

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00543 vom 17. August 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-08-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00543

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00543 du 17 août 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00543 del 17 agosto 2023

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1970,

war seit dem 14. März 2011 bei der Z.____

AG, in A.____, als Allrounder angestellt (Urk. 10/4 Ziff. 5.4, Urk. 10/11/47 Ziff.

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 Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen 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 der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

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). 1.

E. 3

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). 1.

E. 3.4

). 3. 7

Am 1. Juni 2022 erstatteten die Gutachter des Zentrums B.____ das von der Beschwerdegegnerin veranlasste interdisziplinäre Gutachten (Urk. 10/147) . Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit (S. 8) :
- organische Halluzinose nach ICD-10 F06.0 - rezidivierende depressive Störung, zurzeit leichter Ausprägung nach ICD-10 F33.0

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit nannten sie einen Status nach Fahrradsturz am 1 9. Juni 2017 mit Status nach Commotio cerebri, dislozierter Jochbeinfraktur und einem Zustand nach Osteosynthese einer dislozierten Jochbeinfraktur links am 2 1. Juni 2017 und ein em

Zustand nach zeitgerechter Metallentfernung sowie ein linksbetontes zervikozephalisches Syndrom mit Verdacht auf vasovagale Synkopen, einen Verdacht auf eine arterielle Hypertonie, eine Erosion des Ösophagus

und eine

Adipositas, BMI 32.2 kg/m² (S. 8).

Die Gutachter führten aus, dass die Begründung der Gesamt-Arbeitsunfähigkeit aus den Einschränkungen aufgrund der Krankheiten im psychiatrischen Fachgebiet resultiere. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenhilfe sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 9 f. Ziff. 4.5-6). Die Arbeitsfähigkeit als Küchenhilfe habe seit der Begutachtung am Zentrum B.____ vom Februar 2019 bei 70 % gelegen, ab der aktuellen psychiatrischen Begutachtung liege sie bei 0 % (S. 10 oben

). Eine angepasste Tätigkeit bestehe in einer leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit ohne komplexe soziale Interaktionen, ohne Zeitdruck und ohne Anspruch an hohe Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Die Tätigkeiten könnten in wechselnder Körperhaltung erfolgen, ohne Überkopfarbeiten und ohne häufige Rotation des Kopfes. Eine solche Tätigkeit wäre während 8.5 Stunden pro Tag möglich, und es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 10 Ziff. 4.7). Diese Arbeitsfähigkeit sei seit der Begutachtung

am Zentrum B.____ vom Februar 2019 gegeben (S. 10 Ziff. 4.7) .

Zu den funktionellen Einschränkungen führten die Gutachter aus, dass ausgehend von der psychiatrischen Diagnose einer depressiven Störung und einer organischen Halluzinose die Funktionseinschränkungen des Versicherten vor allem im Bereich der Stresstoleranz, der hohen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit zu sehen seien. Schwere Beeinträchtigungen gebe es auch bei intensiven und komplexen sozialen Interaktionen. Auf orthopädischem Fachgebiet seien geringe Bewegungseinschränkungen der HWS und lokale Druckschmerzen im Bereich des linken Jochbeines nach erlittenen Verletzungen zu verzeichnen. Neurologische Ausfälle fänden sich weder an den oberen noch unteren Extremitäten. Im interistischen Fachgebiet bestünden keine Einschränkungen (S. 8 unten)

Neuropsychologisch hätten wie in der Vorbegutachtung 2019 auch aktuell keine sicher zuverlässigen Befunde erhoben werden können. Der Versicherte habe keine sprachlichen Einschränkungen und keine nennenswerten Antriebs- und Aufmerksamkeitsdefizite. Testpsychologisch habe sich ähnlich wie zur Vorbegutachtung ein stark beeinträchtigtes Leistungsprofil gezeigt. Aussagen zu spezifischen Leistungseinschränkungen und zur kognitiven Leistungsfähigkeit hätten deshalb nicht gemacht werden können. Einzelne Testleistungen widersprächen bekannten oder erwarteten Leistungsmustern. Zusammen liessen die Befunde eine Aggravation als wahrscheinlich erscheinen (S. 9 oben).

Sodann führten die Gutachter aus, dass die Misserfolge der Eingliederungsversuche durch die psychiatrischen Erkrankungen erklärbar seien. Die Eingliederungsversuche hätten in Küchen von Altersheimen stattgefunden, was für das Krankheitsbild des Beschwerdeführers ungünstig gewesen sei. Sowohl die Stresslevel innerhalb einer Küche als auch die komplexen sozialen Interaktionen hätten einer erfolgreichen Wiedereingliederung entgegengestanden (S. 11 unten Ziff. 4.9 Frage 2). 3. 8

Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 13. Juni 2022 (Urk. 10/148/8-11) aus, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im vorliegenden Gutachten interdisziplinär umfassend dargestellt werde. Aus somatischer Sicht seien Funktion und Belastbarkeit der HWS leichtgradig eingeschränkt. Objektivierbare neurologische Defizite bestünden nicht. Im psychiatrischen Teilgutachten werde dargestellt, dass die depressive Störung nur noch leichtgradig ausgeprägt sei. Das anamnestische Stimmenhören werde ausführlich analysiert. Die Stimmen seien nicht imperativ oder kommen tierend. Denkstörungen oder Beeinträchtigungen des Ich-Bewusstseins lägen nicht vor, ebenso wenig

ein schizophreses, schizoaffektives oder psychotisches Störungsbild. Allenfalls könnte eine organische Halluzinose nach Commotio cerebri angenommen werden. In der neuropsychologischen Testung seien schwere kognitive Defizite erhoben worden, die mit dem klinischen Bild, bei fehlenden neurologischen und bildgebenden Befunden und der Funktionsfähigkeit im Alltag, nicht vereinbar und deshalb nicht authentisch und verwertbar seien. Aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen seien Tätigkeiten mit komplexen sozialen Interaktionen sowie Anforderungen an Flexibilität und Umstellungsfähigkeit ungeeignet. Insgesamt sei die ursprüngliche Tätigkeit als Küchenhilfe seit dem Unfall ungeeignet. In einer angepassten Tätigkeit seien keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit medizinisch begründbar.

Ergänzend führte

Dr. H.____ am 14. Juni 2022 auf Rückfrage aus, dass beim Beschwerdeführer durch Operationen und Behandlungen intermittierend eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit habe jedoch nicht vorgelegen. Deshalb könne davon ausgegangen werden, dass seit jeher eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestanden habe (Urk. 10/148/11) . 3. 9

Die Fachpersonen der Klinik E.____ hielten in ihre m

Einwandschreiben vom 23. Juni 2022 (Urk. 10/157) zum Vorbescheid vom 16. Juni 2022 (Urk. 10/149) fest, dass der Beschwerdeführer im ersten Arbeitsmarkt keine angepasste Tätigkeit mit den bisherigen beruflichen Erfahrungen (mehrjährige praktische Erfahrung ohne abgeschlossene Berufslehre in der Schweiz) als Hilfsarbeiter Küchenhilfe finden werde. So fänden im ersten Arbeitsmarkt solche beruflichen Tätigkeiten unter Zeitdruck statt. Zudem sei bereits eine IV-gestützte Tätigkeit im Sinne einer Belastungserprobung versucht worden, die vom Beschwerdeführer aber nicht ausgeführt werden können. Dementsprechend könne längerfristig nicht von einer vollen Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt ausgegangen werden. Zudem sei er bereits fünf Jahre durch seine Hausärztin Dr. F.____ krankgeschrieben worden, weshalb unzutreffend sei, dass aufgrund einer fehlenden längerdauernden Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf IV-Leistungen entfalle. Diese Krankenschreibung könne nachgewiesen werden (S. 1) . 3. 10

Dr. H.____ , RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 1. September 2022 (Urk. 10/164/3-4) aus, dass i m

Schreiben der Fachpersonen der Klinik E.____ keine medizinischen Fakten präsentiert würden. Der Erfolg einer Belastungserprobung hänge insbesondere von der Mitwirkung und der Motivation des Kunden ab. In der neuropsychologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer eine massive Selbstlimitierung gezeigt. Es sei davon auszugehen, dass seine Anstrengungsbereitschaft auch während der beruflichen Massnahmen nicht sehr hoch gewesen sei. Das Ergebnis sei deshalb ebenso wenig verwertbar, wie jenes der neuropsychologischen Testung. Gerade bei einem Rentenbegehren könne eine Minderperformance erwartet werden.

Die Arbeitsunfähigkeits-Atteste von Dr. F.____ kämen den subjektiven Erwartungen ihres Patienten nach und würden aufgrund fachfremder Diagnosen und Vermutungen ausgestellt. Insgesamt seien keine medizinischen Befunde oder Fakten präsentiert worden, die eine neue medizinische Beurteilung erfordern würden.

Soweit nicht nachvollzogen werden könne, weshalb trotz fehlenden somatischen Diagnosen ein Belastungsprofil mit körperlichen Limiten formuliert worden sei, liege dies daran, dass im Belastungsprofil die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu den Schmerzen und Einschränkungen sowie die somatischen Untersuchungsbefunde (endphasig schmerzhafte Bewegungseinschränkung der HWS) berücksichtigt worden seien . Die Erstellung des Profils sei also auf Symptomebene erfolgt. Da die erhobenen Beschwerden strukturell nicht hinreichend erklärbar seien, könnten keine harten Diagnosen objektiviert werden. Formal könnte das zervikozephal Schmerzsyndrom als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt werden. Das Belastungsprofil sei auf Basis der korrekt erhobenen Befunde und Beschwerden gut nachvollziehbar. Die angestammte Tätigkeit sei deshalb auch nicht mehr geeignet.

