

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00250 vom 2. April 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00250](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00250)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00250 du 2 avril 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00250 del 2 aprile 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1983, ist seit dem Jahr 2016 nicht mehr erwerbstätig ( Urk. 7/7) und meldete sich unter Hinweis auf Analphabetismus, fragliche Min der Intelligenz und Depressionen am 3. Juli 2017 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 7/2 ). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und teilte dem Versicherten mit Mitteilung vom 15. September 2017 mit, dass zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien ( Urk. 7/9). In der Folge holte die IV-Stelle ein psychiatrisches und neuropsychologisches Gutachten ein, das am 9. Mai 2018 erstattet wurde ( Urk. 7/ 35 ).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 7/40 ; Urk. 7/54 ) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom

### **E. 1.1**

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

Nach der allgemeinen Beweisregel ( Art. 8 des Zivilgesetzbuches, ZGB) obliegt es bei erstmaliger Rentenprüfung der versicherten Person die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt (BGE 140 V 290 E. 4.1; 139 V 547 E. 8.1). Bleiben die Auswirkungen eines objektivierbaren wie auch eines nicht (bildgebend) fassbaren Leidens auf die Arbeitsfähigkeit trotz in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sorgfältig durchgeführter Abklärungen vage und unbestimmt, ist der Beweis für die Anspruchsgrundlage nicht geleistet und nicht zu erbringen (BGE 140 V 290 E. 4.1 mit Hinweisen auf die Literatur). 1. 3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung ( IVG ) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen 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, 130 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.4**

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

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

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

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

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

Leidens druck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 1.6**

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).

### **E. 1.7**

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

5.2.1).

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

50 E. 4.3 ). 2.

### **E. 2**

7. Februar 2019 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei sein medizinischer Gesundheitszustand erneut und umfassend abzuklären ( Urk. 1 S. 2 oben ).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 7. Mai 2019 ( Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung ( Urk. 2) fest, dass gemäss Gutachten des Z.\_\_\_\_ nicht von höhergradigen oder längerdauernden gesundheitlichen Einschränkungen ausgegangen werden könne, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe (S. 1).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer

auf den Standpunkt ( Urk. 1), die Begutachtung habe gleich zu Beginn in einer angespannten Stimmung stattgefunden, wobei er auch gleich auf seine Herkunft als Fahrender/ Jenischer in einem abwertenden Ton angesprochen worden sei. Insgesamt würden die Gutachter die Situation so beurteilen, dass von einer starken Aggravation auszugehen sei. Eine Erklärung hierfür fehle jedoch. Vielmehr würden die Gutachter Unschlüssigkeiten und Fragen zur Biografie und zu gesundheitlichen Einschränkungen aufwerfen, ohne diesen jedoch vertieft nachzugehen. Zentrale Unschlüssigkeiten und offene Fragen würden unbeantwortet im Raum stehen gelassen. So hätten es die Gutachter bei elementaren Fragen unterlassen, bei seinem behandelnden Arzt nachzufragen. Weiter komme das neuropsychologische Teilgutachten zu keinem Ergebnis. Folglich sei der medizinische Sachverhalt in diesem Punkt noch gar nicht geklärt. Nichtsdestotrotz stütze sich die Beschwerdegegnerin zu seinen Ungunsten darauf ab (S. 7 unten). Weder der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) noch die Kundenberaterin würden sich mit den vorgebrachten Einwänden zur Arbeitsfähigkeit oder zum Beweiswert des Gutachtens befassen, weshalb die ablehnende Verfügung nicht nachvollziehbar sei. Damit liege eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor (S. 8 Mitte). Zusammenfassend sei festzuhalten, dass das bidisziplinäre Gutachten diverse Ungereimtheiten aufweise und folglich dem Gutachten kein Beweiswert zukomme. Die Beschwerdegegnerin habe sich zudem in keiner Art und Weise mit den vorgebrachten Einwänden auseinandergesetzt und somit das rechtliche Gehör verletzt. Die ablehnende Verfügung sei daher gestützt auf einen medizinisch ungenügend abgeklärten Sachverhalt erfolgt (S. 8 unten).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und in diesem Zusammenhang, ob auf das Z.\_\_\_\_ - Gutachten vom 10. August 2018 abgestellt werden kann.

So weit der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend macht (vgl. Urk. 1 S. 8), darf diese - soweit sie überhaupt vorliegen sollte - als geheilt betrachtet werden, zumal er die Möglichkeit hatte, sich umfassend im Rahmen der Beschwerde zu äussern und es sich beim hiesigen Gericht um eine

Beschwerdeinstanz handelt, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/ aa). Ausserdem würde eine - vom Beschwerdeführer nicht beantragte - Rückweisung aus formellen Gründen dem Interesse an einer beförderlichen Beurteilung der Sache widersprechen.

