

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00654 vom 22. September 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-09-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00654](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00654)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00654 du 22 septembre 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00654 del 22 settembre 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1. September 2020

( Urk. 11/194) Einwand erhob. In der Folge wurden weitere Arztberichte aufgelegt . Am 23. September 2022 ( Urk. 11/252) erliess die IV-Stelle einen neuen Vorbescheid, mit welchem sie weiterhin die Abweisung de s Leistungsbegehrens in Aussicht stellte. Mit Schreiben vom gleichen Tag ( Urk. 11/250) auferlegte sie dem Versicherten die Durchführung von Massnahmen im Sinne einer Alkoholabstinenz während mindestens eines halben Jahres, einer kognitiven Verhaltenstherapie bezüglich Alkoholstörung, einer Benzodiazepin abstinenz von mindestens sechs Monaten sowie einer stationären Entzugsbehandlung vor der sogenannten Entwöhnungsphase. Gegen den Vorbescheid er hob der Versicherte am 17. Oktober 2022 ( Urk. 11/263) wiederum Einwand . Mit Verfügung vom

#### **E. 1.1**

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

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Rege lungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146

V

364 E. 7.1, 144

V

210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Die an gefochtene 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.

#### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1

ATSG). Erwerbsunfähig keit 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**

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. 1.4**

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 her stellen, erhalten oder verbessern können;

b.

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

#### **E. 2**

Es seien die Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2020 sowie von Dr.

A.\_\_\_\_ vom 13. Mai 2020 aus dem Recht zu weisen;

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung ihrer leistungsverweigernden Verfügung (Urk. 2) aus, gemäss Beschwerdeführer seien die Beschwerden im Rahmen der Neuanmeldung vom 4. Juli 2017 auf den Unfall im Jahr 2013 zurückzuführen.

Abklärungen im September 2017 hätten ergeben, dass in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei. Geplante berufliche Massnahmen seien wegen weiteren Operationen nicht durchgeführt worden. Nach Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit habe der Beschwerdeführer mitgeteilt, sich für Eingliederungsmassnahmen nicht fähig zu fühlen. Eine medizinische Untersuchung in verschiedenen Fachrichtungen beim Y.\_\_\_\_

habe ergeben, dass die bisherige schwere Tätigkeit weiterhin nicht zumutbar sei. In einer angepassten Tätigkeit sei aus körperlicher Sicht eine leichte Tätigkeit zu 100 % zumutbar.

In der psychiatrischen Untersuchung hätten sich im Darlegen der Beschwerden Widersprüche gezeigt, weshalb erneut eine psychiatrische Abklärung in Auftrag gegeben worden sei samt neuropsychologischer Untersuchung. Aus psychiatrischer Sicht hätten lediglich leichte Einschränkungen ermittelt werden können, welche durch medizinische Massnahmen innerhalb eines halben Jahres verbessert werden könnten. Innerhalb der neuropsychologischen Testergebnisse hätten sich deutliche Widersprüche gezeigt und die Befunde erschienen grösstenteils nicht plausibel. Aus diesem Grund sei davon auszugehen, dass die psychiatrischen Beschwerden nicht lang andauernd seien; diese seien bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zu berücksichtigen. Das psychiatrische Y.\_\_\_\_-Teilgutachten sei als nicht nachvollziehbar und widersprüchlich beurteilt worden, weshalb weitere Abklärungen notwendig geworden seien. Eine unzulässige second opinion liege damit nicht vor.

#### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer hielt dagegen, die Beschwerdegegnerin habe ihn lediglich mittels Mitteilung über die neue psychiatrische Begutachtung informiert und un erwähnt gelassen, dass er das Recht habe, eine Verfügung zu verlangen ( Urk. 1 Ziff. 33). Es habe kein Raum für die Einholung einer second

opinion bestanden. Das B.\_\_\_\_ -Gu t achten (mit Attest einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit) habe den von der Rechtsprechung aufgestellten Beweisvorschriften entsprochen, schwerwiegende Mängel hätten keine vorgelegen ( Ziff. 48 und 50). Die Beschwerdegegnerin wäre verpflichtet gewesen, allfällig offene Fragen mittels Rücksprache mit den Gutachern zu klären

( Ziff. 83). Die rechtswidrig erlangten Zweitgu t achten besässen deshalb keinen Beweiswert und seien aus dem Recht zu weisen, dem Beschwerdeführer sei eine volle Rente zuzusprechen ( Ziff. 85). Der Beschwerdeführer kritisierte sodann die Zweitgutachten in verschiedener Hinsicht ( Ziff. 98 ff.) und machte überdies eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit mindestens März 2021 geltend ( Ziff. 122 ff.), so könne er nicht einmal mehr den Schalthebel am Auto betätigen ( Ziff. 124). 3.

### **E. 3**

Es sei dem Beschwerdeführer eine volle Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen;

#### **E. 3.1.1**

Die Y.\_\_\_\_ -Gutachter führten in ihrer Expertise vom 8. August 2019 ( Urk. 11/145 S. 3 ) aus, das jetzige Leiden beginne mit einem Sturzereignis im Dezember 2013 mit TFCC-Ruptur bei Ulna-Impactionssymptomatik und ulnaseitigem Ganglion der Hand rechts. Im August 2014 sei eine Exzision des Handgelenksganglions und Naht TFCC sowie eine Ulnaverkürzungsosteotomie erfolgt. Im Februar 2016 sei die Materialentfernung Ulnaschaft erfolgt sowie eine partielle Exzision Ulnastyloid sowie eine endoskopische Neurolyse Nervus

ulnaris . Im Februar 2017 sei eine radiologisch gestützte Infiltration DRUG (distales radioulnares Gelenk) durchgeführt worden und im April 2017 eine Ulnakopfhemiresektionen -/ inter positions-Arthroplastik bei Arthrose und Instabilität DRUG. Im Juli 2018 sei eine Schecker -Prothese bei floating

Ulna rechts eingesetzt worden. Dazwischen habe vom 30. Oktober bis 17. November 2017 eine Rehabilitation in der Rehaklinik C.\_\_\_\_ stattgefunden, dort sei erstmals ein depressives Syndrom diagnostiziert worden. Ab Oktober 2018 befinde sich der Beschwerdeführer in regelmässiger Psychotherapie bei Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Aus der Vorgeschichte sei Folgendes bekannt: Eine rechtsseitige Daumenglied amputation im Mai 2014 nach Quetschung mit Vollhauttransplantation und Vertiefung der ersten Kommissur zur Z-Plastik im Februar 2005 und resultierender 10%iger Suva-Berentung. Sodann bestehe eine verheilte Fraktur der Basis Metacarpale V rechts unklaren Datums und eine ebenfalls heute problemlose partielle Strecksehnenläsion III und IV links im August 2008 sowie eine Fremdkörperexzision im Oktober 2011, heute ebenfalls beschwerdefrei. Ab Dezember 2011 sei eine undislozierte

Ulnaschaftfraktur rechts konservativ behandelt worden in möglichem Zusammenhang mit der heutigen Symptomatik. 3. 1 .2

Die Ärzte hielten fest, aus internistischer Sicht fänden sich keine relevanten Befunde mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Anamnestisch bestehe bei schwerem Nikotinabusus der Verdacht auf eine chronisch-obstruktive Pneumopathie, welche mindestens partiell reversibel wäre (S. 4).

