

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00616 vom 17. Juli 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-07-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00616](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00616)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00616 du 17 juillet 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00616 del 17 luglio 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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

1970, war zuletzt in den Jahren 2009 bis 2012 als Rahmenbauer selbständig erwerbstätig. Am 18. März 2019 meldete er sich unter Hinweis auf eine schwere Rotatorenmanschetten-Arthropathie der rechten Schulter bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1 f.). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, führte erwerbliche Abklärungen durch, holte einen Bericht der behandelnden Ärzte ein und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 12. August 2019 die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/4 ff., Urk. 7/17). Nachdem der Versicherte dagegen am 29. Oktober 2019 Einwand erhoben hatte (Urk. 7/26), holte die IV-Stelle weitere medizinische Unterlagen ein und veranlasste ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie und Neuropsychologie bei der Z.\_\_\_\_, das am 5. März 2022 erstattet wurde (Urk. 7/79). Die IV-Stelle und der Versicherte stellten am 6. April 2022 (Urk. 7/81) beziehungsweise am 25. April 2022 (Urk. 7/82) Rückfragen an die Gutachter, welche diese am 3. und 17. Mai 2022 beantworteten (Urk. 7/86, Urk. 7/87). Nachdem die IV-Stelle dem Versicherten Frist zur Stellungnahme zu den nach dem Vorbescheid vom 9. Juli 2019 eingeholten Unterlagen angesetzt hatte (Urk. 7/88), worauf letzterer am 2. August 2022 verzichtete (Urk. 7/89), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. Oktober 2022 wie angekündigt einen Anspruch des Versicherten auf eine Rente sowie auf berufliche Massnahmen (Urk. 7/93 = 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 Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich 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 line aren Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs aufgrund der am 19. März 2019 erfolgten Anmeldung zum Rentenbezug ( Urk. 7/2) vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt ( Art. 29 Abs. 1 IVG) , sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend 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**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu

entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

## **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte am 21. November 2022 Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung vom 19. Oktober 2022 sei aufzuheben und es sei ihm ab 1. September 2019 eine Viertelsrente zuzusprechen. In formeller Hinsicht beantragte er sodann die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 16. Januar 2023 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Verfügung vom 18. Januar 2023 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet und dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt (Urk. 9), worauf letzterer mit Replik vom 16. Februar 2023 an seinen Anträgen festhielt (Urk. 10). Am 24. April 2023 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 13), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 25. April 2023 mitgeteilt wurde (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass aus medizinischer Sicht ein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei. Der Beschwerdeführer wäre im Gesundheitsfall weiter als Rahmenbauer tätig gewesen.

Diese Tätigkeit sei ihm jedoch nicht mehr zumutbar. Aus medizinischer Sicht sei er aber in einer körperlich leichten Tätigkeit weiterhin ganztags arbeitsfähig. Als Folge der psychiatrischen Erkrankung bestehe jedoch auch hier eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20%. Der gestützt darauf erfolgte Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 28% und demnach bestehe kein Rentenanspruch (Urk. 2 S. 2).

In der Beschwerdeantwort ergänzte die Beschwerdegegnerin, Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

vom Regionalärztlichen Dienst (RAD)

habe die Diagnose der Bipolar-II-Störung als nicht plausibel beurteilt. Da diese die einzige vom psychiatrischen Gutachter gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei, begründe sich die 20%ige Einschränkung aus RAD-Sicht anhand der neuropsychologischen Störung, welche Dr. A.\_\_\_\_ für nachvollziehbar erachte (Urk. 6 S. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, der psychiatrische Teilgutachter habe eingehend dargelegt, weshalb er die Diagnose Bipolar-II-Störung gestellt habe, wobei diese mit der depressiven Störung negativ interagiere und über die affektiven Störungen hinausgehende kognitive Beeinträchtigungen, welche auf den Alkoholkonsum zurückzuführen seien, aus neuropsychologischer Sicht zu beurteilen seien. Es handle sich daher um zwei verschiedene Fachgebiete, die ihrerseits verschiedene Bereiche der Leistungsfähigkeit betreffen würden. Es liege ein jahrelanges chronifiziertes Geschehen vor, welches sich gerade durch ein Wechselspiel aus Depression und Manie auszeichne, so dass aus dem Fehlen einer depressiven Episode im Begutachtungszeitpunkt nicht auf das Fehlen der Diagnose geschlossen werden könne. Aus neuropsychologischer Sicht sei zudem eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung diagnostiziert worden, welche mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auf die langjährige Einnahme von psychotropen Substanzen zurückzuführen sei, möglich seien auch Auswirkungen der Psychopathologie. Es sei davon auszugehen, dass der grösste Teil des Einflusses auf die neurologischen Funktionen Folge der anhaltenden Einnahme der psychotropen Substanzen sei. Es sei daher nachvollziehbar, dass die Gutachter die Leistungseinschränkungen in diesen beiden Teilbereichen addiert hätten. Es handle sich nicht um kongruente Einschränkungen, sondern vielmehr um differenziert dargelegte und begründete Einschränkungen in verschiedenen Bereichen. Die Gutachter hätten dies denn auch bei der Beantwortung der Zusatzfragen nachvollziehbar festgehalten. Es bestehe daher kein Grund für eine Abweichung vom fachmedizinischen Gutachten und der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung. Daher ergebe sich ein Invaliditätsgrad von gerundet 40 % und somit der Anspruch auf eine Viertelsrente ab dem 1. September 2019 (Urk. 1 S. 6 f.).