### **3. 3.1**

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt B.\_\_\_\_, C.\_\_\_\_, führte im Bericht vom 8. Januar 2018 ( Urk. 7/20) aus, er behandle den Beschwerdeführer

seit dem 2. Februar 2016 und nannte als Diagnosen Analphabetismus (ICD-10 F81.0), leichte Intelligenzminderung mit geringfügigen Verhaltensstörungen (ICD-10 F70.0) und Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2). Erst nach monatelanger Therapie sei herausgekommen, dass der Beschwerdeführer weder schreiben noch lesen könne. Anhand der Alltagsbewältigung sei von einer leichten Minderintelligenz auszugehen. Zu allen mehr oder weniger wichtigen Angelegenheiten müsse er zusammen mit seiner Mutter gehen (S. 3 Mitte). Unter einer medikamentösen Therapie mit Antidepressiva und Neuroleptika habe sich die gemischte Angst- und Depressionsstörung leicht verbessert. Lesen und Schreiben sei angesichts der vorhandenen Intelligenzstörung kaum möglich. Demzufolge erachte er die Gesamtprognose als ungünstig. Eine eigentliche engmaschige Psychotherapie sei beim Beschwerdeführer aus erwähnten Gründen nicht möglich. Zu Beginn sei der Beschwerdeführer wöchentlich gesehen worden, unterdessen erscheine er zirka ein bis zweimal monatlich (S. 3 unten). Angesichts der Minderintelligenz sowie des bestehenden Analphabetismus sei es nicht denkbar, dass der Beschwerdeführer eine Arbeit auf dem freien Stellenmarkt finde, bei der er seinen Lebensunterhalt finanziell begleichen könne. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig (S. 4 Mitte). Wegen der aktuellen wirtschaftlichen Lage gebe es in seiner ehemaligen Tätigkeit als Altmetallsammler und Messerschleifer keine Arbeit mehr. Dies werde auch durch mehrere andere Patienten aus der jensichen Familie berichtet, die in der B. \_\_\_\_

in Behandlung seien (S. 4 unten). 3.2

### 3.2.1

Dr. med. D. \_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie dipl. psych. E. \_\_\_\_ , Fachpsychologin für Neuropsychologie, nannten im Gutachten des Z. \_\_\_\_ vom 10. August 2018 (Urk. 7/35) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14 oben): - Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 14 oben): - schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1) - selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73) 3.2.2

Zur Diagnostik führte der psychiatrische Gutachter aus, die diagnostische Einordnung der vorliegenden Störungen sei erheblich dadurch erschwert gewesen, dass unter Berücksichtigung des neuropsychologischen Gutachtens, aber auch des Eindrucks in der psychiatrischen Untersuchung, von ganz erheblicher Aggravation auszugehen sei. In der neuropsychologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer versucht, das Bild eines kognitiv stark beeinträchtigten, schwer intelligenzgeminderten Mannes zu vermitteln. Die Neuropsychologin habe eingeschätzt, dass zweifellos von niedrigen kognitiven Ressourcen und Bildungsdefiziten auszugehen sei, dennoch liege das in der Testung gezeigte Leistungsvermögen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit deutlich unter dem tatsächlichen Potential. Auch in der klinisch-psychiatrischen Untersuchung sei nicht der Eindruck schwerer intellektueller Defizite entstanden. Der Beschwerdeführer habe etwa bei der Erüierung der Biographie durchaus differenziert über seine Erfahrungen und Erlebnisse sprechen sowie die Gründe für seine gescheiterte Ehe nachvollziehbar darstellen können. Es sei nicht der Eindruck eines grob beeinträchtigten Abstraktionsvermögens entstanden. Es hätten sich noch weitere Ungereimtheiten gezeigt (S. 12 unten). So habe der Beschwerdeführer in der psychiatrischen Untersuchung mühelos von 1 bis 10 zählen können. In der neuropsychologischen Untersuchung habe er jedoch angegeben, dass er dazu

nicht in der Lage sei. Insgesamt ergebe sich, dass aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers keine Diagnosen in Richtung einer beeinträchtigten Intelligenz gestellt werden könne, auch ob tatsächlich ein Analphabetismus vorliege, erscheine zumindest fraglich (S. 13 oben).

Abgesehen von der Frage der intellektuellen Leistungsfähigkeit habe der Beschwerdeführer berichtet, dass er viele Jahre lang uneingeschränkt beruflich tätig gewesen sei, er habe mit einem kleinen Transporter für seinen Onkel, bei dem er beschäftigt gewesen sei, Metalle von verschiedenen Kunden abgeholt. Schon damals sei er in sozialen Situationen, Begegnungen mit Kunden, ängstlich, selbstunsicher gewesen, auch aktuell habe sich eine gewisse persönlichkeitsbezogene Selbstunsicherheit ergeben, die aber sicher nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung erreicht habe. Es werde eingeschätzt, dass beim Beschwerdeführer eine selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73) vorliege. Im Zusammenhang mit einer schweren Arbeitsplatzkonfliktsituation vor zirka drei bis vier Jahren, die der Beschwerdeführer als Mobbing erlebt habe, ferner auch mit einer damals bestehenden massiven Partnerschaftsproblematik (inzwischen sei der Beschwerdeführer getrennt), hätten sich zum einen depressive Stimmungen, zum anderen eine Angstsymptomatik entwickelt. Beide Störungen seien aber eher wenig ausgeprägt. Gemäss ICD-10 soll bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression und der Situation, dass keine der beiden Störungen ein Ausmass erreiche, das eine entsprechende einzelne Diagnose rechtfertige, die Diagnose F41.2, Angst und Depression gemischt, gestellt werde.

Diese Diagnose liege beim Beschwerdeführer vor, diesbezüglich bestehe Übereinstimmung mit der diagnostischen Einschätzung der B.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2018 (S. 13 Mitte).

