

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00327 vom 31. März 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00327

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00327 du 31 mars 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00327 del 31 marzo 2021

Erwägungen

E. 1

Der bulgarische Staatsangehörige X.____, geboren 1971, reiste im Jahr 2013 in die Schweiz ein (Urk. 6/2/1). Zuletzt war er vom 23. Mai bis 29. Juli 2017 beim Personalvermittlungsunternehmen Y.____ AG angestellt und wurde bei der Z.____ AG als Lastwagenchauffeur eingesetzt (Urk.

E. 1.3

). 6.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. 7.

7.1

Weil die Voraussetzungen (§ 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) erfüllt sind (vgl. Urk. 3/1), ist dem Gesuch des Beschwerdeführers vom 19. Mai 2020 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin in der Person von Rechtsanwältin Ursula Sintzel, Zürich, zu entsprechen. 7.2

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 b iS IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.3

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Ursula Sintzel, machte von der Möglichkeit zur Einreichung einer Honorarnote (vgl. Dispositiv-Ziffer 2 der Verfügung vom 7. Juli 2020,

Urk. 7)

keinen Gebrauch. Ihre Entschädigung ist daher nach Ermessen unter Berücksichtigung dessen, dass sie

den Beschwerdeführer bereits im Verwaltungsverfahren vertreten hat, sie die Beschwerdebegründung grösstenteils wortwörtlich ihrem Einwand vom 6. Januar 2020 entnommen hat (vgl.

Urk. 1 und

Urk. 6/74) und nicht ersichtlich ist, weshalb sie die Beurteilung von Dr. G.____ vom 9. Dezember 2017 (Urk. 3/3) nicht bereits im Verwaltungsverfahren eingereicht hat, auf Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen.

7.4

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 19. Mai 2020 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihm Rechtsanwältin Ursula Sintzel, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Ursula Sintzel, Zürich, wird mit Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Ursula Sintzel - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 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 ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog.

Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 1.5.1

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 1.5.2

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen). 2.

2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

2.2
In der angefochtenen Verfügung vom 24. März 2020 führte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen aus, der orthopädische Gutachter Dr. E. ___ habe festgestellt, dass der Beschwerdeführer in seiner letzten Tätigkeit als LKW-Fahrer seit dem Unfallereignis (vom 2. Juni 2017) bis zur letztmaligen postoperativen Vorstellung bei Dr. A. ___ am 4. Oktober 2018 nicht mehr arbeitsfähig gewesen sei. In einer kniegelenksangepassten Tätigkeit sei seit dem Unfall von einer quantitativ uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der psychiatrische Gutachter Prof. Dr. D. ___ habe seine gutachterliche Beurteilung (wonach der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig sei, vgl. Urk. 6/63/16) ausführlich und aus versicherungsmedizinischer Sicht plausibel begründet. Die gutachterliche Beurteilung sei aus medizinischer Sicht nachvollziehbar, weshalb darauf abzustellen sei. Beim Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 5 %. Weil der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2

S. 2). 2.3

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber im Wesentlichen vorbringen, dass das interdisziplinäre Gutachten von Prof. Dr. D.____ und Dr. E.____ vom 25. Juli 2019 nicht brauchbar sei (Urk. 1 S. 3). Dr. E.____ habe ausgeführt, dass er eine passive Untersuchung des (rechten) Kniegelenks verweigert habe, und deshalb auf eine fehlende Funktionseinschränkung sowie eine volle Arbeitsfähigkeit geschlossen. Mit anderen Worten habe der Gutachter seinen Schluss gezogen, ohne eine fundierte Untersuchung des verletzten Gelenks vorgenommen zu haben (Urk. 1 S. 3). Aufgrund der zahlreichen Hinweise in den Akten, die auf eine Psychopathologie hinweisen würden, stelle sich zwingend die Frage, inwiefern seine ablehnende Haltung gegenüber den Untersuchungshandlungen mit einem psychischen Leiden erklärt werden müsse (Urk. 1 S. 3-4). Dieser Frage sei der psychiatrische Gutachter Prof. Dr. D.____ zu Unrecht nicht nachgegangen. Der Konsiliarpsychiater der Suva habe am 9. Dezember 2017 festgehalten, dass eine schwere dissoziative Störung vorliegen würde. Dieser Beurteilung habe sich die Klinik für Psychiatrie des F.____ am 19. Dezember

2017 angeschlossen. Prof. Dr. D.____ habe in seinem Gutachten nur ausgeführt, dass diese Diagnose kritisch zu hinterfragen sei, weil er eine Rentenbegehrlichkeit angenommen habe. Unter diesen Umständen könne ihm eine Verletzung der Mitwirkungspflicht (noch) nicht vorgeworfen werden. Vielmehr müsse die Verweigerung der Untersuchungs massnahme als entschuldbar bezeichnet werden. Im grossen Widerspruch zu Dr. E.____ stehe jedenfalls die Beurteilung von Dr. A.____, der das verletzte Knie im Rahmen einer Arthroskopie beurteilen können. Seine Diagnose einer schweren Arthrofibrose - eine Bewegungseinschränkung durch übermässige Narbenbildung - könne die Bewegungseinschränkung somatisch erklären. Der Suva-Kreisarzt habe sodann am 13. November 2017 gar einen Befund festgestellt, der zu einer Ankylose - einer vollständigen Gelenksteife - passen würde. Mit diesen anders lautenden Einschätzungen habe sich Dr. E.____ zu Unrecht nicht auseinandergesetzt. Er habe vielmehr vorschnell - insbesondere ohne vertiefte Abklärung eines psychischen Unvermögens, aber auch ohne vorherige Androhung der Folgen einer Mitwirkungsverletzung - festgestellt, dass er keine valide Aussage treffen können, ob eine Ankylose vorliege oder nicht. Dennoch, aber zu Unrecht, ziehe er den Schluss, dass keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (Urk. 1 S. 4). Und selbst wenn mit dem Gutachter davon auszugehen wäre, dass er sich bewusst/bewusstseinsnah den Untersuchungshandlungen verweigert habe - was bestritten werde -, hätte er zuerst in Anwendung von Art. 43 Abs. 3 ATSG schriftlich auf die Folgen seines verweigernden Verhaltens aufmerksam gemacht werden müssen, unter Gewährung einer angemessenen Bedenkfrist und unter Androhung der Rechtsfolgen. Erst danach wäre es zulässig gewesen, den Schluss von Dr. E.____ zu ziehen, nämlich, dass keine relevante Diagnose und keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegen würde (Urk. 1 S. 5).

Was sodann die psychische Komponente des Schmerzgeschehens, aber auch der Bewegungseinschränkung betreffe, so gebe das Gutachten von Prof. Dr. D.____ darauf keine befriedigenden Antworten (Urk. 1 S. 5). Sein Alltag sei klar schmerz dominiert, er verhalte sich den ganzen Tag - und hier seien die Angaben des Gutachters offensichtlich falsch - absolut passiv und habe keinerlei Aufgaben- oder Betätigungsfelder mehr. Auch lebe er sozial so zurückgezogen, wie überhaupt möglich. Mit Ausnahme zu seinem Wohnungspartner habe es zu keiner Menschenseele Kontakt. Der Kontakt zu seiner Familie sei seit über 20 Jahren unterbrochen. Unterstützung von dieser Seite gebe es mithin nicht.

