

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00262 vom 12. November 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-11-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00262

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00262 du 12 novembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00262 del 12 novembre 2021

Erwägungen

E. 1

1. April 2008 (Ein gangdatum) unter Hinweis auf Schmerzen im Fuss nach einem Unfall beim Fussballspielen bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 10/1). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und holte das internistisch-rheumatologische und psychiatrische Gutachten vom 20. Januar 2009 ein (Urk. 10/18; vgl. auch Urk. 10/14). Die IV-Stelle initiierte daraufhin eine Berufsberatung für Jugendliche, welche noch nicht in einem Lehr- oder Arbeitsverhältnis standen und schloss diese mit Mitteilung vom 12. April 2010 ab (Urk. 10/30; vgl. Verlaufsprotokoll vom 12. April 2010, Urk. 10/31). Mit Verfügung vom 14. Oktober 2010 wurde dem Beschwerdeführer ab dem 1. März 2008 (Vollendung des 18. Altersjahres) eine ganze Rente zugesprochen, da er aus gesundheitlichen Gründen keine Ausbildung absolvieren können und voll eingeschränkt sei in der Erwerbsfähigkeit (Urk. 10/41; Verfügungsteil 2, Urk. 10/36).

In der von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision im Jahr 2011 (Revisionsfragebogen vom 4. März 2011, Urk. 10/42) holte die IV-Stelle wiederum ein interdisziplinäres Gutachten ein (Gutachten vom 23. Januar 2012 , Urk. 10/54) und bestätigte die bisherige Rente (Mitteilung vom 8. Februar 2012, Urk. 10/56).

Die IV-Stelle leitete im Jahr 2017 erneut eine Rentenrevision ein (Revisionsfragebogen vom 3. April 2017, Urk. 10/59) , tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und holte das interdisziplinäre Gutachten der Y.____ vom 13. März 2018 ein (Urk. 10/80). In der Folge erteilte sie Kostengutsprache für eine Potenzialabklärung bei der Z.____ vom 19. November bis zum 14. Dezember 2018 (Urk. 10/88) und stellte daraufhin die Berufsberatung ein, da Eingliederungsmassnahmen nicht angezeigt seien (Urk. 10/99). Nachdem die IV-Stelle der Y.____ Zusatzfragen zu den Ergebnissen der Potenzialabklärung bei der Z.____ gestellt hatte (Urk. 10/101/13

ff.) , holte sie das neuropsychologische Gutachten vom 22. Juli 2020 sowie eine abschliessende psychiatrische Stellungnahme vom 2. Oktober 2020 bei der Y.____ ein (Urk. 10/118, Urk. 10/121). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 22. Oktober

2020, Urk. 10/124; Einwand vom 20. November 2020, Urk. 10/128; ergänzende Einwandbegründung vom 23. Februar 2021, Urk. 10/136) stellte die IV-Stelle die Rente mit Verfügung vom 10. März 2021 auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats ein (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 26. April 2021 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zwecks stationärer Begutachtung zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um öffentliche Verhandlung sowie Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung von Rechtsanwalt Markus Loher als unentgeltlichen Rechtsbeistand (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 4. Juni 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 10/1-139) sowie die Abweisung des Antrags auf öffentliche Verhandlung, eventualiter das Freistellen der Teilnahme an der Verhandlung. Mit Verfügung vom 14. Juni 2021 wurde der Beschwerdeführer hierüber in Kenntnis gesetzt (Urk. 11).

Mit Schreiben vom 20. September 2021 wurden die Parteien zur Hauptverhandlung am 9. Oktober 2021 vorgeladen, wobei der Beschwerdegegnerin das Erscheinen freigestellt wurde (Urk. 13). Die Beschwerdegegnerin teilte am 4. Oktober 2021 den Verzicht auf das Erscheinen an der Hauptverhandlung mit, worüber der Beschwerdeführer am 11. Oktober 2021 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 16). Anlässlich der Hauptverhandlung hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 17/1; Protokoll Hauptverhandlung). Mit Eingabe vom 27. Oktober 2021 reichte der Beschwerdeführer die Unterstützungsbestätigung der Stadt Zürich sowie weitere Unterlagen ein und nahm erneut Stellung (Urk. 18 und Urk. 19/1-4).