Der Beschwerdeführer

habe des Weiteren berichtet, dass es vor drei bis vier Jahren zu einem erheblich gesteigerten Alkoholkonsum gekommen sei, dies sei sogar der Anlass gewesen, warum letztlich über den Hausarzt eine Vorstellung in der B.\_\_\_\_ erfolgt sei. Leider fänden sich im Bericht dieser Klinik keinerlei Angaben über diese Problematik. Da Alkohol depressive Symptome und auch Ängste induzieren könne,

werde eingeschätzt, dass hier ein schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F

## **E. 6**

) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 16. Mai 2019 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 oben) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk.

## **E. 8**

). Am 3. Februar 2020 reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Arztbericht ein (Urk.

## **E. 10**

und 11), worüber die Beschwerdegegnerin am 7. Februar 2020 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 10.1**

) vorliege. Eine Alkoholabhängigkeit dürfte nicht vorliegen, dagegen spreche, dass der Beschwerdeführer inzwischen den Konsum deutlich reduziert habe (CDT-Wert noch im Normbereich, vgl. S. 11 Mitte), auch wenn er noch relativ viel Alkohol trinke. Ungewöhnlich sei auch gewesen, dass der Beschwerdeführer die Alkoholproblematik sehr betont habe, meist werde von Betroffenen mit einer Alkoholproblematik diese eher heruntergespielt. Es sei hier im Untersuchungsgespräch stark der Eindruck entstanden, dass der Beschwerdeführer hier eher beschwerdebetonend gewesen sei, um insgesamt die Beeinträchtigung seiner Leistungsfähigkeit zu unterstreichen (S. 13 unten). 3.2.3

Der Beschwerdeführer habe über biographische Belastungen berichtet, der Vater sei Alkoholiker gewesen, hochgradig auffällig im Sinne von selbstaggressivem Verhalten, was ihm als Kind Angst gemacht habe. Der Beschwerdeführer habe des Weiteren berichtet, dass er als Angehöriger eines Familienclans von Fahren den in der Schule von anderen Kindern ausgegrenzt worden sei, die Lehrer hätten ihn nicht gefördert. Die vorliegenden Persönlichkeitszüge im Sinne von Selbstunsicherheit würden vor diesem Hintergrund nachvollziehbar erscheinen, des Weiteren auch die Tatsache, dass relativ grosse Bildungsdefizite vorliegen würden. Eine genaue Klärung des kognitiven Leistungsvermögens des Beschwerdeführers in der neuropsychologischen Untersuchung sei aber aufgrund seines grob auffälligen Verhaltens in der Testsituation nicht möglich gewesen. Die Neuropsychologin habe eingeschätzt, dass bei zweifelsfrei angestrebtem Krankheitsgewinn hier am ehesten von Aggravation auszugehen sei. Auch aus psychiatrischer Sicht werde eingeschätzt, dass beim Beschwerdeführer von erheblicher Aggravation auszugehen sei (S. 14 Mitte).

Der Beschwerdeführer sei trotz sicher anzunehmen der Bildungsdefizite (im Sinne von Schulbildung) viele Jahre lang beruflich uneingeschränkt leistungsfähig gewesen, dies habe sich erst aufgrund zweier gleichzeitig eintretender belastender Lebenssituationen geändert, einer Arbeitsplatzkonfliktsituation sowie Konflikten in der Partnerschaft. Nach Verlust des Arbeitsplatzes sei der Beschwerdeführer nun seit zwei bis drei Jahren nicht mehr beruflich tätig gewesen (S. 14 unten). 3.2.4

Es erfolge seit Februar 2016 eine ambulante psychiatrische Behandlung beim C.\_\_\_\_ der B.\_\_\_\_. Im zugehörigen Bericht vom 8. Januar 2018 werde mitgeteilt, dass sich unter medikamentöser Therapie mit Antidepressiva und Neuroleptika die gemischte Angst- und Depressionsstörung leicht verbessert habe. Gebessert habe sich des Weiteren offensichtlich auch die Alkoholproblematik. Der Beschwerdeführer trinke jetzt weniger Alkohol, was aber dennoch weiterhin unter anderem als problematisch anzusehen sei, weil Alkohol depressive Verstimmungen und Ängste induzieren könne (S. 15 oben). 3.2.5

Der Beschwerdeführer sehe sich zu keinerlei beruflichen Tätigkeit in der Lage, dies sei diskrepant zu den Aktivitäten in den Bereichen Freizeit und Haushalt. Es werde aktuell eingeschätzt, dass hinsichtlich der geklagten Symptome eine ganz erhebliche Aggravation vorliege, bezüglich der vom Beschwerdeführer angegebenen kognitiven Beeinträchtigungen habe sich dies in der neuropsychologischen Untersuchung sehr deutlich gezeigt. Aufgrund der Aggravationstendenz bestünden erhebliche Zweifel, ob die Angaben des Beschwerdeführers hinsichtlich der angstbedingten Einschränkungen im Alltag tatsächlich im vom Beschwerdeführer geschilderten Ausmass vorlägen. So habe der Beschwerdeführer geäußert, dass er zwar weiterhin Autofahre, aber nicht allein, seine Mutter oder Schwester müssten auf dem Beifahrersitz mitfahren. Ob dies so sei oder nicht, sei mindestens fraglich. Die Frage, ob der Beschwerdeführer in der Lage sei, alleine Auto

zu fahren, sei deshalb wichtig, weil das Fahren eines Autos bzw. Kleintransporters essentieller Bestandteil seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Alteisensammler gewesen sei (S. 15 Mitte) .