In der Replik ergänzte der Beschwerdeführer, weshalb Dr. A. \_\_\_ die Diagnose der Bipolar-II-Störung und die festgelegte Arbeitsunfähigkeit als nicht plausibel bewertete habe, sei nicht nachvollziehbar dargelegt worden, wogegen die Gutachter die von ihnen genannten Diagnose hergeleitet und begründet hätten. Es sei daher keine substantiierte Gegenbegründung ersichtlich, welche ein Abweichen von den gutachterlich gestellten Diagnosen und der festgelegten Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würde. Zusätzlich falle auf, dass die RAD-Ärztin die Abhängigkeitsdiagnose als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bewertete habe,

was genau die Folge daraus sei, sei jedoch nicht ausgeführt worden. Dies würde jedoch vermutlich eine weitere Arbeitsunfähigkeit begründen. Diesbezüglich könnten Zusatzfragen an die Gutachter gestellt werden respektive

es falle ein e

erhöhte Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer zusätzlichen Funktionseinschränkung in Betracht. Auch aus dieser Sicht sei die Kumulation der Arbeitsunfähigkeiten durch die Gutachter stimmig. Zudem habe die RAD-Ärztin ausgeführt, es gelinge ihm (dem Beschwerdeführer) gerade nicht, mit Antabus abstinent zu bleiben. Wenn angenommen werden müsse, dass dies aus medizinischen Gründen der Fall sei, müsste aber ebenfalls davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsunfähigkeit höher und nicht tiefer sei (Urk.

### **E. 2.2.2**

und 4.2). Wie das Bundesgericht festgestellt hat, litte die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit ohnehin in

jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2). In Anbetracht der ungenügenden Sachverhaltsabklärung und des geltenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) wird die Beschwerdegegnerin daher ergänzende medizinische Abklärungen betreffend den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vorzunehmen haben. Dies betrifft insbesondere den psychischen Gesundheitszustand, da in dieser Hinsicht noch kein beweiskräftiges Gutachten vorliegt. Zu prüfen ist sodann, ob bei den vom Neuropsychologen als hirnorganisch bedingte kognitive Veränderungen

bezeichneten Befunden eine somatische Komponente vorliegen könnte, deren Beurteilung allenfalls dem neurologischen Fachgebiet unterliegen könnte.

Die weiteren somatischen Aspekte bedürfen – bei der gegenwärtigen Aktenlage – grundsätzlich keiner weiteren Erhebungen. Allfällige Weiterungen hinsichtlich zusätzlicher Fachrichtungen, namentlich im Hinblick auf einen neuerlichen interdisziplinären Austausch, bleiben bei fachärztlich begründetem Bedarf vorbehalten. 4. 5

Nach dem Gesagten ist die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 19. Oktober 2022 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach ergänzender Abklärung im Sinne der obigen Erwägungen eine neue Beurteilung vornehme und sodann über den Leistungsanspruch neu verfüge. In dem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens – nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2) – sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 19. Oktober 2022 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu entscheide. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 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  
FehrEngesser

