

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00460 vom 10. März 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00460](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00460)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00460 du 10 mars 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00460 del 10 marzo 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1976,

war seit 1. November 2001 als Fassadenisoleur tätig, als er sich am 5. Juni 2011 beim Fussballspielen an der rechten Hand verletzte (Urk. 7/10/5). Am 4. November 2013 meldete er sich aufgrund von chronischen Handgelenksbeschwerden bei der Invalidenversicherung an (Urk. 7/13). Die Sozi alversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und zog die Akten der Unfallversicherung (Urk. 7/22/1-143) und der Krankentaggeldversicherung (Urk. 7/25/1-19) bei. Sodann gewährte sie dem Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Ausbildungskurses zum Chauffeur Kategorie C (Urk. 7/41), den der Versi cherte nicht bestand (vgl. Urk. 7/83/1), und eines Deutschkurses (Urk. 7/42). Weiter wurde ihm Kostengutsprache für eine Potentialabklärung gewährt (Urk. 7/79). Die Eingliederungsberatung wurde am 26. Oktober 2017 erfolglos abgeschlossen (Urk. 7/82).

Die IV-Stelle veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten bei der Medas

Y.\_\_\_\_, deren Gutachten am 21. Januar 2020 erstattet (Urk. 7/140) und am 26. Mai 2020 (Urk. 7/145) ergänzt wurde. Sodann veranlasste sie eine psychiatrisch-neuropsychologische Begut ach tung (Gutachten vom 8. Januar 2021; Urk. 7/165; Ergänzung vom 16. Februar 2021; Urk. 7/168; und vom 10. März 2021; Urk. 7/173).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/175; Urk. 7/178) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. Juni 2021 einen Rentenanspruch des Versi cherten (Urk. 7/182 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invaliden versicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Rege lungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen

Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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

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

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

### **E. 1.4**

), ist bei zwei kurz aufeinander folgenden stationären Aufenthalten ohne weiteres von einer wesentlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen; ein strukturiertes Beweisverfahren drängt sich hier nicht auf.

4.6

Für den Verlauf ab Beginn des Jahres 2019 ging Dr. D.\_\_\_\_ bei der Diagnose einer chronifizierten komplexen posttraumatischen Belastungsstörung mit Auswirkungen auf die Persönlichkeit, einer rezidivierenden depressiven Störung und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung von voller Arbeitsunfähigkeit aus und hielt fest, der Beschwerdeführer zeige hinsichtlich der Medikation eine gute Compliance (vorstehend E. 3.10-3.11). Diese Feststellungen werden durch die Beurteilung durch Prof. Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. phil. J.\_\_\_\_ erheblich in Frage gestellt, wie nachfolgend zu zeigen ist. 4.7

Das Gutachten von Prof. I.\_\_\_\_ und Dr. phil. J.\_\_\_\_

erging unter Beachtung sämtlicher Kriterien zum Beweiswert einer ärztlichen Expertise (vgl. vorstehend E.

### **E. 1.5**

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) über wiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

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

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. 1.6**

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

5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische

Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3).

### E. 1.7

), weshalb darauf abgestellt werden kann. Darin wurden erstmals auch laborchemische und neuropsychologische Abklärungen getätigt sowie die Diagnosen genau hergeleitet und begründet, was den Beweiswert des Gutachtens erheblich erhöht. Prof. I. \_\_\_ legte darin schlüssig dar, dass - wie bereits festgestellt - die psychosozialen Gegebenheiten im Vordergrund stehen. Ebenso legte er dar, weshalb die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht zu überzeugen vermag (vgl. vorstehend E. 3.14). So stellte er eine Symptomverdeutlichung fest, die in deutlichem Kontrast zum Verhalten in der Untersuchungssituation stand. Dysfunktionalitäten infolge des sexuellen Missbrauchs im Kindesalter liessen sich bis zur erstmaligen Erwähnung gar nicht nachweisen. Dies soll die Erfahrungen des Beschwerdeführers nicht schmälern, ist aber dennoch zur objektiven Beurteilung einer Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen. Prof. I. \_\_\_ vermochte lediglich ein ängstlich-depressives Symptom leichter Ausprägung festzustellen. Dass, wie Dr. D. \_\_\_ postulierte, der bei der neuropsychologischen Begutachtung anwesende Dolmetscher beim Beschwerdeführer starke Ängste ausgelöst haben sollte und er starke Angst vor Männern habe (vgl. vorstehend E. 3.16), findet in den Akten keine Stütze. Insbesondere war der Beschwerdeführer soweit ersichtlich jahrelang ohne Probleme in einem männlich dominierten Berufsumfeld tätig und zeigte weder gegenüber Dr. D. \_\_\_ noch Prof. I. \_\_\_ solche Ängste, obwohl er sich seither an das erlittene Trauma erinnerte. 4.8

Im Gegensatz zu den Feststellungen durch Dr. D. \_\_\_ ergab die Blutuntersuchung des Beschwerdeführers, dass dieser die verordneten Medikamente nicht oder nur unregelmässig einnimmt (vgl. vorstehend E. 3.14). Hinzu kommt, dass die neuropsychologische Abklärung dermassen auffällige Resultate erbrachte, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von Aggravation ausgegangen werden muss. Die Gutachterin legte dar, dass bei derartigen Testresultaten eine ausgeprägte Störung anzunehmen wäre, die es dem Beschwerdeführer verunmöglichen würde, den Alltag ohne Hilfe zu bewältigen, geschweige denn selbständig ein Auto zu lenken. Solche Resultate seien nicht durch eine Krankheit zu erklären, zumal die Tests sogar von Personen mit fortgeschrittener Demenz mit genügender Leistung gelöst werden könnten. Der Beschwerdeführer bringt nichts vor, was diese Feststellungen entkräften könnte. 4.9

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns

ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, 131 V 49 E. 1.2, je mit Hinweisen). Wann ein verdeutlichendes Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen selbstständigen Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2, Urteil des Bundesgerichts 8C\_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_520/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 6.1 und 9C\_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.2).

Vorliegend ist dies mindestens im Hinblick auf die Resultate der neuropsychologischen Begutachtung zu bejahen. Ebenso vermochte Prof. I.\_\_\_\_ anlässlich der Begutachtung lediglich noch ein leicht ausgeprägtes ängstlich-depressives Syndrom festzustellen und ging nach genauer und ausführlicher Würdigung der Befunde und Diskussion der Diagnosen von einer lediglich geringen Einschränkung in der angestammten Tätigkeit und von voller Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten aus. In letzteren bestehen grundsätzlich keine Einschränkungen; ein wohlwollendes und ruhiges Arbeitsumfeld würde den Wiedereinstieg zwar erleichtern, was jedoch wohl für jede Person gilt, die sehr lange vom Arbeitsmarkt abwesend war, und nicht auf Krankheitsgründe zurückgeführt werden muss.

Prof. I.\_\_\_\_ ging deshalb ab Juli 2019 von voller Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten aus (vgl. vorstehend E. 3.15). Dabei nahm er eine genaue Analyse der Standardindikatoren vor (vgl. S. 43 ff. des Gutachtens). Die gutachterliche Beurteilung umfasste das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, er hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektivierter Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V

281 E. 5.2.2), ist klar zu bejahen. Die - vorliegend geringen – funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen . 4.10

Damit ist als Zwischenergebnis festzuhalten, dass von 2011 bis Sommer 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch keine (vgl. vorstehend E. 4.5) und ab Juli 2019 in angepassten Tätigkeiten keine Invalidität im Rechtssinn mehr vorlag.