In den Unterlagen finde sich der Bericht der B.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2018. Die dort mitgeteilte Diagnose « Angst und depressive Störung (ICD-10 F41. 2)»

sei , wie oben bereits dargelegt worden sei , plausibel. Nicht korrekt bzw. nicht ICD-10 konform sei die Diagnose « leichte Intelligenzminderung mit geringfügigen Verhaltensstörungen ( ICD-10 F70.0) » . Die Diagnose einer leichten Intelligenzminderung setzt e einen IQ von unter 70 voraus. In der ICD-10 werde aber ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der IQ anhand von standardisierten Intelligenztests gemessen werden sollte, das sei offensichtlich nicht erfolgt, jedenfalls werde darüber im Bericht nichts berichtet. Des Weiteren sei nicht nachvollziehbar, dass in dem Bericht dezidiert behauptet werde , dass es « nicht denkbar » sei, dass der Beschwerdeführer « angesichts der Minderintelligenz sowie des bestehenden Analphabetismus » eine Arbeit auf dem freien Stellenmarkt finde, bei der er seinen Lebensunterhalt finanziell begleichen könne. Das passe nicht dazu, dass der Beschwerdeführer über viele Jahre sehr wohl voll berufstätig gewesen sei , trotz angeblicher « Minderintelligenz und Analphabetismus » einen Führerschein habe und im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit einen Kleintransporter gefahren sei (S. 15 unten) . 3.2.6

Der Beschwerdeführer sei Mitglied eines grösseren Familienclans von Fahrenden, erhalte sehr viel Unterstützung in Alltagsangelegenheiten.

Unter der Voraussetzung, dass der Beschwerdeführer tatsächlich nicht mehr allein, ohne Begleitung Autofahren könne , sei die Wegefähigkeit eingeschränkt. Es bestünden darüber hinaus Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Selbstbehauptungsfähigkeit und Kontaktfähigkeit zu Dritten.

Optimal geeignet sei eine sachbetonte, kognitiv einfache, regelmässige, gut vorstrukturierte Tätigkeit ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit.

Was die Arbeitsfähigkeit angehe , so bestehe in einer leidensadaptierten Tätigkeit keine Verminderung der Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer wäre zum Beispiel uneingeschränkt in der Lage, im Recycling zu arbeiten und Altmetalle zu sortieren. Unter der Voraussetzung, dass der Beschwerdeführer tatsächlich nicht mehr alleine Autofahren könne , sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (Einsammeln von Altmetallen mit einem Kleintransporter) allerdings aufgehoben, da selbständiges Autofahren für diese Tätigkeit essentiell gewesen sei / sei (S. 16 oben) . 3.2.7

Mindestens seit Beginn der ambulanten psychiatrischen Behandlung im C.\_\_\_\_ der B.\_\_\_\_ , also am 2. Februar 2016, sei von einer relevanten ängstlich-depressiven Symptomatik auszugehen mit Einschränkung der Wegefähigkeit wie beschrieben, insofern sei seither die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aufgehoben.

Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde ab Beginn der ambulanten psychiatrischen Behandlung im C.\_\_\_\_ der B.\_\_\_\_ ab 2. Februar 2016 gesehen. Damals sei offensichtlich noch ein sehr erheblicher Alkoholkonsum erfolgt , des Weiteren sei die depressive Symptomatik (entsprechend aktuellem Bericht der B.\_\_\_\_ ) noch deutlicher ausgeprägt gewesen , insofern werde angenommen, dass für zirka drei Monate nach Beginn dieser Behandlung die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit um zirka 30 %

eingeschränkt gewesen sei. Seitdem liege aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vor (S. 17 unten).

### 3.3

Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in der Stellungnahme vom 29. August 2018 (Urk. 7/38/5-7) aus, es hätten während der gutachterlichen Untersuchung Inkonsistenzen und Aggravations-Tendenzen vorgelegen. Demzufolge könne aufgrund der gutachterlichen Untersuchung nicht von einem höhergradigen oder längerdauernden Gesundheitsschaden ausgegangen werden. Die Beschwerden seien zudem durch medizinische Massnahmen weiterhin verbesserbar (S. 2 unten). Das erstellte Gutachten beantworte die gestellten Fragen umfassend, berücksichtige die geklagten Beschwerden, sei in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt worden und sei in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend. Ebenso würden die gezogenen Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise hergeleitet (S. 3 oben).

Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.1) führte in der Email vom 31. Oktober 2018 (Urk. 7/52) aus, ihn habe am Gutachten erstaunt, dass es sich vorwiegend auf die testpsychologische Untersuchung abstütze. Das gehe gar nicht. Des Weiteren habe die Testpsychologin in einem Satz ganz klar die Neutralität verletzt und in dubio contra assicurato entschieden. Er habe sich vorgängig bei den Testpsychologen der B.\_\_\_\_ informiert. Analphabeten liessen sich gar nicht auf Intelligenzminderung testen. Auch sei mit keinem Wort erwähnt worden, wie der Beschwerdeführer zu seinem Fahrausweis gekommen sei. Dass der Beschwerdeführer gearbeitet habe, stimme einerseits, es sei aber auf keinen Fall eine Arbeit auf dem freien Stellenmarkt gewesen. Er habe mit Angehörigen Altmittel gesammelt und Messer geschliffen.