### E. 2.3

Des Weiteren erweist sich das psychiatrische Teilgutachten auch hinsichtlich der Auswirkungen der diagnostizierten Abhängigkeitserkrankung (psychische und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzkonsum; ICD-10 F19.2) als nicht hinreichend nachvollziehbar. Zwar ordnete Dr. I.\_\_\_\_ diese Erkrankung den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu ( Urk. 7/79/108) und hielt fest, dem Beschwerdeführer gelinge es, unter Antabus abstinent zu bleiben ( Urk. 7/79/115). Auf Nachfrage ergänzte er, die Einhaltung der Abstinenz sei aufgrund der vorliegenden bipolaren Störung durchaus möglich und zumutbar, dem Beschwerdeführer sei auch eine gewisse Willensanstrengung zumutbar, um sich an die Behandlung und an die Abstinenz zu halten ( Urk. 7/87/5). Dagegen führte er an anderer Stelle aus, inwiefern es dem Beschwerdeführer gelingen werde, sich der notwendigen medizinischen Behandlung zu unterziehen beziehungsweise inwiefern er auch längerfristig auf den Konsum von Alkohol verzichten könne, sei aufgrund des psychiatrischen Untersuchungsgesprächs ungewiss geblieben. Die Prognose für eine Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit sei deshalb ungewiss ( Urk. 7/79/111). Letzteres entspricht denn auch dem bisherigen Verlauf, dem immerhin mehr als zwanzig stationäre sowie diverse ambulante Alkoholkonsumzüge zu entnehmen sind, was die Annahme, dass der Beschwerdeführer mittels einer zumutbaren Willensanstrengung in der Lage wäre, dauerhaft Antabus einzunehmen und so abstinent zu bleiben, von vornherein als zweifelhaft erscheinen lässt, zumal die behandelnden Ärzte festhielten, eine Stabilisierung sei dem Beschwerdeführer bisher nicht möglich gewesen ( Urk. 7/36/5) . Zu diesem Verlauf nimmt Dr. I.\_\_\_\_ indessen keine Stellung und hält lediglich fest, die vielen früheren Hospitalisationen wären wahrscheinlich nicht erfolgt, wenn er konsequent unter der Rückfallprophylaxe mit Antabus gestanden hätte ( Urk. 7/87/4) . Seine Auseinandersetzung mit den Vorakten erweist sich daher ebenfalls als ungenügend . Dies zeigt sich auch darin, dass

verschiedene der von Dr. I.\_\_\_\_ vorgeschlagenen medikamentösen Massnahmen zur leitliniengerechten Behandlung der bipolaren Störung gemäss dem Bericht der C.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2020 bereits versucht und infolge Wirkungslosigkeit wiederum abgesetzt worden waren ( Urk. 7/36/4) , worauf Dr. I.\_\_\_\_ nicht eingeht.

Das psychiatrische Teilgutachten erweist sich somit auch in dieser Hinsicht als nicht beweiskräftig.

4. 3

Die

Beschwerdegegnerin stellte denn auch nicht vollends auf das Gutachten ab, sondern ging gestützt auf die Beurteilung von RAD-Ärztin Dr. A.\_\_\_\_

von einer Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 20 % aus ( Urk. 6 S. 2 ; vgl. Urk. 7/92/8 ) . Letztere äusserte Zweifel an der psychiatrischen Diagnosestellung sowie der Addition

der von neuropsychologischer und von psychiatrischer Seite attestierten Arbeitsunfähigkeiten und stellte diesbezüglich Rückfragen an die Gutachter (vgl. Urk. 7/92/5). Obwohl die Gutachter diese Fragen ihrer Ansicht nach unbefriedigend beantworteten und sie zum Schluss kam, auf die Beurteilungen in den Teilgutachten hinsichtlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit könne nur teilweise abgestellt werden (Urk. 7/92/8 f.), hielt sie in der Folge keine weiteren Abklärungen für erforderlich. Vielmehr begnügte sie sich ohne weitere Begründung damit, die Diagnose der Bipolar-II-Störung zu verneinen, der Abhängigkeitserkrankung Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beizumessen und eine Kumulation der attestierten Arbeitsunfähigkeiten zu verneinen (Urk. 7/92/6 ff.). Ob sie daraus folgert, dass die von ihr akzeptierte 20%ige Leistungseinbusse sämtliche attestierten Einschränkungen abdeckt oder ob sie allenfalls die vom Psychiater attestierte erhöhte Ermüdbarkeit zusammen mit ihrer Verneinung der gestellten Bipolar-II-Störung gänzlich ausser Acht liess und die kognitiven Beeinträchtigungen der Abhängigkeitserkrankung zuschrieb, bleibt dabei ungeklärt.

Dies erscheint insbesondere aufgrund des Umstandes, dass der psychiatrische Gutachter die Leistungseinschränkung mit der erhöhten Ermüdbarkeit im Rahmen der affektiven Erkrankung (Urk. 7/79/112) und der Neuropsychologin mit einer Verlangsamung, einem erhöhten Betreuungsbedarf sowie einer erhöhten Fehleranfälligkeit begründete (Urk. 7/86/3), was nicht ohne Weiteres darauf schliessen lässt, dass eine Leistungsreduktion um 20% allen diesen Einschränkungen gerecht wird, als nicht überzeugend, zumal die Gutachter ausdrücklich festhielten, es handle sich um unterschiedliche Leistungsbeeinträchtigungen (Urk. 7/86/3 f.). Eine nachvollziehbare Einordnung der neuropsychologischen Auffälligkeiten erfolgte somit auch durch Dr. A. \_\_\_ nicht, zumal den Diagnosekriterien der vom Gutachter gewählten und von Dr. A. \_\_\_ nicht beanstandeten Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung im Sinne von ICD-10 F19.2 keine kognitiven Beeinträchtigungen entnommen werden können (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., Bern 2015, S. 114 f.). Schliesslich ist auch nicht ersichtlich, welche Schlüsse Dr. A. \_\_\_ aus der von ihr als erheblich erachteten Unfähigkeit des Beschwerdeführers,

Antabus dauerhaft einzunehmen, ableitet.