Für den Zeitraum von Oktober 2017 bis Sommer 2018 ging Prof. I.\_\_\_\_ gestützt auf die Akten von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit aus, was mit den Hospitalisationen übereinstimmt (vgl. vorstehend E. 4.5). Ab Sommer 2018 bis Juni 2019 bejahte Prof. I.\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % , was sich sowohl mit der Aktenlage als auch mit den Standardindikatoren (vgl. S. 47 des Y.\_\_\_\_ -Gutachtens) vereinbaren lässt. Prof. I.\_\_\_\_ hielt fest, dass die im Vorgut achten beurteilte Verminderung der Arbeitsfähigkeit einigermaßen plausibel begründet werde, auch wenn sie auf nicht schlüssig begründete Diagnosen zurückgeführt wurde. Prof. I.\_\_\_\_ war jedoch der Ansicht, dass die gesamten funktionellen Einschränkungen aufgrund der psychiatrischen Symptomatik in dieser Zeit doch ausreichend gewesen seien, um eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu bejahen (vgl. vorstehend E. 3.14). Somit ist ab Oktober 2018 ( Art. 88a Abs. 1 IVV) bis Juni 2019 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. 4.1 1

Demgegenüber kommt dem

Y.\_\_\_\_ -Gutachten ein geringerer Beweiswert zu , da, wie Prof. I.\_\_\_\_ nachvollziehbar darlegte, die Diagnosestellung nicht zu überzeugen vermag. Die Gutachterin vermochte nicht schlüssig darzulegen, weshalb der Beschwerdeführer im angestammten Berufsfeld mit Erinnerungen konfrontiert werde, welche die posttraumatische Symptomatik auslösen und ihn handlungsunfähig machen könnten. Die Gutachterin stütze sich weitgehend auf anamnestiche Angaben ab, ohne diese anhand von eigenen objektiven Befunde zu überprüfen. Insbesondere wurden keine Schreckhaftigkeit, kein Hyperarousal , keine Intrusionen und kein Vermeidungsverhalten beschrieben . Eine Abgrenzung zu psychosozialen Faktoren erfolgte nicht, ebenso wenig eine laborchemische oder neuropsychologische Abklärung. 4.1 2

Der Beschwerdeführer stand im massgeblichen Zeitraum (Oktober 2018 bis Juni 2019) nicht in einem Arbeitsverhältnis, weshalb sein Invaliditätsgrad anhand eines Prozentvergleichs vorgenommen werden kann, der bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auf 50 % festzusetzen ist .

Damit ergibt sich für den Zeitraum vom 1. Oktober 2018 bis 30. September 2019 ( Art. 28 Abs. IVG, Art. 88a Abs. 1 IVV) ein Anspruch auf eine befristete halbe Rente.

Der angefochtene Entscheid ist damit nicht rechtens. Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. 4.13

Festzuhalten bleibt, dass bei einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepassten Tätigkeiten , wie sie der Beschwerdeführer ausüben kann, berufliche Massnahmen nicht im Vordergrund stehen .

Es steht dem Beschwerdeführer jedoch frei, sich bei der Beschwerdegegnerin für eine entsprechende Unterstützung zu melden. 5. 5.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Nachdem der Beschwerdeführer jedoch nur in geringem Umfang obsiegt, ist von einer Kostenaufteilung abzusehen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5 .2

Nach Einsicht in die Honorarnote vom 12. Januar 2022 ( Urk. 13) ist Rechtsanwältin Petra Oehmke mit Fr. 1'551.20 (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 5 .3

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 21. Juni 2021 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer vom 1. Oktober 2018 bis 30. September 2019 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde 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 Petra Oehmke, Affoltern am Albis, wird mit Fr. 1'551.20 (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 Petra Oehmke - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-MartensLienhard

## **E. 2**

Am 22. Juli 2021 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 21. Juni 2021 (Urk. 2) und beantragte die Zusprache einer halben Rente vom 1. Juni 2014 bis 31. Dezember 2017, einer ganzen Rente vom 1. Januar 2018 bis 31. Oktober 2019 und einer halben Rente ab 1. November 2019 sowie die Zusprache beruflicher Eingliederungsmassnahmen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 27. August 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 15. September 2021 mitgeteilt. Gleichzeitig wurde ihm antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Auf das polydisziplinäre Y.\_\_\_\_-Gutachten habe nicht abgestellt werden können, weshalb ein weiteres Gutachten eingeholt worden sei. Auf dieses könne abgestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Anpassungsstörung im Sinne einer längerdauernden depressiven Reaktion mit Angst gemischt diagnostiziert worden. Die Diagnose werde mit privaten Problemen begründet, womit es sich um psychosoziale Faktoren handle. Aus psychiatrischer Sicht sei nicht von einer invalidisierenden gesundheitlichen Einschränkung auszugehen. In der angestammten Tätigkeit bestehe aus somatischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20%. Das Wartejahr sei per Januar 2013 zu eröffnen, jedoch habe keine genügende Arbeitsunfähigkeit zur Erfüllung des Wartejahrs vorgelegen (S. 2). Der Beschwerdeführer sei unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation bei der Stellensuche nicht eingeschränkt, weshalb kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe (S. 3).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte geltend (Urk. 2), er sei in der Kindheit einem sexuellen Missbrauch ausgesetzt gewesen und 2002 angeschossen worden. Seit 2011 sei es zu einer Abwärtsspirale gekommen, indem er sich am Handgelenk verletzt habe, es zur Trennung und Scheidung von seiner Frau gekommen sei und er erfahren habe, dass er nicht der Vater eines seiner beiden Kinder sei (S. 3 f.). Gemäss Y.\_\_\_\_-Gutachten sei er in der angestammten Tätigkeit nicht mehr und in einer angepassten Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig (S. 6 unten). Auf das zweite Gutachten könne aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden (S. 8 unten f.). Es sei ab April 2013 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit und einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in leichten körperlichen Tätigkeiten auszugehen. Ab Oktober 2017 liege gemäss übereinstimmender gutachterlicher Einschätzung eine volle Arbeitsunfähigkeit vor, diese Phase habe bis Sommer 2018 beziehungsweise bis Juli 2019 andauert (S. 11). Er habe Anspruch auf eine abgestufte Rente (S. 11 unten f.). Die Umschulung sei an seiner gesundheitlichen Situation gescheitert (S. 12 unten). Er habe im Rahmen seiner Arbeitsfähigkeit Anspruch auf Unterstützung bei der Wiedereingliederung (S. 13).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen sind der Invaliditätsgrad und der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers. 3. 3.1

Die Kreisärzte Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,

fürten mit Bericht vom 19. November 2013 (Urk. 7/22/31-34) aus, der Beschwerdeführer habe sich gemäss Dokumentation am 5. Juni 2011 eine Distorsion des rechten Handgelenks zugezogen. Die erste Arztkonsultation habe am 15. Juni 2011, also 10 Tage nach dem Ereignis, stattgefunden. Es sei eine undislozierte Fraktur des Processus

styloideus

radii diagnostiziert worden. Im Rahmen des gemeldeten Rückfalls sei am 11. Juni 2013 im Spital B.\_\_\_\_ festgehalten worden, dass es sich um eine fragile Fissur am Processus

styloideus

radii ohne Kortikalisverschiebung handle. Bildgebend sei kein Hinweis auf eine durchgemachte Verletzung oder Verletzungsfolgen gefunden worden. Es hätten sich radiokarpal diskrete Befunde sowie im Daumensattelgelenk ein polylobuliertes Ganglion palmar gezeigt. Es fänden sich im MRI der rechten Hand ausschliesslich degenerative Befunde (S. 3). 3.2