G.\_\_\_\_, Assistenzärztin, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt

B.\_\_\_\_, I.\_\_\_\_, berichteten am 12. Juli 2019 und mithin nach Erlass der strittigen Verfügung vom 27. Februar 2019 (Urk. 2) über eine stationäre Hospitalisation vom 8. bis 21. Juni 2019 (Urk. 11) und nannten folgende Diagnosen: - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2) - leichte Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung, Analphabetismus (ICD-10 F70.0) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Agoraphobie: mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) - gemischte Hyperlipidämie - nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge (Becozym -Unverträglichkeit) - Status nach Suizidversuch mit Mischintoxikation mit Alkohol und Quetiapin unklarer Menge am 7. Juni 2019

Dazu führten sie aus, der Eintritt sei freiwillig bei Status nach Suizidversuch bei rezidivierender depressiver Episode erfolgt. Der Beschwerdeführer berichte, dass er « aus dem Nichts »

Suizidgedanken bekommen habe. Er habe das nicht geplant, die Gedanken seien plötzlich aufgetreten, weil ihm alles zu viel geworden sei. Er berichte über eine schwere Kindheit (der Vater habe sich selbst verstümmelt) und aktuell auch Familienbelastungen. Auslöser sei gewesen, dass seine Freundin, die aus Brasilien stamme, nach einem Streit wieder zu

rück nach Hause geflogen sei . Daraufhin habe er Alkohol getrunken und habe Quetiapin ein genommen . Einen Abschiedsbrief habe er nicht geschrieben . Er habe Angst bekommen und seinen Bruder alarmiert , der in der Nähe wohn e . Dieser habe ihn ins Spital gebracht und anschliessend erinnere er sich an nichts mehr. Nun sei er selbst erschrocken über den Suizidversuch und gebe an, er lebe grundsätzlich gerne. Er berichte, er habe ein Alkohol problem. Er trinke in letzter Zeit täglich 6-7 Liter Bier, soviel bis er nichts mehr runter bekomme. Wenn er länger nichts trinke, bekomme er Entzugserscheinungen ( werde "zappelig"). Aktuell verneine er Suizidgedanken. Er könne sich klar und glaubhaft von akuter Suizidalität distanzieren (S. 2 oben) .

Der Beschwerdeführer

sei aus der B.\_\_\_\_ verlegt worden zur Fortsetzung eines Alkoholentzuges, nachdem er einen medikamenteninduzierten Suizidversuch am 7. Juni 2019 gemacht habe und zuvor auf der Notfallstation im J.\_\_\_\_ hospitalisiert

gewesen sei (S. 3 unten). Die mit Seresta gestützte Entzugsbehandlung sei problemlos verlaufen, so dass die Seresta -Einnahme schrittweise reduziert und schliesslich ausgeschlichen werden können . Der Beschwerdeführer

habe sich gut im klinischen Alltag

und mit den Mitpatienten integriert . Er habe an der stationären Aktivierungstherapie teil genommen und regelmässig das

Informations- und Motivationsprogramm besucht . Der Beschwerdeführer habe wegen Analphabetismus nur teilweise vom Therapieprogramm profitieren können . Während des Aufenthaltes sei es zu keinen Komplikationen im Rahmen des Entzugs gekommen , wie zum Beispiel Delir, Halluzinationen oder epileptische Anfälle. Es sei in dieser Zeit auch zu keinem alkoholbedingten Rückfall gekommen . Auf

Vitamin-B-Substitution mit Becozym

habe der Beschwerdeführer eine Unverträglichkeitsreaktion mit Hautjuckreiz gezeigt (S. 4 oben).

Der Beschwerdeführer habe die Klinik schliesslich aus familiären Gründen verlassen (S. 4 Mitte). 4. 4.1

Zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers stellte die Beschwerdegegnerin - den Stellungnahmen des RAD ( Urk. 7/38 S. 5 ff. und Urk. 7/56 S. 3 ) folgend - auf das psychiatrisch-neuropsychologische Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 10. August 2018 (vorstehend E. 3. 2 ) ab. Vorab ist festzuhalten, dass das Z.\_\_\_\_ -Gutachten auf den notwendigen psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchungen des Beschwerdeführers beruht und in Kenntnis der Vorakten erging. Die Gutachter berücksichtigten die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Die medizinischen Zusammenhänge und Schlussfolgerungen sind in einer Weise begründet, dass sie prüfend nachvollzogen werden können. Das Z.\_\_\_\_ -Gutachten erfüllt daher die praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichts (vorstehend E. 1. 7 ) vollumfänglich.

Nach ausführlicher Anamneseerhebung (vgl. Urk. 7/35/5-9), pathologischer Befundaufnahme (vgl. Urk. 7/35/9-11) und erfolgter neuropsychologischer Abklärung (vgl.