Auf die Beurteilung von Dr. A. \_\_\_ kann demzufolge nach dem Gesagten ebenfalls nicht abgestellt werden. 4. 4

#### 4.4.1

Die Beschwerdegegnerin hat somit zwar erkannt, dass das psychiatrische Teilgutachten der Z. \_\_\_

mangelhaft ist und die Beantwortung der Rückfragen durch die Gutachter nicht geeignet war, diese Unzulänglichkeiten zu beheben. Dennoch hat sie keine weiteren Abklärungen angeordnet und insbesondere

dem Umstand, dass die neuropsychologischen Befunde nicht als Zusatzbefunde in die ärztliche Gesamtbeurteilung und versicherungs-psychiatrische Würdigung einbezogen worden sind, bisher nicht die erforderliche

Beachtung geschenkt.

Somit liegt keine beweiswertige psychiatrische Beurteilung vor und kann die Frage, ob die neuropsychologischen Befunde Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierbaren Gesundheitsbeeinträchtigung sind, beim aktuellen Aktenstand nicht beurteilt werden.

#### 4.4.2

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders, wenn mit dem angefochtenen Entscheid der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Im Prozess um die Zusprechung oder Verweigerung von Sozialversicherungsleistungen holt die Beschwerdeinstanz in der Regel ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachtlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn es darum geht, zu einer bisher vollständig ungeklärten Frage ein Gutachten einzuholen. Ebenso steht es dem Versicherungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klärstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

Da die

Beschwerdegegnerin nach dem Gesagten trotz an sich offensichtlicher Unzulänglichkeiten des Gutachtens keine weiteren Abklärungen durchgeführt hat, steht die Rechtsprechung gemäss BGE 137 V 210 einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin nicht entgegen. So ändert BGE 137 V 210 nichts an der gesetzlichen Ordnung, wonach der Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche primär auf der Stufe des Administrativverfahrens (vgl. Art. 43 f. ATSG) und nicht im gerichtlichen Prozess geführt wird (vgl. BGE 137 V 210 E).

#### **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. 10**

S. 2 f. ). 3. 3.1

Die behandelnden Ärzte der Orthopädie der Universitätsklinik B.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 18. Januar 2019 die Diagnose einer schweren Rotatorenmanschetten-Arthropathie bei anteriorinferiorer Schulterinstabilität. Sie hielten fest, aktuell sei der Patient kompensiert, sie empfahlen keine weiteren Massnahmen. Sie würden dagegen eine Umschulung in eine weniger schulterbelastende Tätigkeit

unterstützen . Im Verlauf könne ein Gelenkersatz in Betracht gezogen werden, jedoch nur bei entsprechendem Leidensdruck ( Urk. 7/1/1 f.). 3.2

Der B eschwerdeführer

befand sich vom 19. August bis am 3. September 2018 in stationärer Behandlung in der psychiatrischen Klinik C.\_\_\_\_ ( Urk. 7/8/2) . Die behandelnden Fachpersonen nannten als Diagnosen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, eine akute Intoxikation und ein Abhängigkeitssyndrom (ICD10 F10.0/2) sowie einen Status nach mehreren Alkoholentzugskrämpfen, zuletzt vor zehn Jahren (ICD-10 F10.3 ; Urk. 7/8/4 ) und sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten während der stationären Behandlung ( Urk. 7/8/2). Sie hielten fest, in einer angepassten und sinnstiftenden Arbeitsumgebung sei unter Einbezug einer Begleitung eine Teilarbeitsfähigkeit möglich, die weiteren Fragen zur beruflichen Situation konnten sie nicht beantworten ( Urk. 7/8/4 f.). 3.3

Eine am 26. März 2020 durchgeführte , neuropsychologische Testung ergab bei einer Intelligenz, die ursprünglich wohl eher im oberen Durchschnittsbereich gelegen habe, insgesamt Leistungen im durchschnittlichen bis leicht reduzierten Bereich ( Urk. 7/36/9). 3.4