E. 2.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 2.2

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

E. 2.3.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich 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, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.3.2

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).

E. 2.4

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. 3

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1).

E. 3.1

Die letzte materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs erfolgte anlässlich der Rentenrevision in den Jahren 2011/2012 (vgl. Urk. 10/45 und Urk. 10/55). Massgeblicher Vergleichszeitpunkt bildet somit die Mitteilung vom 8. Februar 2012 (Urk. 10/56).

Aus medizinischer Sicht lag dieser Mitteilung das psychiatrisch-rheumatologische Gutachten der Klinik C. ___ vom 23. Januar 2012 zugrunde (Urk. 10/54).

Die Gutachter notierten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/54/10): - Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit unreifen und passiv aggressiven Zügen (ICD-10 F61.0) - CRPS I nach Kontusio des linken oberen Sprunggelenks am 1. März 2008 mit - geringen Verbesserungen gegenüber der Voruntersuchung 09/2009 - jetzt fehlender Glanz der Haut im Knöchelbereich links - jetzt symmetrischer minimaler Fuss-Knöchelumfang, damals Differenz von 0.5 cm - jedoch Zunahme der Differenz des maximalen Wadenumfangs, am ehesten im Rahmen eines lang andauernden Mindergebrauchs des linken Fusses durch lang andauernden Stockeinsatz

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierten sie (1) einen Nikotinabusus (ICD-10 F17.1), (2) Adipositas Grad I mit Gewichtszunahme von 16.3 kg seit September 2008, (3) Vitamin D-Mangel (44

nmol/l).

Die Gutachter konstatierten, dass der Beschwerdeführer bisher keiner geregelten Tätigkeit nachgegangen sei und auch keine Ausbildung absolviert habe. Auf grund der bestehenden Persönlichkeitsproblematik sei der Beschwerdeführer in Tätigkeiten oder Ausbildung des ersten Arbeitsmarktes nicht einsetzbar.

In einer adaptierten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht aktuell eine massiv eingeschränkte Leistungsfähigkeit bezüglich Ausbildungs- und Arbeitsfähigkeit. Eine berufliche Integration werde er in absehbarer Zeit nicht bewältigen können. Aus rheumatologischer Sicht sei er in einer adaptierten Tätigkeit nie über längere Zeit arbeitsunfähig gewesen (Urk. 10/54/11).

E. 3.2

Die Gutachter der Y.____ nahmen am 27. März 2019 Stellung zu den Abklärungen und Berichten der Z.____ (Urk. 10/101/13 ff.) . Sie konstatierten, dass aus rheumatologischer Sicht eine residuelle Parese nach vorgelegtem CRPS objektiviert worden sei. In ihrem Gutachten habe sich das Bild einer Selbstlimitierung mit einem möglich erweise auch unbewussten sekundären Krankheitsgewinn gezeigt , insofern erstaunten die Abklärungsergebnisse nicht. Der Beschwerdeführer solle nach Möglichkeit im Arbeitsprozess gehalten werden.

Aus psychiatrischer Sicht seien die Leistungsergebnisse ebenfalls nicht kompensibel. Sie hätten bei der Begutachtung vor einem Jahr einen Beschwerdeführer gesehen ohne jegliche Psychopharmakotherapie, ohne jegliche Psychotherapie, ohne jegliche Soziotherapie, der überhaupt keine psychiatrischen Angebote in Anspruch genommen habe zum Zeitpunkt der Begutachtung und in dem rezenten Zeitraum zuvor, sodass kein Schweregrad eines