Aus neurologischer Sicht im Vordergrund stünden Schmerzen sowie Sensibilitätsstörungen am rechten Arm, welche schwer objektiv fassbar seien und zumindest phänomenologisch mit einem neuropathischen Schmerzsyndrom vereinbar seien. Eine Läsion des Nervus ulnaris sei überwiegend wahrscheinlich als Grundlage des neuropathischen Schmerzsyndroms anzunehmen (S. 4).

Aus orthopädischer Sicht sei es nach einer konservativ behandelten distalen Ulnafraktur rechts 2011 mit Retraumatisierung 2013 zu einer deutlichen Beschwerdeverschlechterung mit nachfolgenden vier Operationen am distalen radioulnaren Gelenk rechts gekommen (S. 4).

Psychiatrisch sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer unter dem Druck der finanziellen Not und aus Verpflichtungsgefühl seiner Familie gegenüber (nicht so sein wie der eigene Vater, der die Familie im Stich gelassen habe) seit Beginn seiner Leidensgeschichte im Bereich des rechten Armes immer versucht habe, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, auch unter Inkaufnahme einer Verschlechterung seines Zustandes. Dies entspreche einer ungünstigen Auswirkung psychologischer Faktoren auf die Entwicklung des Schmerzsyndroms im Bereich des rechten Armes. Der Beschwerdeführer mache zudem aktuell Angaben im Sinne einer depressiven Entwicklung seit Sommer 2018, wobei diese schon im Sommer 2017, damals mittelgradiger Schwere, ärztlich dokumentiert worden sei. Klinisch bestehe aktuell eine schwere Ausprägung seit mindestens Oktober 2018 (Beginn der psychiatrischen Behandlung). Nach einer anamnestischen teilweisen Besserung gegen Ende 2018 und erneuter Verschlechterung seit Anfang 2019 sei auch anlässlich der aktuellen Exploration ein schweres depressives Syndrom einschließlich Suizidalität zu beobachten, welches seit Juni 2019 auch zur vollen Krankschreibung durch den behandelnden Psychiater geführt habe. Für sie - die Gutachter - sei nicht klar, weshalb die volle Krankschreibung nicht schon vorher, nämlich bei Beginn der Sedativa-Behandlung im Mai 2018, erfolgt sei. Der behandelnde Psychiater sei nicht erreichbar gewesen (S. 5).

3.  
1.3

Die bisherigen Arbeitsunfähigkeiten fassten die Gutachter wie folgt zusammen: Der Beschwerdeführer habe ab 1995 in Tunesien und ab Mai 2000 in der Schweiz mehrheitlich Hilfsarbeiten auf dem Bau, im Landschafts- und Gartenbau, im Tiefbau und im Metallbau zu 100 % ausgeübt. Dies seien alles Schwerarbeiten gewesen. Infolge des Unfalles im Dezember 2013 sei er nicht mehr fähig gewesen, andauernd eine Schwerarbeit zu verrichten. Gemäss Akten habe er von September bis November 2016 als Chauffeur und Austräger in Teilzeit gearbeitet. Diese Arbeit habe er verlassen, um eine Stelle bei der Post zu 100 % anzunehmen. Dort habe er von November 2016 bis Februar 2017 gearbeitet. Danach sei ihm aus gesundheitlichen Gründen gekündigt worden. Seit März 2019 arbeite er zu 50 % als Kurier. Dort müsse er unter anderem Autobatterien, Autofelgen, Pneus und Wasserbehälter sowie Harassen austragen. Unter dieser Belastung hätten allerdings die Schmerzen wieder zugenommen, gleichzeitig habe sich die Depression vertieft. Deshalb sei er vom Psychiater ab dem 1. Juni 2019 vollständig krank geschrieben worden (S. 5).

#### **E. 3.1.4**

Die Gutachter stellten zusammenfassend folgende Diagnosen (S. 6 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit -

Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen -

Chronisches Schmerzsyndrom neuropathischen Charakters an Hand und Vorderarm rechts, überwiegend wahrscheinlich auf der Grundlage einer Ulnarisläsion bei -

distaler Ulnafraktur rechts am 31.12.2011 -

Sturz am 16.12.2013 mit TFCC -Läsion bei Ulna-Impaktionssymptomatik und Ganglion ulnar Hand rechts -

Handgelenkganglionexzision und Naht TFCC und Ulnaverkürzungsosteotomie am 26.08.2014 -

Osteosynthesematerialentfernung Ulnaschaft rechts, endoskopische Neurolyse Nervus ulnaris rechts am 12.02.2016 -

Ulnakopfhemiresektion - und Interpositionsarthroplastik bei Arthrose und Instabilität DRUG am 11.04.2017 -

Implantation einer Schecker-Prothese Handgelenk rechts am 11.08.2018 -

Status nach Endgliedamputation Dig. I rechts nach Quetschtrauma Mai 2004 mit Infekt und Stumpfkorrektur mit Moberg-Lappen, Vollhauttransplantation und Vertiefung der ersten Kommissur durch Z-Plastik am 08.02.2005 -

Klagen über belastungsabhängige lumbale Rückenschmerzen mit links betonter spondylogener Komponente, ohne radikuläre Reiz- und Ausfallssymptome an den unteren Extremitäten

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit -

Schädlicher Alkoholgebrauch, intermittierend -

Psychologische Faktoren bei neuropathischem Schmerzsyndrom -

Status nach Metacarpale V-Fraktur rechts unklaren Datums -

Status nach Fremdkörperexzision Handgelenk links und partieller Strecksehnenläsion Dig. III und V links am 06.10.2011 -

Persistierender Nikotinabusus mit Verdacht auf chronisch-obstruktive Pneumopathie, zurzeit unbehandelt.

### **E. 3.1.5**

Zum Thema der funktionellen Auswirkungen hielten die Experten fest, aus orthopädisch-neurologischer Sicht bedingten die Befunde am dominanten rechten Arm Einschränkungen, einerseits bei feinen manuellen Verrichtungen, andererseits bei Tätigkeiten unter Kraftaufwand, beim Halten und Greifen von Gegenständen, beim beidarmigen Heben und Tragen von Lasten über 5 kg. Alle diese aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms an Hand und Vorderarm rechts ergebe sich eine Rendement-Verminderung. Daneben müsse erwähnt werden, dass der Beschwerdeführer bei rückenbelastenden schweren physischen Tätigkeiten von Seiten der Lendenwirbelsäule zusätzlich eingeschränkt sei.

Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer aufgrund des depressiven Zustands bildes erheblich in seinen kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigt, zudem bestehe eine verminderte emotionale Belastbarkeit, eine vermehrte Ermüdbarkeit und ein erhöhter Erholungsbedarf. Diese Beeinträchtigungen seien aktuell nicht mit einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt vereinbar. Der Beschwerdeführer sei sozial isoliert und finanziell unter Druck, wobei er keine ausreichende Sozialberatung erhalte und sich deshalb mit seinem Verhalten in problematische und potentiell gefährliche Situationen bringe, indem er zum Beispiel trotz psychiatrisch schwerer Beeinträchtigung weiter seiner Erwerbstätigkeit nachgehe, sogar als Chauffeur unter sedierender Medikation. Auch sein Schmerzerleben habe sich aufgrund dieses Verhaltens ungünstig entwickelt. Dies sei psychiatrisch gesehen nicht Korrelat selbstschädigender Absichten, sondern fehlenden spezifischen Urteilsvermögens und ungenügender sozialpsychiatrischer Begleitung. Trotz scheinbare r Inkonsistenzen bezüglich Angaben zur Arbeitsfähigkeit und Arbeitstätigkeit sowie nur teilweiser Objektivierbarkeit subjektiver Beschwerden sei nicht von Inkonsistenzen auszugehen. Vielmehr seien diese vermeintlichen Diskrepanzen im Rahmen des psychiatrischen Zustandsbildes erklärbar, dort in Form der Diagnose psychologischer Faktoren bei neuropathischem Schmerzsyndrom zusammengefasst (S. 7 f.).