Eine Beziehung von mehr als einen Monat zu einer Frau habe er nie gehabt, was Fragen zu seiner Beziehungsfähigkeit aufwerfe, zumal er überdies als absolut emotions- und regungslos beschrieben worden sei. Andererseits habe er gegenüber einem behandelnden Arzt ein äusserst aggressives Verhalten gezeigt. Inwiefern sodann die Beschwerden nicht auch wegen psychosozialer Belastungsfaktoren auftreten würden respektive (von diesen) beeinflusst würden, könne Prof. Dr. D.____ ebenfalls nicht überzeugend begründen. Unter diesen Umständen sei nicht nachvollziehbar, weshalb Prof. Dr. D.____ von minimaler psychischer Auffälligkeit und von einer guten Ressourcenlage gesprochen habe. Dies müsse vielmehr als aktenwidrig und falsch bezeichnet werden. Alsdann ergebe sich aus der Beurteilung von Dr. G.____ vom 6. (richtig: 9.) Dezember 2017, dass Prof. Dr. D.____ seine Familien- und Sozialanamnese stark unvollständig erfasst und wesentliche biographische Einflüsse ausgeblendet habe. So habe Prof. Dr. D.____ nicht erkannt, dass es sich bei ihm um einen stark kriegstraumatisierten Mann handle, der nach Deutschland geflüchtet sei, wo er Asyl bekommen habe. Die Traumatisierungen hätten sehr wohl in einem Alter stattgefunden, als seine Persönlichkeitsentwicklung noch nicht abgeschlossen gewesen sei. Nachvollziehbar und weit fundierter als Prof. Dr. D.____ habe Dr. G.____ hergeleitet, wieso es erst nach dem Unfall vom 2. Juni 2017 und nicht unmittelbar nach der Traumatisierung zu einer psychopathologischen Reaktion gekommen sei. Auch die familiäre Konstellation als Sohn, der nach dem sehr frühen Tod von zwei Brüdern auf die Welt gekommen sei, lasse Prof. Dr. D.____, anders als Dr. G.____, zu Unrecht ungewürdigt und unkommentiert einfach ausser Acht. Prof. Dr. D.____ habe sich gar nicht mit der anderslautenden Einschätzung von Dr. G.____, die jeden falls weit mehr überzeuge, auseinandergesetzt (Urk. 1 S. 6). 3. 3.1

Nach der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 24. August 2017 hielten die Ärzte des F.____, Klinik für Traumatologie, fest, dass sich klinisch-radiologisch keine weiteren Traumafolgen ergeben hätten. Das Knie sollte vollumfänglich belastet und beübt werden dürfen. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen könnten derzeit zu keinem MRI-Befund korreliert werden. Sie würden daher keine Veranlassung für eine weitere Arbeitsunfähigkeit sehen. Es sei eine schnellstmögliche vollumfängliche Belastung und Beweglichkeit anzustreben (Urk. 6/1/52). 3.2

Suva-Kreisarzt med. pract. H.____, Facharzt für Chirurgie, führte nach der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 13. November 2017 in seiner Beurteilung aus, dass der Beschwerdeführer beim Ereignis vom 2. Juni 2017 eine laterale Absprengung der Patella infolge einer Kontusion erlitten habe. Im Verlauf habe sich eine Bursitis präpatellaris entwickelt, die operativ entfernt und wegen Wundheilungsstörungen mit einem VAC-Verband habe versorgt werden müssen. Es sei eine verzögerte Wundheilung mit sekundärem Wundverschluss erfolgt. Im Verlauf habe sich ein erhebliches Schmerzsyndrom entwickelt, welches zu einer vollständigen Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Kniegelenks trotz intensiver Physiotherapie geführt habe. Bei der heutigen Untersuchung könne eine Immobilität im Bereich des rechten Kniegelenks sowie eine deutliche Inaktivitätsatrophie des rechten Oberschenkels festgestellt werden (Urk. 6/1/99). Auf grund des vom Versicherten angegebenen Schmerzsyndroms sei die aktive Überprüfung des Bewegungsausmasses im rechten Kniegelenk nicht durchführbar, die passive Überprüfung werde verweigert. Die überwiegend wahrscheinlichen unfallkausalen strukturellen Läsionen seien sowohl klinisch als auch radiologisch geheilt. Das im heutigen Untersuchungsbefund erhobene Ergebnis hinsichtlich der

Bewegungsunfähigkeit im rechten Kniegelenk sei durch die Unfallfolgen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erklärbar. Auch seien die vom Versicherten geklagten Schmerzen, die mit 10 auf der visuellen Analogskala (VAS) angegeben würden, durch die erlittene Patellafraktur und die konsekutive Bursitis präpatellaris nicht erklärbar. Es werde daher aufgrund der Mitwirkungspflicht empfohlen, wegen des somatisch überwiegend wahrscheinlich nicht erklärbaren Schmerzsyndroms, eine psychiatrische Konsiliaruntersuchung zu veranlassen. Zusätzlich werde empfohlen, im Rahmen der nächsten Konsiliaruntersuchung im F.____ die Indikation für eine Narkosemobilisation im Bereich des rechten Kniegelenks zu prüfen (Urk. 6/1/100). 3.3

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt nach seiner Konsiliaruntersuchung für die Suva vom 6. Dezember 2017 in seiner diagnostischen Beurteilung vom 9. Dezember 2017 fest, dass aus psychiatrischer Sicht eine sehr schwere, dissoziative Störung vorliege, welche zu den sehr starken Schmerzen und der praktisch vollständigen Unbeweglichkeit des rechten Kniegelenks führe (Urk. 3/3 S. 17). Es sei davon auszugehen, dass die vorübergehenden, auf dem Unfall vom 2. Juni 2017 beruhenden, körperlichen Beschwerden und Beeinträchtigungen (beim Beschwerdeführer) auf vollkommen unbewusstem Weg zu einer Reaktivierung der schweren psychischen Traumatisierungen während des Balkan-Krieges geführt hätten. Eine dissoziative Störung diene in aller Regel auf komplett unbewusstem Weg der Erzielung eines sogenannten primären Krankheitsgewinns. Dieser bestehe beim Beschwerdeführer sehr wahrscheinlich darin, dass das Bewusstsein von einer Überschwemmung durch Erinnerungen an die schweren Traumatisierungen geschützt werde - was mit einem sehr hohen psychischen Leidensdruck einhergehen würde, in Form einer Traumafolgestörung oder möglicherweise auch in Form eines schwer depressiven Zustandes. Tatsächlich lägen beim Beschwerdeführer aktuell denn auch keine schwereren psychischen Störungen vor (neben der dissoziativen). Allerdings leide er verständlicherweise stark unter den ausgeprägten Schmerzen, der massiven Funktionseinschränkung des rechten Beines sowie unter den darauf beruhenden Auswirkungen auf die Lebensgestaltung, insbesondere seiner Arbeitsunfähigkeit (Urk. 3/3 S. 18). Die dissoziative Psychodynamik liege sowohl den starken Schmerzen als auch der ausgeprägten Bewegungsstörung zugrunde. Trotzdem sei gemäss Klassifikation der ICD-10 nicht möglich, dies in einer entsprechenden Weise abzubilden, sondern es sei eine künstliche Aufteilung auf zwei Diagnosen notwendig, nämlich auf eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie auf eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4) mit praktisch aufgehobener Flexion im rechten Kniegelenk (Urk. 3/3 S. 19). 3.4

