

Auf neurologischem Fachgebiet führte der Experte Dr. med. H.____ anamnestic aus (S. 137), der Beschwerdeführer beklage, dass er insbesondere Schmerzen im Bereich der rechten Schulter habe, seine Nerven kaputt seien und er eine Scapula alata habe. Die Schmerzen würden bis zum Nacken und Kopf ausstrahlen, manchmal auch dem Rücken entlang bis lumbal. Weiter würden Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, des Schulterblatts und nach vorne zur Brust bestehen. Diese Schmerzen würden immer bestehen. Bewegung mache dies etwas schlimmer. Schmerzen würden auch direkt im Nacken bestehen, zur Schulter ziehend, wie verspannt, ebenso dauerhaft. Weitere Schmerzen seien wie ein Stechen im Kopf links, wie Ohrenscherzen, auch dauerhaft. Dieser Schmerz sei eher drückend, manchmal auch den ganzen Kopf betreffend. Diese Schmerzen seien alle seit mehr als einem Jahr so. Daneben beklage er eine Blockade im Bereich des Rumpfes. Er könne sich nicht drehen. Bezüglich des Verlaufs berichte der Beschwerdeführer, dass er vor dem Unfall im November 2019 keine Beschwerden gehabt habe, seitdem habe er konstante Schmerzen, die progredient seien, insbesondere seit der Operation. Auch habe er eine sichere Kraftminderung im Bereich des rechten Armes und der rechten Hand. Bezüglich der Schmerzen noch einmal nachgefragt berichte er auch über ausstrahlende Schmerzen rechts bis zur Hand und Fühlstörungen im Bereich der Palma manus, weniger in den Fingerspitzen. Auch habe er Schmerzen im Rücken seit dem Unfall.

Gemäss Beurteilung von Dr. H.____ (S. 146 f.) besteht beim Beschwerdeführer eine sehr komplexe Beschwerdesymptomatik im Bereich des rechten Armes, die nach dem Unfall vom November 2019 aufgetreten sei. Von orthopädischer Seite sei er entsprechend im Mai 2020 operiert worden. Von neurologischer Seite sei im Rahmen des Traumas eine sichere Schädigung des Nervus

thoracicus longus mit entsprechender Scapula alata und des Nervus

suprascapularis und wahrscheinlich auch des Nervus axillaris rechts dokumentiert.

Diesbezüglich gebe der Beschwerdeführer noch diffuse Fühlstörungen im Bereich des Armes und der Palma manus an. Der Reflexbefund sei seitendifferent zu Ungunsten rechts. In der Summe passe dies gut zur angenommenen Plexusaffektion mit jetzt noch im Vordergrund stehender Schädigung des Nervus

thoracicus longus rechts, d.h. einer Scapula alata . Die übrigen Nerven seien bei den Kontrolluntersuchungen neurologischerseits zuletzt im Januar 2022 und auch orthopädisch ebenso im Januar 2022 als normal befunden worden. Dabei komme es weiterhin zu einer deutlichen, nachvollziehbaren Einschränkung der Armelevation und -abduktion, je nach Art der Messung zwischen 45 und 70 % , die aber keinesfalls über die Horizontale gehe.

Das begleitende Schmerzsyndrom könne dabei neurologischerseits nicht sicher erklärt werden. Daneben besteh e noch eine auffällige MRI-Bildgebung der HWS, die aus gutachterlicher Sicht aber nicht so ausgeprägt wie im Befund beschrieben sei. So finde sich keine relevante spinale Einengung und die Nervenwurzeln seien keinesfalls höhergradig eingeeengt, eine Irritation der Wurzeln C6 sei aber mög lich. Somit erscheine die zervikoradikuläre Problematik nicht führend zu sein und im Vordergrund stehe die erklärbare Funktionseinschränkung. Die Fühlstörungen seien nicht objektivierbar, könnten aber durchaus Ausdruck einer Plexusaffektion sein , wobei sie bei diffuser Ausbreitung eher nicht als r adikulär er sch ienen . Der Reflexbefund untermauere aber die bestehende Relevanz der Pathologie. Zusammengefasst ergebe sich von neurologischer Seite sicherlich eine deutliche Bewegungseinschränkung des rechten Armes aufgrund einer neurogenen Scapula alata . Darüber hinaus erg ä ben sich keine schwereren höhergradigen Pathologien, insbesondere auch keine, die das ausgeprägte Schmerzsyndrom erklären würden.

Zur Arbeitsfähigkeit führte der Experte aus (S. 149 f.), in der bisherige n Tätigkeit eines Malers, wo entsprechend eine volle Funktion des rechten Armes gefordert sei, bestehe aus neurologischer Sicht keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr. Eine angepasste Tätigkeit bedeute, dass der Arm nicht abduziert und eleviert wer den müsse. Da auch Fühlstörungen in der Hand beklagt würden, erschienen auch feinmotorische Tätigkeiten nicht sinnvoll. Bezüglich der Hand sei eine gewisse Kraftentwicklung aber möglich, die aufgrund der Gesamtkonstellation aber nicht über 5 kg liegen sollte. In einer optimal angepassten Tätigkeit ergebe sich keine relevante Einschränkung. Verdeutlichungstendenzen verneinte Dr. H.____ (S.

143). 3.3.5

Auf psychiatrischem Fachgebiet hielt der zuständige Experte Dr. med.

I.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest (S. 161 f.), der Beschwerde führer berichte , nach seinem Unfall seine Emotionen verloren zu haben und auch an Schlafstörungen zu leide n . Zur Psyche gebe er an, dass diese nicht stabil und nicht gut sei. Seit dem erlittenen Unfall sei auch sein Selbstvertrauen vermindert.

Zum Tagesablauf werde berichtet, er stehe zwischen 9 .00 und 10 .00 Uhr auf. Die Ehefrau arbeite zwischen 7 .00 und 9 .00 Uhr. Wenn sie nach Hause komme, wür den sie Kaffee trinken. Am Vormittag mache er eigentlich nichts, oder er schaue ein wenig fern. Er gehe ein bis zwei Stunden laufen. Er habe einmal in der Woche Physiotherapie, ansonsten mache er Eigenübungen, die er von der Physiotherapie gelernt habe. Er esse nicht zu Mittag, er habe keinen Appetit. Am Nachmittag gehe er spazieren, mache Übungen oder treffe Kollegen. Am Abend schaue er noch fern oder telefoniere. Ins Bett gehe er zwischen 2 .00 und 3 .00 Uhr.