### **E. 3.1.6**

Die Gutachter attestierten dem Beschwerdeführer in der bisherigen wie in einer optimal angepassten Tätigkeit zurzeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 8).

Aus rein somatischer Sicht bestehe in optimal angepasster Arbeit eine voll schichtige Arbeitsfähigkeit mit einer 20%igen Rendement-Verminderung wegen des chronischen Schmerzsyndroms. Eine angepasste Arbeit beinhalte eine leichte Arbeit ohne feinmotorische Arbeiten der Hand, keine belastende Tätigkeit des Handgelenks mit Umwendebewegungen und Tragen und Heben von Lasten über 5 kg. Arbeiten in speziell unterkühlter Umgebung, wie zum Beispiel in Kühlräumen, wären wegen der Schmerzverstärkung ebenfalls zu vermeiden.

Bei konsequenter Behandlung und intensiver sozialpsychiatrischer Begleitung, auch nach einer stationären Behandlung, sei eine nachhaltige Besserung des psychischen Zustandes innerhalb von zwei Jahren realistisch. Diese Einschätzung gelte seit dem 1. Juni 2019 (Krankschreibung durch Psychiater). Zuvor sei ab Oktober 2018 (Beginn Behandlung) bei mittelschwerer Depression von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 11).

### **E. 3.2.1**

Dr. Z.\_\_\_\_

diagnostizierte in seinem Gutachten vom 21. Mai 2020 (Urk. 11/177) (1) eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig episodischer Substanzkonsum mit laboranalytisch bestätigter abstinenter Phase zum Zeitpunkt der Probenentnahme, eine mögliche (leichte) sekundäre Alkoholstörung lasse sich erst nach erfolgter Alkohol- und Benzodiazepin-Entwöhnung schlüssig beurteilen, sowie (2) eine Benzodiazepinabhängigkeit, gegenwärtig ärztliche Lorazepam-Substitution in niedriger Dosierung, durch Laboruntersuchung bestätigt. Als aktenanamnestische Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verwies er auf die Diagnosen einer schweren depressiven Episode mit oder ohne psychische Symptome und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, welche nicht durch aktenkundige Befundangaben gestützt würden und einer ICD-10-Kriterienprüfung nicht standhielten (S. 15).

### **E. 3.2.2**

Zur Beurteilung hielt der Gutachter fest, anamnestisch seien belastende Erlebnisse während der Kindheit und Jugend beschrieben worden. Der Vater habe die Familie verlassen und der Beschwerdeführer habe bereits im Alter von 13 Jahren Arbeiten übernommen, um die Familie zu ernähren. Gleichzeitig sei von einem frühen Beginn eines problematischen Alkoholkonsums auszugehen, welcher sich später in eine Abhängigkeit entwickelt habe. Dem Beschwerdeführer scheine es dabei zu gelingen, (kürzere) abstinenten Phasen aufrechtzuerhalten. Er habe in seinem Leben «immer viel getrunken», wobei sich Lebensphasen mit täglichem Alkoholkonsum, aber auch solche mit Binge-Trinkverhalten und kurzen abstinenten Phasen zu festigen geschienen hätten. Die Immigration in die Schweiz im Jahre 1999 sei mit einer Trennung von Familienangehörigen in Tunesien, nicht aber mit Schwierigkeiten der kulturellen Eingewöhnung in der Schweiz verbunden gewesen.

Den dokumentierten Unfallereignissen seien langjährige orthopädische und handchirurgische Behandlungen gefolgt, welche mit der Implantation einer Schenkel-Prothese ihren (vorläufigen) Abschluss gefunden hätten. Das über Jahre dominierende Beschwerdebild habe aus Schmerzen der rechten oberen Extremität bestanden, welche erstmals im Jahr 2004 berichtet worden seien und seit 2006 einen elektrisierenden Charakter anzunehmen geschienen hätten. Die ausführliche Aktenlage beschreibe in nachvollziehbarer Weise eine neuropathische Schmerzgenese. Dem gesundheitlichen Verlauf sei eine persönliche und berufliche Entwicklung des Beschwerdeführers gegenüber zu stellen mit Gründung einer eigenen Familie und wechselnden (ungelernten) Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt, vorwiegend in Vollzeitbeschäftigung. Zuletzt habe der Beschwerdeführer im Pensum von 50 % als Kurier bei einer Firma gearbeitet. Gegenwärtig seien leichte psychiatrisch bedingte, funktionelle Einschränkungen festzuhalten und der aktiven Suchterkrankung zuzuordnen, welcher aufgrund der Substanzanamnese keine andere psychiatrische Störung vorausgegangen sei. Die gegenwärtig und zu unterschiedlichen früheren Zeitpunkten im Vordergrund stehenden finanziellen Probleme des Beschwerdeführers seien als indirekte Folge des Suchtgeschehens zu deuten. Von einer störungsspezifischen Suchtbehandlung sei eine Verbesserung der derzeitigen funktionellen Einschränkungen zu erwarten (S. 13).

### **E. 3.2.3**

Zur Arbeitsfähigkeit verwies Dr. Z.\_\_\_\_

auf die kognitiven und affektiven Beeinträchtigungen und erkannte eine leichte Leistungsminderung. Gemäss Konsens entspreche dies einer Reduktion von rund einem Drittel, weshalb aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 70 %

als Kurier oder in einer handwerklichen Tätigkeit resultiere (entsprechend

### **E. 3.2.4**

Zu den Ergebnissen des Y.\_\_\_\_-Gutachtens hielt Dr. Z.\_\_\_\_ fest, die dortige psychiatrische Berichterstattung enthalte eine grundsätzlich spärliche Beschreibung objektiver Verhaltensmerkmale mit vorwiegender oder ausschliesslicher Gewichtung subjektiver Beschwerdeangaben. Weiter verwies er auf aktenkundige Angaben zu psychosozialen Belastungen. So schienen seit 2004 wiederholt finanzielle Probleme im Vordergrund gestanden zu haben (S. 82).

### **E. 3.3.1**

Dipl. psych. A.\_\_\_\_ stellte in ihrem Gutachten vom 13. Mai 2020 (Urk. 11/171/2-20) keine neuropsychologische Diagnose. Sie erwähnte mindestens eine Aggravation, teilweise auch Simulation neurokognitiver Störungen in allen untersuchten Domänen (S. 14).