Im Bericht der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des F.____ vom 19. Dezember 2017 wurden die Diagnosen

Verdacht auf dissoziative Bewegungsstörungen (ICD-10: F44.4) und der Verdacht auf eine anhaltende Schmerzstörung gestellt. Dazu wurde in der diagnostischen Beurteilung festgehalten, dass sich beim 46jährigen Beschwerdeführer eine schmerzbedingte Einschränkung der Mobilität in Folge einer offenen lateralen Patellafraktur rechts von Anfang Juni 2017 bei Status nach Bursektomie bei Bursitis präpatellaris und anamnestisch fehlendem radiologischem Korrelat zeige. Es finde sich hierbei keine deutliche depressive Symptomatik, sondern Gereiztheit und schmerzbedingte Schlafstörungen. Formalgedanklich falle eine Beschleunigung auf, die sich auch in der Sprache und der unruhigen Psychomotorik widerspiegeln. Das Schmerzerleben sei hierbei anhaltender

Hauptfokus der Aufmerksamkeit des Beschwerdeführers. Die im psychiatrischen Gutachten vom 9. Dezember 2017 gestellten Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und dissoziativen Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4) würden die Beschwerden des Beschwerdeführers widerspiegeln (Urk. 6/48/199) . 3.5

Dem Bericht der Klinik für Traumatologie des F.____ vom 1. Februar 2018 ist zu entnehmen, dass bei persistierenden Beschwerden nach wiederholten Knieeingriffen am 9. Januar 2018 beim Beschwerdeführer eine Mobilisation des steifen Knies in Vollnarkose durchgeführt worden sei. In Vollnarkose habe problemlos eine Flexion von 90 Grad im Kniegelenk erreicht werden können. Zudem sei ein Schmerzkatheter eingelegt worden. Trotz dieser Schritte habe der Beschwerdeführer das Knie im Verlauf nicht ausreichend mobilisieren können. Auch die intensive Physiotherapie und Beübung des Knies seien ohne Erfolg geblieben. Dem Beschwerdeführer sei in seiner Landessprache erklärt worden, dass eine Beübung des Knies zum Erhalt der Funktion unabdingbar und für die Wiedereingliederung im Beruf notwendig sei. Die Beweglichkeit im Knie sei nachweislich bei ligamentärer Stabilität vorhanden. Nachdem weder bei der kreisärztlichen Untersuchung noch bei der Diagnostik im F.____ objektive Befunde, welche die Schmerzen und Bewegungseinschränkung erklären könnten, hätten ausgemacht werden können, möchte der Beschwerdeführer nun in der Klinik Hirslanden eine Zweitmeinung einholen (Urk. 6/48/245). 3.6

3.6 .1

Dr. A.____ berichtete zu seiner ersten Untersuchung des Beschwerdeführers vom 22. Januar 2018 unter anderem, dass eine Kniegelenksbeugung nicht möglich gewesen sei. Klinisch imponiere eine aktive Anspannung des (musculus) quadriiceps (femoris). Nach Unterlegen einer Rolle am distalen Oberschenkel bleibe das Kniegelenk gestreckt und in der Luft gehalten. Auch nach 5 Monaten (nach dem Unfall) zeige sich keine Beugung. Die präpatellären Schmerzen würden distal bis in die Grosszehe ausstrahlen. Die angegebene Schmerzausstrahlung passe klinisch nicht ganz zum Dermatome, sondern verlaufe linear von der Patella bis zur Grosszehe (Urk. 6/26/9). 3.6 .2

Alsdann hielt Dr. A.____

nach der MRI-Untersuchung vom 8. Februar 2018 fest, dass als Hauptbefund eine Patella baja imponiere. Das Ligamentum patellae stelle sich verkürzt und verdickt dar. Der Beschwerdeführer sei zur klinischen Untersuchung vom 8. Februar 2018 immer noch mit einem gestreckten Knie erschienen. Auch bei der heutigen Untersuchung könne das Kniegelenk mit Mühe maximal 10 Grad gebeugt werden. Aufgrund der Patella baja sei ein Beugedefizit gut erklärbar und liege möglicherweise auch vor. Die nahezu vollständige Beugeunfähigkeit mit gestrecktem respektive passiv maximal 10 Grad flektierbarem Kniegelenk sei jedoch nicht erklärbar (Urk. 6/26/10). 3.6 .3

Im Austrittsbericht vom 1. Juli 2018 zur Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 28. Juni bis 1. Juli 2018 im Spital I.____ führte Dr. A.____ die folgenden Diagnosen an (Urk. 6 / 48/128): - Kniesteife rechts bei schwerer Arthrofibrose - Status nach Kniegelenksverletzung rechts vom 2. Juni 2017 mit: - Primärer offener lateraler Patellafraktur mit Bursaeröffnung - Status nach Bursektomie am 24. Juni 2017 mit nachfolgender VAC-Behandlung - Sekundärer Wundverschluss Kniegelenk rechts am 18. Juni 2017 - Status nach Narkose-Mobilisation Kniegelenk rechts am 8. Januar 2018

Dazu führte Dr. A.____ unter anderem aus, dass am 8. Januar 2018 im F.____ eine Narkose-Mobilisation durchgeführt worden sei. Gemäss Operationsbericht sei eine Flexion von 90 Grad erreicht worden. Bereits am 22. Januar 2018, anlässlich einer Erstkonsultation, habe das Kniegelenk rechts nicht mehr gebeugt werden können. Es sei vorerst eine konservative Therapie erfolgt. Eine Erklärung für die Bewegungseinschränkung habe sich nicht gefunden. Ein MRI vom 8. Februar 2018 habe jedoch eine Patella baja mit einem verkürzten und verdickten Ligamentum patellae gezeigt. Da sich die Situation nicht gebessert habe und die Schmerzen eher zunehmend gewesen seien, habe sich der Beschwerdeführer für eine erneute Mobilisation in Narkose in Arthroskopie-Bereitschaft entschieden (Urk. 6 / 48/128). 3.6 .4