Sodann hielt Dr. H.____ fest, dass, nur weil bei zwei neuropsychologischen Testungen das gleiche unrealistische Ergebnis herausgekommen sei, dies als konsistentes Resultat angenommen werden müsse, absurd sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht lägen die Ergebnisse der Testung wesentlich näher an einer bewussten Vortäuschung denn an einem realistischen Befund. Die Begutachtung sei durch erhebliche Inkonsistenzen massiv erschwert gewesen. Gleichwohl sei es den Gutachtern gelungen, den Gesundheitszustand nachvollziehbar darzustellen und eine Balance zwischen objektivierbaren Befunden und subjektiven Einschränkungen herzustellen. Der Leistungsbeurteilung könne weiterhin gefolgt werden. 4. 4. 1

Die Beschwerdeführerin ging gestützt auf das Zentrum B.____ -Gutachten vom 1. Juni 2022 (vorstehend E. 3.7) sowie die Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. H.____ vom 13. Juni 2022 und vom 1. September 2022 (vorstehend E. 3.8 und E. 3.10) davon aus, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Küchenhilfe nicht mehr zumutbar jedoch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit gegeben sei (vorstehend E. 2.1). Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, dass auf das Zentrum B.____ -Gutachten vom 1. Juni 2022 nicht abgestellt werden könne und von einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 15 % auszugehen sei (vorstehend E. 2.2).

E. 3.5

Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, stellte in ihrem Bericht vom 1. Oktober 2020 (Urk. 10/118/7-12) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - Status nach dislozierter Jochbeinfraktur links nach Velosturz am 19. Juni 2017 - Status nach Osteosynthese und Reposition am 21. Juni 2017 - Verdacht auf postkommotionelles Syndrom - chronisches cervicocephales und vertebrales Schmerzsyndrom links betont

Dr. F.____ führte aus, dass ihr die genaue psychiatrische Diagnose nicht bekannt sei (Ziff. 2.5). Der Beschwerdeführer sei seit dem 4. Juli 2017 bei ihr in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 15. September 2020 erfolgt (Ziff. 1.1). Der Patient beklage weiterhin chronische Schmerzen im Bereich des Trigemini links, zudem Nacken- und Kopfschmerzen. Weiter plagten ihn Flashbacks, er höre immer wieder Stimmen, und er leide unter einer depressiven Symptomatik (Ziff. 2.2). Dr. F.____ hielt fest, dass der Patient auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr arbeitsfähig sei. Er sei durch die kleinste Störung gestresst, nervös und könne sich nicht länger auf die Arbeit konzentrieren, was der Arbeitsversuch gezeigt habe. Insbesondere seien die psychiatrischen Beschwerden anhaltend und nicht besser geworden (Ziff. 2.7). Vor dem Unfall sei er zu 100 % als Küchenhilfe angestellt gewesen, aktuell könne er nicht mehr arbeiten (Ziff. 3.1). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe eine maximale Arbeitsfähigkeit von vier Stunden, eher nur von zwei Stunden (Ziff. 4.2). 3. 6

Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 29. Dezember 2020 (Urk. 10/121/1-2) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - chronisches zervikozephalisches und -vertebrales Schmerzsyndrom linksbetont - MRI Schädel/ Halswirbelsäule (HWS) vom 20. Oktober 2017: Degenerative Veränderungen der HWS ohne Neurokompression und ohne posttraumatische Läsionen - mögliche organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns, Differenzialdiagnose (DD) depressive Episode (Erstdiagnose, ED Mai 2018, Universitätsspital C.____)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. G.____ eine posttraumatische Trigeminus-Neuropathie V1-V3 links, Erstmanifestation (EM) 19. Juni 2017 (Ziff. 2.6). Dr. G.____ führte aus, dass er den Patienten seit dem 17. September 2017 betreue und dass die letzte Kontrolle am 24. November 2020 erfolgt sei (Ziff. 1.1). Die Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht eingeschränkt und müsse sowohl aus rheumatologischer Sicht (zervikales Syndrom) als auch aus psychiatrischer Sicht (Depression) beurteilt werden (Ziff. 2.1 und Ziff.

E. 4

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. 4.2

, S.

35 unten) .

Die Gutachter führten aus, dass eine Diskrepanz zwischen der Angabe starker Schmerzen einerseits und dem Fehlen konsistenter Schmerzäusserungen andererseits während der Untersuchungen in den Fachgutachten bestehe. Insbesondere während der Anamneseerhebung und körperlichen Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer entspannt gezeigt. Ausserdem fehlten objektivierbare Befunde für die angegebenen Schmerzen. Neurologisch sei anzumerken, dass die Angabe einer strikt median begrenzten Minderempfindlichkeit für Oberflächen und Schmerzempfinden im Bereich des gesamten linken Kopfes einschliesslich der linken Halsseite keinem vorgegebenen anatomischen Innervationsmuster entsprechen. Die angegebenen Schmerzen fänden auch keine hinreichend wahr scheinliche organoneurologische oder orthopädische Erklärung. Der Beschwerdeführer habe bei der internistischen Untersuchung spontan permanente starke (8 auf einer Skala von 1-10) Schmerzen angegeben, sei dabei aber während der gesamten Untersuchung vollkommen entspannt gewesen. Weiter würden die Verhaltensbeobachtungen hier und der Antrieb nicht zu einem Menschen passen, der über ein Stimmenhören klagt. So habe keinerlei Ablenkbarkeit oder bizarres Verhalten bestanden, wie bei jemandem, der dauerhaft Stimmen höre (Urk. 10/147 S. 6 f. Ziff. 4.2). Das anamnestiche Stimmenhören sei ohne Denkstörungen und ohne Beeinträchtigung des Ich-Bewusstseins. Das Erleben des Stimmenhörens sei nicht im Sinne der ICD-10 unter den schizophrenen Symptomen ersten Ranges zu klassifizieren, auch nicht als psychotisches Symptom im Rahmen einer schweren Depression. Das Stimmenhören habe sich zu keinem Zeitpunkt der Untersuchung feststellen lassen (Urk. 10/147 S. 7 Ziff.