So hätten sich klare Hinweise auf eine reduzierte Anstrengungsbereitschaft ergeben. Es habe sich durchweg ein Bearbeitungsmuster der suboptimalen Erfüllung von Testanforderungen einschliesslich Produktion von Fehlleistungen gezeigt. Sämtliche Antwortwahrscheinlichkeiten könnten als verletzt gelten. Trotz wiederholter Hinweise auf die inadäquate Testbearbeitung sei keine Verhaltensänderung ersichtlich gewesen. So seien in zwei mehrstufigen Performanzvalidierungstests die Ergebnisse in nahezu allen Testabschnitten grob auffällig gewesen und hätten allen zugrundeliegenden theoretischen Modellen und Antwortwahrscheinlichkeiten widersprochen. So sei in einem Test das Verhältnis richtiger zu falscher Antworten fast diametral zur Erwartung gewesen. Die Lernkurve sei dazu rückläufig gewesen, was mit theoretischen Annahmen unvereinbar sei. In einem anderen Test, bestehend aus 15 Arbeitsblättern, habe sich auf jedem Arbeitsblatt ein eigenständiges und theoretisch nicht zu begründendes Antwortmuster gefunden. Es handle sich um einen einfachen Durchschnittstest, wie sie auch zur Prüfung von Aufmerksamkeitsleistungen eingesetzt würden. Da die Ergebnisse dieses sehr stark vereinfachten Testes schon maximal auffällig ausgefallen seien, sei auf eine weitere Untersuchung von Aufmerksamkeitsleistungen verzichtet worden (S. 13 f.).

Bei eingebetteten Faktoren bestehe die Auffälligkeit vor allem darin, dass in fast allen Tests massive quantitative und qualitative Fehlleistungen produziert würden, die mit theoretischen neuropsychologischen Konstrukten und Annahmen unvereinbar seien. In einem Untertest zur Schätzung der Intelligenz habe sich ein Ergebnis von Wertpunkt 1 ergeben, was im wahren Leben ausserhalb von Institutionen mit Maximalbetreuung nicht vorkomme. Somit entsprächen die aktuellen Befunde mit Sicherheit nicht der tatsächlichen kognitiven Leistungsfähigkeit und seien für eine differenzierende neuropsychologische Beurteilung unbrauchbar (S. 14).

### **E. 3.3.2**

Dipl. psych. A.\_\_\_\_ führte weiter aus, aus den anamnestischen Angaben und der Ausbildungsbiographie ergäben sich keine Hinweise auf relevante entwicklungsneuropsychologische Störungen des Kindes- und Jugendalters. Aus der Bildungs- und Berufsanamnese und den trotz früher Migration persistierenden sprachlichen Schwächen könne davon ausgegangen werden, dass das Intelligenzniveau des Beschwerdeführers eher schwach sein dürfte. Ätiologisch liessen sich gewisse neurokognitive Auffälligkeiten im Rahmen der psychischen Störungen, des Substanz- und Benzodiazepinabusus und der chronischen Schmerzen problemlos einordnen. Zusammen mit einem vermutlich eher niedrigen intellektuellen Leistungsniveau wären leichte bis vereinzelt mittelschwere neurokognitive Defizite plausibel gewesen. Auch gemäss klinischem Eindruck und Aktenlage könne mit recht hoher Wahrscheinlichkeit von gewissen neurokognitiven Störungen ausgegangen werden, welche aber nicht differenziert beurteilt werden könnten (S. 14). 4.

### **E. 4**

Es seien die mit Einschreiben vom 23. September 2022 dem Beschwerdeführer von der IV-Stelle auferlegten Massnahmen rückwirkend aufzuheben;

alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen [zzgl. 7.7 %

MwSt ] zulasten der Beschwerdegegnerin.»

In prozessualer Hinsicht beantragte er die unentgeltliche Rechtspflege sowie die Bestellung von Rechtsanwalt Beat Wieduwilt als unentgeltlichen Rechtsvertreter.

Die IV-Stelle ersuchte am 1. Februar 2023 ( Urk. 10) um Abweisung der Beschwerde , was dem Beschwerdeführer am 2. Februar 2023 ( Urk. 12) zur Kenntnis gebracht wurde.

Sodann wurde das Urteil des Obergerichts vom 25. Juni 2019 ( Urk. 3/20 und Urk. 15) in Sachen des Beschwerdeführers zu den Akten genommen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.1**

Im Vordergrund steht vorliegend die Frage, ob die Beschwerdegegnerin nach Eingang des Y.\_\_\_\_-Gutachtens (E. 3.1) beauftragt war , ein neues psychiatrisches sowie ein neuropsychologisches Gutachten einzuholen. Währenddem die Beschwerde gegnerin aufgrund von Widersprüchen im psychiatrischen Y.\_\_\_\_-Gutachten von der Zulässigkeit ausgeht, sieht der Beschwerdeführer darin eine unzulässige second

opinion .

#### **E. 4.2.1**

Gegen eine Zwischenentscheidung über die Anordnung einer Begutachtung kann zum einen unmittelbar nach seinem Erlass beim kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden oder wenn davon kein Gebrauch gemacht wurde, kann - vorbehalten Ausstandsgründe , die unmittelbar geltend gemacht werden müssen - die Zwischenverfügung, die sich auf den Inhalt einer Endverfügung auswirkt, auch noch mit der Beschwerde gegen die Endverfügung angefochten werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_174/2020 vom 2. November 2020 E. 6.2.1).

#### **E. 4.2.2**

Die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durchzuführen Abklärungen nach

Art. 43 ATSG beinhalten nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine « second opinion » zu dem bereits in

einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn dieser nicht seinen Vorstellungen entspricht

( BGE 141 V 330 E. 5.2). Entscheidend für die Frage, ob weitere Ab klärungen angeordnet werden können

und müssen, ist, inwieweit die bereits vor liegenden Gutachten die praxisgemässen inhaltlichen und

beweismässigen Anforderungen erfüllen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_57/2019 vom 7. März 2019 E. 3.2).

Bei einfacher Ergänzungsbedürftigkeit eines Gutachtens (zufolge von Unklarheiten, unvollständiger Beantwortung oder dem Auftauchen neuer Fragen) darf grundsätzlich kein Wechsel der Gutachterstelle stattfinden, sondern erst bei schwerwiegenden Mängeln, welche eine unbefangene medizinische Stellungnahme nicht mehr erwarten lassen. Offene Fragen oder Zweifel an den Schlussfolgerungen eines Gutachtens sollen deshalb in erster

Linie mit dessen Verfassern geklärt werden (BGE

137 V

210 E.

3.3.1).

#### **E. 4.3**

Die Beschwerdegegnerin ordnete die neue Begutachtung am 26. November 2019 (Urk. 11/156) an und begründete dies damit, dass zur schlüssigen und aktuellen Beurteilung des Gesundheitsschadens und dessen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit aus Sicht der IV eine weitere umfassende medizinische Untersuchung notwendig sei. Dem Beschwerdeführer wurde der Fragenkatalog zu gestellt (Urk. 11/154) und es wurde ihm Gelegenheit gegeben, innert zehn Tagen Zusatzfragen zu stellen. Hiervon machte er keinen Gebrauch und er wandte sich auch nicht gegen die neue Begutachtung. Im Rahmen des Einwandverfahrens wie auch im vorliegenden Prozess monierte er hingegen, es sei eine unzulässige s econd

opinion eingeholt worden.