Die Ärzte des Stadtspitals C.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, stellten mit Bericht vom 25. März 2014 (Urk. 7/25/13-15) folgende, gekürzt aufgeführte Diagnosen (S. 1): - chronische belastungsabhängige Handgelenkschmerzen rechts - Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung Der Patient berichte, dass er vor zwei Jahren einen Sportunfall erlitten habe, bei dem er sich nach eigenen Angaben den Unterarm gebrochen habe. Im Verlauf seien wiederkehrend Therapien durchgeführt worden und es sei insgesamt zu einer Verbesserung der Schmerzen gekommen. Jedoch persistierten residuell Schmerzen, die vor allem bei der Arbeit stark zunehmen würden. Nachts und in Ruhe sowie beim Tragen der Schiene habe der Patient keine Schmerzen. Eine medikamentöse Analgesie werde derzeit nicht eingenommen (S. 2 oben). Es bestünden nun anhaltende Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenks radialseitig. Bildgebend lasse sich ein Handgelenksganglion nachweisen. Dieses sei aber nicht für die Beschwerden verantwortlich. Eine weitere Pathologie lasse sich bildgebend nicht nachweisen. Insbesondere bestehe auch kein Hinweis auf eine ablaufende oder abgelaufene Fraktur. Subjektiv habe Physiotherapie bis anhin Erleichterung gebracht, eine medikamentöse Therapie nicht. In Ruhelage sowie bei leichten Arbeiten sei der Patient weitgehend beschwerdefrei. Im Rahmen seiner doch sehr anstrengenden Tätigkeit als Fassadenisoleur träten nach wie vor sehr starke Schmerzen auf, so dass seine Arbeitsfähigkeit nach seinem eigenen Empfinden deutlich eingeschränkt sei (S. 2). 3.3

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem am 14. Juni 2014 zuhanden der Taggeldversicherung erstatteten Bericht (Urk. 7/29) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), differentialdiagnostisch eine mittelgradige depressive Episode. Eine Krankschreibung sei durch ihn nicht erfolgt (Ziff. 1). Anamnestisch sei nach einem Sportunfall eine protrahierte Heilung mit andauernder Arbeitsunfähigkeit und familiären Problemen eingetreten. Unter antidepressiver Therapie gehe es dem Patienten besser (Ziff. 4). Welche Arbeiten noch zumutbar seien, müsse somatisch beurteilt werden (Ziff. 12). 3.4

Mit Bericht vom 18. Juli 2014 (Urk. 7/32) stellte Dr. D.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - mittelgradige gehemmt-depressive Episode bei psychosozialer Belastungssituation (familiärer Konflikt mit Trennungssituation, finanziellen Problemen) ICD-10 F32.11, Differentialdiagnose:

Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion bei psychosozialer Belastungssituation, ICD-10 F43.21, bestehend seit April 2013 - anhaltendes Schmerzsyndrom mit persistierenden, belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Handgelenk bei Status nach undislozierter Radiusfraktur am 5. Juni 2011 und anhaltenden Schmerzen der linken Schulter. Der Beschwerdeführer und seine Frau hätten sich 2012 getrennt. Der Beschwerdeführer habe erfahren, dass sein Sohn nicht von ihm stamme, dennoch müsse er für die Unterhaltszahlungen aufkommen. Ungefähr seit April 2013 sei es zusätzlich zu den somatischen Beschwerden zu der depressiven Entwicklung gekommen. Im Verlauf hätten die Schlaf- und die Antriebsstörung verbessert werden können. Die Spannungen mit der Frau und der fehlende Kontakt zu den Kindern hätten dem Beschwerdeführer sehr zugesetzt und ihn belastet. Als nächste Belastung komme die Scheidung auf ihn zu (S. 2). Die Arbeitsfähigkeit sei psychiatrisch bedingt um 50 % eingeschränkt (S. 3 unten). Für leichtere Arbeiten sei er aktuell zu 25 bis 50 % arbeitsfähig (S. 5 Mitte). 3.5

Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte mit Bericht vom 26. Oktober 2016 (Urk. 7/63/1-4 = Urk. 7/66) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - leicht- bis mittelgradige depressive Störung mit Angst- und Vermeidungshaltung, Schmerzwahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung (ICD-32.0) - posttraumatische Belastungsstörung, aggraviert durch Diagnose 1 (ICD-10 F 43.1) - chronisch belastungsabhängige Handgelenkschmerzen. Die Prognose sei schlecht; der Patient zeige sich in der versuchten Umschulung massiv überfordert (Ziff. 1.4). Schmerzbedingt bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit für mittlere bis schwer belastende Tätigkeiten. Für intellektuell und sprachlich bedingt höhere Anforderungen an den Arbeitsplatz sei der Beschwerdeführer ebenfalls zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.7). 3.6

Dr. D. \_\_\_\_ stellte mit Bericht vom 12. November 2016 (Urk. 7/67) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - ICD-10 F32.01 mit seit 2013 anhaltender, leichter bis mittelgradiger depressiver Episode mit Unsicherheit und Ängstlichkeit, Schmerzwahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung - ICD-10 F 43.1 posttraumatische Belastungsstörung nach Schussverletzung in F. \_\_\_\_ 2002, teilremittiert - chronische, belastungsabhängige Handgelenkschmerzen rechts - ICD-10 F60.7/8 abhängige Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren Zügen. Der Beschwerdeführer habe sich in den letzten zwei Jahren mit vielen Problemen konfrontiert gesehen, einerseits im Zusammenhang mit seiner Exfrau und seinen beiden Kindern, aber auch im Zusammenhang mit der langdauernden Arbeitsunfähigkeit mit wachsenden finanziellen Problemen. Zwischenzeitlich habe er sich wieder verheiratet, aber auch diese Beziehung sei gescheitert. Das Paar lebe seit Sommer getrennt. Im letzten halben Jahr habe sich der Zustand, welcher vorher stabil gewesen sei, verschlechtert und seit Oktober sei der Beschwerdeführer wieder mittelgradig depressiv. Er habe seit fast zwei Jahren erfolglos versucht, eine Ausbildung als Lastwagenchauffeur zu absolvieren und eine Stelle in diesem Bereich zu finden. Er sei am allerletzten praktischen Teil gescheitert. Auch bei der Stellensuche wirke er überfordert (S. 2). Die Arbeit als Fassadenbauer sei nicht mehr möglich. Der Beschwerdeführer könne für eine leichtere körperliche Tätigkeit und als Lastwagenchauffeur eingesetzt werden, wenn er eine Stelle finde (S. 3 unten). Er brauche Hilfe bei der beruflichen Integration (S. 4 unten). Der Patient möchte arbeiten und dies wäre für ihn auch von der psychischen Befindlichkeit her sinnvoll. Dr. D. \_\_\_\_ erachtete das Auffassungsvermögen vorübergehend als leicht bis höchstens mittelgradig, die Anpassungsfähigkeit als leicht, die Belastungsfähigkeit und die Konzentrationsfähigkeit

ebenfalls als leicht eingeschränkt. Sinnvoll wäre eine leichte Arbeit in einem Integrationsprogramm mit schrittweiser Steigerung des Einsatzes (S. 5). 3.7