E. 4.3

). Damit haben die Gutachter

des Zentrums B.____ klar und differenziert dargelegt, weshalb sie von einem aggraviorischen Verhalten (vorstehend E. 4.3) des Beschwerdeführers ausgingen.

Wie der RAD-Arzt Dr. H.____ in seiner Stellungnahme vom 1. September 2022 (vorstehend E.

3. 10) sodann zu Recht bemerkte , vermag sich aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer bei beiden durchgeführten neuropsychologischen Testungen nicht verwertbare Resultate zeigte, im Ergebnis keine Plausibilität der Resultate herzuleiten.

Auch aus der übrigen Aktenlage ergeben sich Diskrepanzen . So gab der Beschwerdeführer verschiedentlich an, dass er nach dem Unfall vom 19. September 2017 während drei Tagen im Koma gelegen hätte (vgl. Urk. 10/11/ 6-8 S. 1 Mitte, Urk. 10/ 74/2-87 S. 10 oben) . Dann sprach er gegenüber den Fachpersonen der Psychiatrischen Universitätsklinik D.____ während seines stationären Aufenthaltes vom 21. Oktober bis 8. November 2019

sogar davon, dass er während sieben Tagen im Koma gelegen hätte (Urk. 10/147/110-115 S. 2 oben) , ohne dass sich aus den echtzeitlichen medizinischen Akten eine Bewusstlosigkeit während der Spitalaufenthalte oder gar ein Koma entnehmen liesse (Urk. 10/ 11/36-37 ,

Urk. 10/26/278 -279) . Anamnestisch sei der Beschwerdeführer nach dem Sturz kurz bewusstlos gewesen, es bestand bei Eintreffen der Sanität jedoch ein Glasgow- Coma - Scale Wert von 15, ebenso bei Eintritt in das erstbehandelnde Spital

(Urk. 10/29/1-2) . Überdies wurde lediglich ein Schädelhirntrauma Grad I diagnostiziert, welche Diagnose sich nicht mit einem Koma über mehrere Tage vereinbaren liesse , und es fanden umfassende Abklärungen inklusive eine CT statt, ohne dass sich intrakranielle Traumafolgen

gezeigt hätten (vgl. auch Urk. 10/26/104 , Urk. 10/26/278-279) .

Sodann fand durch das O.____

Augenzentrum nach erfolgter Konsultation des Beschwerdeführers im Januar 2018 aufgrund von widersprüchlichen und teilweise nicht glaubhaften Angaben keine Behandlung statt

(Urk. 10/26/165, vgl. Urk. 10/26/167 -168) .

Was die gescheiterten beruflichen Eingliederungsmassnahmen (Urk. 10/87, Urk. 10/98-99, Urk. 10/102, Urk. 10/109) anbelangt, woraus der Beschwerdeführer unter anderem seine Arbeitsunfähigkeit herleitete (vorstehend E. 2.2), gilt zu beachten, dass die den Versicherten noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung durch die Ärzte zu beurteilen und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_266/2019 vom 22. Juli 2019 E.

3.2.1) .

Zum Abbruch des von der Beschwerdegegnerin ursprünglich vom 9. September 2019 bis 8. März 2020 zugesprochenen Arbeitsversuches im Betrieb Alterszentrum I.____

(Urk. 10/87 , Urk. 10/98) kam es, da der Beschwerdeführer sich am 21. Oktober 2019 in einen stationären Aufenthalt in die Psychiatrische Universitätsklinik D.____ (vorstehend E. 3.3) begab , wo er

dann aufgrund einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F 32.3) vom 21. Oktober bis 10. November 2019 zu 100 %

arbeitsunfähig geschrieben wurde. Danach sahen die behandelnden Fachpersonen der Psychiatrischen Universitätsklinik D.____ lediglich eine Reintegration mit einem Startpensum von 10 % bis 20 % für möglich (vorstehend E. 3.3, Urk. 10/96) .