psychiatrischen Leidens abgeleitet werden können . Es seien psychiatrische Berichte vorgelegen , die insbesondere Impulsivität und Unreife darstellten, die sie als rückläufig hätten beschreiben können , was der Beschwerdeführer selbst bestätigt habe. Er habe auch bestätigt, dass kein Leidensdruck bestünde und er auch deswegen keine therapeutischen Angebote in Anspruch genommen habe. Trotz Provokationsmanövern hätten sie keine eindeutigen Impulsdurchbrüche oder Ähnliches generieren können , sodass an den vormaligen Verdacht einer Persönlichkeitsstörung, besonders einer Persönlichkeitsstörung mit Verlusten der Impulskontrolle, nicht festgehalten werden könne. Dies werde im Übrigen auch bestätigt im aktuell vorliegenden Abklärungsbericht von Z.____ , die ihm ein hohes Engagement und hohe Zuverlässigkeit und Anpassungsfähigkeit zuschrieben. Der Beschwerdeführer habe ein hohes Aktivitätsniveau in allen vergleichbaren Lebensbereichen aufgewiesen : Alleiniges Reisen durch die Schweiz, Übernachten alleine im Hotel, Aufenthalt in Italien, Einkaufen in Deutschland, Pflegen von Kontakten etc. Insofern hätten sie auch innerhalb der Untersuchungssituation nicht auf eine relevante Intelligenzstörung geschlossen . Zusammenfassend hätten sie kein typisches Störungsbild in den Bereichen F1 bis F9 der ICD-10 identifizieren können , was zunächst einmal durchaus kompatibel sei mit den vorliegenden Abklärungsergebnissen. Andererseits würden im Bericht von Z.____ klare Einschränkungen beschrieben, insbesondere auch Ermüdungserscheinungen mit fortschreitender Zeit, aber auch intellektuelle Defizite.

Die Abklärungsergebnisse von Z.____ seien für sie schlüssig und könnten einen Hinweis ergeben auf eine leichte Intelligenzminderung. Dies könnte die Integrationsfähigkeit tatsächlich entscheidend limitieren. Entsprechend empfehlen sie eine fachgerechte

neuropsychologische Abklärung. Sie wiesen darauf hin, dass der dem Gutachten zugrundeliegenden Aktenlage die jetzt gewonnenen Erkenntnisse noch nicht zugrunde gelegen hätten und möglicherweise durch das hohe Funktionsniveau des Beschwerdeführers überdeckt worden seien. Letzteres könne durchaus als Ressource verstanden werden. Dennoch sähen sie die Notwendigkeit, die im Gutachten getroffenen Aussagen unter Bezug aktueller Erkenntnisse ergebnisoffen anzupassen.

E. 3.2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 10. März 2021 (Urk. 2) im Wesentlichen auf das Gutachten der Y.____ vom 13. März 2018 sowie die entsprechenden Ergänzungen ab. Darin werden die bis zur Begutachtung des Beschwerdeführers aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst (Urk. 10/80/8 ff.), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen.

Dr. B.____ und Dr. med. D.____, Fachärztin für Innere Medizin, hielten in der Konsensbeurteilung folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 10/80/17): - Residuelles, mässig ausgeprägtes CRPS 2007 bis ca. 2010 (ICD-10 M89.07) - residuelle funktionelle Parese des linken Beines mit Schwerpunkt mässiger funktioneller Parese des linken Fusses

Als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten sie (1) eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54) und (2) auffällige Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73).

Aus somatischer Sicht sei festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer im März 2007 beim Fussballspielen eine Distorsion des linken Fusses zugezogen habe. Nachfolgend habe sich ein Chronisches Regional Pain Syndrom (CRPS) entwickelt. Therapeutische Massnahmen seien ohne Erfolg gewesen und man könne von einer leichten bis mässiggradigen chronischen Beschwerdesituation ausgehen. In der aktuellen klinischen Untersuchung zeigen sich Verfärbungen des linken Fusses und eine Muskelatrophie der gesamten linken unteren Extremität. In den Vorberichten seien weitere mögliche morphologische Kriterien aufgeführt worden, wie beispielsweise die Krallenstellung der Zehen. Diese könnten jedoch nicht als diagnostisch herangezogen werden, da sie auch auf der rechten Seite vorliegen. Differenzialdiagnostisch müsse insgesamt auch eine funktionelle Lähmung/ Parese angenommen werden, folglich müsse nicht zwingend eine irreversible und vollständige Invalidisierung durch das CRPS Stadium vorliegen. Dies könne aus der nur