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , und Dr. med. E.\_\_\_\_ , Assistenzarzt , von der C.\_\_\_\_ , wo sich der Beschwerdeführer seit dem 3. Februar 2016 ein- bis zweimal wöchentlich in ambulanter Behandlung befand ( Urk. 7/36/2) , stellten in ihrem Bericht vom 5. Juni 2020 auf ihrem Fachgebiet die Diagnosen bipolare Störung (Typ I; ICD-10 F31.9), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol:

Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2) sowie anhaltende kognitive Beeinträchtigungen als irreversibler Folge schaden einer langjährigen Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.74). Sie attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 3. Februar 2016 und hielten fest, der Beschwerdeführer selbst sei sehr motiviert, wieder zu arbeiten. Er habe jedoch seit 2014 bis auf Gelegenheitsarbeiten nie mehr regelmässig gearbeitet und nie mehr die notwendige Stabilität erreichen können, um eine verwertbare Arbeitsfähigkeit über einen längeren Zeitraum erreichen zu können , trotz 20 Entzugsbehandlungen in der C.\_\_\_\_ , mehrerer abstinenter Phasen unter Antabus und leitliniengerechter Behandlung der zugrundeliegenden bipolaren Störung. Erschwerend würden sich die kognitiven Beeinträchtigungen auswirken. Sie würden aktuell daher nicht davon ausgehen, dass der Beschwerdeführer

innert der nächsten Jahre eine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt erreichen könne ( Urk. 7/36/ 5). 3.5

3.5.1

Im polydisziplinären Gutachten vom 15. März 2022 stellten Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, lic . phil. H.\_\_\_\_ , Fachpsychologin für Neuropsychologie , und Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen einer schweren Rotatorenmanschetten -Arthropathie der rechten Schulter mit anteroinferiorer Schulter-Instabilität, einer leichten bis mittel - gradigen neuropsychologischen Störung, wahrscheinlich multikausaler Ursache , sowie einer Bipolar-II-Störung (ICD-10 F31.80) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Den Diagnosen einer psychischen und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzkonsum (

episodisch Alkohol ,

s elterer Kokain , regelmässig Nikotin; ICD-10 F19.2) und eines chronischen Nikotinabusus von kumulativ 30 pack- years (ICD-10 F17.1) massen sie dagegen keinen Einfluss auf die Arbeits fähigkeit zu ( Urk. 7/79/20). 3.5.2

Die Gutachter hielten fest, aus orthopädisch - somatischer Sicht bestehe gemäss Aktenlage eine schwere Rotatorenmanschettenarthropathie der Schulter mit anterior-inferiorer Schulterinstabilität r e chts. Diese Befundsituation habe sich auch während der gutachterlichen Untersuchung ergeben, mit nahezu gleicher Beweglichkeit und Bewegungsprüfung, Kraftbefund und Instabilitätsbefund. Der Beschwerdeführer habe berichtet, schon seit Jahren an Schultergelenksbe schwerden zu leiden, die Schulter sei über 20- bis 25-mal ausgekugelt gewesen, dies sei im Alter von acht bis neun Jahren erstmalig aufgetreten ( Urk. 7/79/21). 3.5.3

Im Rahmen der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung habe sich beim Beschwerdeführer eine grosse Bandbreite von kognitiven Teilleistungen gezeigt , welche von sehr deutlich vermindert bis überdurchschnittlich gereicht hätten. Vermindert seien in erster Linie das verbale Gedächtnis sowie die verbale Ideen produktion gewesen, während die Leistungen mit nicht sprachlichem Material erhalten gewesen seien. Das kognitive Befundbild entspreche insgesamt einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung . Als Ursache dieser Störung kämen insbesondere zwei Faktoren infrage, wobei nicht geklärt werden könne, welcher Faktor wie viel zu den Einschränkungen beitrage. Zum einen sei davon auszugehen, dass die langanhaltende und bis heute anhaltende Einnahme von psychotropen Substanzen zu den kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen beigetragen habe. Bekannt sei auch eine langjährige Alkoholabhängigkeit. Mög lich seien zudem auch negative Auswirkungen einer allfälligen Psychopathologie auf die kognitive Leistungsfähigkeit ( Urk. 7/79/21). 3.5.4

Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der aktuellen Untersuchung die bereits in den Akten aufgeführte diagnostische Beurteilung einer bipolaren affektiven Störung - indessen entgegen der Akten keine Bipolar-I-, sondern eine Bipolar-II- Störung - und einer psychischen Verhaltensstörung durch Substanzkonsum, vor allem Alkohol, im Sinne eines Abhängigkeitssyndroms bestätigt werden. Bei der Bipolar-II-Störung seien die manischen Symptome deutlich weniger ausgeprägt , es komme zu einer leicht gehobenen Stimmungslage mit einer gewisse n Selbst überschätzung und Kritiklosigkeit. Bei den typischen depressiven Phasen komme es zu einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität, das Interesse und die Konzentration seien vermindert, der Schlaf meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen seien fast immer beeinträchtigt, es könnten Schuldgedanken oder Gedanken über die eigene Wertlosigkeit und Sinnlosigkeit des Daseins vorkommen. Gegenwärtig bestehe beim Beschwerdeführer keine depressive Episode, was sich auch in der Hamilton Depression Scale -Testung bestätigen lasse. Der Beschwerdeführer konsumiere gelegentlich bis selten Kokain, er betreibe auch einen Nikotinabusus. Die Urin toxikologie sei bei der aktuellen Untersuchung positiv auf Cannabis und Benzodiazepine gewesen ( Urk. 7/79/21 f.). 3.5.5

Die Experten hielten fest, eine eigentliche angestammte berufliche Tätigkeit könne nicht verifiziert werden, zuletzt sei der Beschwerdeführer im Rahmen einer eigenen Unternehmung im Möbel- und Objektdesign tätig gewesen. Sofern es sich bei dieser

Tätigkeit um keine Tätigkeit gehandelt habe, die eine höhere Belastung des Schultergelenkes zur Folge gehabt habe ,

b estehe aus polydisziplinärer Sicht aufgrund der kumulierten neuropsychologischen und psychiatrischen Diagnosen eine um 40 % reduzierte Leistungsfähigkeit als Folge eines erhöhten Betreuungs bedarfs, einer erhöhten Fehleranfälligkeit, einer gewissen Verlangsamung sowie einer erhöhten Ermüdbarkeit. Die zeitliche Anwesenheit sei hingegen nicht eingeschränkt, zumutbar seien somit acht Stunden pro Tag. Die attestierte Einschränkung gelte auch für adaptierte berufliche Verweistätigkeiten. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe die aktuelle medizinisch-theoretische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seit dem Begutachtungsdatum. Es könne jedoch davon ausgegangen werden, dass bereits zuvor eine langjährige 20%ige Einschränkung der Leistung als Folge der psychiatrischen Erkrankung bestanden habe, dies seitdem in den Akten eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht

attestiert worden sei ( Urk. 7/79/24 f.). 3.6

Im Antwortschreiben zu den Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin vom 3. Mai 2022 hielt lic. phil. H.\_\_\_\_ fest, die kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen würden beim Beschwerdeführer zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit in einer einfachen, praktisch ausgerichteten

Hilfstätigkeit im Ausmass von 20 % führen, dies wegen einem erhöhten Betreuungsbedarf, einer erhöhten Fehleranfälligkeit und einer gewissen Verlangsamung. Der Psychiater habe dagegen eine Bipolar-II-Störung diagnostiziert und sei der Ansicht gewesen, diese führe in Form einer erhöhten Ermüdbarkeit zu einer Leistungseinschränkung von ebenfalls 20 % . Es wäre auch denkbar, die Einschränkungen aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht nicht vollständig zu addieren, weil zumindest eine teilweise Überschneidung bezüglich der vermuteten Ursache vorhanden sei. Man könne aber auch argumentieren, vor dem Hintergrund des Gesamtbildes sei man der Ansicht gewesen, man werde der Schere der Einschränkungen mit einer Kumulation der beiden Teilbeeinträchtigungen am besten gerecht ( Urk. 7/86/3).

Dr. I.\_\_\_\_ führte ergänzend aus, die Arbeitsunfähigkeiten würden jeweils in den entsprechenden Fachdisziplinen getrennt beurteilt, im neuropsychologischen Teilgutachten gehe es dabei um die Arbeitsunfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht auf der kognitiven Ebene und im psychiatrischen Teilgutachten um die Beurteilung auf affektiver Ebene ( Urk. 7/86/4). Die Diagnose einer Bipolar-II-Störung sei gewählt worden, um darzulegen, dass es beim Beschwerdeführer - aufgrund der Angaben in den Akten und des Exploranden - nie zu einer erweisenswerten eigentlichen manischen Episode gekommen sei . Letzterer habe im Untersuchungsgespräch noch 2022 ein stimmungsmässiges Hoch erwähnt, mit infolgedessen dann auch vermehrtem Alkoholkonsum. Er konsumiere in Phasen gehobener Stimmung immer wieder Alkohol im Übermass und setze dann offen bar auch das Antabus ab. Mit der Hypomanie sei diese jeweils gehobene Stimmung gemeint. Die Suchtproblematik als solche sei im psychiatrischen Teilgutachten nicht als mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit angegeben worden, zu den dadurch bedingten kognitiven Einschränkungen sei auf das neuropsychologische Teilgutachten verwiesen worden. Rein auf der affektiven Ebene wirke sich die Suchtproblematik nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus, der Beschwerdeführer habe keine Zeichen einer substanzbedingten Wesensänderung mit distanzlosem aggressivem Verhalten oder