Diesbezüglich ist jedoch anzumerken, dass die von den Fachpersonen der Psychiatrischen Universitätsklinik D.____ gestellte Diagnose einer schweren Depression mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) wohl im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers

zu basieren schien, namentlich auf dem vom psychiatrischen Teilgutachter des Zentrums B.____ als unauthentisch qualifizierten Stimmenhören. So berichteten die Fachpersonen der Psychiatrischen Universitätsklinik D.____ rein objektiv gesehen von einem bewusstseinsklaren, vollständig orientierten, im Kontakt fröhlich lächelnd zugewandten Beschwerdeführer. Eine Störung der Auffassung konnten die Fachpersonen nicht feststellen, ebenso wenig inhaltliche Denkstörung. Auch wenn sie den Affekt des Beschwerdeführers als niedergestimmt, verzweifelt und hoffnungslos beschrieben, erscheinen diese Feststellungen als diskrepant zu der von ihnen gestellten Diagnose sowie der attestierten Arbeitsunfähigkeit.

Vor dem Hintergrund der in den Zentrum B.____ -Gutachten beschriebenen Beschwerdeaggravation ist das vom Beschwerdeführer anlässlich der Eingliederungsmassnahmen gezeigte Leistungsniveau erheblich zu relativieren. RAD-Arzt Dr. H.____ wies denn auch in seiner Stellungnahme vom 1. September 2022 (vorstehend E.

3.10) darauf hin, dass der Erfolg einer Belastungserprobung von der Mitwirkung und Motivation abhängt, und insgesamt davon auszugehen sei, dass die Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers, ähnlich wie bei den neuropsychologischen Testungen, nicht hoch gewesen sei.

Damit erweist es sich entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vorstehend E.

2.2) auch nicht relevant, ob die Eingliederungsversuche in Küchen in Altersheimen tatsächlich einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt oder einer geschützten, betreuten Arbeitsstelle entsprochen haben.

Aus den in den Akten befindlichen Angaben zu seiner vorherigen Tätigkeit bei einem Cateringunternehmen geht jedenfalls hervor, dass diese Allrounder-Tätigkeit mit Putzen, Kochen und Verpacken eine

Tätigkeit mit einem hohen Stresslevel gewesen ist (vgl.

Urk. 10/11/7, Urk. 10/11/9 und Urk. 10/11/30). Damit erklärt sich auch, weshalb die Gutachter des Zentrums B.____

die angestammte Hilfstätigkeit für nicht mehr zumutbar erachteten.

Die Gutachter des Zentrums B.____ hielten in ihrem Gutachten vom 1. Juni 2022 (vorstehend E. 3.7) klar fest, dass zwar orthopädisch keine relevanten Funktionseinschränkungen bestünden, dennoch Tätigkeiten, welche eine vermehrte Belastung der HWS beinhalteten, eine häufige Rotation des Kopfes erforderten sowie Überkopfarbeiten vermieden werden sollten, was entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vorstehend E. 2.2), wie

RAD-Arzt Dr. H.____ in seiner Stellungnahme vom 1. September 2022 (vorstehend E. 3.10) ausführte, kein Widerspruch ist, zumal der Beschwerdeführer auch selbst anlässlich der orthopädischen Begutachtung äussert, dass er sich leichte Arbeiten vorstellen könne, schwere körperliche Tätigkeiten jedoch nicht, wobei die Kopf- und Nackenschmerzen ein grosses Problem seien (Urk. 10/147 S. 31 unten). In einer an seinen Ausbildungsstandard angepassten Tätigkeit und mit der Einschränkung, keine Lasten über 5 kg heben zu müssen, sei für ihn ein volles Pensum vorstellbar

(Urk. 10/147 S. 79 Frage 1).

Hinsichtlich der Ausführung von Dr. F.____ vom 1. Oktober 2020 (vorstehend E.

3.5) sowie der den Beschwerdeführer seit dem 17. Januar 2018 behandelnden Fachpersonen der Klinik E.____ vom 10. September 2020 und vom 23. Juni 2022 (vorstehend E. 3.4 und E. 3.9) hat das Gericht bei der Beweiswürdigung praxisgemäss der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung mitunter in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen,

weshalb hier eine gewisse Zurückhaltung bei der Würdigung ihrer Berichte angebracht ist (BGE 135 V 465 E. 4.5).

Dr. F.____ hielt in ihrem Bericht vom 1. Oktober 2020 (vorstehend E. 3.5) einerseits fest, dass ihr die genaue psychiatrische Diagnose nicht bekannt sei, führte aber dennoch aus, dass der Beschwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr arbeitsfähig sei, was sich nicht nachvollziehen lässt. Wie RAD-Arzt Dr. H.____ zu Recht in seiner Stellungnahme vom 1. September 2022 (vorstehend E. 3.10) festhielt, hat sich Dr. F.____ im Rahmen der ausgestellten Arbeitsunfähigkeits-Atteste wohl im Wesentlichen auf die subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers gestützt. Dementsprechend können auch die Fachpersonen der Klinik E.____ aus der Krankenschreibung des Beschwerdeführers durch Dr. F.____ nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die Fachpersonen der Klinik E.____ stützten sich ihrerseits ebenfalls, wie aus ihrem Bericht vom 10. September 2020 (vorstehend E. 3.4) hervorgeht, im Wesentlichen nicht hinterfragend auf die subjektiven Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers ab, indem sie das von ihm berichtete Stimmenhören, obwohl sie weder effektive formale Denkstörungen noch Ich-Störungen feststellten, als authentisch taxierten.