geringeren Muskelatrophie der linken unteren Extremität sowie der verbleibenden Muskulatur angenommen werden. Unklar bleibe, wie stark der linke Fuss tatsächlich auch belastet werde. Auf diese Erklärung stützend habe die aktive Teilnahme

an der Physiotherapie gemäss Aussage des Beschwerdeführers bis ins Jahr 2016 stattgefunden. Insgesamt müsse erwähnt werden, dass ein irreversibles Stadium des CRPS selten sei und insbesondere auch deutlich mehr Atrophiestrukturen aufweise. Insgesamt sei die Prognose meist günstig in den Vorstadien, was somit vorliegen dürfte, zudem erscheine die Schmerzsituation eigentlich kontrolliert. Dass sich ein CRPS nach dem Trauma 2007 entwickelt habe, sei nicht bestritten, aktuell zeige sich hingegen das Bild einer Selbstlimitierung mit einem möglicherweise auch unbewussten sekundären Krankheitsgewinn.

Aus psychiatrischer Sicht können attestiert werden, dass die vormalig beschriebene depressive Symptomatik nicht mehr nachweisbar sei. Es werde festgehalten, dass im psychiatrischen Gutachten mit interdisziplinärer Zusammenfassung (psychiatrisch und rheumatologisch) vom 23. Januar 2012, Klinik C.____, das Beck-Depression-Inventar benutzt worden sei, was keine Testpsychologie im engeren Sinne sei, da es sich um eine Selbstbeurteilungsskala handle. Allerdings sei auch seinerzeit eine nur schwache depressive Symptomatik diagnostiziert worden. Der Beschwerdeführer habe im Rahmen des Verletzungsverlaufes keinen Anschluss an eine reguläre Ausbildung entwickelt, keinen Beruf erlernt und befinde sich in der Rolle eines Frührentners und weise dadurch eine gewisse Zufriedenheit auf. Psychische Gründe für seine fehlende Arbeitstätigkeit nehme er für sich nicht in Anspruch, insgesamt entstehe aber durchaus der Eindruck einer Selbstlimitierung, dass nämlich der Beschwerdeführer nicht bis an die Leistungsgrenzen gehe, wie ihm dies zumindest nach seiner psychischen Grundverfassung her möglich wäre. Nach Jahren der Nicht-Teilnahme am Arbeitsmarkt lägen auch Phänomene wie eine Dekonditionierung vor, darüber hinaus eine Habituation (keine Entwöhnung von den Gehstützen). Dabei verharre der Beschwerdeführer in der Krankenrolle. Bezüglich der Krankheitsentwicklung, insbesondere mit dem Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit unreifen und passiv aggressiven Zügen, können ein deutlicher Syndrom-Rückgang beschrieben werden. Aktuell können ein guter, adäquater affektiver Rapport hergestellt werden, entgegen dem psychiatrischen Gutachten mit interdisziplinärer Zusammenfassung vom 23. Januar 2012,

der Klinik C.____, wo eine «Abwesenheit» beschrieben worden sei. Dies können so anamnestisch und auch in der direkten Begegnung nicht mehr gesehen werden. Somit müsste auch angenommen werden, dass in den letzten 5 Jahren ein erhebliches Mass an Nachreifung eingetreten sei und sich somit die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht mehr begründen lasse. Allenfalls ließen sich auffällige Persönlichkeitszüge beschreiben (erhöhte Impulsivität und gewisse Unreife).