Die aufgrund der Aktenlage in Betracht zu ziehende depressive Störung könne aufgrund der Befundlage nicht bestätigt werden, hätten sich doch die Haupt symptome einer depressiven Störung nicht feststellen lassen. Der Beschwerde führer habe sich schwingungsfähig

gezeigt, er gehe verschiedenen Aktivitäten nach, auch fehlten Anhaltspunkte für Konzentrationsstörungen oder ein vermindertes kognitives Leistungsvermögen (S. 172 f.). Zwischen den subjektiven

Beschwerdeschilderungen und dem Verhalten in der Untersuchungssituation habe eine auffällige Diskrepanz bestanden. Der Beschwerdeführer vermittle einen appellativen und demonstrativen Eindruck. Das Ausmass der geschilderten Beschwerden stehe auch nicht in Übereinstimmung mit einer leidensgerechten Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen. Die Diskrepanzen zwischen den geschilderten psychischen Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten sowie der Behauptung von Einschränkungen im psychosozialen Umfeld würden auf ein aggravierendes Verhalten hinweisen, das durch den Wunsch nach Bezug von Rentenleistungen motiviert sein dürfte. Der Schweregrad einer mittelgradigen oder sogar schweren depressiven Episode sei nicht nachvollziehbar und Anzeichen hierfür hätten sich nicht gefunden. Eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergebe sich keine (S. 171 f.). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung

in der bisherigen beziehungsweise in jeglichen anderen Tätigkeiten (S. 176). Zum Verlauf stellte Dr. I.____ fest, dass sich im Längsschnitt keine Hinweise für eine verfestigte, längerdauernde und höhergradige Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung ergäben (S.

176). 3.3.6

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Experten zur Arbeitsfähigkeit fest (S. 17 f.), beim Beschwerdeführer bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Für eine Verweistätigkeit sei ihm eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Dabei gelte das seitens des orthopädischen und neurologischen Teilgutachtens geäusserte Fähigkeitsprofil. Zumutbar sei eine leichte Arbeitstätigkeit unter Ausschluss von Arbeiten, die eine Gewichtsbelastung der rechten oberen Extremität erforderten und Arbeiten, die sich in Nähe der Horizontalen für die rechte obere Extremität bewegten. Zudem sei zu beachten, dass eine angepasste Tätigkeit insbesondere bedeute, dass der Arm nicht abduziert und eleviert werden müsse und da auch Fühlstörungen in der Hand beklagt würden, erschienen feinmotorische Tätigkeiten primär nicht für sinnvoll. Bezüglich der Hand sei eine gewisse Kraftentwicklung möglich, aufgrund der Gesamtkonstellation aber sicherlich nicht über 5 kg.

In der Verlaufsbeurteilung schloss der Konsens auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit dem Unfall vom 28. November 2019 und eine 80%ige Restarbeitsfähigkeit seit 1. Januar 2021 (S. 16). 3.4

Im Austrittsbericht der Rehaklinik A.____ vom 28. November

2022 (Urk. 7/65/34-46) über den Aufenthalt vom 19. Oktober bis 15. November 2022 führten die Ärzte aus, knapp drei Jahre nach dem Unfall, bei dem sich der Beschwerdeführer eine traumatische Komplettruptur der Supraspinatussehne, Pulley-Läsion und eine aktivierte ACG Arthrose zugezogen habe, habe er erneut eine subtotale Ruptur der Supraspinatussehne erlitten, was sich in den zuletzt durchgeführten Bildgebungen gezeigt habe. Im Vordergrund stünden die Dauerschmerzen und die eingeschränkte Beweglichkeit/ Belastbarkeit der rechten Schulter. Durch die Rehabilitationsmassnahme habe keine Verbesserung bezüglich der Kraft und Beweglichkeit des rechten Armes erreicht werden können. Auf der Verhaltensebene habe er ein auffälliges Schmerz- und

Leistungsverhalten gezeigt und es sei eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt worden. Die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich der Beweglichkeit und Belastbarkeit hätten daher nicht erreicht werden können (S. 5).

Zur Arbeitsfähigkeit, Zumutbarkeit und den Eingliederungsperspektiven hielten die Ärzte fest (S. 3), die beobachtete erhebliche Symptomausweitung sei teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nicht verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Die festgestellte psychische Störung begründe eine leichte arbeitsrelevante Leistungsminderung. Die berufliche Tätigkeit als Maler sei nicht zumutbar, da die Anforderungen als körperlich schwere Arbeit zu hoch seien, mit häufigem Arbeiten mit beiden Armen, länger dauernd und über Brusthöhe. Hingegen seien andere berufliche Tätigkeiten, das heisst leichte bis mittelschwere Arbeiten mit ganztägiger Arbeitszeit, mit speziellen Einschränkungen bezüglich Schulter rechts, ohne Tätigkeit mit dem rechten Arm länger dauernd über Brusthöhe sowie ohne Exposition des selben gegenüber unvermittelten Schlägen, Erschütterungen oder Vibrationen, zumutbar. Es sei auch unter zusätzlicher Berücksichtigung unfallfremder Probleme (erhebliche degenerative Veränderungen der HWS, Knienschmerz-Problematik rechts) mindestens eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ganztags möglich (S. 4) . 3 . 5

Im Bericht der Universitätsklinik E.____ vom 15. Februar 2023 (Urk. 7 / 70) stellte der leitende Arzt für Schulterchirurgie, Prof. Dr. med. J.____, folgende Diagnosen: 1. Chronifizierte Schulterschmerzen rechts mit ausgeprägter sekundärer Scapuladyskinesie und konsekutivem subacromialem Impingement bei partieller Re-Ruptur der Supraspinatussehne sowie Status nach posttraumatischer Läsion des Nervus

thoracicus longus und Nervus

suprascapularis Schulter rechts in Folge Trauma am 28. November 2019 mit/bei Status nach SAS mit Bicepstenodese all

inside, Naht der Supraspinatussehne in Allen-Mason-Nahttechnik, subacromiale Dekompression mit ACG-Resektion 14. Mai 2020 2. Diabetes mellitus Im Schulterbefund zeige sich ein Schulterschiefstand rechts mit ausgeprägter Scapuladyskinesie, wobei die reponierte Scapula gehalten werden könne, was für eine zumindest inkomplette Heilung beziehungsweise für eine sich in Erholung befindliche Läsion des Nervus

thoracicus longus spreche. Weiterhin bestünden massive Schmerzangaben bei der Impingement-Prüfung modifiziert nach Hawkins.