Urk. 7/35/22-26) diagnostizierte der psychiatrische Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Angst und depressive Störung, gemischt, und führte dazu aus, dass sich diese im Zusammenhang mit einer schweren Arbeitsplatzsituation mit Mobbing und auch mit einer damals bestehenden massiven Partnerschaftsproblematik entwickelt habe. In schlüssiger und nachvollziehbarer Weise und auch unter Bezugnahme auf die Kriterien des ICD-10 erklärte er sodann ausführlich, weshalb - entgegen der Einschätzung der behandelnden Ärzte - keine Diagnose in Richtung einer beeinträchtigten Intelligenz gestellt werden könne (vgl. vorstehend E. 3.2.2). Aufgrund des reduzierten Alkoholkonsums und im Zusammenhang mit dem im Labor gemessenen CDT-Wert (vgl. Urk. 7/35/11 Mitte) verneinte er eine Alkoholabhängigkeit und diagnostizierte neben einem schädlichen Gebrauch von Alkohol zudem eine selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung. Der psychiatrische Gutachter wies zudem auf die von ihm und in der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten erheblichen Aggravation hin. So habe der Beschwerdeführer versucht, das Bild eines kognitiv stark beeinträchtigten, schwer intelligenzgeminderten Mannes zu vermitteln (vgl. vorstehend E. 3.2.2).

#### 4.2

Aufgrund der Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt, attestierte der psychiatrische Gutachter - unter der Voraussetzung, dass der Beschwerdeführer tatsächlich nicht mehr allein, ohne Begleitung Autofahren könne und dadurch die Wegefähigkeit eingeschränkt sei - eine seit 2. Februar 2016 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, welche das Fahren eines Kleintransporters beinhaltete, sowie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leistungsgerechten Tätigkeit (vgl. vorstehend E. 3.2.6-7).

Mit Blick auf die vom psychiatrischen Gutachter berichtete erhebliche Aggravation der geklagten Symptome

sowie das in der neuropsychologischen Abklärung festgestellte grob auffällige Verhalten bei eingeschränkter Anstrengungsbereitschaft

und nicht ausreichender Leistungsmotivation in der Testsituation, wofür aufgrund der unplausiblen Symptomproduktion am ehesten eine bewusste Aggravation von kognitiven Beeinträchtigungen bei zweifelsfrei angestrebtem Krankheitsgewinn in Frage komme (vgl. vorstehend E. 3.2.2-3, E. 3.2.5, vgl. auch

Urk. 7/35/26), stellt sich vorliegend die Frage, inwieweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (sog. Ausschlussgründe) und damit die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbietet,

woher aber von einer ausgewiesenen selbstständigen Gesundheitsschädigung auszugehen ist, wobei deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen sind (vgl. dazu BGE 141 V 281 E. 2.2.1-2 und E. 4.3.1.1). Angesichts der sowohl vom behandelnden Psychiater als auch vom psychiatrischen Gutachter gestellten Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt, ist trotz der vorliegenden aggravatorischen Elemente ein strukturiertes Beweisverfahren BGE 141 V 281 durchzuführen, wobei das aggravatorische Verhalten bei den einzelnen Indikatoren des normativen Prüfrasters zu berücksichtigen sind.

Da eine schlüssige Prüfung der Indikatoren (vgl. vorstehend E. 1.5) gestützt auf das Gutachten möglich ist, sind weitere medizinische Abklärungen - entgegen der Auffassung

des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1) - nicht angezeigt.

Daran ändert auch der erst nach Verfügungserlass

( 27. Februar 2019 , Urk. 2) verfasste Bericht der B.\_\_\_\_ vom 12. Juli 2019 über die stationäre Hospitalisation

des Beschwerdeführers vom 8. bis 21. Juni 2019 ( Urk. 11) nichts, zumal für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend ist , der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Aufgrund dessen, dass sich die Hospitalisation

(Juni 2019) erst mehrere Monate nach Verfügungserlass und beinahe ein Jahr nach der Begutachtung (August 2018) ereignet hat, ist der Bericht nicht geeignet, die Schlussfolgerungen des Z.\_\_\_\_-Gutachtens in Frage zu stellen. Überdies stehen die neugeltend gemachten Tatsachen nicht hinreichend klar fest , weshalb eine Berücksichtigung in vorliegendem Verfahren nicht möglich ist. Eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers wäre vielmehr im Rahmen einer Neuanschuldung bei der Beschwerdegegnerin geltend zu machen.

4.3

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist in Bezug auf den Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzuhalten, dass sich der psychiatrische Gutachter eingehend mit den diagnoserelevanten Befunden und deren Ausprägung auseinandergesetzt hat .

Aufgrund der Ungereimtheiten und des gezeigten Verhaltens des Beschwerdeführers konnte er keine Diagnose in Richtung einer beeinträchtigten Intelligenz stellen und begründete dies nachvollziehbar . So habe der Beschwerdeführer bei der Eruiierung der Biographie durchaus differenziert über seine Erfahrungen und Erlebnisse sprechen und die Gründe für seine gescheiterte Ehe nachvollziehbar darstellen können und es sei nicht der Eindruck eines grob beeinträchtigten Mannes entstanden. Der Beschwerdeführer habe in der psychiatrischen Untersuchung mühelos von 1 bis 10 zählen können, in der neuropsychologischen Untersuchung jedoch angegeben, dass er dazu nicht in der Lage sei (vgl. Urk. 7/35 S. 12 f.) . Die psychopathologische Befundaufnahme (vgl. Urk. 7/35 S. 9 ff.) war weitgehend unauffällig, insbesondere war die Auffassung nicht erschwert und die Konzentration nicht auffallend vermindert. Die Merkfähigkeit sowie das Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis hätten im klinisch-pathologischen Befund nicht auffallend beeinträchtigt gewirkt . Der psychiatrische Gutachter führte weiter aus, dass sich die depressive Stimmung und Angstsymptomatik im Zusammenhang mit einer schweren Arbeitsplatzkonfliktsituation mit Mobbing und auch mit einer damals bestehenden massiven Partnerschaftsproblematik entwickelt hätten, wobei er beide Störungen als eher wenig ausgeprägt