Während der Hospitalisation im Spital I.____ vom 6. bis 24. September 2018 wurde am 6. September 2018 eine offene Arthrolyse

des Kniegelenks rechts und am 20. September 2018 eine Mobilisation des Kniegelenks rechts in Narkose durchgeführt (Urk. 6/51/5). Dr. A.____ hielt im Austrittsbericht vom 24. September 2018 fest, dass sich der Verlauf schwierig gestaltet habe. Am Ende der Operation (gemeint ist diejenige vom 6. September 2018) habe sich eine Beweglichkeit von Flexion/Extension 90-0-0° gefunden. Bereits am 2. postoperativen Tag habe aber wieder eine Tendenz zu einer massiven Bewegungseinschränkung bestanden. Leider habe der Beschwerdeführer eine adäquate Schmerztherapie seit dem 1. postoperativen Tag verweigert. Bereits präoperativ sei die Installation eines Periduralkatheters geplant gewesen, um eine adäquate postoperative Schmerztherapie zu garantieren. Dies habe der Beschwerdeführer bereits kurz vor der Operation abgelehnt. Er habe zunächst den Verlauf abwarten wollen. Während der ganzen Hospitalisation habe er über massive Schmerzen (VAS 9-10!) geklagt. Diese Schmerzen hätten trotz Ausschöpfung einer maximalen intravenösen und peroralen Schmerztherapie persistiert. Er (Dr. A.____) und die zuständigen Anästhesie-Ärzte hätten mit dem Beschwerdeführer wiederholte Gespräche mit der dringenden Empfehlung einer

Periduralanästhesie

geführt (Urk. 6/51/5). Der Beschwerdeführer habe dies aber leider bis zum Austritt abgelehnt. Er sei auch darüber informiert worden, dass das postoperative Resultat ohne diese Therapie nicht im erwarteten Rahmen sein werde. 14 Tage postoperativ habe sich dann eine Restbeweglichkeit von Flexion/Extension von 30-0-0° gezeigt. Aus diesem Grund sei dem Beschwerdeführer nochmals die geschlossene Mobilisation des Kniegelenks in einer Kurznarkose empfohlen worden. Damit sei er einverstanden gewesen. In einer Kurznarkose habe dann erneut eine Kniegelenksflexion von knapp 90 Grad erreicht werden können. Auch nach der 2.

Intervention sei dringend die Periduralanästhesie empfohlen worden. Der Beschwerdeführer habe diese Massnahme bis zum Spitalaustritt konsequent abgelehnt. Die postoperative Röntgenkontrolle habe eine korrekt durchgeführte Osteotomie mit korrekter Höhe der Patella und korrekter Implantatlage gezeigt (Urk. 6/51/5). 3.6.5

Im Verlaufsbericht vom 18. März 2019 hielt Dr. A.____ fest, dass er aufgrund des fehlenden Verlaufs bei ungenügender Kooperation des Beschwerdeführers nicht beurteilen könne, in welchem zeitlichen Umfang (in Std./Tag) dieser die bisherige beziehungsweise eine angepasste Tätigkeit ausüben könne (Urk. 6/51/1). Dazu führte er in seinem Begleitschreiben vom 19. März 2019 aus, dass er die Fragen der Beschwerdegegnerin nur

beschränkt beantworten könne. Die Kooperation des Beschwerdeführers sei leider ungenügend. Er habe ihn letztmals anlässlich der Nahtentfernung am 4. Oktober 2018 ambulant gesehen (Urk. 6/51/4). 3.7

Dr. C. ____

stellte in ihrem Bericht vom 22. September 2018 die Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) mit/bei lateraler Patellarfraktur vom 2. Juni 2017 (Urk. 6/40/3).

Zu den Befunden hielt sie fest, dass der formelle Gedankengang des Beschwerdeführers beschleunigt, kohärent und stringent sowie auf seine Beschwerden und die Kränkung durch die behandelnden Ärzte eingengt sei. Der Beschwerdeführer werde laut ,

darauf müsse sie ihn immer wieder hinweisen. Er lasse sich aber ziemlich schnell beruhigen und auf ein Gespräch ein. Es bestehe eine pessimistische Grundstimmung. Der Beschwerdeführer sei misstrauisch, gereizt, dysphorisch und gekränkt. Der Antrieb sei erhalten. Er sei psychomotorisch unruhig, bleibe während der ganzen Sitzung in einer Position nach hinten angelehnt mit gestrecktem Bein, aber viel Mimik und Gestik. Der Beschwerdeführer wirke altersentsprechend. Seine Haare seien aber ganz weiss und kurz. Er sei sportlich angezogen und habe sehr gepflegte Hände, nicht wie bei einem körperlich tätigen Arbeiter (Urk. 6/40/3).

Zu den beim Beschwerdeführer bestehenden Funktionseinschränkungen hielt Dr. C. ____ fest, dass seine Flexibilität und Umstellungsfähigkeit leicht beeinträchtigt sei. Die Durchhaltefähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit sei mittelgradig beeinträchtigt (Urk. 6/40/4). Die familiären/

intimen Beziehungen seien leicht beeinträchtigt. Die Verkehrs- und Wegefähigkeit sei nur mit öffentlichen Verkehrsmitteln erhalten (Urk. 6/40/5). Zum Letzteren hielt Dr. C. ____ an anderer Stelle fest, dass es dem Beschwerdeführer aufgrund der «fehlenden Bewegungen im Knie» unmöglich sei, ein Fahrzeug zu lenken (Urk. 6/40/4).

Auf die Fragen, wie viele Stunden pro Tag dem Beschwerdeführer die bisherige oder eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar sei, antwortete Dr. C. ____ jeweils mit «0 Stunden» (Urk. 6/40/5).

In ihrer E-Mail-Nachricht vom 17. Juli 2019 führte Dr. C. ____ aus, dass der Beschwerdeführer nach wie vor in ambulanter psychiatrischer Behandlung in ihrer Praxis sei. Sie bescheinige auch die Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/62). 3.

E. 6

. Januar 2020 Einwand erhob (Urk. 6/74). Nach der Prüfung des Einwandes wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren von X. ____ mit Verfügung vom 24. März 2020 wie vor entschieden ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob X. ____ am 19. Mai 2020 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 24. März 2020 sei ihm mit Wirkung ab 1. Juni 2018 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur ergänzenden medizinischen Sachverhaltsabklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er, dass ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und in der Person von Rechtsanwältin Ursula Sintzel , Zürich, eine unentgeltliche Rechtsvertreterin zu bestellen sei (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerde antwort vom 2. Juli 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 5, unter Beilage der IV-Akten, Urk. 6/1-84), was dem Beschwerdeführer am 7. Juli 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.2

1.2.1

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 objektivierte Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.2.2

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). 1.2.3

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

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

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

E. 8

PD Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Suva Versicherungsmedizin, hielt in seiner orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 26. Oktober 2018 fest, dass sich der lokale Gelenkbefund, abgesehen von Druckschmerzhaftigkeit, durchgehend praktisch unauffällig und in orthopädisch-chirurgisch unerklärtem Widerspruch zu den vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden und Funktionseinbussen präsentierte. So habe sich bei der am 9. Januar 2018 im F.____ im Rahmen der Mobilisation vorgenommenen Untersuchung in Narkose gemäss Bericht «kein Hämarthros, keine Schwellung im Kniegelenk» gezeigt. Auch der am 22. Januar 2018 erstmalig konsultierte Dr. A.____ beschreibe ein «ergussfreies Kniegelenk» und habe als Hauptbefund eines am 8. Februar 2018 durchgeführten Kernspintomogramms eine Patella baja, mithin eine zu tief stehende Kniescheibe, erhoben. Dr. A.____ habe festgehalten, dass hier mit «ein Beugedefizit gut erklärbar» sei. Die ergänzend getroffene Aussage, «die nahezu vollständige Beugeunfähigkeit [...] ist jedoch nicht erklärbar» sei mit Nachdruck zu bestätigen (Urk. 6/48/57). Typische Folge von Vernarbungen im oberen Rezessus, wie es auch in vorliegendem Fall von Dr. A.____ beschrieben werde, sei demnach eine Patella alta, mithin ein pathologischer Hochstand der Kniescheibe und damit das Gegenteil einer Patella baja (Urk. 6/48/57-58). Eine Patella baja, ein Tiefstand, trete dagegen mit Vernarbungen unterhalb der Kniescheibe, im anterioren Intervall auf. Ein Zusammenhang einer Patella baja mit einer vornehmlich im oberen Rezessus ausgeprägten Arthrofibrose sei zwar nicht zwingend auszuschliessen, eine Patella baja als unfallkausale Ursache für einen Beugeverlust des Kniegelenks sei im vorliegenden Fall jedoch unwahrscheinlich (Urk. 6/48/58). 3.