Im Abschlussbericht über die vom 4. bis 28. September 2017 vorgenommene Potentialabklärung (Urk. 7/81) wurde festgestellt, dass eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt nicht möglich sei infolge geringer Belastbarkeit, hoher Belastung durch empfundene Schmerzen, kaum Ressourcen im Umgang mit dem Schmerz, psychischer Instabilität, geringer Konzentrationsfähigkeit und hohen privaten Belastungen. Aktuell bestehe keine Leistungsfähigkeit bezogen auf den ersten Arbeitsmarkt. Eine gesundheitliche Massnahme stehe im Vordergrund. Damit der Beschwerdeführer seine Leistungsfähigkeit umsetzen könne, sei eine psychische Stabilisierung nötig. Zudem werde der Erwerb von Strategien im Umgang mit Schmerz als wichtig erachtet (S. 2 oben). Die Ressourcen des Beschwerdeführers seien in verschiedenen Gesprächen thematisiert worden. Dabei habe sich herausgestellt, dass er den Fokus zur Zeit nicht auf Ressourcen lenken könne, da ihn seine Gesundheit und seine privaten Themen zu stark beschäftigten. Ressourcen hätten dadurch kaum lokalisiert werden können. Auf grund der zahlreichen Abwesenheiten während der Potentialabklärung sowie des schlechten Befindens bei Anwesenheit habe die berufliche Orientierung nicht thematisiert werden können. Deutliche Hinweise auf eine geringe Belastbarkeit seien die zahlreichen Absenzen sowie der Verlauf der Abklärungen bei Anwesenheit gewesen. Bei Anwesenheit habe der Beschwerdeführer eine Präsenzzeit von maximal 1 bis 2 Stunden erreicht. In dieser Zeit habe er jeweils mehrere zusätzliche Pausen einlegen müssen. Während der Präsenzzeit habe er zu dem sehr angespannt gewirkt und habe sich kaum auf die Aufgaben einlassen können (S. 3 Ziff. 5). Im Verlauf der Potentialabklärung seien immer wieder die privaten Belastungen des Beschwerdeführers in den Vordergrund gerückt und es seien regelmässig therapeutische Themen aufgetaucht. Insgesamt hätten aufgrund der häufigen Absenzen sowie der schlechten gesundheitlichen Befindlichkeit während der Potentialabklärung kaum diagnostische Tests durchgeführt werden können. Im Vordergrund stünden gesundheitliche Massnahmen (S. 4). 3.8

Vom 26. Oktober bis 21. Dezember 2017 wurde der Beschwerdeführer stationär in der Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Sanatorium G.\_\_\_\_, behandelt. Im Austrittsbericht vom 4. Januar 2018 (Urk. 7/92) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - Hauptdiagnose: chronische posttraumatische Belastungsstörung mit verspätetem Beginn (ICD-10 F43.1) - Nebendiagnosen: - anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Verdacht auf Schmerzwahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung (ICD-10 F45.40) - Verdacht auf selbstunsichere Persönlichkeitsstörung mit abhängigen Zügen (ICD-10 F60.6) - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung: langdauernde Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit sowie familiäre Probleme und konsekutive finanzielle Schwierigkeiten (ICD-10 Z73) Es wurden keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht. Der Patient werde in einer Tagesklinik angemeldet (S. 2). 3.9

Vom 9. bis 30. Mai 2018 war der Beschwerdeführer in der Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Klinik H.\_\_\_\_ hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 1. Juni 2018 (Urk. 7/103) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Verdacht auf dissoziative Amnesie (ICD-10 F44.0) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)

Hinsichtlich der traumarelevanten Psychopathologie bestünden Intrusionen, vor allem auf visueller, auditiver und somatoformer Ebene und in Form von Alpträumen. Es bestehe ein Hyperarousal mit erhöhter Schreckhaftigkeit, Hypervigilanz, Schlafstörungen und Reizbarkeit und ein deutliches Vermeidungsverhalten (S. 2). Diagnostisch liege eine komplexposttraumatische Symptomatik mit komorbider Schmerz- und depressiver Störung vor. Dabei imponiere der Beschwerdeführer mit einem starken Hilflosigkeits- und Ohnmachtserleben. Aufgrund der Schwierigkeiten im Sprachverständnis beziehungsweise der konzeptuellen Wichtigkeit gruppentherapeutischer Gefässe und des Milieus erachte man die Planung eines weiteren Intervalls als nicht indiziert. Für den Aufenthalt attestiere man eine volle Arbeitsunfähigkeit (S. 3). 3.10

Dr. D.\_\_\_\_ stellte mit Bericht vom 4. Januar 2019 (Urk. 7/114/1-7) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - komplexe posttraumatische Belastungsstörung mit Auswirkungen auf die Persönlichkeit, chronifiziert (ICD-10 F43.1) - 1. Traumatisierung ab ca. 1982, 2. Traumatisierung infolge Schussverletzung 2002 - ICD-10 F44.0 Verdacht auf dissoziative Amnesie - ICD-10 F60.6 selbstunsichere Persönlichkeitsstörung mit abhängigen Zügen, Differentialdiagnose Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, seit Jahren ohne Remission (ICD-10 F33.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei Problemen im linken Schulterbereich und im rechten Handgelenk und weiteren Beschwerden (ICD-10 F45.40) Als Nebendiagnose nannte Dr. D.\_\_\_\_ Probleme in Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung bei langdauernder Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit sowie familiären Problemen und konsekutiven Schwierigkeiten (ICD-10 Z73.1). Er sehe den Patienten zur Zeit in etwa dreiwöchigen Abständen, daneben befinde er sich an zwei bis drei Halbtagen in einem tagesklinischen Programm (Ziff. 1.2). Im Rückblick habe während der ganzen Behandlungszeit eine ganze oder weitgehende Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt bestanden (Ziff. 1.3). Alle therapeutischen Bemühungen hätten keine nachhaltige Besserung erbracht. Im Gegenteil habe sich der Zustand des Beschwerdeführers im Verlauf der letzten fünf Jahre eindeutig verschlechtert und chronifiziert. Die Problematik mit der posttraumatischen Belastungsstörung sei im Verlauf, nachdem der Beschwerdeführer zögerlich begonnen habe, darüber zu sprechen, erst richtig zum Vorschein getreten (Ziff. 2.2). Im Vordergrund stehe die Weiterführung des bisherigen Settings mit ambulanter und im Ausmass beschränkter tagesklinischer Behandlung. Von weiteren Hospitalisationen und intensiveren therapeutischen Massnahmen rate er -

ausser bei akuter Verschlechterung - zur Zeit ab. Dies könnte zu einer Verschlechterung führen und der Patient könnte aufgrund des jetzigen Zustands und einer mangelnden Introspektionsfähigkeit nicht profitieren. Als nächstes sei eine Unterbringung in einer geschützten Werkstätte mit halbtägiger angepasster Tätigkeit das Ziel (Ziff. 2.8). 3.1 1

Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 29. April 2019 zuhanden der Krankenkasse des Beschwerdeführers (Urk. 7/166/6-8) und wiederholte im Wesentlichen die im Bericht vom 4. Januar 2019 (vgl. vorstehend E. 3).

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

## **E. 9**

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

## **E. 10**

) genannten Angaben. In einem weiteren Bericht vom 7. Mai 2020 ( Urk. 7/166/9-11) führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer zeige hinsichtlich der Medikation eine gute Compliance. Es hätten im vergangenen Jahr eindeutig Verbesserungen erzielt werden können. Die Einführung einer neuen Medikation habe eine Linderung der Schmerzen und eine Verbesserung der Angstproblematik erbracht, gleichzeitig profitiere der Beschwerdeführer von der Traumabehandlung in seiner Muttersprache. Es sei aber noch mit einer längeren Therapie zu rechnen (S. 2 lit . b). 3.12