Gesamtmedizinisch können der Status nach CRPS im Jahr 2007 bis ins Jahr 2010 bestätigt werden, dies insbesondere gestützt auf die anamnestische Erhebung und die Dokumentation. Zwischenzeitlich habe sich bis dato eine deutliche Verbesserung der Symptomatologie

psychisch und physisch eingestellt. Die Partizipation im Alltag sei gegeben und somit können eine Arbeitsleistung auch gefordert werden.

Aus rheumatologischer Sicht bestehe für eine mittelschwere bis schwere Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit, begründet durch Limitierung des Stehens, des Gehens sowie des Gewichtetragens und der damit verbundenen Schmerzen.

In einer leichten dominant sitzenden Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei die langjährige Nichtteilnahme an einer Erwerbsbiographie möglicherweise mit verpasstem Zeitfenster eine Hürde. Insgesamt ergäben sich keine klaren psychiatrischen Notwendigkeiten bezüglich einer Verweistätigkeit. Grundsätzlich liege kein psychiatrisches Krankheitsbild vor, was mit einer dauerhaften Einbusse von qualitativer oder quantitativer Arbeitsfähigkeit einhergehen würde. Somit könne aus psychiatrischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Es sei ein sinnvolles Arbeitstraining durchzuführen (Urk. 10/80/21 f.).

E. 3.3

Infolgedessen untersuchte Lic. phil. A.____, Neuropsychologin FSP, den Beschwerdeführer. In seinem Gutachten vom 22. Juli 2020 notierte er keine neuropsychologischen Diagnosen (Urk. 10/118/19). Der Beschwerdeführer sei in der Schweiz geboren. Gemäss seinen Angaben seien die Geburt und die frühe Kindheitsentwicklung unauffällig gewesen. Er habe die Primarschule besucht, gemäss seinen Angaben ab der zweiten Klasse in einer Kleinklasse. Die Oberstufe habe er drei Jahre lang ebenfalls in einer Kleinklasse besucht (für schwachbegabte Schüler). Gegen Ende eines anschliessenden zehnten Schuljahres habe er sich am linken Fuss verletzt. In der Folge hätten Einschränkungen und Schmerzen im linken Fuss persistiert. Anlässlich einer psychiatrisch-rheumatologischen Begutachtung durch die Klinik C.____

sei dem Beschwerdeführer im Januar 2009 eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden, die SVA Zürich habe ihn in der Folge berentet. Anlässlich einer psychiatrisch-rheumatologischen Begutachtung sei

Y.____ 2017 zum Schluss gekommen, in einer angepassten Tätigkeit sei keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorhanden. In der neuropsychologischen Untersuchung zeigte der Beschwerdeführer eine neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion.

Eine Aggravation oder Simulation kognitiver Funktionsbeeinträchtigungen könne nicht ausgeschlossen werden. In den Vorberichten sei zudem auf Diskrepanzen hingewiesen worden. Damit könnten keine gesicherten Angaben zur Eingliederungsfähigkeit, Eingliederungsmassnahmen, Fähigkeiten, Ressourcen, Belastungen und einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemacht werden (Urk. 10/118/22 ff.).

E. 3.4

Am 2. Oktober 2020 nahm Dr.

B.____ unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Untersuchung erneut Stellung zum psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (Urk. 10/121). Er führte aus, dass der Neuropsychologe aufgrund der anamnestischen Angabe einer langjährigen Beschulung in einer Kleinklasse dafür gehalten habe, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit eine eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit zumindest in Teilleistungsbereichen vorhanden sei. Die unplausible Symptomproduktion und deren Bewusstseinsgrad könnten neben psychopathologischen Erkrankungen am ehesten durch Aggravation oder Simulation kognitiver Beeinträchtigungen bedingt sein. Da sie nun keinen Anhalt hätten, mit dem sie die neuropsychologisch unplausible Symptomproduktion durch Psychopathologie oder eine Erkrankung aus den Bereichen F0 bis F9 erklären könnten, gingen sie überwiegend wahrscheinlich von Aggravation oder Simulation kognitiver Beeinträchtigungen aus. Im neuropsychologischen Gutachten fänden sich darüber hinaus Hinweise auf Aggravation oder Simulation bei der Interpretation von Vorberichten. Gesamthaft müsse davon ausgegangen werden, dass nicht nur die neurologisch unplausible Symptomproduktion auf nicht medizinische Faktoren zurückgehe, sondern auch das Scheitern der Eingliederungsbemühungen bei der Z.____. Letztlich bestätige das Verhalten des Beschwerdeführers in der neuropsychologischen Untersuchung die im psychiatrischen Gutachten vor über zwei Jahren gestellten Diagnosen.