E. 9

.3

Gemäss den Gutachtern ergaben sich bei den Untersuchungen diverse Inkonsistenzen. Das Verhalten des Beschwerdeführers sei aufmerksamkeitsuchend gewesen. Es habe eine Diskrepanz zwischen der Intensität seiner Schmerzangaben und seiner medikamentösen

Noncompliance bestanden. Die Angaben von Fühlstörungen hätten neurophysiologischerseits nicht objektiviert werden können. Gesamthaft hätten sich Hinweise auf eine Selbstlimitierung und einen sekundären Krankheitsgewinn gefunden (Urk. 6/63/81). 3.9. 4

Prof. Dr. D.____ hielt im psychiatrischen Teilgutachten zur Herleitung der psychiatrischen Diagnosen unter anderem fest, dass der Beschwerdeführer minime Auffälligkeiten bei subjektiven Angaben einer Hässigkeit und Ärgers infolge des Unfalls und Durchkreuzung seiner Lebenspläne geäußert habe. Bei der Untersuchung hätten keine affektiven Symptome bestanden, welche die Diagnose einer Depression gemäss den Kriterien des ICD-10 oder der DSM

Verechtfertigen würden. Aufgrund der Geringheit der hier objektivierbaren Psychopathologika seien auch die Kriterien einer Anpassungsstörung nicht gegeben. Diagnostisch sei von Anpassungsproblemen bei einer Störung des Stütz- und Bewegungsapparates auszugehen (ICD-10: Z 60.0). Die vom Beschwerdeführer bei der Untersuchung berichtete Schmerzintensität und der Affekt seien deutlichst

dysthym gewesen. Er habe sich aufmerksamkeitsuchend (grimmig zu Beginn der Exploration) verhalten. Die Rücksprache mit Dr. E.____

habe ergeben, dass der Schmerz in seiner Intensität durch die zu grundlegenden objektiven somatischen Befunde nicht abgebildet sei. Für eine Einflussnahme psychischer Faktoren im subjektiven Schmerzerleben des Beschwerdeführers spreche die angegebene hohe Intensität der Schmerzen. In den Akten sei mehrfach ein theatralisches Verhalten des Beschwerdeführers beschrieben worden. Für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren hätten jedoch keine Anhaltspunkte bestanden. Die Kriterien einer Störung nach ICD-10 : F45.41 seien nicht erfüllt gewesen. Einerseits seien die Beschwerden nicht im Zusammenhang mit psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren aufgetreten, andererseits würden diese Faktoren auch nicht das subjektive Schmerz erleben des Beschwerdeführers verstärken, was eindeutig gegen die Diagnose spreche. Die von der behandelnden Psychiaterin gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung könne nicht bestätigt werden. Der tatsächliche Leidensdruck des Beschwerdeführers sei zu hinterfragen, da in seinem Blutserum keines der angegebenen Analgetika nachweisbar gewesen sei (Urk. 6/63/76). In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung hielt Prof. Dr. D.____ in diesem Zusammenhang fest, er habe bei seiner Untersuchung keine Anpassungsstörung und keine Depression

diagnostizieren können. Die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung seien ebenfalls nicht erfüllt gewesen (Urk. 6/63/80).

Prof. Dr. D.____ hielt in seiner Herleitung der psychiatrischen Diagnosen so dann fest, dass von den

Ärztinnen des F.____ der Verdacht auf eine dissoziative Störung geäußert worden

sei. Diese Diagnose sei bei hoher Rentenbegehrlichkeit des Beschwerdeführers kritisch zu hinterfragen. Differentialdiagnostisch sei die Diagnose Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 : F68.0) zu benennen. Dabei komme es zu einem aufmerksamkeitsuchenden Verhalten der versicherten Person bei körperlichen Beschwerden beziehungsweise Beeinträchtigungen bei anhaltender Unzufriedenheit der Betroffenen über die Ergebnisse der Untersuchungen. Bei einigen Betroffenen scheine die

Möglichkeit, eine finanzielle Entschädigung nach Unfällen oder Verletzungen zu erhalten, eine Ursache der Störung zu sein (Urk. 6/63/77). In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung führte Prof. Dr. D.____ weiter aus, dass diagnostisch am ehesten von einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10:

F60.0) mit der Differentialdiagnose d dissoziative Störung (ICD-10: F44.4) auszu gehen sei. Für eine dissoziative Störung sei bisher kein psychodynamischer Hintergrund berichtet worden. Auch im hiesigen Untersuch lasse sich ein solcher bei unauffälliger neurosenbiografischer Anamnese nicht beschreiben. Eine Zweck intensio n des diesbezüglichen Verhaltens des Beschwerdeführers sei nicht auszu schliessen, wenn die finanziellen Versorgungswünsche des Beschwerde führers mitberücksichtigt würden (Urk. 6/63/80).

Der versicherungsmedizinischen Beurteilung von Prof. Dr. D.____ ist schliess lich zu entnehmen, dass in der ergebnisoffenen Beurteilung der Standard indi katoren keine nachhaltige Störung der Ich-Strukturen festgestellt werden könne. Aus psychisch en Gründen sei die soziale Teilhabe nicht wesentlich eingeschränkt. Die Schmerzen würden den Alltag des Beschwerdeführers nicht bestimmen. Er beschreibe vorhandene private Aktivitäten und pflege eine gewisse soziale Teil habe. Eine medikamentöse Compliance liege nicht vor. Eine krank heits immanente Unfähigkeit zur Therapieadhärenz könne indes nicht bescheinigt werden. Ge samthaft sei aus psychiatrischer Sicht kein nachhaltiger Gesund heits schaden zu beschreiben bei zu hinterfragendem Leidensdruck des Beschwerde führers. Die Überwindung der Beschwerden sei dem Beschwerdeführer bei negativen Standardindikatoren aus medizinischer Sicht auch in Abwägung der Ressourcen lage zumutbar. So verfüge der Beschwerdeführer über eine Berufs aus bildung. Er sei intelligent und spreche mehrere Sprachen. Er erfahre eine Unter stützung durch seine Familie und besitze zwei Mietshäuser (Urk. 6/63/81). 3.10

Dr. med. K.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin hielt in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 28. August 2019 fest, dass (Dr. E.____) dem Beschwerdeführer in der bisherigen/zuletzt ausgeübten Tätigkeit (als Lastwagenchauffeur) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 2. Juni 2017 durchgehend bis zumindest 4. Oktober 2018 attestiert habe. Unter Berück sich tigung der aktenkundigen Befunde und seiner gut 30-jährigen orthopädischen Berufserfahrung bestehe diese Arbeitsunfähigkeit überwiegend wahrscheinlich auch weiterhin und unbefristet (Urk. 6/65/7). 4 . 4.1

4.1.1

Gemäss dem Beschwerdeführer ist in psychiatrischer Hinsicht nicht auf die Ein schätzung des psychiatrischen Gutachters Prof. Dr. D.____ (Urk. 6/63) , sondern auf die Beurteilung des Suva- Konsiliarpsychiaters

Dr. G.____

vom 9.