Mit Bericht vom 9. August 2023 (Urk. 7/ 101/280-281) derselben Klinik führten die verantwortlich zeichnenden Ärzte aus, die schmerzhafte Beweglichkeitseinschränkung sei durch die Ruptur der Rotatorenmanschette, insbesondere der Supraspinatussehne sowie durch die sekundäre Scapuladyskinesie zu erklären. Hinzu komme noch die posttraumatische Läsion des Nervus

thoracicus longus und Nervus

suprascapularis . Das Beschwerdebild sei in Zusammenschau der vorgelegten klinischen, bildmorphologischen und neurophysiologischen Befunde plausibel. Zur Frage nach dem Belastungsprofil einer angepassten Tätigkeit erklärten sie , der Beschwerdeführer könne alle Tätigkeiten ausführen, welche die rechte Schulter nicht belasten würden und im Rahmen der Beweglichkeitseinschränkung durchführbar seien. 3 . 6

Der Versicherungsmediziner der Suva Dr. med. K.____ ,

Facharzt für Neurologie FMH und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Aktenbeurteilung vom 27. September 2023 (Urk. 7/101/77-81) fest, die aktuelle neurologische Auswertung für den vom Beschwerdeführer für den 28. November 2019 angegebenen Unfall lasse aufgrund der Dokumente in den ersten Wochen und Monaten nach diesem Unfall keine Hinweise auf klinisch-neurologische Ausfälle beziehungsweise auf namhafte traumatische peripher-neurologische Schädigungen erkennen. Die neurologische Beurteilung des vom Beschwerdeführer mehrfach beschriebenen Unfallhergangs (Unfallmechanismus) und die dokumentierten Begleitverletzungen im Bereich der rechten Schulter liessen eine peripher-neurologische traumatische Schädigung in der Region der rechten Schulter als sehr unwahrscheinlich erscheinen. Die klinische Symptomatik in den Wochen und Monaten nach dem Unfall weise mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine spontane Erkrankung in Form einer rechtsseitigen neuralgischen Schulteramyotrophie (Parsonage -Turner-Syndrom) hin. Dafür sprächen die von ihm über längere Zeit geklagten neuropathisch anmutenden Schmerzen, welche in dieser Form nicht als Folge einer mutmasslichen traumatischen peripheren Nervenschädigung erklärbar seien. Für die bei Diabetikern gehäuft vorkommende neurologische Erkrankung an einem Parsonage -Turner-Syndrom spreche auch, dass ungefähr ab der Mitte des Jahres 2020 beim Beschwerdeführer ein klinischer Untersuchungsbefund wie bei einer Scapula alata rechts beschrieben werde, welche eine typische Folge einer neuralgischen Schulteramyotrophie darstelle. 3.7

Im Untersuchungsbericht vom 27. November 2023 (Urk. 7/ 101/10-23) führte die Versicherungsmedizinerin der Suva Dr. med. B.____ , Fachärztin für Chirurgie, aus, der Beschwerdeführer gebe an, dass er Schmerzen im Bereich der rechten Seite habe, die er auf der Schmerzskala von 0-10 aktuell mit 8 angebe. Die Beschwerden seien immer da, egal ob er liege, sich belaste oder nichts mache. Seit der polydisziplinären Begutachtung habe sich für ihn insgesamt keine Veränderung bezüglich seines Gesundheitszustandes ergeben. Er könne sich nicht vorstellen, mit diesen Dauerschmerzen zu arbeiten (S. 9 f.) .

Der Beschwerdeführer präsentiere sich in der klinischen Untersuchung psychisch auffällig, verlangsamt, nicht mitschwingend. Den geschilderten Beschwerden fehle es an Authentizität. Auch während der klinischen objektiven Untersuchung zeige er nur eine sehr geringe aktive Beweglichkeit im Bereich der rechten Schulter und gebe sofort Schmerzen an und beim passiven Versuch zum Durchbewegen werde sofort dagegen gespannt, sodass die erhobenen klinischen Bewegungsausmasse nicht wirklich nachvollzogen werden könnten. Die erhobenen Umfangmasse im Bereich der oberen Extremität zeigten auch keine Atrophie der Ober- und Unterarmmuskulatur rechts im Seitenvergleich, welche eigentlich zu erwarten wäre, wenn der Beschwerdeführer seinen rechten Arm im Alltag tatsächlich nicht einsetze, so wie dies während der Untersuchungssituation demonstriert werde. Das demonstrierte Ausmass der Beschwerden im Bereich der rechten oberen Extremität sei aufgrund der medizinischen Aktenlage und der klinischen Untersuchung nicht in dem Masse erklärbar und nachvollziehbar (S.

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. 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). 1. 4

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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). 1. 5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtene n Verfügung vom 2. April 2024 (Urk. 2) aus, die Abklärungen hätten ergeben, dass die Wiederaufnahme der Tätigkeit als Maler nicht mehr möglich, aber eine optimal angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 80 % zumutbar sei. Dabei sei auf das Z.____-Gutachten abzustellen, in welchem das komplexe Zustandsbild und die Standardindikatoren besser abgebildet würden als im chirurgischen Gutachten von Dr. med. B.____. Der Zustand habe sich seit dem Gutachten nicht wesentlich

verändert und es sei unerheblich, ob das Zustandsbild Folge einer traumatischen oder krankheits bedingten Nervenschädigung sei.