E. 4.1

Das Gutachten der Y.____ vom 13. März 2018 (Urk. 10/80) sowie die ergänzenden Ausführungen vom 27. März 2019 (Urk. 10/101/13 ff.), das neuropsychologische Teilgutachten vom 22. Juli 2018 (Urk. 10/118) sowie die abschliessende Beurteilung von Dr.

B.____ vom 2. Oktober 2020 (Urk. 10/121) beruhen auf für die streitigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen und wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) verfasst. Die Gutachter haben detaillierte Befunde und hieraus begründete Diagnosen erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Die Ausführungen der Y.____ erfüllen daher die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 2.4).

E. 4.2.1

Der Beschwerdeführer brachte hiergegen vor, dass Dr.

B.____ die neuropsychologisch attestierten Teilleistungsbeeinträchtigungen nicht näher diskutiert habe - alleine das Anführen von Aggravation und Simulation erklärten diese nicht hinreichend . Auch die Annahme von Dr.

B.____ , dass die Testergebnisse bei der Potenzialabklärung nicht valide gewesen seien aufgrund von Aggravation oder Simulation sei nicht belegt. Im Bericht der Z.____ werde der Beschwerdeführer als zuverlässig, offen, sorgfältig und genau beschrieben, allerdings sei ein stark verlangsamtes Tempo und eine nicht ausreichende Ausdauer festgestellt worden. Bei dieser engmaschigen Betreuung wäre eine Aggravation/

Simulation aufgefallen (Urk. 1 , vgl. Protokoll Hauptverhandlung).

Diesbezüglich ist festzuhalten, dass Dr.

B.____ sowohl im Gutachten vom 13. März 2018 (E. 3.1) , als auch in der ergänzenden Stellungnahme vom 2. Oktober 2020 (E. 3.4) nachvollziehbar und schlüssig darlegte, dass kein Anhalt auf eine Erkrankung aus den Bereichen F0 bis F9 vorliege - entsprechend gingen sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon aus, dass die un plausible Symptomproduktion am ehesten auf Aggravation und Simulation zurückzuführen sei.

Lic . phil. A.____ konstatierte diesbezüglich, dass die langjährige Beschulung in einer Kleinklasse mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf hindeute, dass beim Beschwerdeführer eine eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit zumindest in Form von Teilleistungsbeeinträchtigungen vorhanden sei. Wegen der un plausiblen und logisch inkonsistenten Symptomproduktion könnten allerdings keine gesicherten Angaben zur Art und Schwere gemacht werden (Urk. 10/118/20).

Zusammenfassend kann eine Teilleistungseinschränkung aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden . Demnach hat er die Folgen der daraus resultierenden Beweislosigkeit zu tragen .

Darüber hinaus werden Intelligenzminderungen nach dem heute zur Anwendung gelangenden Klassifikationssystem ICD-10 in leichte (Intelligenzquotient [IQ] 69 bis 50), mittelgradige (IQ 49 bis 35), schwere (IQ 34 bis 20) und schwerste (IQ weniger als 20)