Nach Durchführung einer internistischen, orthopädischen, psychiatrischen, laborchemischen und bildgebenden Untersuchung stellten die Gutachterinnen und Gutachter des Y.\_\_\_\_ in ihrem am 21. Januar 2020 erstatteten Gutachten ( Urk. 7/140) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 Ziff. 4.2): - komplexe Traumafolgestörung mit - subsyndromaler posttraumatischer Belastungssymptomatik ( Hyper arousal , Vermeidungsverhalten) - dissoziativer Amnesie - rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode - anhaltender somatoformer Schmerzstörung - Akzentuierung ängstlich-vermeidender und dependenter Persönlich keitszüge - chronische Schulterschmerzen links bei leichter AC-Gelenkarthrose und kleiner Supraspinatus -Läsion - chronische Schmerzen Lendenwirbelsäule (LWS) und Brustwirbelsäule (BWS) bei leichten degenerativen Veränderungen ohne Hinweise auf Neurokompression Die folgenden Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9): - chronische Schmerzen im radialen Handgelenk rechts bei Status nach Hyperabduktionstrauma nach radial (Juni 2011) mit Verdacht auf Fissur im Radiusstyloid - Status nach transthorakaler Schussverletzung Flanke rechts (2002) - Adipositas - diskrete Varikozele testis links, Erstdiagnose Juli 2017 - extrakardiale Thoraxschmerzen In der angestammten Tätigkeit bestehe vorerst keine Arbeitsfähigkeit mehr. Im angestammten Berufsfeld sei der Beschwerdeführer mit Erinnerungen konfrontiert, welche die posttraumatische Symptomatik auslösen und ihn rasch handlungsunfähig machen könnten. Aus psychiatrischen Gründen sei ein solcher Einsatz nicht sinnvoll (S. 9 Ziff. 4.3). In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 10 Ziff. 4.8). Aus rein somatischer Sicht lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit nicht begründen; es liessen sich keine entsprechenden objektivierbaren strukturellen Veränderungen feststellen. Insbesondere könne das massive und jahrelange Beschwerdebild im radialen Handgelenk rechts nicht objektiviert werden. Lediglich die Beschwerden von Seiten der linken Schulter und der LWS könnten teilweise objektiviert werden, so dass diesbezüglich schmerzbedingt eine leichte Reduktion des Rendements attestiert werden könne . Die übrigen geklagten Beschwerden müssten psychiatrisch erklärt werden. Auch in angepasster Tätigkeit bestünden Beeinträchtigungen in der emotionalen Belastbarkeit und im

Durchhaltevermögen sowie in der interpersonellen Belastbarkeit (S. 10 f. Ziff. 4.9). Der Beschwerdeführer sollte bei der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz unterstützt werden. Eine mögliche Tätigkeit wäre Kurierdienst, Chauffeur Tätigkeiten für Leichttransportdienste, leichte bis intermittierend mittelschwere Arbeiten seien aus psychiatrischer Sicht möglich ohne intensive interpersonelle Anforderungen (S. 11 Ziff. 4.10.2).

Anlässlich der internistischen Begutachtung wurde festgehalten, dass die Intensität und das Ausmass der vorgebrachten Beschwerden sehr auffällig seien. Aus rein internistischer Sicht lasse sich die bunte Symptomatik nicht erklären. Auffällig sei auch, dass der Beschwerdeführer sämtliche abgefragten Symptome bejahe (S. 26 unten). Aus rein internistischer Sicht lasse sich keine Arbeitsunfähigkeit begründen (S. 29).

Die orthopädische Begutachtung ergab, dass bildgebend keine Hinweise auf degenerative Veränderungen im rechten Handgelenk vorliegen. Es seien keine Residuen von alten Frakturen sichtbar (S. 36). Am Handgelenk liege eine deutliche Inkonsistenz zwischen den Beschwerden und den klinischen und radiologischen Befunden vor. Die Beschwerden in der linken Schulter und im Rücken seien nur teilweise konsistent und plausibel (S. 38). In jeglicher angepassten Tätigkeit wäre der Beschwerdeführer aus orthopädischer/handchirurgischer Sicht einsetzbar. Seinem Wunschberuf als Kurier für Medikamente stehe nichts im Weg (S. 39).

Bei der psychiatrischen Begutachtung habe der Beschwerdeführer berichtet, dass seine Stimmung inzwischen deutlich stabiler sei als früher. Insbesondere zwischen 2013 und 2015 habe er sich sehr schlecht gefühlt. Für vieles, was er früher gerne gemacht habe, fehlten ihm jetzt die Energie und der Antrieb. Er fühle sich immer noch gelegentlich hoffnungslos und unruhig (S. 41). In seinem sechsten Lebensjahr sei er von einem Unbekannten mit nach Hause genommen und sexuell missbraucht worden. Dies sei ein einmaliger Vorfall gewesen. Er habe anschliessend mit niemandem darüber gesprochen, bis er in die psychiatrische Behandlung bei Dr. D. \_\_\_ gekommen sei. Es habe im weiteren Verlauf immer wieder subtile Übergriffe von ihm übergeordneten Menschen gegeben. So habe an seiner letzten Arbeitsstelle sein Chef wiederholt seine Hand sehr lange gehalten, diese gestreichelt und vulgäre Flirtgesten gemacht. Insbesondere die letzte Phase an seinem letzten Arbeitsort sei für ihn parallel zur Trennung von seiner Frau schliesslich zur Zerreissprobe geworden. Ab 2013 sei er in diesem Zusammenhang zu Dr. D. \_\_\_ gekommen, wo auch die Schussverletzung angesprochen worden sei. Zuletzt sei er während der beruflichen Abklärung von einem neuen Gruppenleiter mit einem vertraulichen Augenzwinkern begrüsst worden, was bei ihm umgehend wieder Bedrohungsgefühle wachgerufen und schliesslich zur stationären Behandlung im Sanatorium G. \_\_\_ geführt habe. Aktuell gehe er wöchentlich in die Traumatherapie bei einer serbokroatisch sprechenden Therapeutin (S. 41 unten f.).

Der Verlauf sei schwankend gewesen; anamnestisch habe zwischen 2013 und 2015 praktisch durchgehend eine mindestens mittelschwere depressive Symptomatik bestanden. Der Beschwerdeführer habe 2014 versucht, eine Ausbildung als LKW-Chauffeur zu absolvieren, habe aber aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten und interaktioneller Überforderung mit der Prüfungssituation diese Ausbildung nicht erfolgreich abschliessen können. Er habe 2015 erneut geheiratet, wobei es 2018 zur Scheidung kam. Unter dem Druck des anhaltenden privaten und beruflichen Misserfolgs sei ihm keine nachhaltige Stabilisierung gelungen. Anlässlich eines vertraulichen Augenzwinkerns sei es zur

psychischen Dekompensation mit erstmaligen posttraumatischen Belastungssymptomen gekommen (S. 45 unten f.). Aktuell bestehe eine komplexe Traumafolgestörung mit psychomotorischer Unruhe und Anspannung, Logorrhoe und eingeschränkter interpersoneller Belastbarkeit. Die depressive Symptomatik schwanke in ihrem Schweregrad und sei aktuell nur leicht ausgeprägt. Die episodisch auftretenden Gedächtnisstörungen seien ebenfalls im posttraumatischen Kontext als dissoziative Störung zu werten. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei auf die traumatisch und anhaltend belastend erlebten Lebensereignisse zurückzuführen. Der seit Beginn der Behandlung im Jahr 2013 immer wieder beschriebene ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstil sei auch im posttraumatischen Kontext zu interpretieren. In der Summe bestehe ein aktuell mittelschwer ausgeprägtes komplexes Krankheitsbild (S. 46 unten f.).

3.13

Am 26. Mai 2020 (Urk. 7/145) wurde von den Gutachtern des Y.\_\_\_\_

hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht ergänzend festgehalten, aus der Anamnese gehe hervor, dass der Beschwerdeführer in jeglicher Anforderungssituation angespannt, gereizt, verbal aggressiv und mit Bewusstseins-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen reagiere. Auslösend sei die bloße Konfrontation mit den Ansprüchen anderer, welche das frühere Erleben eines Übergriffs aktualisierten. Damit interagiere das negative Selbstbildnis des Beschwerdeführers, welcher sich durch kritische Äusserungen anderer unmittelbar als destabilisiert erlebe und heftig defensiv reagiere (S. 2 unten). Intrusionen seien nicht beklagt worden. Der Beschwerdeführer versuche, den sich grenzüberschreitend verhaltenden Personen aus dem Weg zu gehen, was naturgemäss nur sehr begrenzt möglich sei, wenn es sich um Lehrpersonen und direkte Vorgesetzte handle. Weiter seien keine Alpträume beklagt worden; der Beschwerdeführer schlafe mit Medikamenten durch (S. 3). Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit gelte ab Juli 2019. Der Verlauf vorher könne nicht lückenlos angegeben werden, da eine entsprechende lückenlose Dokumentation fehle. Eine neuropsychologische Abklärung sei nicht durchgeführt worden, da sich keine Verdachtsmomente bezüglich fehlender Validität der geschilderten Beschwerden ergeben hätten (S. 5).