Der Einkommensvergleich führe unter der Rechtslage bis 31. Dezember 2023 zu einem Invaliditätsgrad von 31 % . Ein leidensbedingter Abzug sei erst bei einer Leistungsfähigkeit unter 50 % zu gewähren. Da ab dem 1. Januar 2024 ein Pauschalabzug von zehn Prozent auf das Invalideneinkommen zu gewährt sei, resultiere ein Invaliditätsgrad von 38 % . Damit bestehe kein Rentenanspruch. Da der Beschwerdeführer 80 %

angepasst arbeitsfähig sei , bestehe auch kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen und für eine Arbeitsvermittlung sei das Regionale Arbeitsvermittlungsamt zuständig. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 5 ff.) , auf das Gutachten der Z.____ AG vom 8. Juli 2022 könne - aus näher dargelegten Gründen - nicht abgestellt werden . So seien insbesondere die Schlussfolgerungen des neurologischen Gutachters nicht nachvollziehbar und stünden im Widerspruch zur Aktenlage. Auch die Schlussfolgerung des psychiatrischen Teilgutachters , wonach eine Verdeutlichungstendenz vorliege, sei nicht nachvollziehbar und widerspreche der Verhaltensbeobachtung des orthopädischen Teilgutachters , welche ein anderes Bild und kein aggravierendes Verhalten gezeigt habe (S. 7). Die Konsensbeurteilung der Z.____ -Gutachter erfülle die Beweis anforderungen an ein Gutachten ebenfalls nicht , da keine Würdigung der beklagten Kopfschmerz- und Schwindelproblematik erfolgt sei. Zudem seien die von den einzelnen Teilgutachtern attestierten Arbeitsunfähigkeiten lediglich in tabellarischer Form ohne Begründung der Gesamtarbeitsunfähigkeit erfolgt und es habe keine konsensuale Diskussion stattgefunden (S. 8). 3. 3.1

Dr. med. C.____ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, wies im Bericht vom 7. März 2021 (Urk. 7/18) zu Händen der IV-Stelle auf die Behandlung des Beschwerdeführers seit

1. Juli 2020 mit einer Frequenz von einmal monatlich hin (Ziff.

E. 5

Ziff. 6.1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab , wobei sie unter anderem die Akten der Suva einholte (Urk. 8/8, 8/21, 8/26, 8/65, 8/101), und teilte dem Versicherten am 15. Februar 2021 mit, dass Eingliederungsmassnahmen nicht möglich seien und der Rentenanspruch geprüft werde (Urk.

E. 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens 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 (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).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte,

kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2).

Die Beschwerdegegnerin errechnete das Valideneinkommen

gestützt auf die zuletzt erzielten Erwerbseinkünfte bei der Y.____ AG (in Liquidation) anhand des Auszugs aus dem Individuellen Konto (IK) (vgl. Urk. 7/44 und Urk. 7/112). Über die Y.____ AG wurde bereits im November 2020 der Konkurs eröffnet (Handelsregisterauszug, abrufbar unter O.____). Der Beschwerdeführer

wäre damit auch im Gesundheitsfall nicht mehr in dieser Anstellung tätig, weshalb darauf nicht abzustellen ist. Richtigerweise

ist die LSE

beizuziehen und dabei die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Tabellen (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_592/2022 vom 11. April 2023 E. 4.3.3). Abgestellt auf die Tabellenwerte der LSE 2020, Ziff. 41-43 Baugewerbe, Kompetenzniveau 1, Männer, und

unter Berücksichtigung der branchenüblichen durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.3 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T 03.02.03.01.04.01)

ergibt sich für 2021 ein Validenlohn von Fr. 71'007.09

(Fr. 5'731.-- x 12 / 40 x 41.3; Nominallohnentwicklung = 0.0 [BFS, Nominallohnindex, Männer, 2021-2024, Ziffer 41-43]).

Ein höheres Kompetenzniveau beizuziehen rechtfertigt sich angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer als ungelernter Maler gearbeitet hatte, trotz allfälliger zusätzlicher Aufgaben wie derjenigen als Spritzmeister und dem Organisieren von Terminen (vgl. dazu: Urk. 7/9/2), nicht.

E. 5.3.1

Zur Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Ist kein Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, sind rechtsprechungsgemäss die Tabellenlöhne der LSE heranzuziehen (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis).

Der Beschwerdeführer hat keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen, weshalb die Ermittlung des Invalideneinkommens auch

anhand der Tabellen der LSE vorzunehmen ist und dabei gestützt auf den Zentralwert gemäss der Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2020, Zentralwert Männer im Total, Kompetenzniveau 1. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.7

Stunden und nominallohnbereinigt auf das Jahr 2021 beträgt das

Invalideneinkommen im zumutbaren Pensum von 80 %

damit Fr.

52'283.52

(Fr. 5' 261 .-- x 12 / 40 x 41.7 / 100 x 99.3 x 0.8). 5 . 3.2

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 gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

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

E. 5.3.3

Gemäss medizinischem Belastungsprofil sind dem Beschwerdeführer leichte Arbeiten bei voller Präsenz mit 80%iger Leistungsfähigkeit zumutbar, dies bei einer Gewichtsbeschränkung von drei Kilogramm, ohne Tätigkeiten mit dem rechten Arm über Brusthöhe, ohne regelmässige Abduktionen oder Elevationen desselben, ohne Arbeiten auf Dächern, Gerüsten etc. und ohne das Bedienen gefährlicher, vibrierender oder schwerer Maschinen. Als nicht sinnvoll, wenn auch nicht als ausgeschlossen erachtet wurden zudem aufgrund der beklagten Fühlstörungen an der rechten Hand primär feinmotorische Tätigkeiten (E. 4.5.5, Urk. 7/42 S. 16).

Aufgrund des medizinischen Belastungsprofils steht dem Beschwerdeführer damit noch ein genügend grosses Spektrum an Hilfsarbeitertätigkeiten offen. Rechtssprechungsgemäss können unter dem Titel des leidensbedingten Abzugs nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art.

E. 5.4

Dem Valideneinkommen von Fr. 71'007.09 steht damit im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns (Mai 2021) ein

maximal zu berücksichtigendes Invalideneinkommen von Fr. 49'669.34 (Fr. 52'283.52 – 5 %) gegenüber, was zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 31 % führt. Für das Jahr 2024 resultiert ein Invaliditätsgrad von 34 % und damit weiterhin kein Anspruch auf eine Invalidenrente. 6.

Der Beschwerdeführer sieht sich subjektiv nicht in der Lage, seine Restarbeitsfähigkeit zu verwerten. Dies erklärte er

wiederholt anlässlich der zahlreichen und umfangreichen medizinischen Abklärungen (Urk. 7/42 S. 68, 7/42 S. 104, 7/101/19). Angesichts der fehlenden subjektiven Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin denn auch letztmals am 21. Juni 2023 entschieden, die Eingliederungsmassnahmen abzuschliessen (Urk. 7/77). Mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit drängen sich entgegen dem erneuten Antrag auch zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen auf.

Dies führt insgesamt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Scheri - 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 Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber
GräubNef

E. 7

/109). Mit Verfügung vom 2. April 2024 (Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf eine Invalidenrente aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 31 %

bis 31.