#### **E. 4.4.1**

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin konstatierte am 20. August 2019 (Urk. 11/181/13 f.) zum psychiatrischen Teil des Y.\_\_\_\_-Gutachtens, es sei erstaunlich, dass in diesem Lebensalter eine solch schwerwiegende Diagnose gestellt werde wie eine schwere depressive Episode. Diese auch noch als psychotisch einzuordnen, sei nicht schlüssig begründet, da der Beschwerdeführer selber dem Gutachter gegenüber «die Stimmen» als eigene Gedanken bezeichnet habe und diese Gedanken, dass andere schlecht über ihn redeten, zu wenig schwer wögen, um als psychotisch beurteilt zu werden. Der rein auf den Angaben des Beschwerdeführers basierende, episodisch hohe Alkoholkonsum sei sehr auffällig und die Klassifizierung als «schädlicher Gebrauch» zu wenig begründet. Der Medikamentenspiegel des Antidepressivums sowie des Schmerzmittelmodulators sei unter der Untergrenze des therapeutischen Bereiches, womit eine Mal compliance im Raume stehe. Dieser Sachverhalt sei vom Gutachter nicht berücksichtigt worden. Die effektive Arbeitstätigkeit stehe im Widerspruch zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit als Chauffeur und die Fahruntauglichkeit unter Benzodiazepinmedikation

impliziere bei effektiver Fahrtätigkeit ein bewusst seinsnahes Verhalten, so dass eine Aggravation diskutiert werden müsse.

#### **E. 4.4.2**

Den Ausführungen des RAD-Arzttes ist vollumfänglich zuzustimmen. Die Diskrepanzen im psychiatrische n

Y.\_\_\_\_ - Gutachte n

von Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sind derart offensichtlich, dass nicht darauf ab gestellt werden kann. Neben den angetönten Ungereimtheiten fällt auf, dass sich Dr. F.\_\_\_\_ jeglicher kritischer Auseinandersetzung mit dem subjektiv Vor getragenen enthielt. Vielmehr erscheint sein «Gutachten» als eine unkritische Verurkundung des vom Beschwerdeführer A usgeführten. Auch die Problematik von allfälligen psychosozialen

Aspekten wurde vollumfänglich ausgelassen. Dies führt bereits deshalb zur Beweiswertminderung, weil solche offensichtlich sind und zwingend zu diskutieren gewesen wären. Dies namentlich in Bezug auf die offenkundig angespannte finanzielle Situation. Daneben verschwieg der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern, dass er mit Urteil des Bezirksgerichts Winterthur vom 16. Mai 2018 wegen mehrfachen Betrugs, unrechtmässigen Bezugs von Leistungen einer Sozialversicherung oder der Sozialhilfe, Urkundenfälschung und Fälschung von Ausweisen zu einer Freiheitsstrafe sowie einer Geldstrafe verurteilt und für fünf Jahre des Landes verwiesen wurde ( Urk. 15 S. 2) . Zum Zeitpunkt der Untersuchungen im Y.\_\_\_\_

am 3. Juni 2019 ( Urk. 11/145/1) lief wohl noch der Prozess vor Obergericht, aber eine psychosoziale Auswirkung der Verfahren liegt auf der Hand. Die Abgrenzung zwischen diesen psychosozialen Schwierigkeiten und der effektiven Erkrankung des Beschwerdeführers fand nicht statt.

Sodann fehlt in der psychiatrischen Y.\_\_\_\_ -Expertise ein Tagesablauf, welcher Aufschluss über das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers geben könnte. Ein Tagesablauf wurde zwar vom zuständigen Internisten erhoben ( Urk. 11/145/39), der Psychiater nahm aber keinen Bezug darauf. Dass die Einschränkungen konsistent alle Lebensbereiche betreffen ( Urk. 11/145/72) ist demnach nicht begründet. Dies umso weniger, als er zusammen mit seiner Ex-Frau das gemeinsame Haus in Tunesien bewirtschaftet, einen guten Kontakt zu seiner Herkunftsfamilie in Tunesien pflegt und er auch zweimal pro Jahr nach Tunesien reisen kann; während der Zeit höherer Arbeitsleistung reiste er lediglich einmal jährlich in sein Heimatland ( Urk. 15 S. 27). All das war dem Gutachter unbekannt respektive er erfragte nichts Derartiges. Schliesslich enthält das Gutachten keine Indikatorenprüfung, welche zwingend erforderlich ist.

Schliesslich gingen die Y.\_\_\_\_ -Gutachter von einer falschen Berufsanamnese aus. So waren sie der irrigen Meinung, der Beschwerdeführer habe ab Mai 2000 in der Schweiz mehrheitlich Hilfsarbeiten auf dem Bau, im Landschafts- und Gartenbau, im Tiefbau und im Metallbau (Fassadenbau) zu 100 % ausgeführt. Bereits ein Blick in den Auszug aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers ( Urk. 11/162) zeigt, dass er in der Schweiz nur bis ins Jahr 2003 vollzeitlich arbeitete und hernach nur noch sporadisch einer Erwerbstätigkeit nachging.

#### **E. 4.4.3**

Das Gutachten ist nach dem Gesagten nicht beweiskräftig und die Beschwerdegegnerin war berechtigt, ein neues psychiatrisches Gutachten einzuholen. Eine unzulässige second opinion liegt nicht vor. Die Mängel im psychiatrischen Y.\_\_\_\_ -Gutachten sind derart eklatant, dass darauf nicht abgestellt werden kann und sich auch Nachfragen nicht aufdrängten. Es handelt sich nicht um ein an Unklarheiten leidendes, sondern um ein grundlegend unbrauchbares psychiatrisches Gutachten. 5. 5.1

In organischer Hinsicht ist erstellt, dass der Beschwerdeführer vor allem am rechten Arm an erheblichen Einschränkungen leidet. Im Nachgang zur Ulnafraktur Ende 2011 sowie der TFCC-Läsion Ende 2013 ergaben sich massgebliche Komplikationen, welche in die Implantation einer Scheker-Prothese im August 2018 mündeten. Es verblieb ein chronisches Schmerzsyndrom. Bei dieser Pathologie erscheinen die Schlussfolgerungen der Y.\_\_\_\_ -Ärzte als schlüssig, dass nur mehr leidensangepasste Tätigkeiten zumutbar sind, wobei diese leicht sein müssen ohne feinmotorische Arbeiten der Hand, keine belastende

Tätigkeit des Handgelenks mit Umwendebewegungen und Tragen und Heben von Lasten über 5 kg sowie ohne Arbeiten in unterkühlter Umgebung. Die von den Gutachtern aus organischer Sicht attestierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer Rendement-Verminderung erscheint als nachvollziehbar. Die Beschwerde gegnerin ging - wohl irrtümlich ( Urk. 11/249/9 unten) - davon aus, die Y.\_\_\_\_-Gutachter hätten eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit attestiert ( Urk. 2 S. 2 unten). 5.2 5.2.1

In psychiatrischer Hinsicht ist zu konstatieren, dass das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entspricht. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Auskunft über die vorliegende Pathologie und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es beruht auf den notwendigen Untersuchungen des Beschwerdeführers, welche am 14. Februar 2020 stattfanden ( Urk. 11/177/8) und - nebst der separaten neuropsychologischen Abklärung - unter anderem aus einer umfassenden Befragung sowie einer Blutanalyse bestanden ( Urk. 11/177/48-60 und Urk. 11/177/91). Die Expertise berücksichtigt sodann die geklagten Beschwerden. Der Beschwerdeführer schilderte diese detailliert ( Urk. 11/177/48-60), der Gutachter nahm davon Kenntnis und würdigte diese in seiner Beurteilung entsprechend. Dem Gutachter waren die Vorakten bekannt ( Urk. 11/177/ 10-11, 25-26 und 27-45) und er nahm Bezug auf die Vorberichte und diese flossen in die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein (samt kritischer Auseinandersetzung, Urk. 11/177/46-47), welche überzeugen.