Fälle eingeteilt (ICD-10 F.70 bis F.73; vgl. auch Pschyrembel, 267. Aufl. 2017, S. 881; Urteil 9C_664/2009 vom 6. November 2009 E. 3). Nach konstanter Rechtsprechung wird heute bei einem IQ von 70 und mehr ein Invalidenversicherungsrechtlich massgeblicher Gesundheitsschaden verneint. Demgegenüber führt ein IQ unterhalb dieses Werts in der Regel zu einer im vorliegenden Kontext relevanten verminderten Arbeitsfähigkeit. Auch diesfalls ist jedoch stets eine objektive Beschreibung der Auswirkungen der festgestellten Intelligenzminderung der versicherten Person auf ihr Verhalten, die berufliche Tätigkeit, die normalen Verrichtungen des täglichen Lebens und das soziale Umfeld erforderlich. Zudem kommt es nicht nur auf die Höhe des IQ an, sondern ist immer der Gesamtheit der gesundheitlichen Beeinträchtigungen Rechnung zu tragen (Urteil des Bundesgerichts 8C_608/2018 vom 11. Februar 2019, E. 5.2 mit Hinweisen). Damit ist - selbst davon ausgehend, dass allfällige Teilleistungsbeeinträchtigungen vorlägen - mit Blick auf das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 10/80/47; Urk. 10/80/50 f.; Urk. 10/101/13 f.) nicht überwiegend wahrscheinlich, dass diese erhebliche funktionelle Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer den kognitiven Möglichkeiten des Beschwerdeführers angepassten Tätigkeit zeitigen würden.

E. 4.2.2

Der Beschwerdeführer bemängelte darüber hinaus die Annahmen von lic. phil. A.____, dass bereits früher Unstimmigkeiten vorgelegen hätten (Urk. 1 S. 7). In Hinblick darauf, dass aktuell unbestritten und klarerweise erstellt eine

unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion vorliegt, kann offen bleiben, ob rückwirkend Aggravation oder Simulation vorliegt.

E. 4.2.3

Der Beschwerdeführer reicht nach der Hauptverhandlung einen Bericht der zuständigen Sozialarbeiterin ein, worin sie schilderte, dass ihr der Beschwerdeführer einen extrem verlangsamten Eindruck mache, die Gespräche überdurchschnittlich lange dauerten und sie lediglich verzögert Antworten erhalte (Urk. 19/2). Die im Bericht geschilderte subjektive Wahrnehmung der Sozialarbeiterin vermag allerdings keine Zweifel an den umfassenden Untersuchungen und daraus resultierenden Testergebnissen im Rahmen der Abklärungen der Y.____ zu erwecken, da die Sozialarbeiterin nicht über die notwendige medizinische Qualifikation verfügt.

E. 4.3

Entsprechend kann auf die Gutachten und Stellungnahmen von Y.____ abgestellt werden. Zu prüfen bleibt, ob ein Revisionsgrund vorliegt:

Der Mitteilung vom 8. Februar 2012 lag das bidisziplinäre Gutachten der Klinik C.____ vom 23. Januar 2012 zugrunde. Darin wurde gestützt auf die psychiatrische Problematik, namentlich den Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit unreifen und passiv-aggressiven Zügen (ICD-10 F61.0), von einer vollen Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt ausgegangen (Urk. 10/54/11).

Diese Diagnose konnte von Dr.

B.____ nicht bestätigt werden. Er konstatierte demgegenüber, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes vorliege, da in den letzten fünf Jahren ein erhebliches Mass an Nachreifung eingetreten sei und sich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht mehr begründen lasse (Urk. 10/80/18; Urk. 10/80/23).

Entsprechend liegt eine klare Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes vor, so dass ein Revisionsgrund erstellt ist.

E. 4.4

Gestützt auf das Gutachten der Y.____ vom 13. März 2018 (Urk. 10/80) sowie die ergänzenden Ausführungen vom 27. März 2019 (Urk. 10/101/13 ff.), das neuropsychologische Teilgutachten vom 22. Juli 2018 (Urk. 10/118) sowie die abschliessende Beurteilung von Dr.

B.____ vom 2. Oktober

2020 (Urk. 10/121) ist der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig in einer leichten, dominant sitzenden Tätigkeit (Urk. 10/80/21 f.).

Von weiteren Abklärungen, insbesondere einer stationären Begutachtung wie vom Beschwerdeführer gefordert, sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu verzichten ist.