3.14

Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. J.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie, diagnostizierten in ihrem am 8. Januar 2021 (Urk. 7/165) erstatteten Gutachten eine Anpassungsstörung im Sinne einer länger dauernden depressiven Reaktion mit Angst gemischt (ICD-10 F43.22; S. 42). Die neuropsychologische Untersuchung habe verschiedene Inkonsistenzen und Diskrepanzen ergeben. So sei die Leistung des Beschwerdeführers in der Alertness-Aufgabe deutlich schlechter gewesen als seine Leistung in der Aufgabe zur Überprüfung einer komplexeren attentionalen Funktion. Dies bedeute, dass der Beschwerdeführer anspruchsvolle attentionale Aufgaben besser gelöst habe als weniger anspruchsvolle; diese Diskrepanz lasse sich nicht plausibel erklären (S. 28 unten f.). Der pathologische Uhrentest sei nicht plausibel zu erklären. Die Leistung in der kognitiven Testung sei diskrepant zu den Leistungen des Beschwerdeführers im täglichen Leben (Auto fahren, Tante besuchen etc.) wie auch seinem Verhalten (Anamnesegespräch, Orientierung in der Praxis) im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung. So hätten einige Aufmerksamkeitsleistungen und insbesondere auch die physische

Alertness in einem weit unterdurchschnittlichen Bereich gelegen, was ein unfallfreies Autofahren mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit verunmöglichen würde. Weiter habe der Beschwerdeführer im Anamnesegespräch exakt Auskunft gegeben über, was er an Silvester getrunken habe, welche Medikamente er einnehme und wann er das letzte Mal Auto gefahren sei. Zudem habe er die Gutachterin korrekt mit ihrem Namen verabschiedet und die Orientierung in der Praxis sei einwandfrei gelungen. Die weit unterdurchschnittlichen Leistungen in der testpsychologischen Überprüfung der mnestischen Funktionen seien diskrepant dazu gewesen. Im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung habe sich ein adäquat distanzierter, im Affekt leicht gedrückter und vermindert stimmungsfähiger, zeitweise gereizter Explorand gezeigt, welcher punktuell nervös und angespannt gewirkt habe, teils mit lauter Stimme Auskunft gegeben und motorisch unruhig gewirkt habe. Es hätten sich auch Hinweise auf eine verminderte Impulskontrolle und Frustrationstoleranz ergeben. Sehe man zunächst von den Auffälligkeiten in der sorgfältigen Überprüfung der Performanzvalidierung ab und betrachte formal nur das ermittelte kognitive Testprofil, so ergäbe sich eine insgesamt mindestens mittelschwere bis schwere kognitive Störung mit Einschränkungen von attentionalen, exekutiven, mnestischen und visuell-räumlichen Teilfunktionen. Bei einer solchen ausgeprägten Störung wäre die betroffene Person in der Verrichtung diverser Alltagsaktivitäten wie Spaziergehen, den Weg nach L. \_\_\_ zum Kaffeetrinken mit Kollegen finden sowie sich an und Verrichten von Hygienemaßnahmen auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Insbesondere wäre die betroffene Person nicht in der Lage, selbständig ein Auto zu lenken. Dies sei in auffälliger Weise diskrepant zu den Angaben des Versicherten, dass er zum Beispiel vor zwei Tagen von K. \_\_\_ nach L. \_\_\_ gefahren sei, um dort seine Tante zu besuchen. Der Umstand, dass er überhaupt in der Lage sei, ein Auto zu lenken, stehe in starkem Widerspruch zu den ermittelten kognitiven Testergebnissen. Die Tests hätten durchgehend hoch auffällige Resultate geliefert und für eine unzureichende Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers während der neuropsychologischen Begutachtung gesprochen. Solche Resultate ließen sich weder durch das Vorliegen einer psychischen Störung noch durch eine Schmerzproblematik und auch nicht durch allfällige unerwünschte Medikamentennebenwirkungen erklären. Insbesondere seien die Tests derart gestaltet, dass sie sogar von Patienten mit fortgeschrittener Demenz mit durchaus genügenden Leistungen gelöst werden könnten. Es sei sehr wahrscheinlich von Aggravation von kognitiven Defiziten auszugehen (S. 30). Aus rein neuropsychologischer Sicht müsste der Beschwerdeführer in der Lage sein, einer einfachen Arbeitstätigkeit nachzugehen (S. 31).

Bei der Laboruntersuchung hätten die niedrigen Spiegel gezeigt, dass die verordneten Medikamente mit überwiegender Wahrscheinlichkeit entweder nicht in der verordneten Dosis oder nur unregelmäßig eingenommen würden. Für eine genetische Metabolisierungsstörung gebe es weder in der Aktenlage noch aus dem Bericht des Beschwerdeführers Hinweise, sie sei zudem selten, könne aber als Ursache der niedrigen Spiegel nicht völlig ausgeschlossen werden. Viel wahrscheinlicher sei eine mangelnde Compliance (S. 31).

Beim Beschwerdeführer sei ein ängstlich-depressives Syndrom vorhanden, allerdings nur noch in eher leichter Ausprägung. Bezüglich der diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung seien weder die zugrunde liegenden Traumata vom Beschwerdeführer plausibel beschrieben noch träten Erinnerungen an mögliche Trauma-Ereignisse im Sinne

von sich plötzlich aufdrängenden Erinnerungen oder thematisch spezifischen Alpträumen auf. Bei den berichteten Angstsymptomen mit erhöhter Schreckhaftigkeit sowie der innerpsychischen Blockierungen im Kontakt mit Autoritätspersonen sei eine Symptomverdeutlichung sichtbar, die in deutlichem Kontrast zum Verhalten in der Untersuchungssituation stehe (keine auffällige Reaktion bei Aussengeräuschen, keine ängstliche Blockierung gegenüber dem männlichen Gutachter). Deutlich werde eine biographisch nachweisbare und von ihm selbst auch so wahrgenommene Abhängigkeit der psychiatrischen Symptomatik von psychosozialen Problemsituationen. Schmerzen würden zwar erwähnt, stünden im Bericht des Beschwerdeführers nicht im Vordergrund, es gebe auch keine Denkeinengung auf Schmerzinhalte (S. 32).

Zur Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung sei festzuhalten, dass der typische Verlauf mit abgegrenzten Episoden und Intervallen von Symptomfreiheit weder in den Akten noch in den verschiedenen Arztberichten erwähnt

werde. Auch der Beschwerdeführer selbst beschreibe in der aktuellen gutachterlichen Untersuchung keinen solchen Verlauf der affektiven Symptomatik. Vielmehr sei offensichtlich sowohl der Beginn der depressiven Symptomatik als auch der weitere Verlauf von diversen psychosozialen Schwierigkeiten bestimmt. Diese würden auch immer wieder erwähnt; zusammenfassend handle es sich um wiederkehrende Eheprobleme in zwei verschiedenen Ehen, finanzielle Schwierigkeiten, die Kränkung infolge der fehlenden Vaterschaft und die Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und anschließende Arbeitslosigkeit. Die Abhängigkeit der affektiven Problematik von psychosozialen Ereignissen lege nahe, dass es sich um eine Anpassungsstörung handle. Eine rezidivierende depressive Störung sei auszu-schließen (S. 34 f.). Zwar dauerten bei einer Anpassungsstörung die Symptome nicht länger als sechs Monate. Da beim Beschwerdeführer die affektiven Störungen nun schon seit mindestens sieben Jahren anhalten würden, scheine hier ein Widerspruch vorzuliegen. Dies sei aber nicht der Fall, denn die psychosozialen Belastungen seien entweder anhaltend oder es träten immer wieder neue Belastungen auf. So sei vorliegend keineswegs von einem Einzelereignis auszugehen, sondern von immer neuen psychosozialen Belastungen, auf die der Beschwerdeführer dann immer wieder regressiv depressiv reagiere. Da sich die sozialen Belastungen und die Zeit der depressiven Reaktionen darauf zeitlich überschneiden, entstehe das Bild einer über lange Jahre chronifizierten Störung, die aber die Diagnose einer Anpassungsstörung im Sinne der wiederholten Belastungsereignisse nicht ausschliesse (S. 36 unten f.).