Dezember 2023 und eines Invaliditätsgrades von 38 %

ab 1. Januar 2024.

2.

Gegen die Verfügung vom 2. April 2024 erhob der Versicherte am 7. Mai 2024 (Urk. 1) Beschwerde mit folgenden Anträgen

(S. 2) : 1. Die Verfügung sei aufzuheben. 2. Es sei ab 1. Mai 2021 eine Rente der Invalidenversicherung nach Massgabe des Invaliditätsgrades zuzusprechen. 3. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm im Umfang einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen. 4. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten zur medizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu veranlassen.

Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 17. Juni 2024 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 18. Juni 2024 (Urk.

E. 9

) zur Kenntnis gebracht wurde. 3.

Zwischenzeitlich hatte die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 8. Januar 2024 (Urk. 7/104/2-9) eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 15 % und a b

1. Februar 2023 eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 12 %

aufgrund der Restfolgen des Unfalles an der rechten Schulter zu gesprochen. Hieran hielt die Suva mit Einspracheentscheid vom 26.

September 2024 in dem Sinne teilweise fest, als sie den Invaliditätsgrad auf 13 % erhöhte. Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das hiesige Gericht im Verfahren UV.2024.00182 mit heutigem Urteil unter Zusprache einer Invalidenrente der Unfallversicherung aufgrund einer Erwerbseinbusse von 30 %

gut. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 12

f.). Zur Arbeitsfähigkeit hielt die Versicherungsmedizinerin fest, die bisherige Tätigkeit als Maler sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Betreffend die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei in Zusammenschau der aktuellen klinischen Untersuchung und der vorliegenden Berichte das erstellte Zumutbarkeitsprofil anlässlich des Aufenthaltes in der Rehaklinik A.____ nachvollziehbar. Im polydisziplinären Gutachten (gemeint: der Z.____ AG) sei im Mai 2022 vor der stationären Rehabilitation von Dr. G.____ eine 20%ige Leistungsminderung postuliert worden, für welche als Ursache die bestehende Schmerzsituation im Bereich der rechten Schulter angegeben worden sei. Klinisch sei das Ausmass der subjektiv angegebenen Schmerzen für sie, Dr. B.____, nicht wirklich nachvollziehbar. Bei der Untersuchung fehle es der Beschwerdeschilderung an

Authentizität und aufgrund der erhobenen Umfangmasse liege keine Atrophie im Bereich des rechten Ober- und Unterarms vor, welche zu erwarten wäre, wenn der Beschwerdeführer tatsächlich seine rechte obere Extremität im Alltag nicht benutzen würde.

Entsprechend sei das Belastungsprofil der Rehaklinik A.____ zu übernehmen (S. 13). 3. 8

RAD -Arzt Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seiner Aktenbeurteilung vom 11. Dezember 2023 aus (Urk. 7/113/7-9), abstellend auf das polydisziplinäre Z.____-Gutachten sei eine hochgradige schmerzhafte Funktionseinschränkung des rechten Arms anerkannt und das Belastungsprofil sei dadurch erheblich eingeschränkt. Auch in optimal angepasster Tätigkeit verbleibe eine Leistungs- mind erung von 20 %. Im neurologischen Bericht vom 7. März 2023 würden subjektiv unveränderte Beschwerden beschrieben, wobei sich jedoch auch eine gewisse Rückbildung der Paresen der rechten Schulter zeige und die Scapula alata nur noch mässig vorhanden sei. Auch die EMG-Befunde zeigten weitere Verbesserungen und eine Verschlechterung der Beweglichkeit sei neurologisch nicht erklärbar.

Aus den Berichten könne entnommen werden, dass sich der Zustand subjektiv nicht wesentlich verändert habe, während objektiv neurophysiologisch ein Rückgang der Paresen festgestellt werden können. Das aktuelle chirurgische Gutachten der Suva vom 27. November 2023 weiche in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vom Vorgutachten ab.

Es werde empfohlen, dem Z.____-Gutachten zu folgen,

weil darin der polydisziplinäre Eindruck des komplexen Zustandsbildes dargestellt und die Standardindikatoren besser abgebildet seien als im chirurgischen Suva- Gutachten von Dr. B.____.

Mit Stellungnahme vom 26. Februar 2024 hielt Dr. L.____

unter Bezugnahme auf die von Dr. K.____ postulierte neuralgische Schulteramyotrophie fest, dass es für die Leistungsbeurteilung der Invalidenversicherung unerheblich sei, ob das Zustandsbild Folge einer traumatischen oder einer krankheitsbedingten Nervenschädigung sei, zumal keine bildgebenden, medizintechnischen oder laborchemischen Untersuchungsmethoden bestünden, welche eine traumatische Plexusläsion von einer neuralgischen Schulteramyotrophie unterscheiden könnten (Urk. 7/113/9). 4.

4.1

Aufgrund der

medizinischen Akten kann der Sachverhalt als dahingehend erstellt gelten, dass sich der Beschwerdeführer am 28. November 2019

an der rechten Schulter eine Supraspinatussehnenruptur, eine Pulleläsion und eine aktivierte ACG Arthrose zugezogen hat, die am 14. Mai 2020 operativ versorgt wurde. Eine Ultraschalluntersuchung im Dezember 2021 ergab

eine partielle Re-Ruptur der Supraspinatussehne, wobei keine weitere operative Intervention empfohlen wurde (vgl. Urk. 7/65/50

f.). Im weiteren Verlauf zeigte sich neben dem Status nach

Supraspinatussehnenruptur und einer Frozen

Shoulder mit sekundärem subacromiale m

Impingement auch eine

S capula alata .