Dezember 2017 (Urk. 3/3) abzustellen (E. 2.3). Laut Dr. G.____ besteht beim Beschwerde führer - nebst einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) - eine dis soziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4) mit einer praktisch aufgehobenen Fle xion im rechten Kniegelenk (Urk. 3/3 S. 19).

In seiner Beur teilung führte Dr.

G.____

aus, dass der Beschwerdeführer

im Jahr 1991 in die kroatische Armee eingezogen worden sei (Urk. 3/3 S. 14) . I m Kroatienkrieg habe er schwere Traumatisierungen erfahren (Urk. 3/3 S. 17) . Er habe miterleben müssen, wie Frauen und Kinder von serbischen Milizen auf teilweise brutalste Weise massakriert worden seien (Urk. 3/3 S. 14). Diese Traumatisierungen hätten damals aber nicht zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und überwiegend wahrscheinlich auch nicht zur Entwicklung einer erheblichen Persönlichkeitspathologie geführt. Im Vordergrund sei damals die Flucht des Beschwerdeführers nach Deutschland und die dortige Integration und Sozialisation gestanden . Erfahrungsgemäss würden derartige konkrete grosse Herausforderungen nicht selten die unmittelbare Entwicklung einer Traumafolgestörung verhindern. Dazu komme , dass der Beschwerdeführer über gute persönlichen Ressourcen verfüge, unter anderem über eine recht hohe Intelligenz und eine sehr grosse Arbeitsmotivation (Urk. 3/3 S. 17). Die von ihm festgestellten guten persönlichen Ressourcen des Beschwerdeführers zur Verarbeitung der Kriegserlebnisse lässt Dr.

G.____ dann aber unberücksichtigt, wenn er weiter ausführt , dass die lange Narbe der Burskertomie beim Beschwerdeführer auf der unbewussten Ebene Bilder von schwer Verletzten oder Toten (des Kroatienkrieges) reaktiviert habe und er seine Schmerzen über der rechten Patella

unbewusst mit Bomben vergleiche , was zu einer dissoziativen Störung mit einer praktisch vollständigen Unbeweglichkeit des rechten Kniegelenks geführt habe (Urk.

3/3 S.

17 -18) . Des Weiteren führte Dr. G.____ aus, es sei auffällig gewesen, dass die Schilderungen des chirurgischen Behandlungsverlaufes beim Beschwerdeführer von wesentlich mehr negativen Gefühlen begleitet würden als die Beschreibung anderer , eigentlich psychisch belastender Umstände , insbesondere die schweren Traumatisierungen im Krieg. Dr. G.____ erklärt dies mit einer «belle indifférence », welche bei dissoziativen Störungen recht typisch sei (Urk.

3/3 S. 13). Auch hier ging

Dr. G.____ aber nicht weiter auf die von ihm festgestellten guten persönlichen Ressourcen des Beschwerdeführers ein. An anderer Stelle hielt Dr. G.____ sodann fest, es sei bemerkenswert, dass der Beschwerdeführer nach seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 2013 für Serben gearbeitet habe, obwohl die vom Beschwerdeführer im Krieg erlebten Gräueltaten offenbar weitgehend von Serben ausgegangen seien (Urk. 3/3 S. 15). Anzuführen ist , dass der Beschwerdeführer auch seither den Kontakt zu Serben nicht gemieden

hat . Laut seinen Angaben bei der Untersuchung durch Prof. Dr.

D.____ und Dr. E.____ lebt er der Beschwerdeführer damals mit einem Serben zusammen (Urk. 5/63/98) und er besucht er

täglich eine serbische Kirche in L.____

(Urk. 5/63/64).

Dr. G.____ erklärt e in seiner Beurteilung nicht, weshalb der persönliche Kontakt zu Serben beim Beschwerdeführer

ohne Reaktivierung

der Kriegstraumen verlaufen sein soll, eine Operationsnarbe und Knie schmerzen dies aber zur Folge hatte. Seine Herleitung

der

dissoziativen Bewegungsstörung ist daher nicht schlüssig. Aus den genannten Gründen erweist sich die Beurteilung von Dr. G.____ als nicht überzeugend, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

Der Beschwerdeführer brachte in diesem Zusammenhang weiter vor, dass sich die Ärztinnen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des F.____

der Beurteilung von Dr. G.____ angeschlossen hätten (Urk.

1 S.

5).

Die Ärztinnen des F.____ stellten aber lediglich eine Verdachtsdiagnose.

Sie hielten weiter einzig

fest, dass die im psychiatrischen Gutachten vom 9.

Dezember 2017 gestellten Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und dissoziativen Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4) die Beschwerden des Beschwerdeführers widerspiegeln würden (Urk. 6/48/199). Sie machten dazu aber keine weiteren eigenen Ausführungen.

Es kommt hinzu, dass die Ärztinnen des F.____ den Beschwerdeführer einzig am 19.

Dezember 2017 untersuchten (Urk. 6/48/199). In der Folge wurde der Beschwerdeführer nach der Überweisung durch

das

F.____ - ab 18.

Januar 2018 durch

Dr. C.____ behandelt (Urk. 6/40/2, Urk.

6/48/200). Es ist bemerkenswert, dass Dr. C.____ in ihrem Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 22. September 2019 ihrerseits

keine dissoziative Bewegungsstörung diagnostizierte (vgl. 6/40/3). Die von Dr.

G.____

gestellte Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung wird von Dr. C.____ in ihrem Bericht nicht erwähnt, obwohl sie dessen Beurteilung in den ihr am 19. Januar 2018 (Urk. 6/48/262) zugestellten Suva-Akten nachlesen konnte. Von der von den Ärztinnen des F.____ gestellten Verdachtsdiagnose hatte sie sodann aufgrund der gemeinsamen Fallbesprechung vor dem Behandlungsbeginn Kenntnis (vgl. Urk. 6/48/201).

Sie diagnostizierte aber auch keinen Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung. Die Tatsache, dass Dr. C.____ nach einem längeren Beobachtungszeitraum keine dissoziative Bewegungsstörung diagnostizierte, spricht ebenfalls gegen den Beweiswert der Beurteilung von Dr.

G.____

vom 9. Dezember 2017 (Urk. 3/3). Ebenso wenig hielt Dr. C.____ fest, dass wegen einer dissoziativen Bewegungsstörung eine Therapie durchgeführt worden und wie diese verlaufen sei (vgl. Urk. 6/40).