Aus den bereits genannten Gründen vermag auch ihre im Einwandschreiben vom 23. Juni 2022 (vorstehend E. 3.9) vorgenommene Herleitung der Arbeitsunfähigkeit aus den gescheiterten Eingliederungsmassnahmen nicht zu überzeugen. Zudem verkanteten sie, dass gemäss dem Zentrum B.____-Gutachten vom 1. Juni 2022 nicht mehr von einer Arbeitstätigkeit des Beschwerdeführers als Hilfsarbeiter in einer Küche ausgegangen wurde. 4.5

Aufgrund des Gesagten ist gestützt auf das beweiskräftige Gutachten des Zentrums B.____ vom 1. Juni 2022 davon auszugehen, dass ein Aggravationsverhalten vorliegend das Beschwerdebild dominiert. Die angestammte Hilfsarbeitertätigkeit in der Küche erweist sich als ungeeignet, jedoch ist der Beschwerdeführer bereinigt um den Anteil der Aggravation (vgl. vorstehend E. 4.3) -

in jeder adaptierten Hilfsarbeitertätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig, sofern es sich um leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit ohne komplexe soziale Interaktionen, ohne

Zeitdruck und ohne Anspruch an hohe Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, in wechselnder Körperhaltung, ohne Überkopfarbeiten und ohne häufige Rotation des Kopfes handelt. 5. 5.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Dem IK-Auszug (Urk. 10/18) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in den letzten drei Jahren vor dem Unfall einen durchschnittlichen Jahreslohn von Fr. 58'974.-- erzielte (2014: Fr. 61'999.-- + 2015: Fr. 59'614.-- + 2016: Fr. 55'310.-- : 3). Der Nominallohnentwicklung der Jahre 2017-2020 im Bereich Gastronomie in Höhe von 0.3, 0.4 und -0.8 % (für das Jahr 2020 ist kein Wert vorhanden, vgl. Nominallohnindex, 2016-2020, Rubrik 55/56) angepasst ergibt sich für das massgebliche Jahr 2020 ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 58'912.-- 5.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 5.3

Das im Jahr 2020 im Kompetenzniveau 1 von Männern erzielbare Monatseinkommen betrug durchschnittlich

Fr. 5'261.-- (Tabelle TA1_tirage_skill_level, Rubrik «Total»). Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden ergibt dies einen hypothetischen Jahreslohn von Fr. 65'815.-- (Fr. 5'261.-- x 12 : 40 x 41.7), womit im Vergleich zum hypothetischen

Valideneinkommen von Fr. 58'912.-- keine Erwerbseinbusse und damit kein Invaliditätsgrad resultiert.

Die angefochtene Verfügung

(Urk. 2)

erweist sich

demnach

als rechtes, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6 .

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. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf §

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). 1. 5

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 aus gleichener 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). 1. 6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass die Anmeldung des Beschwerdeführers am 26. September 2017 eingegangen sei. Die erfolgten Abklärungen hätten ergeben, dass ihm die bisherige Tätigkeit als Küchenhilfe nicht mehr zumutbar sei. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit könnte er dagegen im vollen Pensum nachgehen. Der Beschwerdeführer sei damit in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erwirtschaften. Damit entfalle der Anspruch auf

IV-Leistungen. Die erneute Prüfung durch den regionalen ärztlichen Dienst (RAD) habe ergeben, dass keine neuen oder bislang unbekanntem medizinischen Tatsachen hervorgebracht worden seien, die dazu veranlassen würde, die vorgängige Beurteilung durch den RAD inhaltlich abzu ändern. Die Beurteilung stütze sich weiterhin auf das zuvor bei m

Zentrum B. ___ eingeholte polydisziplinäre Gutachten

(S. 1 f.). 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass zur Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit nicht auf das Gutachten abgestellt werden könne, zumal es Mängel aufweise (S. 9 Rz. 4). Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb in der angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit vorliegen solle. Die Diagnosen wirkten sich auf die Leistungsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit aus, wie dies auch anlässlich der Eingliederungsmassnahmen sichtbar geworden sei. Seine Leistung habe trotz Begleitung

in einem Coaching nie auf mehr als zwei Stunden täglich gesteigert werden können. Bei der Arbeit in der Küche, welche ihm Freude bereitet habe, habe es sich nicht um eine mit dem ersten Arbeitsmarkt vergleichbare Tätigkeit gehandelt, und seine Schwierigkeiten seien nicht aus der Küchenarbeit als solche resultiert, was den Gutachtern entgangen sei. Nach nur wenigen Wochen habe die Massnahme aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen werden müssen. Bei einer umfassenden Berücksichtigung zeige sich eine Arbeitsfähigkeit von maximal 15 % in einer angepassten Tätigkeit. Daraus ergebe sich vorliegend ein Invaliditätsgrad von 85 % und damit ein Anspruch auf eine ganze Rente ab Abbruch der Taggeldleistungen, also ab August 2020 (S. 9 ff. Rz. 5).