Zur Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung hielt der Gutachter fest, dass die Schussverletzung sicher nicht banal, aber nach operativer Behandlung folgenlos abgeheilt sei und zwischen 2002 und 2013 nicht zu irgendwelchen funktionellen Einbußen geführt habe. Es sei nicht erklärbar, wie ein solches Ereignis nicht-katastrophalen Ausmasses mit einer Latenz von mehr als 10 Jahren eine solch schwer beschriebene Problematik ausgelöst haben solle. Bezüglich des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit zeige sich die besondere Schwierigkeit der gutachterlichen Beurteilung einer solchen Situation. Insbesondere bei solchen heiklen Themen sei es durchaus möglich, dass das in kurzer Zeit aufzubauende Vertrauensverhältnis während der Begutachtung nicht dafür ausreiche, dass Betroffene ausführlich von einem solchen Trauma erzählten (S. 38 f.). Eine Latenz zwischen dem Trauma selbst und der ersten Entwicklung von Symptomatik und entsprechender Behandlung Jahrzehnte danach sei aber extrem unwahrscheinlich. Beim Beschwerdeführer liessen sich Dysfunktionalitäten in den Folgejahren, also von der Kindheit bis ins Jahr 2013,

gar nicht nachweisen. Der Anlass für die Traumabehandlung sei nicht eine spezifische Symptomatik mit entsprechender Dysfunktionalität gewesen. Vielmehr seien die Befindlichkeitsstörungen immer eindeutig auf die psychosozialen Belastungssituationen in der Gegenwart zurück geführt worden. Es müsse angenommen werden, dass ein solches Ereignis in der Kindheit erst im Rahmen der Therapie aufgedeckt worden sei und erst danach dem Beschwerdeführer als innerpsychisches Modell für seine Beschwerden diene. Weiter würden hinsichtlich der Schussverletzung zwar Intrusionen und Nachhall-Erinnerungen beschrieben, diese Erinnerungen kämen aber nicht, wie typischerweise bei posttraumatischen Belastungsstörungen, plötzlich aus dem Nichts heraus sich aufdrängend. Vielmehr bedürfe es immer wieder unangenehmer Trigger, damit der Beschwerdeführer sich an diese Ereignisse erinnere. Es sei deshalb mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine posttraumatische Belastungsstörung zu verneinen. Für die teilweise postulierte damit in Zusammenhang stehende Amnesie bestehe zudem kein Anhalt (S. 39 f.).

Da der Beschwerdeführer die Schmerzen selbst nicht in den Vordergrund stelle, sei auch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht gerechtfertigt (S. 41). Das aktuell noch vorliegende syndromale psychiatrische Krankheitsbild werde einer Reaktion auf die schwierigen psychosozialen Belastungen zugeordnet. Hätte der Beschwerdeführer keine Schulden, wäre der Vaterschaftstest zu seinen Gunsten ausgefallen und wäre es nicht zu den Eheschwierigkeiten gekommen, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass keine Funktionsstörungen vorliegen würden (S. 47).

Bezüglich einer psychisch und kognitiv nicht stark belastenden Tätigkeit wie der zuletzt ausgeübten als Fassadenisoleur sei aus psychiatrischen Gründen wegen der depressiv-ängstlichen Restsymptomatik nur noch von einer geringen Einschränkung der Leistungsfähigkeit auszugehen. Die Einschränkung werde auf etwa 20 % geschätzt. Diese würde sich aber nur bei Arbeitsprofilen auswirken, die stärkere konzentrierte Fähigkeiten erforderten. Damit ergebe sich eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 80 % bei einer Anwesenheit von 100 % (S. 48).

Zum Verlauf sei festzuhalten, dass frühestens 2011 zunehmende psychosoziale Belastungen aufgetreten seien, die bis heute anhalten und eine depressiv-ängstliche Reaktion im Sinne einer Anpassungsstörung immer wieder unterhalten würden. Immerhin sei es im Herbst 2017 zu einer Akzentuierung gekommen, die zu zwei stationären Aufenthalten geführt habe. Insofern habe von Oktober 2017 bis Sommer 2018 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die im Vorgutachten beurteilte Verminderung der Arbeitsfähigkeit werde einigermaßen plausibel begründet, wenn sie auch wohl fälschlicherweise auf eine komplexe Traumafolgestörung beziehungsweise depressive Störung zurückgeführt werde (S. 48 f.). Die gesamten funktionellen Einschränkungen aufgrund der psychiatrischen Symptomatik schienen aber in dieser Zeit doch ausreichend gewesen zu sein für die begründete 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Die aktuell nur noch mässige Einschränkung bestehe seit Frühling 2020. Eine genauere Zuordnung von Arbeitsunfähigkeiten im zeitlichen Verlauf sei aufgrund der Aktenlage sowie der besonderen Situation abweichender diagnostischer Konzepte und der eindeutig nachgewiesenen Aggravation nicht möglich. Eine besondere Schwierigkeit sei dabei, dass in den psychiatrischen Fachberichten keine Abgrenzung psychosozialer Schwierigkeiten und anderer ätiologischer Gegebenheiten vorgenommen werde; dies sei auch nicht Aufgabe der Therapeuten im Behandlungskontext. Da aber auch im Vorgutachten keine solche Abgrenzung erfolgt sei, sei keine zeitliche

Einordnung unabhängig von psychosozialen Einflüssen möglich. Diese hätten zu zeitlich unterschiedlich starken psychischen Reaktionen und damit zu unterschiedlichen Ausmassen der Verminderung der Arbeitsfähigkeit geführt (S. 49).

Eine angepasste Tätigkeit sollte kognitiv nicht allzu anforderungsreich sein. Aus psychiatrischer Sicht wären keine speziellen Anpassungen nötig; allenfalls würde eine relativ ruhige, wohlwollende Arbeitsatmosphäre mit eher geringen Stressanforderungen den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt erleichtern (S. 49 unten).