So begründete er die diagnostizierte Alkohol- und Benzodiazepinabhängigkeit nachvollziehbar und verwies dabei namentlich auf die anamnestischen Angaben mit erhöhtem Alkoholkonsum während mannigfaltigen Phasen im Leben des Beschwerdeführers. Wesentlich ist indes der Ausschluss einer weiteren Erkrankung, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Dies begründete Dr. Z.\_\_\_\_ ausführlich, indem er in Frage kommende Pathologien einzeln nannte und anhand der erhobenen Befunde verwarf ( Urk. 11/177/14). Dies bezüglich verwies er insbesondere darauf, dass aufgrund des AMDP-Befundes eine akute psychotische oder affektive Störung auszuschliessen und eine intakte Realitätsprüfung zu dokumentieren war. Klinische Hinweise auf eine hirnorganische Störung lagen ebenso wenig vor wie solche auf eine Intelligenz minderung oder eine Verhaltens- oder emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit oder Jugend. Er schloss aufgrund der Anamnese und des Kontaktverhaltens während der Untersuchung auch eine Belastungs- oder somatoforme Störung aus unter dem Hinweis, dass wohl der Schmerz im Bereich der rechten oberen Extremität als stark beschrieben wurde, eine im Vordergrund stehende Abhängigkeit des Schmerzes von emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen aber nicht erkennbar ist. Ein Ausschluss ergibt sich - so Dr. Z.\_\_\_\_ weiter - aufgrund des Vorliegens eines organisch bedingten Schmerzes, welcher im Vordergrund steht. Auch Besonderheiten der Persönlichkeit ergaben sich keine angesichts des bei der Untersuchung gezeigten Kontaktverhaltens. Beobachtbare depressionstypische Merkmale erkannte der Gutachter während des Gesprächs nur wenige und interpretierte diese unter Berücksichtigung der anzunehmenden, langjährigen Alkoholkrankheit nicht im Sinne eines depressiven Syndroms ( Urk. 11/177/61). So erkannte er etwa keine sichtbare Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit, keine verarmte Sprache, keine erhebliche Affektarmut und keine erhebliche Antriebsarmut ( Urk. 11/177/62). Schliesslich konstatierte er die fehlende Nachvollziehbarkeit des psychiatrischen

Y.\_\_\_\_ -Gutachtens und be gründete dies ausführlich, hauptsächlich mit der zu knapp en Schilderung der erhobenen Befunde und der fehlenden Diskussion in Frage kommender Aspekte ( Urk. 11/177/45).

Insbesondere überzeugen die Darlegungen, weil Dr. Z.\_\_\_\_ die erhobenen Befunde detailliert schilderte und diese als wenig eindrücklich imponier t en ( Urk. 11/177/49 ff.) , namentlich lediglich leichte Konzentrations-, Merkfähig keits - und Gedächtnisstörungen, leichte formalgedankliche Störungen, leichte Störungen der Affektivität, mittelgradige Störungen der Appetenz sowie eine leichte Verarmung der spontanen Ideenproduktion. Sodann zeigte der Beschwerdeführer keine sichtbare Traurigkeit , keine verarmte Sprache, keine un modulierte Sprachmelodie, keine erhebliche Affekt- und Antriebsarmut ( Urk. 11/177/62) . I n diesem Sinn sind die Schlussfolgerungen de s Experten begründet , welcher eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %

attestiert unter Hinweis auf die Schwierigkeit e n beim Umgang mit Alkoholerkrankungen ( vgl. zum Ganzen: 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). 5.2.2

Die Plausibilisierung dieser Einschätzung anhand des praxisgemässen strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 418) ergibt Folgendes: In der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ergab sich eine diskrete Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde. Der nach AMDP erhobene psychopathologische Be fund beinhaltete Schmerzen der rechten oberen Extremität

sowie vereinzelte Items in mittelgradiger Ausprägung ( Urk. 11/177/65-69) . Ferner wurde die Leistungsfähigkeit anhand der Mini-ICF-APP abgebildet. Demnach lagen in einigen Bereichen leichte Beeinträchtigungen und lediglich bei der Durchhalte fähigkeit eine mittlere Einschränkung vor. Schwere oder vollständige Beeinträchtigungen ergaben sich nicht ( Urk. 11/177/69-72). Der Behandlungs- und Eingliederungserfolg relativiert sich durch eine bislang fehlende Behandlung alkoholbezogener Störungen ( Urk. 11/177/78). Gleichwohl war es dem Beschwerdeführer möglich, wieder arbeitstätig zu sein. Als Komorbidität steht die Armproblematik im Vordergrund, welche Schmerzen verursacht und beeinträchtigend ist.

Zur Persönlichkeit ergibt sich, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner biographischen Schilderungen ein sozial ausreichend angepasstes und im Verlauf adaptives Verhalten zu zeigen schien ohne Hinweise für eine Verhaltensrigidität. Der Gutachter erkennt e einige persönliche Ressourcen wie etwa ein en hohe n Grad an Loyalität und Pflichtbewusstsein gegenüber seiner eigenen Familie sowie Motivation zur beruflichen Teilhabe mit Erwirtschaften eines eigenen Ein kommens. Der soziale Kontext bilde eine Ressource mit intakter Beziehung im Sinne einer tragenden Beziehung innerhalb (wie auch ausserhalb) der Primär familie und fehlender kultureller, sprachlicher oder sozialer Isolation ( Urk. 11/177/77 und 82). Von einem sozialen Rückzug, wie in Dr. phil. G.\_\_\_\_ erkannt haben will ( Urk. 11/117/5 Ziff. 2.4) , oder gar einer sozialen Isolation (gemäss Dr. F.\_\_\_\_ , Urk. 11/145/72), kann keine Rede sein. Der Beschwerde führer hatte seit jeher nur wenige

Kontakte ( Urk. 11/117/13 unten ) und pflegt ein gutes, freundschaftliches Verhältnis mit seiner Ex-Frau ( Urk. 11/177/54), mit welcher er bekanntermassen ein Haus in Tunesien besitzt und pflegt. Zu seiner Herkunftsfamilie besteht ebenfalls ein gutes Verhältnis (E. 4.4.2). Eine gewisse Zurückhaltung beim Ausgang ist laut den Aussagen des Beschwerdeführers so dann der monetären Situation geschuldet ( Urk. 11/171/10) und damit nicht der Krankheit.

Aus den gutachterlichen Ausführungen geht weiter hervor, dass der Beschwerde führer über einen geregelten Tagesablauf verfügt. Er steht um ca. 06.30 Uhr auf, trinkt einen Kaffee und raucht eine Zigarette. Je nach eigenem Arbeitseinsatz oder jenem der Ehefrau sprechen sich die Ehegatten betreffend Kinderbetreuung ab. Es folgt die Frühstückszubereitung für die Kinder, der Beschwerdeführer bringt hernach die Tochter in den Kindergarten und verbringt die Zeit - falls er nicht arbeitet - mit der Wohnungsreinigung. Der 11-jährige Sohn kommt zur Mittagszeit nach Hause und geht danach wieder zu Schule, die 5-jährige Tochter bleibt am Nachmittag zu Hause. Mit dieser verbringt der Beschwerdeführer den Nachmittag, geht beispielsweise zum Spielplatz oder spazieren. Er geht sodann einkaufen oder macht zu Hause Pause. Zwischen 22.00 und 23.00 Uhr geht er zu Bett ( Urk. 11/177/57-58).