Zudem sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Gutachter, obwohl sie keine somatischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit genannt hätten, dann lediglich noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung und ohne Überkopfarbeiten und ohne häufige Rotation des Kopfes für zumutbar erachteten (S. 11 Rz. 7). Auch das neuropsychologische Teilgutachten sei mangelhaft. Vor dem Hintergrund seiner offensichtlichen und hochgradigen Motivation für eine Reintegration in den Arbeitsmarkt und den vergleichbaren gutachterlichen Testresultaten von 2019 und 2022 sei hier überwiegend wahrscheinlich von einer objektiven Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, denn es sei äusserst unwahrscheinlich, dass es bei einer leistungswilligen Person bei neuropsychologischen Abklärungen mit einem Abstand von drei Jahren zu vergleichbaren Testresultaten kommen könne, ohne dass darin eine objektivierte Aussagekraft liege. Er habe starke kognitive Leistungseinschränkungen, welche er nicht bewusst beeinflussen könne (S.

E. 11

f. Rz. 8). 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. 3.

3. 1

Die relevante medizinische Aktenlage präsentiert sich wie folgt: 3. 2

Am 10. Mai 2019 erstatteten die Gutachter des Zentrums B.____ das von der Swica veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 10/74/2-87). Die Gutachter stellten folgende unfallrelevante Diagnosen (S. 11 lit . D). Fahrradsturz vom 19. Juni 2017 mit und bei -dislozierte Jochbeinfraktur links - Status nach Reposition und Osteosynthese in Intubationsnarkose am 21. Juni 2017, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG),

Universitätsspital C.____ - Status nach Osteosynthesematerialentfernung am 5. März 2018 - residuelle Hypästhesie V1 und 2 sowie wenig Druckdolenz des Jochbeins/-bogens links - Luxation der Zähne 13 und 23 - Anpassungsstörungen, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21)

Als nicht-unfallrelevante Diagnosen nannten die Gutachter eine chronisch rezidivierende Zervikozephalgie und Brachialgie beidseits, links stärker als rechts, sowie Schmerzen und Gefühlsminderung der linken Gesichtshälfte unklarer Ursache (S. 11 lit . D). Die Gutachter führten aus, dass in der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Küchenhilfe/Allrounder aufgrund der somatischen Beschwerden eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Der Beschwerdeführer sei somatisch nicht eingeschränkt. Aufgrund der psychischen Beschwerden liege die Arbeitsfähigkeit bei 70 % . Bei schlecht strukturierten Tätigkeiten mit erheblichem Zeitdruck und mit erhöhten Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit werde die Einschränkung auf 30 % geschätzt (S. 15 f. Ziff. 9.1-2). Geeignet seien sachbetonte, gut strukturierte Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit. Im Rahmen des psychiatrisch angepassten Belastungsprofils bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 16 Ziff. 9.3).

Die Gutachter hielten fest, dass in der Zusammenschau der Befunde auf neurologischem Gebiet kein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden könne. Eine gesicherte neurologische Diagnose könne nicht gestellt werden. Die erhobenen Befunde erfüllten nicht die Kriterien einer Trigemineusneuropathie. Es bestünden aus neurologischer Sicht erhebliche Zweifel an den anamnestischen Angaben des Versicherten. Neurologische Erklärungen für den geklagten Schwindel und die Gedächtnisstörungen fänden sich ebenfalls nicht (S. 12 oben). Auch neuropsychologisch könne keine sichere Diagnose gestellt werden. Soweit neuropsychologisch beurteilbar, liege beim Beschwerdeführer keine psychopathologische Störung von ausreichendem Schweregrad vor, welche die formal mittelgradige bis schwere kognitive Störung erklären könnte (S. 12 Mitte) .

Aus psychiatrischer Sicht sei die diagnostische Einordnung des Krankheitsbildes sowie auch die Beurteilung der Frage der Arbeitsfähigkeit aufgrund von Inkonsistenzen und aufgrund ganz erheblicher Aggravation erheblich erschwert. Der ergänzenden Einschätzung des Neuropsychologen, wonach beim Beschwerdeführer keine psychopathologische Störung von ausreichendem Schweregrad vor liege, welche hier die formal mittelgradige bis schwere kognitive Störung erklären könnte, werde von psychiatrischer Seite uneingeschränkt zugestimmt. Der Beschwerdeführer habe auch in der psychiatrischen Begutachtung deutlich beschwerdebetonend und aggravierend gewirkt. In affektiver Hinsicht ergebe sich nach dem Abzug der Aggravation allenfalls das Bild einer leicht ausgeprägten depressiven Störung im Rahmen einer Anpassungsstörung . Der Beschwerdeführer habe insbesondere auch über Stimmenhören geklagt, wobei es dazu insbesondere nachts käme. Ob vor dem Hintergrund des unauthentischen Verhaltens des