Verneinen einer Substanzabhängigkeitsproblematik gezeigt. Bei der Diagnose habe sich ein Fehler eingeschlichen, sie müsse lauten: psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzkonsum (episodisch Alkohol, selten Kokain, gelegentlich Cannabis, regelmässig Nikotin ; ICD-10 F19.2), gemäss den Angaben des Exploranden und der urintoxikologischen Untersuchung. Warum die Urintoxikologie auch auf Benzodiazepine positiv gewesen sei, sei nicht klar gewesen, der Beschwerdeführer habe angegeben, ausser Antabus keine Medikamente einzunehmen ( Urk. 7/86/4 f.). 3.7

Im Schreiben vom 17. Mai 2022 führte lic. phil.

H. \_\_\_ sodann aus, verlässliche Angaben zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsunfähigkeit könnten aus neuropsychologischer Sicht mangels entsprechender Voruntersuchungen nicht gemacht werden. Annahmen über einen möglichen Schweregrad von kognitiven Einschränkungen bei höherem Alkoholkonsum seien spekulativ. Es sei möglich, dass nach Erreichen einer Suchtmittelabstinenz in einem gewissen Umfang weiterhin neuropsychologische Einschränkungen bestünden ( Urk. 7/87/3).

Dr. I. \_\_\_ ergänzte, die Arbeitsfähigkeit werde in der Versicherungsmedizin längerfristig und gemittelt über den Verlauf beurteilt, was vorübergehend (punktuell) Arbeitsunfähigkeiten nicht ausschliesse. Der Beschwerdeführer habe klar angegeben, unter Antabus jeweils abstinent bezüglich Alkohol zu sein. Aus psychiatrischer Sicht werde davon ausgegangen, dass unter Antabus die Arbeitsfähigkeit nicht höhergradig eingeschränkt sei, aber ein Risiko für einen Rückfall bestehe. Die vielen früheren Hospitalisationen wären wahrscheinlich nicht erfolgt, wenn der Beschwerdeführer konsequent unter der Rückfallprophylaxe mit Antabus gestanden hätte, weshalb die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit im psychiatrischen Teilgutachten nicht höhergradig eingeschätzt worden sei. Psychische Störungen seien unter Abstinenz nicht selten reversibel. Anders sehe es aus, wenn es zu einem manifesten hirnrorganischen Abbau unter Alkohol komme, mit dann bleibenden kognitiven Störungen. Bezüglich der kognitiven Situation sei auf die neuropsychologische Beurteilung zu verweisen. Die Einhaltung der Abstinenz sei aufgrund der vorliegenden bipolaren Störung durchaus möglich und zumutbar, es handle sich nämlich nicht um eine schwere bipolare Störung, sondern um eine Bipolar-II-Störung. Es sei sehr wohl möglich, eine Arbeitsfähigkeit von 60 % aufrechtzuerhalten unter einer Behandlung; dem Exploranden sei auch eine gewisse Willensanstrengung zumutbar, um sich an die Behandlung und die Abstinenz zu halten ( Urk. 7/87/4 f.). 3.8

RAD-Ärztin Dr. A. \_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 13. Mai 2022 die Darstellung der psychiatrischen Zusammenhänge im Z. \_\_\_ -Gutachten für nicht klar nachvollziehbar. Sie hielt fest, eine Hypomanie und somit eine Bipolar-II-Störung könne aufgrund alleiniger gehobener Stimmung nicht plausibel nachvollzogen werden. Die Suchterkrankung müsse dagegen unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingereiht werden ( Urk. 7/92/6 ). Die Kumulation der Arbeitsunfähigkeit sei in der Antwort auf die gestellten Rückfragen vom 2. Mai 2022 nicht nachvollziehbar beurteilt worden, so dass aus RAD-Sicht eine Gesamtarbeitsunfähigkeit von 20 % bestehe ( Urk. 6/92/8 ). Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne somit nur teilweise auf die Beurteilungen in den Teilgutachten hinsichtlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit abgestellt werden. Dies gelte insbesondere für das psychiatrische Gutachten ( Urk. 7/92/9 ). 4.