beschrieb und entsprechend die Diagnose einer Angst und depressiven Störung, gemischt, diagnostizierte. Daneben stellte er als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen schädlichen Gebrauch von Alkohol sowie eine selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung (vgl. vorstehend E. 3.2.2) . Der Indikator der Ausprägung

der diagnoserelevanten Befunde erweist sich damit in Bezug auf die gestellten Diagnosen und insbesondere unter Berücksichtigung der festgestellten Aggravation und der deutlichen psychosozialen Faktoren als höchstens geringfügig ausgeprägt, womit eine schwere Ausprägung des psychischen Leidens ausser Betracht fällt.

In Bezug auf den Behandlungserfolg oder -resistenz, also den Verlauf und den Ausgang von Therapien, welche wichtige Schweregradindikatoren darstellen, geht aus den Akten, insbesondere dem Bericht der B. \_\_\_ vom 8. Januar 2018, hervor, dass sich unter medikamentöser Therapie mit Antidepressiva und Neuroleptika die gemischte Angst- und Depressionssstörung leicht verbessert habe (vgl. vorstehend E. 3.1 und E. 3.2.4). Von einer therapeutisch nicht angehbaren Störung kann daher kaum ausgegangen werden.

Eine Behandlungsresistenz stellte der Gutachter ebenfalls nicht fest, sondern führte aus, dass sich die beschriebene Angstsymptomatik unter Weiterführung der ambulanten psychiatrischen Therapie weiter verbessern werde (vgl. Urk. 7/35/18 Mitte).

Somatische Komorbiditäten liegen keine vor und auch psychische Komorbiditäten von hinreichender Erheblichkeit lassen sich vorliegend nicht erkennen.

In den komplexen Persönlichkeit und sozialer Kontext ergeben sich sodann keine wesentlichen, einschränkenden Faktoren. Der psychiatrische Gutachter wies auf eine selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung hin, verneinte jedoch das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung (vorstehend E. 3.2.2). Hinsichtlich des sozialen Kontextes ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer im Familienkontext gut integriert ist und in einem eigenen Wohnwagen auf einem grösseren Platz neben seiner Schwester und der Mutter lebt, zu welchen er sehr engen Kontakt hat und sie täglich sieht und besucht. Er hält seinen Wohnwagen alleine sauber und nimmt die Mahlzeiten bei der Schwester und der Mutter ein. Auf dem Platz hat der Beschwerdeführer noch Kontakt zu einem Kollegen und berichtet von einem weitgehend strukturierten Tagesablauf (vgl. Urk. 7/35/8). Trotz im Raum stehen dem Analphabetismus war der Beschwerdeführer in der Lage einer Erwerbstätigkeit nachzugehen und ein Fahrzeug im beruflichen Umfeld zu führen. Angesichts der vorliegenden Erwerbsbiographie und des Lebenskontextes des Beschwerdeführers enthält dieser damit bestätigende, sich potentiell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

Schliesslich äusserte sich der psychiatrische Gutachter auch zur Konsistenz und Plausibilität und hielt fest, die Ansicht des Beschwerdeführers, dass er zu keinerlei beruflichen Tätigkeit mehr in der Lage sei, sei diskrepant zu den Aktivitäten in den Bereichen Freizeit und Haushalt. Der psychiatrische Gutachter wies erneut darauf hin, dass hinsichtlich der geklagten Symptome eine ganz erhebliche Aggravation vorliege, was sich bezüglich der vom Beschwerdeführer angegebenen kognitiven Beeinträchtigungen in der neuropsychologischen Untersuchung sehr deutlich gezeigt habe. Aufgrund der Aggravationstendenz bestünden erhebliche Zweifel, ob die Angaben des Beschwerdeführers hinsichtlich der angstbedingten Einschränkungen im Alltag tatsächlich im vom Beschwerdeführer geschilderten Ausmass vorlägen. So habe er geäussert, dass er zwar weiterhin Autofahre, aber nicht allein, seine Mutter oder Schwester müssten auf dem Beifahrersitz mitfahren (vgl. vorstehend E. 3.2.5). Das vom Beschwerdeführer vermittelte Bild eines kognitiv stark beeinträchtigten, schwer intelligenzgeminderten Mannes lässt sich selbst unter Berücksichtigung des fraglichen «nicht mehr alleine fahren Könnens» nicht mit dem Führen eines Fahrzeuges, das ein beachtliches Mass an physischen und psychischen

Ressourcen sowie an Konzentrationsvermögen benötigt, vereinbaren. Zum Leidensdruck ergibt sich aus dem Gutachten sodann weiter, dass anlässlich der Laboruntersuchung das Medikament Escitalopram

unterhalb des Referenzbereichs lag und möglicherweise nicht regelmäßig eingenommen wird. Dagegen lag das Medikament Quetiapin

praktisch im nicht messbaren Bereich und werde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht bzw. nicht regelmäßig eingenommen (vgl. Urk. 7/35/12 oben). Nachdem sich der Beschwerdeführer anfänglich wöchentlich in ambulanter psychiatrischer Behandlung befand, fand diese im Zeitpunkt der Begutachtung noch ein bis zweimal monatlich statt (vgl. vorstehend E. 3.1), was gewisse Zweifel am Leidensdruck aufkommen lassen. Hinsichtlich Konsistenz ergibt sich damit, dass die vorliegenden Befunde bei kritischer Würdigung ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild ergeben. 4. 4

Zusammenfassend fehlt es der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers am vorausgesetzten funktionellen Schweregrad und die Konsistenzprüfung ergibt keine deutliche sowie gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Eine im invalidenversicherungrechtlichen Sinne hinreichende funktionelle Leistungseinschränkung ist daher für den hier relevanten Zeitraum nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zu Ungunsten des Beschwerdeführers auswirkt (vorstehend E. 1. 3- 4). Insoweit ist von der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abzuweichen, ohne dass diese ihren Beweiswert verliere (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 3.2).