Zum behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene n Leidens druck ergibt sich, dass sich der Beschwerdeführer in Bezug auf die Hand-/Arm problematik jederzeit adäquat behandeln liess, jedoch Restschmerzen verblieben. Seit 2018 ist er sodann in psychologischer Therapie, welche nach Einschätzung des Gutachters grundsätzlich lege artis erfolgt ( Urk. 11/177/77). Indessen empfahl er eine Abstinenz sowie im Rahmen einer Postakutbehandlung motivationale Interventionsformen sowie eine kognitive Verhaltenstherapie, was bislang nicht stattgefunden hat ( Urk. 11/177/86-87).

Insgesamt ist somit festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter die Ein schränkungen des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der massgebenden Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei hergeleitet hat. Die Schlussfolgerung des Gutachters, wonach der Beschwerdeführer in der Lage ist, sämtliche seinem körperlichen Belastungsprofil angepassten Tätigkeiten mit einer Reduktion von 30 % zu verrichten, erweist sich als hinreichend nachvollziehbar und begründet. Einige Indikatoren legen eine nachvollziehbare Einschränkung in gewissem Um fang nahe, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, wie sie der Beschwerdeführer proklamiert ( Urk. 1 Ziff. 83 und Urk. 11/145/73 ), lässt sich damit aber nicht ver einen. Dies namentlich aufgrund des unauffälligen Verhaltens in den berufs fremden Lebensbereichen. 5.3

Die weiteren medizinischen Akten - nebst jenen des Y.\_\_\_\_, dessen massgebliche Einschätzung wie dargelegt nicht überzeug t - vermögen die Schlussfolgerungen von Dr. Z.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen. Namentlich der Bericht von med. pract . D.\_\_\_\_, Oberarzt, Dr. med. H.\_\_\_\_, leitende Ärztin, sowie Dr. phil. G.\_\_\_\_, Psychologin, vom Kantonsspital I.\_\_\_\_ vom 14. März 2019 ( Urk. 11/129), worin unter anderem eine schwere depressive Episode diagnostiziert worden war, erscheint wenig kritisch den Darlegungen des Beschwerdeführers gegenüber. Dieser leidet wohl an erkennbaren Schwierig keiten, so etwa am Rollenverlust durch seine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf grund der Unfallfolgen, indessen erscheinen die erhobenen Befunde - wie dies Gutachter

Dr. Z.\_\_\_\_ festgestellt hat, als wenig konkret. Zu vermuten ist, dass die Fachpersonen des I.\_\_\_\_ nicht korrekt orientiert wurden, etwa über die sozialen Interaktionen des

Beschwerdeführers wie auch das Strafverfahren und die zu Grunde liegenden Aktivitäten des Beschwerdeführers . 5.4

Der Beschwerdeführer bemängelte das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ in verschiedener Hinsicht. Vorweg monierte er sein Verneinen der Diagnose einer mittelschweren/schweren Depression entgegen der Ansicht zahlreicher früherer Ärzte ( Urk. 1 Ziff. 103 ff.). Soweit er dabei unter anderem auf die Beurteilung der Rehaklinik C.\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 21. November 2017 ( Urk. 11/89/682-686) verwies, ist festzuhalten, dass darin im Wesentlichen auf psychosoziale Belastungen verwiesen und eine mittelgradige depressive Episode im Sinne einer Erschöpfungsdepression vermutet wurde (S. 3). Nicht diskutiert wurde die Alkoholproblematik und das zu jenem Zeitpunkt laufende Strafverfahren gegen den Beschwerdeführer. Anlässlich der Begutachtung zeigte er jedenfalls keine entsprechende Symptomatik mehr.

Soweit der Beschwerdeführer eine Alkohol- sowie Benzodiazepinproblematik negieren will ( Urk. 1 Ziff. 107 ff.) ist zu konstatieren, dass er gegenüber Dr. Z.\_\_\_\_ ausführte, im Alter von 13 Jahren begonnen zu haben, Alkohol zu trinken. Dies zu einer Zeit, als der Vater die Familie in Tunesien verlassen habe und er - der Beschwerdeführer - der Ernährer der Familie geworden sei und im Baugewerbe zu arbeiten begonnen habe. Ein übermässiger Konsum habe sich auch im späteren Leben gezeigt, er habe immer viel getrunken. Er trinke heute nicht täglich, wenn er aber trinke, könne er nicht mehr aufhören und trinke dann acht bis zehn Dosen Bier, manchmal auch Wein ( Urk. 11/177/51-52). Gegenüber dipl. psych. A.\_\_\_\_ äusserte er sich im gleichen Sinne; etwa zwei bis drei Mal pro Monat gebe es solche Episoden. Deswegen sei ihm auch der Fahrausweis provisorisch entzogen worden ( Urk. 11/171/10-11). Bei der Y.\_\_\_\_ -Begutachtung schilderte er Gleiches ( Urk. 11/145/39). Auch wenn die geschilderten Umstände noch nicht besorgniserregend sein mögen, ist deren Thematisierung in einer psychiatrischen Expertise unabdingbar. Anzuführen bleibt, dass Dr. Z.\_\_\_\_ bei der Schätzung der Arbeitsfähigkeit von den funktionellen Einschränkungen ausging und die Diagnosestellung ohnehin zweitrangig ist.

Der Beschwerdeführer kritisierte sodann die neuropsychologische Beurteilung von dipl. psych. A.\_\_\_\_ und auch hierbei den erwähnten Substanzenabusus ( Urk. 1 Ziff. 118 ff.). Die Alkoholproblematik stand im neuropsychologischen Gutachten gar nicht im Vordergrund, sondern vielmehr das aggravative respektive simulante Verhalten des Beschwerdeführers, welches in vielen unterschiedlichen Leistungsbereichen so deutlich ausgeprägte quantitative und qualitative Defizite hervorbrachte, dass sie nicht eingeordnet werden konnten. Von der Expertin vermutete neurokognitive Defizite leichten bis mittelschweren Ausmasses bei eher niedrigem intellektuellem Leistungsniveau konnten so nicht verifiziert werden ( Urk. 11/171/15-16). Diese Beweislosigkeit geht insoweit zu Lasten des Beschwerdeführers (Urteil des Bundesgerichts 8C\_404/2021 vom 22. März 2022 E. 5.2.2), als daraus weitergehende funktionelle Einschränkungen abgeleitet werden sollten, was der Beschwerdeführer aber gar nicht substantiiert geltend machte. 5.5 5. 5 .1

Zur Entwicklung des Gesundheitszustandes nach der Begutachtung ergibt sich, dass der Beschwerdeführer verschiedentlich in Behandlung stand. Dies namentlich wegen Beschwerden an der Schulter und im Nacken; die Ärzte der Universitätsklinik J.\_\_\_\_ diagnostizierten am 10. Dezember 2021 ( Urk. 11/223/1-2) unter anderem eine Capsulitis adhaesiva Schulter rechts sowie einen Verdacht auf eine C7-Radikulopathie rechts. Eine MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule

( HWS ) vom 7. Januar 2022 bestätigte das Vorliegen von Diskusprotrusionen , auch auf Höhe C6/7 mit Kontakt zur Wurzel C7 rechts ohne Kompression (Bericht vom 7. Januar 2022, Urk. 11/233). Am 30. Mai 2022 ( Urk. 11/241) orientierte die zuständige Ärztin der Universitätsklinik J.\_\_\_\_ und bestätigte die letzten attestierten (allesamt vollumfänglichen) Arbeitsunfähigkeiten wie folgt: 1. bis 31. Oktober 2021, 7. bis 31. Januar 2022, 1. bis 22. April 2022, seither volle Arbeitsfähigkeit. Die Ärztin berichtete über vom Beschwerdeführer seit März 2021 geklagte zunehmende rechtsseitige Schulterschmerzen . Eine Infiltration glenohumeral habe keine Besserung gebracht und die Vorstellung im Wirbel säulen-Team habe ebenfalls keine Pathologie der HWS ergeben. In therapeutischer Hinsicht empfohlen wurden eine Infiltration AC-Gelenk, Wassertherapie und Physiotherapie. Als Kurier wurde der Beschwerdeführer als vollständig arbeitsunfähig gesehen angesichts der körperlichen Belastung und der aktiven Bewegung der Schulter. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit wurde als möglich erachtet «nach Massgabe der Beschwerden». Am 4. Juli 2022 ( Urk. 11/246) ergänzten die Ärzte der Universitätsklinik J.\_\_\_\_ , klinisch zeige sich ein Schultertiefstand rechts mit hypomobiler Scapula. Sie diagnostizierten ein subacromiales Impingement bei periskapulärer

muskulärer Dysbalance rechts mit kleiner Oberrandläsion Muskulus subscapularis sowie Bicipstendinopathie . Verordnet wurde scapulaspezifische Physiotherapie, eine fixe Kontrolle wurde nicht vereinbart; der Beschwerdeführer melde sich bei Bedarf. 5. 5 .2

Angesichts dieses Verlaufs ist es nicht zu beanstanden, dass RAD-Arzt Dr. med. K .\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, am 22. Juli 2022 ( Urk. 11/249/8-9) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes annahm, welcher mittlerweile stabil sei. Er konstatierte sodann zu Recht, dass sich die attestierten Arbeitsunfähigkeiten auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kurierfahrer bezogen; zuletzt wurde explizit hierauf verwiesen. Ebenso nachvollziehbar ist, dass die Schulterproblematik das qualitative Belastungsprofil verändert und neu nurmehr körperlich leichte Arbeiten ohne Arbeiten oberhalb der Schulterhöhe und nicht am ausgestreckten Arm/körperfern rechts zumutbar sind. Angesichts fehlender Arbeitsfähigkeitsatteste der befassten Ärzte und der Zumutbarkeitserklärung angepasster Tätigkeiten erscheint dies plausibel. 5. 5 .3

Soweit der Beschwerdeführer auf intensive Beschwerden verwies und insbesondere darauf, dass er nicht einmal mehr einen Schalthebel am Auto betätigen könne ( Urk. 1 Ziff. 124 f. und Ziff. 127), lässt sich solches durch die medizinischen Akten nicht objektivieren. Im von ihm erwähnten Bericht der Universitätsklinik J.\_\_\_\_

vom 15. September 2021 ( Urk. 11/215/3- 5) findet sich diese Schilderung unter den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Eine Objektivierung konnte in diesem Sinne nicht vorgenommen werden. Der zuständige Arzt berichtete lediglich von einem Schmerzsyndrom der rechten oberen Extremität. Eine Radikulopathie konnte nicht diagnostiziert werden und eine radikuläre Zuordnung der geklagten Hypästhesie im Bereich des gesamten vorderen Armes korrelierte nicht mit den Beschwerden. In den nachfolgenden Fachuntersuchungen wurden solche Einschränkungen nicht mehr geschildert, sondern das Augenmerk auf die Schulterproblematik gelegt ( Urk. 11/231-232). Im Sommer 2022 war eine Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand kein Thema mehr ( Urk. 11/246). Die vom Beschwerdeführer thematisierte fehlende Behandlung vor dem Strafantritt im Sommer 2022 und deren Begründung durch die prekäre finanzielle Lage ( Urk. 1 Ziff. 121) ist vorliegend vor allem im Rahmen der Indikatorenprüfung von Bedeutung. Bei ernsthaften finanziellen Schwierigkeiten wäre dem Beschwerdeführer der

Gang zum Sozialamt offen gestanden. Auch bei Verständnis für die Lage kann er daraus jedenfalls nicht einen erheblichen Leidensdruck konstruieren. 5.6

Damit ist der Sachverhalt in dem Sinne erstellt, dass der Beschwerdeführer in einer leichten Tätigkeit ohne feinmotorische Arbeiten der Hand, ohne belastende Tätigkeit des Handgelenks mit Umwendebewegungen und Tragen und Heben von Lasten über 5 kg sowie ohne Arbeiten in unterkühlter Umgebung aus organischer Sicht 20 % arbeitsunfähig ist im Sinne einer Rendement-Verminderung. Aus psychiatrischer Sicht besteht eine 30%ige Einschränkung in jeglichen Tätigkeiten. Nicht zu beanstanden ist die Feststellung von RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ vom 17. Juni 2020 (Urk. 11/181/18), wonach eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit resultiert. Es gibt keine Anhaltspunkte, welche eine additive Berücksichtigung der Arbeitsunfähigkeitsgebieten würden. 6.

Unbestritten blieb, dass sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf der identischen Basis zu berechnen ist entsprechend der Lohnstruktur erhebung 2020 des Bundesamtes für Statistik, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art). Gründe für den vom Beschwerdeführer beantragten Abzug vom Tabellenlohn von 25 % (Urk. 1 Ziff. 128) wurden keine geltend gemacht und sind auch nicht ersichtlich. Insbesondere die Einschränkung auf leichte Tätigkeiten rechtfertigt kein Abzug vom Tabellenlohn, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C\_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2 mit Hinweisen). Wenn man aufgrund der weiteren Einschränkungen der rechten Hand einen Abzug gewähren wollte, wäre dieser höchstens mit 10 % zu bemessen. Da mit resultiert höchstens ein Invaliditätsgrad von 36 %, welcher keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung begründet.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Dies ungeachtet des Umstandes, dass die Qualifikation des Beschwerdeführers als vollzeitlich Erwerbstätiger angesichts seiner Berufsanamnese als diskutabel erscheint. 7.

Für die vom Beschwerdeführer beantragte Aufhebung der von der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 23. September 2022 auferlegten Massnahmen (Urk. 1 S. 2 und Urk. 11/250) besteht kein Raum. Die Anordnung ist nicht in die Form einer Verfügung gekleidet, was Prozessvoraussetzung bildet. Sodann besteht grundsätzlich nur ein Rechtsmittel gegen eine leistungsverweigernde Verfügung, nicht aber gegen die Auferlegung einer konkreten Massnahme im Rahmen der Schadenminderungspflicht (Beiträge zur Sozialen Sicherheit, AufLAGen zur Schadenminderungspflicht in der Invalidenversicherung, Forschungsbericht Nr. 1/20, Bundesamt für Sozialversicherungen, S. VII). Diesbezüglich ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und

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). 2.

## **E. 8**

.3

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses sowie nach Einsicht in seine Kostennote vom 14. Februar 2023 (Urk. 14) mit Fr. 1'952.75 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

#### **E. 8.4**

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 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.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Beat Wieduwilt, Winterthur, wird mit Fr. 1'952.75 (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Beat Wieduwilt - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin  
Gräub-Fonti

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