Die Unmöglichkeit das Knie zu beugen, stellt grundsätzlich eine erhebliche körperliche Einschränkung dar. Angesichts dessen ist unverständlich, dass nicht zumindest versucht wurde, die laut Dr.

G.____ dafür verantwortliche dissoziative Bewegungsstörung therapeutisch anzugehen. Aufgrund des Berichtes von Dr. C.____ vom 22. September 2018 muss aber davon ausgegangen werden, dass bislang keine solche Therapie durchgeführt wurde. Die Berichte der Ärztinnen des F.____ und derjenige von Dr. C.____ bestätigen die Beurteilung von Dr. G.____ somit nicht. 4.1. 2

Prof. Dr. D.____ standen die IV-Akten zu Verfügung (vgl. Urk. 6/63/23 -57). Mit der Beurteilung des Suva-Konsiliarpsychiaters Dr. G.____ setzte sich Prof. Dr. D.____ in seinem Gutachten aber nicht auseinander (vgl. Urk. 6/63). Den IV-Akten ist diesbezüglich zu entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin zunächst die Suva-Akten bis 22. November 2017 in das IV-Dossier aufnahm (Urk. 6/1). Danach erhielt sie von der Suva die Verfügung vom 16. Januar 2018, mit welcher die se ihre Ver sicherungs leistun gen per 28. Februar 2018 einstellte, aber ohne die weiteren Suva-Akten bis zu dieser Verfügung (Urk. 6/16). In der Folge wurden der Beschwerdegegnerin die Suva-Akten ab 19. Januar 2018 (Urk. 6/48) zuge stellt. Dies ist der Grund, weshalb die Beurteilung von Dr. G.____ vom 9. Dezember 2017 im Zuge der Abklärungen durch die Beschwerdegegnerin keinen Eingang in die IV-Akten fand. Prof. Dr. D.____

hatte aber Kenntnis vom Bericht der Ärztinnen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des F.____ vom 19. Dezember 2017, in welchem ein psychiatrisches Gutachten vom 9. Dezember 2017 erwähnt wurde (Urk. 6/63/31). Ob dies Prof. Dr. D.____ hätte veranlassen sollen, dieses von sich aus beizuziehen, kann hier offenbleiben. Weil die von Dr. G.____

gestellten Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4) im Bericht der Klinik der Psychiatrie und Psychotherapie des F.____ vom 19. Dezember 2017 wiedergegeben wurde (Urk. 6/48/199) und die Ärztinnen des

F.____

ihrerseits einen Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4) diagnostizierten, hat sich Prof. Dr. D.____

in seinem Gutachten mit der Diagnose dissoziative Bewegungsstörung auseinandergesetzt (Urk. 6/63/80). Er hielt dazu fest, dass die Diagnose Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4)

bei hoher Rentenbegehrlichkeit des Beschwerdeführers kritisch zu hinterfragen sei (Urk. 6/63/77) und nannte sie unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

des Beschwerdeführers (Urk. 6/63/10). Die andere Beurteilung von Dr. G.____ vom 9. Dezember 2017 (Urk. 3/3)

vermag nach dem hiervor Aus geführten (E. 4.1. 1) nicht zu überzeugen. Es kann daher auf die Beurteilung von Prof. Dr. D.____ abgestellt werden. Demnach besteht höchstens ein Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4) , was noch keine Arbeits un fähigkeit aufgrund einer psychischen Störung zu begründen vermag (vgl. E. 1.2.1). 4.1. 3 Der Beschwerdeführer hat noch weitere Einwendungen gegen das psychiatrische Gutachten von Prof. Dr. D.____ erhoben. So macht e er geltend, Prof. Dr. D.____

habe seine Lebensumstände nicht richtig erfasst (Urk. 1 S. 6) . Die Darstellung des Beschwerde führers seiner fehlenden Beschäftigung und seines fast vollständigen sozialen Rückzugs (Urk. 1 S. 6) steht indessen nicht nur im Widerspruch zu den Angaben im Gutachten von Prof. Dr. D.____ vom 25. Juli 2019 (Urk. 6/ 63/64-65) , sondern auch zu denjenigen in der Beurteilung von Dr. G.____

vom 9. Dezember 2017 (Urk. 3/3 S. 11) und im Bericht der Ärztinnen des F.____ vom 19. Dezember 2017

(Urk. 6/48/201) .

Exemplarisch ist hier zu nennen, dass der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren behauptete, dass der Kontakt zu seiner Familie seit über 20 Jahren unterbrochen sei , weshalb es von dieser Seite her

keine Unterstützung gebe (Urk. 1 S. 6) . Im Erstgespräch in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des F.____ vom 19. Dezember 2017 gab er aber an, dass die fast täglichen Telefonate mit der Familie ihm den Umgang mit seinen Beschwerden erleichtern würden (Urk. 6/48/201). Prof. Dr. D.____ hat sodann eine ausführliche Familien- und Sozialanamnese erhoben (Urk.

6/63/58-60). Dr. G.____ führte aus , dass die erhebliche psychische Belastung durch den Tod seiner beiden älteren Brüder vor seiner eigenen Geburt wahrscheinlich dazu geführt habe, dass sich der Beschwerdeführer nie auf eine Partnerschaft mit einer Frau sowie eine Familiengründung eingelassen habe (Urk. 3/3 S. 17).

Entgegen der vom Beschwerdeführer offenbar vertretenen Ansicht (Urk. 1 S.

6) ,

lässt sich daraus noch keine psychische Störung mit Auswirkungen auf die hier zu beurteilende Arbeitsfähigkeit ableiten. 4.1.4

Die Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen somit keine Zweifel am psychiatrischen Teilgutachten von Prof. Dr. D.____ zu begründen. Auf die Nichtberücksichtigung der Beurteilung von Dr. G.____ vom 9. Dezember 2017 (Urk. 3/3) durch Prof. Dr. D.____ wurde bereits eingegangen. Es wurde ebenfalls ausgeführt, weshalb dies den Beweiswert des Gutachtens von Prof. Dr. D.____ nicht schmälert (E. 4.1.2). Im Übrigen erfüllt seine Expertise die von der Rechtsprechung an den Beweiswert eines Arztberichtes gestellten Anforderungen (E. 1.5.1) . 4.2 4.2.1

Das orthopädisch- traumatologische Fachgutachten von Dr. E.____ stützt sich ebenfalls auf die IV-Akten (Urk. 6/63/93 , Urk. 6/63/100-102) , wobei hier keine wesentlichen Vorakten

fehlen (vgl. Urk. 6/63/24-57, Urk. 6/63/100-102) . Dr.

E.____ befragte den Beschwerdeführer sodann zu seinen Beschwerden (Urk. 6/63/94-99). Die Befunde seiner eigenen klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers gab Dr. E.____ in seinem Gutachten detailliert wieder (Urk. 8/63/108-125). Dr. E.____ hielt aber fest, dass der Beschwerdeführer eine passive Überprüfung de s Bewegungsausmasses des rechten Kniegelenks unter Angabe einer hierbei befürchteten Exazerbation der Schmerzsymptomatik verweigert habe (Urk. 8/63/122) . Anzufü g en ist, dass die von Dr. E.____

veranlasste Rönt genuntersuchung in der Radiologie M.____

ebenfalls nicht durchgeführt werden konnte, weil der Beschwerdeführer seinen dortigen Termin nicht wahr genommen hat (Urk. 8/63/132).