Da die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nach dem Gesagten im massgebenden Zeitraum weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit während einer relevanten Dauer gesundheitsbedingt massgeblich eingeschränkt war, ist demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung verneinte. 4. 5

Die Einwendungen des Beschwerdeführers sind nicht geeignet, zu einem abweichenden Ergebnis zu führen. Soweit der Beschwerdeführer vorbrachte, dass das neuropsychologische Teilgutachten zu keinem Ergebnis gelangte und der medizinische Sachverhalt in diesem Punkt noch gar nicht geklärt sei, so kann ihm nicht gefolgt werden. So konnte aufgrund der verminderten Kooperationsbereitschaft und nicht ausreichenden Leistungsbereitschaft in der Testsituation kein gültiges Testprofil erstellt werden. Die Kennwerte der formalisierten Beschwerdevalidierung seien durchgängig hoch auffällig gewesen und die Cut-off-Werte für eine ausreichende Anstrengungsbereitschaft seien deutlich unterschritten worden. Die Ergebnisse würden durchgängig im Zufallsbereich liegen. Dies bedeute, dass in diesem Verfahren, das vermeintlich Gedächtnisleistungen, real jedoch die Leistungsmotivation prüfe, Ergebnisse erzielt worden seien, die mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auf eine eingeschränkte Anstrengungsbereitschaft hinweisen würden. Die neuropsychologische Gutachterin führte weiter aus, obwohl zweifellos von niedrigen kognitiven Ressourcen und Bildungsdefiziten auszugehen sei, liege das in der Testung gezeigte Leistungsvermögen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit unter dem tatsächlichen Potential des Beschwerdeführers. Die gezeigte Leistungsbereitschaft sei nicht mit dem Funktionsniveau im Alltag mit Erwerb eines PKW-Fahrausweises vereinbar (vgl. Urk. 7/35/22-26). Sodann führte auch der psychiatrische Gutachter eingehend aus, welches

aggravatorische Verhalten er beobachtet habe und welche Ungereimtheiten ihm aufgefallen seien (vgl. vorstehend E. 3.2.2-3, E. 3.2.5).

An der vorliegenden Beurteilung vermag

schliesslich auch der Bericht der - auf grund eines Suizidversuchs nach Streit und Rückreise der Freundin nach Brasilien erfolgten - stationären Behandlung mit Alkoholentzug in der B.\_\_\_\_, I.\_\_\_\_ vom 12. Juli 2019 (vgl. vorstehend E. 3.5)

nichts zu ändern, soweit er vorliegend überhaupt zu berücksichtigen ist (vgl. vorstehend E. 4.2). Zwar kann aufgrund der stationären Behandlung

von einem während des Aufenthalts bestandenen verschlechterten Gesundheitszustand ausgegangen werden. Der Entzug sei indes problemlos verlaufen, es sei während des Aufenthalts zu keinen Komplikationen im Rahmen des Entzugs und auch zu keinem alkoholbedingten Rückfall gekommen. Schliesslich habe der Beschwerdeführer die Klinik aus familiären Gründen verlassen (vgl. vorstehend E. 3.5). Zum weiteren Prozedere lässt sich dem Bericht entnehmen, dass neben der Fortführung der Vitamin B Substitution für zwei Monate und der Abgabe weiterer Medikation (unter anderem Neuroleptika und ein pflanzliches Sedativum,

abgegeben für drei Tage) einzig die Nachbehandlung durch den Hausarzt vorgesehen wurde (vgl. Urk.

#### **E. 11**

S. 4), woraus sich im Vergleich zu früheren Berichten zumindest nicht ohne Weiteres ein im vorliegenden Verfahren zu berücksichtigender

verschlechterter oder veränderter Gesundheitszustand ergibt.

Schliesslich ist zu bemerken, dass soziokulturelle Faktoren (Beziehungskonflikte), Bildungsdefizite (im Sinne von Schulbildung) und die

fehlende Berufsbildung

invaliditätsfremde Faktoren darstellen. Die Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers zeigt auf, dass der Beschwerdeführer in der Lage war, einen durchaus marktüblichen Lohn zu erzielen (vgl. Urk. 7/7). Die Invalidenversicherung hat rechtsprechungsgemäss nicht dafür einzustehen, wenn Versicherte wegen invaliditätsfremder Faktoren keine entsprechende Arbeit finden (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_588/2007 vom 27. August 2008 E. 10). 4. 6

Die angefochtene Verfügung erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden diese jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen, dies mit Hinweis auf §

#### **E. 16**

Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ). Das Gericht erkennt:  
1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht  
Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesge-  
setzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom  
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1.  
August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

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