Beschwerdeführers (unauthentisch habe er sich im Übrigen auch in der aktuellen neurologischen Untersuchung gezeigt) überhaupt ein Stimmenhören vorliege, erscheine zumindest zweifelhaft (S. 12 Mitte) . Insgesamt werde, unter Berücksichtigung des aktuellen neurologischen sowie des aktuellen neuropsychologischen Gutachtens eingeschätzt, dass die in der Vergangenheit als Verdachtsdiagnose formulierte Diagnose einer organischen Persönlichkeits- und Verhaltensstörung nach Schädeltrauma nicht vorliege, sondern dass in diagnostischer Hinsicht die Diagnose einer Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F 43.21) , gegeben sei (S. 12 unten). 3. 3

Die Fachpersonen der Psychiatrischen Universitätsklinik D.____

stellten in ihrem Austrittsbericht vom 19. November 2019 (Urk. 10/147/110-115) nach stationärem Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 21. Oktober bis 8. November 2019 folgende psychiatrischen Diagnosen (S. 1): - schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, ICD-10 F32.3 - Verdacht auf postkommotionelles Syndrom, ICD-10 F07.2

Die Fachpersonen führten aus, dass der Eintritt des Beschwerdeführers freiwillig per Zuweisung durch den ambulanten Psychologen bei depressiver Symptomatik, akustischen Halluzinationen in Form von Stimmenhören sowie akuter Suizidalität, aktuell exazerbiert durch eine psychosoziale Belastungssituation , erfolgt sei (S. 1 unten). Es sei eine Krisenintervention zur Stimmungstabilisierung erfolgt, wobei eine Teilremission der depressiven Symptomatik vorliege. Die Symptome würden im Rahmen einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen bedingt nach Schädelhirntrauma eingeordnet. Im Hinblick auf die Weiterentwicklung der eingliederung in den Berufsalltag werde empfohlen , mit einem schrittweisen Arbeitspensum von 10 % bis 20 % zu beginnen (S. 5 oben).

Zum Befund hielten die Fachpersonen der Psychiatrischen Universitätsklinik D.____ unter anderem fest, dass sich ein altersentsprechend gekleideter, gut gepflegter Patient gezeigt habe. Er sei wach, bewusstseinsklar und zu sämtlichen Qualitäten orientiert. Im interpersonellen Kontakt sei er freundlich zugewandt und fröhlich lächelnd gewesen. Es sei ein guter affektiver Rapport herstellbar gewesen. Es hätten sich eine regelrechte Psychomotorik, Gestik und Mimik sowie Sprache gezeigt. Die Impulskontrolle erscheine nicht reduziert. Es hätten keine offensichtlichen Störungen der Auffassung bestanden. Berichtet worden sei über eine reduzierte Konzentrations- sowie Aufmerksamkeitsfähigkeit . Der Beschwerdeführer sei im formalen Gedankengang geordnet gewesen. Es bestünden akustische Halluzinationen in Form von Stimmenhören (riefen nur « X.____ », ständiges Hören von Gesprächen von Stimmen, aber inhaltlich wisse der Beschwerdeführer nicht , worüber sie reden würden). Die Fachpersonen hielten fest, dass keine Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen bestünden. Im Affekt sei der Beschwerdeführer niedergestimmt, verzweifelt und hoffnungslos. Es seien Schuld-, Scham- und Wertlosigkeitsgefühle vorhanden. Affektiv sei er modulationsfähig und im Gespräch spürbar. Es bestünden schwere Ein- und Durchschlafstörungen (S. 3 Mitte). 3. 4

Die Fachpersonen der

Klinik E.____

stellten in ihrem Bericht vom 10. September 2020 (Urk. 10/117) folgende , seit dem Jahr 2019 bestehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): -

schwergradige depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) -
posttraumatische Neuropathie - chronisches zervikozephalas und vertebrales
Schmerzsyndrom - postkommotionelles Syndrom

Die Fachpersonen führten aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 17. Januar 2018 bei ihnen in Behandlung sei und dass die letzte Kontrolle am 7. September 2020 erfolgt sei (Ziff. 1.1). Die angestammte Tätigkeit sei auf dem ersten Arbeitsmarkt für zwei Stunden zumutbar. Im zweiten Arbeitsmarkt müsse die Arbeitsfähigkeit evaluiert werden (Ziff. 4.1-2). Bei der Eingliederung in den zweiten Arbeitsmarkt werde von einer positiven Prognose ausgegangen (Ziff. 4.3). Es bestünden eine eingeschränkte psychische Belastbarkeit und eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit mit schneller Ermüdbarkeit (Ziff. 4.4).

Zum objektiven Befund führten die Fachpersonen aus, dass Bewusstsein und Orientierung beim Beschwerdeführer vorhanden seien. Das formale Denken sei gestört durch die Einschränkung auf die aktuelle psychosoziale Situation. Es bestehe eine deutliche Ratlosigkeit, Hilflosigkeit und mittelgradige Hoffnungslosigkeit. Es seien keine Ich-Störungen festzustellen, psychotisches Erleben liege im Stimmenhören vor. Affektiv sei der Patient spürbar. Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten würden verneint (Ziff. 2.4).

E. 16

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

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Grieder-Martens Schucan

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