Im Rahmen der polydisziplinären Abklärung im Mai/Juni 2022 wurde diesbezüglich eine Schädigung des Nervus

thoracicus longus und S capula alata

festgehalten (E. 3.3.1 hier vor). Eine Verbesserung der Situation in Bezug auf den Nervenschaden

erhoben die Ärzte der Schulterchirurgie der Universitätsklinik E. ___ im Februar 2023 ,

indem sie eine « zumindest inkomplette Heilung » beziehungsweise eine sich in Erholung befindliche Läsion

aufzeigten . Im dazu erstellten

Arthro -MRI Schulter rechts konnte die transmurale Re-Ruptur des anterioren Anteils der Supraspinatussehne

gesehen werden , ansonsten aber eine regelrecht inserierende Rotatorenmanschette , ein intaktes r glenoidales und humerale r Knorpelüberzug und eine gute

Muskelqualität sämtlicher Muskeln der Rotatorenmanschette festgehalten werden (E. 3.5). Soweit Dr. K. ___ in seiner versicherungsinternen Beurteilung vom 27. September 2023 im Zusammenhang mit der Scapula alata auf das Vorliegen einer krankhaften neuralgischen Schulteramyotrophie anstatt einer unfallkausalen Nervenläsion schloss (E. 3.6), ist einhergehend mit Dr. L. ___ (E. 3.8) festzustellen, dass für die Belange der final konzipierten Invalidenversicherung die Genese einer Gesundheitsstörung nicht relevant ist (BGE 120 V 95 E. 4c) . 4.2

Im Hinblick auf die Einsetzbarkeit des rechten Armes ist nachvollziehbar und die Ärzte stimmen darin überein, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Maler aufgrund des beruflichen Anforderungsprofils mit Überkopfarbeiten seit dem Unfall vom 28. November 2019 nicht mehr zumutbar ist. Was

das Belastungsprofil in angepasster Tätigkeit anbelangt, ist nachvollziehbar , dass eine Gewichts limitierung

beim

Hantieren ,

Heben und Tragen von Lasten besteht

und Tätigkeiten , die das

Abschützen und Elevieren

des Arms erfordern respektive oberhalb Brusthöhe auszuführen sind, nicht durchgeführt werden sollten . Insoweit stimmen die medizinischen Einschätzungen auch überein. 4.3

Was die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit und des hierfür relevanten Gesundheitszustandes anbelangt, stellte die Beschwerdegegnerin – RAD-Arzt Dr. L. ___ (E. 3.8)

folgend – auf das Gutachten de r

Z.____ AG vom 8. Juli 2022 (E. 3.3) ab. Dieses beruht auf den erforderlichen Untersuchungen, ist für die streitigen Belan ge umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusam menhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwer deführers auseinander , dies

entsprechend den bundesgerichtlichen Anfor derungen an ein beweiswertiges ärztliches Gutachten (E. 1.5) .

So gelangten die Gutachter im Rahmen des Konsenses gestützt auf die Fachgutachten zur begrün deten und nachvollziehbaren Ansicht, dass der Beschwerdeführer zufolge der von Dr. G.____ festgestellten Frozen

Shoulder mit sekundärem subacromialem Impingement rechts und der neurologisch festgestellten Einschränkungen in einer angepassten Tätigkeit seit 1. Januar 2021 zu 80 % arbeitsfähig ist, indes weder aus internistischer noch psychiatrischer Sicht eine zusätzliche Einschränkung besteht.

4.4

Was die aktenmässig dokumentierten Abweichungen zur Einschätzung der Restarbeits fähigkeit der Ärzte der Rehaklinik A.____ und von Dr. B.____ anbe langt, welche von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätig keit ausgingen (E. 3.4, 3.7) , beruht diese Divergenz, wie Dr. L.____ nachvollziehbar feststellte (Urk. 7/113/8), auf einer anderen

Beurteilung der Frage, ob der Beschwerde führer ein aggravierendes respektive verdeutlichendes Verhalten zeigt . Im Gegensatz zu Dr. B.____ und den Ärzten der Rehaklinik A.____ ver neinten die somatischen Gutachter der Z.____ AG Hinweise auf eine Aggra vation oder Simulation respektive Verdeutlichungstendenzen explizit, dies in Kenntnis der fehlenden Umfangdifferenzen der oberen Extremitäten (E. 3.3.2, 3.3.3, Urk. 6/42 S. 109) , welche insbesondere Dr . B.____ als hinweisend für das angeblich nicht authentische Verhalten des Beschwerdeführers erachtete (E. 3.7).

Dabei fällt auf, dass es sowohl dem Bericht der Rehaklinik A.____ als auch demjenigen von Dr. B.____ an einer einlässlichen klinischen Befunderhebung und Auseinandersetzung mit der Schmerzhaftigkeit des Geschehens insbesondere im Hinblick auf die Frage nach einem subacromialen Impingement fehlt . Auf die einschlägigen orthopädischen Testverfahren (wie unter anderem den Hawkins-Test) , aufgrund welcher nicht nur Dr. G.____ (Urk. 7/42 S. 109) , sondern auch Prof. Dr. J.____

von der Universitätsklinik E.____ (E. 3.5) unter anderem auf ein subacromiales Impingement und die Plausibilität der Beschwerden schlossen, ver zichteten sowohl die Ärzte der Rehaklinik A.____ als auch Dr. B.____ . Ihre Schlussfolgerungen

basier t en gerade im Hinblick auf die Schmerzhaftigkeit des Gesundheitsschadens dementsprechend nicht auf allseitigen Untersuchungen und ihre abweichenden Beurteilungen bilden folglich keine konkrete n Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H .). Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang

zudem , dass der Beschwerdeführer rechtsdominant ist und zwar in der Schulterbelastung und -beweglichkeit deutlich eingeschränkt ist, in der Handkraft aber nur minim (Urk. 7/42 S. 109) , weshalb eine Muskelatrophie der rechten oberen dominanten Extremität im Verhältnis zu links nicht ohne Weiteres zu erwarten ist . 4.5

4.5.1

Im Übrigen drängen sich an der Beweiskraft der somatischen Teilgutachten der Z.____ AG keine ernsthaften Zweifel auf. Soweit der Beschwerdeführer einwendet, das neurologische Gutachten von Dr. M.____ (richtig: Dr. H.____) überzeuge nicht, weil es die von Dr. K.____ diagnostizierte Problematik in Form eines Parsonage -Turner-Syndroms unbeachtet lasse und entsprechend auch das dadurch möglicherweise verursachte Schmerzsyndrom (Urk. 1 S. 6), kann ihm nicht gefolgt werden. Dr. K.____ schloss in seiner Aktenbeurteilung vom 27. September 2023 (E. 3.6) abweichend von sämtlichen übrigen beteiligten neurologischen und schulterchirurgischen Fachärzten auf eine kurz nach dem Unfall vom 28. November 2019 spontan aufgetretene, unfallfremde Erkrankung in Form einer neuralgischen Schulteramyotrophie respektive eines Parsonage -Turner-Syndroms . Angesichts dessen, dass die Beurteilung von Dr. K.____ auf keiner eigenen Untersuchung beruht und der von ihm postulierte neuropathische Schmerzcharakter in der gutachterlichen Untersuchung von Dr. H.____

gerade nicht festgestellt wurde , die Suva-interne Aktenbeurteilung mithin auf keinem feststehenden medizinischen Sachverhalt beruht (Urteil des Bundesgerichts 9C_647/2020 vom 26. August 2021 E. 4.2) , stellt diese das neurologische Gutachten weder in Frage noch bietet sie Anlass zu weiteren Abklärungen. Dies gilt umso mehr, als es für die Belange der Invalidenversicherung nicht auf die Diagnose ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_571/2023 vom 11. Januar 2024 E. 6.4). Die Schmerzhaftigkeit des Geschehens und die damit einhergehende funktionelle Einschränkung fand aber gesamtgutachterlich gestützt auf das Gutachten von Dr. G.____ umfassend

Berücksichtigung.