Die Arbeitsfähigkeit könne wohl kaum noch durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden. Eine weitere Fokussierung auf die möglicherweise stattgefundenen Traumata werde als eher kontraproduktiv eingeschätzt. Fokus der Therapie sollte eine alltagsbezogene Betreuung sein, die es dem Beschwerdeführer ermögliche, die Opfersituation zu überwinden und aus eigenen Kräften zu einem sinnvoll erfüllten Privat- und Arbeitsleben zu finden (S. 50). 3.15

Ergänzend hielt Prof. I. \_\_\_ am 16. Februar 2021 (Urk. 7/168) fest, es habe von Oktober 2017 bis Sommer 2018 eine 100%ige, von Sommer 2018 bis Frühling 2020 eine 50%ige und ab dann eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer von Oktober 2017 bis Sommer 2018 zu 100%, von Sommer 2018 bis Juni 2019 zu 50% und ab Juli 2019 zu 0% arbeitsunfähig gewesen. 3.16

Dr. D. \_\_\_ führte mit Schreiben vom 24. Februar 2021 (Urk. 7/169) zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers aus, dieser habe sich von dem bei der neuropsychologischen Begutachtung anwesenden Dolmetscher missverstanden gefühlt. Der Mann habe bei ihm starke Ängste ausgelöst, die zu einer Angstblockade geführt hätten. Es liege eine ausgesprochen starke Angst vor Männern vor. Bei der beruflichen Abklärung im Jahr 2017 sei der Beschwerdeführer stark aufgewühlt gewesen, da jemand von sexuellem Missbrauch berichtet habe, was ihn an sein eigenes Erlebnis erinnere. Der Beschwerdeführer habe dies damals weinend berichtet, er habe zuvor noch nie mit jemandem darüber gesprochen. Er habe eine Zeichnung angefertigt, die es in sich habe. Im weiteren Verlauf habe sich eine starke Destabilisierung gezeigt, die berufliche Abklärung sei gescheitert und der Beschwerdeführer sei dann ins Sanatorium G. \_\_\_ eingetreten. 3.17

Dazu nahm Prof. I. \_\_\_ am 10. März 2021 Stellung (Urk. 7/173) und hielt fest, es habe gemäss Rücksprache mit Dr. phil. J. \_\_\_ bei der neuropsychologischen Untersuchung keine Anzeichen einer «Angstblockade» gegeben; der Beschwerdeführer sei nicht blockiert gewesen und habe nicht, wie dargestellt, versagt. Im Gegenteil sei ja gerade die Bewältigung komplexerer Aufgaben im Gegensatz zu den schlechteren Leistungen bei einfacheren Tests als einer der Hinweise auf Aggravation gedeutet. Ferner seien die Tests zur Symptomvalidierung auch nicht in einem bestimmten Abschnitt der Untersuchung durchgeführt worden, bei dem man dann allenfalls auf eine momentane Blockierung schliessen könnte, sondern seien immer wieder eingestreut worden (S. 1 f.). Alle diese Tests seien auffällig gewesen, was ziemlich selten vorkomme. Weiter habe sich in der gutachterlichen Untersuchung keineswegs eine starke Angst vor Männern gezeigt; er sei während der ganzen Zeit offen und freundlich gewesen und habe nicht mehr als in solchen Situationen üblich angespannt gewirkt (S. 2 oben). 4. 4.1

Aus somatischer Sicht ist gestützt auf die genaue Untersuchung durch die Fachpersonen des Y. \_\_\_ davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich eingeschränkt ist. So liessen sich insbesondere die Beschwerden am rechten

Handgelenk in keiner Weise objektivieren, und auch die Beschwerden in der linken Schulter und im Rücken waren nur teilweise konsistent und plausibel (vgl. vorstehend E. 3.1 2 ). Bereits im März 2014 liess sich durch die Ärzte des Stadtsitals C.\_\_\_\_ keine für die Beeinträchtigung ursächliche Pathologie nachweisen; und der Beschwerdeführer war nach eigenen Angaben bei leichten Tätigkeiten weitgehend beschwerdefrei (vgl. vorstehend E. 3.2). Im Vordergrund stehen psychische Einschränkungen. 4.2

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C\_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

Somit sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3). In einer versicherungsmmedizinischen Begutachtung, welche sich nach den normativen Vorgaben der Rechtsprechung orientiert, ist es daher nicht nur zulässig, sondern sogar geboten, solche invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Umstände aufzuzeigen und gegebenenfalls bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts 9C\_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.1). 4.3

Psychosoziale Faktoren ziehen sich vorliegend wie ein roter Faden durch die medizinische Leidensgeschichte des Beschwerdeführers. So erfuhr er 2012, dass er nicht der biologische Vater seines Sohnes ist (vgl. vorstehend E. 3.4 ), worauf er und seine Frau sich trennten (vgl. das Urteil betreffend Eheschutz vom 14. März 2012; Urk. 7/12). Die von der Beschwerdegegnerin 2014 gewährte Umschulung zum Lastwagenchauffeur ( Urk. 7/41) konnte er nicht erfolgreich abschliessen, worauf er seine Arbeit verlor. 2016 verliess ihn seine neue Partnerin (vgl. Urk. 7/77/4) . Es bestehen finanzielle Probleme, der Beschwerdeführer bezieht seit 1. Februar 2017 Sozialhilfe (vgl. Urk. 3/2). Dr. D.\_\_\_\_ beschrieb solche Faktoren durchgehend und diagnostizierte im Juni 2014 dementsprechend eine Anpassungsstörung, differentialdiagnostisch eine mittelgradige depressive Episode (vgl. vorstehend E. 3.3). Im Juli 2014 stellte er die Depression in Zusammenhang mit der psychosozialen Belastungssituation (familiärer Konflikt mit Trennungssituation und finanziellen Problemen; psychosoziale Belastungssituation; vgl. vorstehend E. 3.4) und legte im November 2016 dar, mit welchen Problemen der Beschwerdeführer in den letzten zwei Jahren konfrontiert gewesen sei. Er ging dabei davon aus, dass der Beschwerdeführer für eine leichtere körperliche Arbeit und als Lastwagenchauffeur eingesetzt werden könne , «wenn er eine Stelle finde» (vgl. vorstehend E. 3.6). Dies schliesst eine verselbständigte psychiatrische Störung mit wesentlichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus. Dr. D.\_\_\_\_

hielt denn auch gegenüber der Beschwerdegegnerin fest, dass «der Mann einfach eine Arbeitsstelle» brauche ( Urk. 7/77/4 unten).

Soweit Dr. D.\_\_\_\_ dennoch eine Arbeitsunfähigkeit attestierte, ist dabei seine Rolle als behandelnder Arzt und Vertrauensperson des Beschwerdeführers zu berücksichtigen. 4.4

Z war können schwierige Lebensumstände , wie sie im Fall des Beschwerdeführers zweifellos vorliegen, geeignet sein, ein depressives Zustandsbild zu bewirken und zu unterhalten. Soweit die psychische Störung wieder verschwindet, wenn die Belastungsfaktoren wegfallen, fehlt es an einem verselbständigten Gesundheitsschaden (z.B. Urteil 9C\_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 2.3. 3. mit Hinweisen). Hat sich aber ein eigenständiger, invalidisierender Gesundheitsschaden entwickelt, spielt es keine Rolle mehr, dass psychosoziale oder soziokulturelle Umstände bei der Entstehung einer Gesundheitsschädigung eine wichtige Rolle spielen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1 , Urteil 9C\_776/2010 vom 20. Dezember 2011 E. 2. 3.3). 4.5

Von 2011 bis Sommer 2017 kann nach dem Gesagten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch nicht von einem verselbständigten Gesundheitsschaden ausgegangen werden, sondern es standen psychosoziale Faktoren wesentlich im Vordergrund. Von einer verselbständigten Entwicklung ist jedoch ab dem Eintritt in das Sanatorium G.\_\_\_\_ im Oktober 2017 (vgl. vorstehend E. 3. 8 ) auszugehen. Wenngleich sich zur Diagnose einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung Fragen stellen (dazu nachfolgend E. 4.7 ), war der Beschwerdeführer aufgrund der stationären Behandlung vom 26. Oktober bis 21. Dezember 2017 zu 100 % arbeitsunfähig und blieb dies auch in der Folge, wurde er doch anschliessend in einer Tagesklinik angemeldet (vgl. vorstehend E. 3. 8 ) und war ab 9. bis 30. Mai 2018 in der Klinik H.\_\_\_\_ erneut hospitalisiert. Dort wurden Intrusionen und ein Hyperarousal mit erhöhter Schreckhaftigkeit, Hypervigilanz , Schlafstörungen, Reizbarkeit und ein deutliches Vermeidungsverhalten festgestellt (vgl. vorstehend E. 3. 9 ). Nachdem rechtsprechungsgemäss eine Beeinträchtigung unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie bestimmt sein muss (vgl. vorstehend E.

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