4.1

In somatischer Hinsicht attestierten die Z.\_\_\_\_ -Gutachter dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit, die angepasst ist an die mit der orthopädischen Diagnose einer schweren Rotatorenmanschetten -Arthropathie mit anteroinferiorer

Schulter-Instabilität einhergehenden Einschränkungen ( Urk. 7/79/ 25 , Urk. 7/79/65) . Auf der Grundlage der von ihnen in Kenntnis der Vorakten

(vgl. Urk. 7/79/32 f., Urk. 7/79/55) und jeweils nach eingehender Befragung des Beschwerdeführers ( Urk. 7/79/39 ff., Urk. 7/79/56 ff.) erhobenen , bis auf die Schulterbeschwerden unauffälligen objektiven Befunde ( Urk. 7/79/42 ,

Urk. 7/79/60 ff.) , kann diese Beurteilung ohne Weiteres schlüssig nachvollzogen werden. Die somatischen Teilexpertisen erfüllen mithin die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen (vgl. vorstehende E. 1.5); konkrete Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit liegen nicht vor, weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_528/2021 vom 3. Mai 2022 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Gegenteiliges wurde denn auch beschwerdeweise nicht vorgebracht.

## 4.2

### 4.2.1

Hinsichtlich der neuropsychologischen Abklärung ist darauf hinzuweisen , dass eine solche rechtsprechungsgemäss lediglich - aber immerhin - eine Zusatzuntersuchung darstellt. Zeigen sich im Rahmen dieser Untersuchung Auffälligkeiten, ist das nicht hinreichend, um von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgehen zu können. Vielmehr ist es alsdann die Aufgabe des Arztes, den Gesundheitszustand - unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Defizite - zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Neuropsychologische Untersuchungsergebnisse können somit, soweit sie sich in die anderen (interdisziplinären) Abklärungsergebnisse einfügen, im Rahmen einer gesamt haftenden Beweiswürdigung bedeutsam sein. Die medizinische Gesamteinschätzung der Arbeitsfähigkeit ist, wenn es um psychische Erkrankungen geht, eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zumutbar ist . Der Rechtsanwender hat zu prüfen, ob sich die Mediziner an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Von juristischer Seite ist in diesem Zusammenhang insbesondere zu beachten, dass eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit immer nur dann anspruchserheblich sein kann, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (vgl. Art. 6 Abs. 1 ATSG). Dies ist Ausgangspunkt der Beurteilung der Folgenabschätzung, in deren Rahmen zu fragen ist, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Lichte der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_526/2021 vom 10. November 2021 E. 4.2.1 mit weiteren Hinweisen).

### 4.2.2

Vorliegend stellte der neuropsychologische Gutachter die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung , wahrscheinlich multikausaler Ursache ( Urk. 7/79/80) , und attestierte gestützt darauf eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % ( Urk. 7/79/ 83). Diese Einschätzung wurde in der Gesamtbeurteilung - kumulativ zur aus psychiatrischer Sicht attestierten Leistungseinschränkung von ebenfalls 20 % -

übernommen, ohne dass eine ärztliche Beurteilung und Einordnung der aus neuropsychologischer Sicht bestehenden Auffälligkeiten stattgefunden hätte. Vielmehr führte der psychiatrische Gutachter ausdrücklich aus, inwiefern kognitive Beeinträchtigungen bestünden, die in den Akten auch auf den Alkoholkonsum zurückgeführt worden seien, müsse aus neuropsychologischer Sicht beurteilt werden (Urk. 7/79/108). Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin, weshalb die aus neuropsychologischer und aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit zu addieren sei, bekräftigte er diese Ansicht erneut und erklärte, die Arbeitsunfähigkeiten würden in den jeweiligen Fachgebieten getrennt beurteilt, im neuropsychologischen Gutachten gehe es dabei um die Arbeitsunfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht auf der kognitiven Ebene und im psychiatrischen Teilgutachten um die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit auf affektiver Ebene (Urk. 7/79/4). Diese Ansicht hält indessen der zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht stand, die für die Anerkennung eines invalidisierenden Gesundheitsschaden eine fachärztliche Einordnung der neuropsychologischen Auffälligkeiten erfordert, welche Aufgabe der Neuropsychologe als nicht-ärztliche Fachperson nicht erfüllen kann.

Da gestützt auf das neuropsychologische Gutachten Hinweise dafür bestehen, dass die dort festgestellten kognitiven Einschränkungen zumindest teilweise auf die psychische Erkrankung zurückzuführen sind - der neuropsychologische Gutachter führte die Funktionsbeeinträchtigungen einerseits auf die langjährige und bis heute anhaltende Einnahme von psychotropen Substanzen inklusive die langjährige Alkoholabhängigkeit und andererseits auf negative Auswirkungen einer allfälligen Psychopathologie zurück (Urk. 7/79/81) - wäre im Rahmen einer umfassenden psychiatrischen Beurteilung eine Einordnung dieser Befunde unumgänglich gewesen. Das psychiatrische Teilgutachten erweist sich daher nicht als umfassende Beurteilung des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers und ist somit nicht beweiskräftig.

4.

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