Inwiefern die Beurteilung von Dr. H.____ bezüglich der zervikoradikulären Thematik fachfremd sein soll (Einwand des Beschwerdeführers, Urk. 1 S. 6), erschliesst sich dem Gericht nicht. Jedenfalls erscheint nachvollziehbar, dass die zervikoradikuläre Problematik bei geklagten Kopf- und Nackenschmerzen angesichts der fehlenden höhergradigen Einengung der Nervenwurzeln im Bereich der Halswirbelsäule aus neurologischer Sicht als nicht führend beurteilt wurde (Urk. 7/42 S. 147). So gelangte Dr. H.____ im Ergebnis zur begründeten und nachvollziehbaren Ansicht, dass sich von neurologischer Seite im Wesentlichen eine deutliche Bewegungseinschränkung des rechten Arms aufgrund der neurogenen Scapula alata ergebe, darüber hinaus aber keine höhergradigen Pathologien. Dr. H.____ schloss denn auch auf eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit in einer den Bewegungseinschränkungen des rechten Armes angepassten Tätigkeit, was kongruent erscheint. Zwar erachtete er eine zusätzliche Einschränkung für feinmotorische Tätigkeit zufolge der geklagten Fühlstörungen in der rechten Hand als sinnvoll, ordnete diese Beschwerden aber nicht abschliessend einer neurologischen Ursache zu (Urk. 7/42 S. 146).

Führend für die Frage nach der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sind denn auch nach gutachterlicher Einschätzung nicht die neurologisch bedingten Beschwerden, sondern die orthopädisch-chirurgisch begründeten. Dabei schloss Dr. G.____ gestützt auf seinen klinischen Befund mit mehreren spezifischen Tests auf eindeutige Impingementzeichen und eine stark schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit im Bereich der rechten Schulter, aktiv wie passiv. Er erachtete eine valide Beurteilung aus orthopädisch-chirurgischer Sicht für möglich und stellte explizit fest, dass keine Hinweise für eine Aggravation oder Simulation vorliegen (E. 3.3.3). Die abweichenden diesbezüglichen Beurteilungen von Dr. B.____ und der Ärzte der Rehaklinik A.____ stellen dies nach dem oben Dargelegten nicht in Frage (E. 4.4). Dass Dr. G.____ aufgrund der bestehenden Schmerzsituation zufolge eines erhöhten Pausenbedarfes in der rechten Schulter auf eine Leistungs minderung von 20 % auch in einer optimal angepassten Tätigkeit schloss, erweist sich angesichts der geklagten und für plausibel befundenen Beschwerdelage als nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer brachte dagegen wie auch betreffend das

internistische Gutachten zu Recht keine Einwände vor. 4.5. 2

Was die psychiatrische Beurteilung von Dr. I.____ anbelangt, wandte der Beschwerdeführer insbesondere ein, es fehle an einer nachvollziehbaren Begründung, worin seine angebliche Verdeutlichungstendenz liegen solle (Urk. 1 S. 6 f.). Dr. I.____ schloss gestützt auf seine Verhaltensbeobachtung, welche ihm einen demonstrativen und manierten Eindruck des Beschwerdeführers vermittelte (Urk. 7/42 S. 167) ,

sowie angesichts der Divergenz zwischen klinischem Befund, bescheidener Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen und den geschilderten psychischen Beschwerden auf ein demonstratives Verhalten des Beschwerdeführers (E. 3.3.5). Ausschlaggebend für den Ausschluss einer tiefgreifenden Funktions- und Leistungsbeeinträchtigung im psychiatrischen Bereich, insbesondere einer depressiven Störung, war aber nicht das vermutete aggravierende Verhalten, sondern der klinische Befund, aufgrund welchem sich die Hauptsymptome einer depressiven Störung nachvollziehbar nicht feststellen liessen . Darüber hinaus schloss Dr.

I.____ unter Berücksichtigung der in BGE

141 V 281 definierten Standardindikatoren eine Leistungsbeeinträchtigung durch eine psychische Störung nachvollziehbar aus . Dabei bezog er die sozialen Aktivitäten des Beschwerdeführers ebenso mit ein wie seine Persönlichkeitsstruktur (Urk. 7/42 S. 170), seine Ressourcen (Urk. 7/42 S. 166 und S. 172 ff.) und insbesondere die sehr bescheidene Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe (maximal alle zwei Monate telefonische Psychotherapie, zuvor monatlich: Urk. 7/42 S. 162 und S.

166) , welche letztere doch deutlich gegen einen erheblichen Leidensdruck durch eine psychische Störung spricht , dies selbst für den Fall, dass die sozialen Aktivitäten des Beschwerdeführers, wie von ihm geltend gemacht (Urk. 1 S. 7), bescheiden sind . Ob die Diagnose einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen , wie sie Dr. I.____ als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde (Urk. 7/42 S. 172), angezeigt war (vgl. dazu Urk. 1 S. 7), kann dabei im Ergebnis offenbleiben, zumal sie im Rahmen der Konsensbeurteilung ebenso wie die von Dr. I.____ festgestellte Aggravation letztlich keine Auswirkungen auf die Beurteilung der somatisch bedingten Einschränkungen nach sich zog (nachfolgende E. 4.5.3).

Was die Verlaufsbeurteilung von Dr. I.____ anbelangt, schloss

er unter Bezugnahme auf die psychiatrische Berichterstattung von Dr. C.____ , welcher sich einer psychiatrischen

Beurteilung

der Arbeitsfähigkeit enthielt respektive die Beurteilung unter fachfremder Mitberücksichtigung der seines Erachtens vorrangigen somatischen Beschwerden

vornahm (Urk. 7/18/5 , 7/22/3), eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nachvollziehbar aus (Urk. 7/42 S. 170 und S. 176).