E. 5

00.-- (IV-Rundschreiben Nr. 403 vom 17. November 2020).

Für das Invalideneinkommen ist der Hilfsarbeiterlohn gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen, welcher im Jahr 2018 monatlich Fr. 5'417.-- betrug. Bereinigt um die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche (T 03.02.03.01.04.01

Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche) sowie bereinigt um die Nominallohnentwicklung (T39 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2020) resultiert daraus ein Invalideneinkommen für das Jahr 2020 in Höhe von Fr. 68'923.60 (Fr. 5'417.-- : $40 \times 41.7 \times 1.009 \times 1.008 \times 12$).

Stellt man das Valideneinkommen dem Invalideneinkommen gegenüber, so resultiert ein rentenausschliessender IV-Grad von 17 %.

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass ein Leidensabzug aufgrund der nur leichten qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht gerechtfertigt ist. Allerdings würde selbst bei maximalem Leidensabzug von 25 % kein rentenrelevanter IV-Grad resultieren.

E. 5.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des

Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 5.2

Konnte die versicherte Person wegen der Inval idität keine zureichenden beruf lichen Kenntnisse erwerben, so entspricht das Erwerbseinkommen, das sie als Nichtinvalide erzielen könnte, nach Vollendung des 30 . Altersjahres dem jähr lich aktualisierten Medianwert gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundes amtes für Statistik (Art. 26 Abs. 1 IVV). Im Jahr 2020 entspricht das für den Be schwerdeführer heranzuziehende Valideneinkommen damit Fr. 83'

E. 5.3

Zusammenfassend erweist sich die Verfügung als rechters und die Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen.

E. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig .

Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'0 00.-- festzusetzen und aus gangsgemäss dem Be schwerdeführer aufzuerlegen. Da die Voraussetzungen für die unentgeltliche Pro zessführung gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungs ge richt (GSVGer) erfüllt sind (Urk. 19/1), sind sie jedoch einst weilen auf die Ge richtskasse zu nehmen.

E. 6.2

Ebenso sind die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtsvertretung (§ 16 Abs. 2 GSVGer) erfüllt und es ist Rechtsanwalt Markus Loher aus der Gerichts kasse zu entschädigen.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Markus Loher , machte mit Honorarnote n vom 19. /27.

Oktober 2021 (Urk. 17/3; Urk. 19/4) einen Ge samt aufwand von 21.2 Stunden und Barauslagen von total Fr. 190.80 geltend. Angesichts der Tatsache, dass vorliegend keine schwierigen Rechtsfragen zu klären waren, erschei nt dieser Aufwand, insbesondere die 5.4 Stunden Vor bereitung für die Hauptverhandlung als auch die 3.9 Stunden für die Ausar bei tung des Schreibens vom 2 7. Oktober 2021 als übersetzt. Bei grosszügiger Be trachtung können zwei Stunden Aufwand für Instruktion und Besprechung mit dem Klienten, drei weitere Stunden für Aktenstudium sowie drei Stunden für das Abfassen einer sich auf das Wesentliche beschränkenden Rechtsschrift als ge rechtfertigt betrachtet werden. Zwei weitere Stunden können für die Erstellung der w eiteren Eingaben und Abklärungen, vier Stunde n für die Vorbereitung und Teilnahme an der Hauptverhandlung sowie eine Stunde für die Nachbearbeitung des Urteils anerkannt werden . Damit erscheint bei einem gerichtsblichen Stun denansatz von Fr. 220.-- unter Berücksichtigung von angemessenen Barauslagen eine Entschä digung in der Höhe von Fr. 3'

E. 6.3

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nach zahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspf l ege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst, In Bewilligung des Gesuchs vom 2 6. April 2021 wird de m Beschwerdeführer die unent geltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt

Markus Loher, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- 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 GSVG hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Markus Loher, Zürich, wird mit Fr. 3'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Loher - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle unter Beilage von Urk. 18 und Urk. 19/1-4 - 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
Die Gerichtsschreiberin
Hurst Casanova

E. 7

00.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

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