Dr. E.____

führte aus , dass ihm eine Beurteilung des rechten Kniegelenks im Rahmen seiner Untersuchung nicht möglich gewesen sei, weil der Beschwerde führer eine passive Untersuchung der Bewegungsmasse verweigert habe. Es sei ihm daher nicht möglich eine valide Aussage zu treffen, ob beim Beschwerde f ührer tatsächlich eine Ankylose (= vollständige Gelenksteife) des rechten Kniegelenks vorliege und inwiefern sich eine solche auf die Arbeits fähigkeit des Beschwerdeführers auswirke (Urk. 8/63/134).

Eine Ankylose lässt sich aufgrund der vorliegenden Akten ausschliessen. Wie später bei der Untersuchung von Dr. E.____ , hat der Beschwerdeführer bereits bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 13. November

2017 aus Angst vor Schmerzen

die Ü ber prüfung des Bewegungsausmasses im rechten Kniegelenk verweigert (Urk. 6/1/100) . In der in der Folge im F.____

durchgeführten Mobilisa tion des Knies in Vollnarkose konnte laut den Ärztinnen und Ärzten des F.____

dann aber problemlos eine Flexion von 90 Gra d im Kniegelenk erreicht werden (Urk. 6/48/245) . Bei den von Dr. A.____ am 6. und 2 0. September 2018 durcge führten Kniegelenksmobilisationen zeigte sich ebenfalls eine Knie gelenksflexion von 90 Grad beziehungsweise knapp 90 Grad (Urk. 6/51/5). Gemäss diesen Be funden liegt somit keine G e lenkssteife vor.

Dr. E.____ hatte Kenntnis von diesen Befunden (Urk. 6/63/129-140) und konnte sie mithin in seine Beurteilung einbe ziehen. 4.2.2

Der Beschwerdeführer hat die Frage aufgeworfen, ob seine ablehnende Haltung gegenüber den Untersuchungshandlungen mit einem psychischen Leiden erklärt werden könne (Urk. 1 S. 3-4). Er verwies sodann auf die von Dr. G.____ dia gnostizierte dis so zia tive Bewegungs störung (Urk. 1 S. 4). Es ist vorstehend bereits ausgeführt worden, weshalb auf die Beurteilung von Dr. G.____ nicht abgestellt werden kann (E. 4.1.1). Zur Frage nach einem allfälligen anderen psychischen Leiden ist festzuhalten, dass der Psychiater Prof. Dr. D.____ den Beschwer de führer am selben Tag wie Dr. E.____ untersucht hat (Urk. 6/63/2). Prof. Dr. D.____ hat festgehalten, dass beim Beschwerdeführer keine Störungen von Krankheitswert vorliegen, die zu nachhaltigen handicapierenden Fähigkeitsstö rungen

führen würden (Urk. 6/63/82). Gemäss Prof. Dr. D.____ lagen im Untersuchungszeitpunkt keine quantitative oder qualitative Bewusstseinsstörung, keine Gedächtnisstörungen und keine Störungen der Aufmerksamkeit, des Denkens und der Affektivität vor (Urk. 6/63/68-69). Es fanden sich auch keine Hinweise auf eine Persönlichkeits akzentuierung oder -störung (Urk. 6/63/70). Laut Dr. E.____ wirkte der Beschwerdeführer beim Untersuchungsgespräch sehr nervös. Er habe im Rahmen dessen jedoch alle er wünschten anamnestischen Auskünfte gegeben und sei ihm gegenüber freundlich zu gewandt gewesen. Die Schilderungen des aktuellen Beschwerdebildes sei detail liert erfolgt (Urk. 6/63/106). Es finden sich somit keine Anhaltspunkte dafür, dass die Fähigkeit des Beschwerdeführers, sich am 9. Juli 2019 der Untersuchung durch Dr. E.____ zu unterziehen , in psy chi scher Hinsicht ein geschränkt gewesen sein könnte. 4.2.3

Des Weiteren ist der vom Beschwerdeführer gezogene Schluss, die Aussage von Dr. E.____ bezüglich fehlender Beurteilbarkeit wegen Untersuchungsver we i gerung

wäre nur na ch der Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfah rens im Sinne von Art. 43 Abs. 3 ATSG zulässig gewesen (Urk. 1 S. 5) , un zu tref fend . Dem Beschwerdeführer ist nicht in erster Linie eine qualifizierte Verletzung der Mitwirkungspflicht vorzuwerfen , denn er hat die Teilnahme an der Be gutach tung nicht verweigert . Nach Abschluss der Begutachtung ist kein Mahn- und Bedenk zeitverfahren mehr durchzuführen . Eine nachträgliche Abmahnung macht bei einer solchen Konstellation keinen Sinn (Urteil e

des Bundesgerichts 8C_209/2015 vom 17. August 2015 E. 6.3.3 und 9C_104/2019 vom 27. Juni 2019 E. 4.1 mit Hinweis). 4.2.4

Dr. E.____ verwies schliesslich auch auf die zahlreichen Inkonsistenzen. Dazu gehörte laut Dr. E.____ insbesondere, dass die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerz medikamente de facto i n seinem Blut nicht nachweisbar gewesen waren beziehungsweise 10-fach unterhalb des Wirkspiegels lagen. Der Gutachter führte dazu aus, dass dies nicht mit «rapid cycling » erklärt werden könne (Urk. 6/ 63/147). Er meinte damit den schnellen Abbau des Medikamenten wirk stoffs im Blut. Aufgrund dieser Ausführungen von Dr. E.____ kann der Be schwerdeführer aus seinem Vorbringen, wonach er die Medikamente früh morgens eingenommen habe und sie bei der Blutentnahme im Rahmen der Unter su chungen durch Dr. E.____ und Prof Dr. D.____ in seinem Blut bereits wieder abgebaut gewesen sein muss t en (Urk. 1 S. 5) , nichts zu seinen Gunsten ableiten.

Dr. E.____ hat dies in Betracht gezogen und verworfen. 4.2.5

Die Vorbringen des Beschwerdeführers begründen somit auch keine Zweifel am Gutachten von Dr. E.____ . 4.3

Weil die Gesamtbeurteilung der Gutachter ebenfalls überzeugt , kann auf ihre Expertise abgestellt werden. Der Beschwerdeführer ist demnach in einer leidens angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (E. 3.9.2) .

5.

Beim Einkommensvergleich de r Beschwerdegegnerin (Valideneinkommen : Fr. 63'566 .45, Invalideneinkommen: Fr. 60'665.36) resultierte eine Erwerbsein busse von Fr. 2'901.09 beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von 5 % (Urk. 6/71 /1). Dieser Einkommensvergleich gibt zu k einen Beanstandungen Anlass und ist vom Beschwerdeführer nicht gerügt worden.

Bei einem Invaliditätsgrad von 5 % besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (E.

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