Nach dem Gesagten vermögen die Einwände des Beschwerdeführers die Beweis kraft des psychiatrischen Gutachtens nicht in Frage zu stellen .

4.5.3

Der Beschwerdeführer bemängelte weiter , die Konsensbeurteilung erfülle unter mehreren Gesichtspunkten die Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten nicht (Urk. 1 S. 7 ff.). Zweck interdisziplinärer Gutachten ist, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen. Dasselbe gilt mit Blick auf die mitunter schwierige Abgrenzung der im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG versicherten Zustände von invaliditätsfremden Faktoren. 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. Eine solche zusammenfassende Beurteilung auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der einzelnen Gutachter oder unter Leitung eines leitenden Arztes zur Zusammenführung und Darlegung der Ergebnisse aus den einzelnen Fachrichtungen ist ideal, aber nicht zwingend. Das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten ist daher nicht bereits deshalb bundesrechtswidrig, weil keine abschliessende Konsensdiskussion stattgefunden hat. Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich im konkreten Einzelfall danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten der Beweiswert abgesprochen wird. Dies hat auch umgekehrt zu gelten, wenn sich die Schlussfolgerungen im Hauptgutachten, das nicht in einer interdisziplinären Konsensbesprechung der beteiligten Fachärzte entstand, nicht nachvollziehen und sich nicht mit den Teilgutachten vereinbaren lassen, die Beurteilungen in allen Teilgutachten jedoch als schlüssig zu bezeichnen sind. Eine Beweiswürdigung, welche überzeugenden Teilkonsilien vollen Beweiswert zuerkennt, kann somit nicht allein deshalb als bundesrechtswidrig bezeichnet werden, weil einem weiteren Teil des Gutachtens die Beweiskraft fehlt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_54/2021 vom 10. Juni 2021 E. 2.2, je m.w.H.).

Dem Beschwerdeführer ist insoweit zuzustimmen, als dem Z.____ -Gutachten unter dem Titel «Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung)» (Urk. 7/42 S. 11 ff.) keine eigentliche Diskussion der Ergebnisse aus den einzelnen Fachrichtungen zu entnehmen ist und sich die Gutachter dabei im Wesentlichen auf das Zusammenführen der Ergebnisse aus den Fachgutachten beschränken, wobei in der Liste der Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (E.

3.3.1) die von Dr. H.____ diagnostizierte zervikoradikuläre Problematik mit unter anderem klinisch aktuell möglicherweise darauf zurückzuführender Fühl störung (Urk. 7/42 S. 146) vergessen ging. Nachdem die Beurteilungen in allen Teilgutachten jedoch als schlüssig zu bezeichnen sind und sich gestützt auf die selben die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen, lassen die Schwächen der Konsensbeurteilung die Beweiskraft des Gutachtens nicht entfallen. 4.5.4

Was den Verlauf bis zur Begutachtung anbelangt, gingen die Gutachter entsprechend der Beurteilung von Dr. G.____ davon aus, die 80%ige Restarbeitsfähigkeit bestehe seit 1. Januar 2021, was mit Blick auf die medizinische Aktenlage und die seit Anfang 2021 im Wesentlichen unverändert geklagte Beschwerdelage (zitiert in: Urk. 7/42 S. 91 ff.) nicht in Frage zu stellen ist. Sodann lassen die Akten für die Zeit nach der Begutachtung in der Z.____ AG zwar auf eine gewisse Verbesserung aus neurologischer Sicht schliessen, zeigte sich doch gemäss Bericht von Dr. med. N.____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 7. März 2023 eine Rückbildung der Paresen der rechten Schulter und eine nur noch mässig vorhandene Scapula alata

(Urk. 7/101/58-59). Dass sich gemäss dessen Beurteilung die Beschwerdelage dennoch nicht verbesserte, korrespondiert mit der gutachterlichen Beurteilung, wurde darin den neurologischen Gesundheitsstörungen ohnehin nur untergeordnete Bedeutung beigemessen, weshalb eine Verbesserung aus neurologischer Sicht überwiegend wahrscheinlich keine funktionellen Auswirkungen gezeitigt hat. 4. 6

Damit aber führt die Würdigung der medizinischen Aktenlage zum Schluss, dass der Beschwerdeführer im massgeblichen Beurteilungszeitraum seit Mai 2021 (frühest möglicher Rentenbeginn) bis zum Erlass des angefochtenen Entscheids vom 2. April 2024 in einer leidensangepassten Tätigkeit, welche dem Zumutbarkeitsprofil von Dr. G.____ und Dr. H.____ Rechnung trägt, zu 80 % arbeitsfähig war . 5. 5 .1

Zu prüfen bleiben damit die erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkungen.

Der für die Invaliditätsbemessung und damit den Rentenanspruch massgebende 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).

E. 16

ATSG) als ausserordentlich zu bezeichnen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_725/2020 vom 22. Dezember 2020 E. 4.4.1 mit Hinweis).

Mit Urteil 8C_495/2019 vom 11. Dezember 2019 hat das Bundesgericht einen Abzug bei einer versicherten Person mit Einschränkungen der dominanten Hand verneint, bei welcher - wie im vorliegenden Fall - nicht von einer faktischen Einhändigkeit auszugehen war (E. 3.2 und E. 4.2.2). Gleich entschied es bezüglich zweier versicherter Personen, die je eine Einschränkung des adominanten Arms zu verzeichnen hatten (Urteile des Bundesgerichts 8C_174/2019 vom 9. Juli 2019 E. 5.1.2 und E. 5.2.2 sowie 8C_151/2020 vom 15. Juli 2020 E. 6.2; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2023 vom 19. Juni 2024 E. 4.2.2.1). Rechtsprechungsgemäss ist auch der Umstand allein, dass nur noch leichte bis mittel schwere Arbeiten zumutbar sind, selbst bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit, kein

Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2 mit Hinweisen).

Ein höherer Abzug als jener, wie ihn die Unfallversicherung im Umfang von 5 % gewährt hat (vgl. Urk. 7/104/4), rechtfertigt sich damit jedenfalls nicht. Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte sodann aufgrund des am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Art. 26 bis

Abs. 3 IVV für die Invaliditätsbemessung ab 1. Januar 2024 richtigerweise einen pauschalen 10%igen Abzug (vgl. Urk. 7/112).

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