

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00172 vom 26. Oktober 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-10-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00172](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00172)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00172 du 26 octobre 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00172 del 26 ottobre 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht ( vgl. Rz . 1008 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [ K S ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022 ).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da jedoch eine anspruchrelevante Veränderung und ein allfälliger Rentenanspruch vor dem 1.

Januar 2022 zu prüfen sind, 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**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 1.4**

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E.

2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 ; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.). 1.

#### **E. 5**

Dr. C. \_\_\_\_\_

gab im Bericht vom 10. September 2016 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/17/6-7)

an, die seit Jahren immer wieder bestehen den lumbalen Schmerzen würden seit einem Bagatellunfall Ende Oktober 2015 verstärkt auftreten. Der Patient klagt seither über lumbale Schmerzen, die praktisch dauernd vorhanden seien, verstärkt bei längerem Sitzen und nachts. Daneben seien auch Beinschmerzen vorhanden, verstärkt beim Bergabgehen, und im linken Bein komme es zu einem wechselnden Hitze- und Kältegefühl (S. 1 Ziff. 1.4). Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit der lumbalen Wirbelsäule und des linken

Knies. Repetitives Hantieren mit Lasten von mehr als 10 bis 15 kg sei nicht möglich. Arbeiten in ergonomisch ungünstigen Positionen (Zwangshaltungen des Oberkörpers, nach vorne gebeugte Haltung) seien ebenfalls nicht möglich. Nicht in Frage kämen sodann repetitives in die Knie gehen oder Arbeiten auf den Knien. Für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit (nicht ausschliesslich sitzend) sei der Patient seit der letzten Konsultation mit einem vollen Arbeitspensum arbeitsfähig (S. 2 Ziff. 1.7). 3.

### **E. 5.1**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

### **E. 5.2**

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.3.2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

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 unbeschrieben 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). 5.4

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

### **E. 5.5**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 5.6**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 6.

## **E. 6**

Dr. B.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 2. Oktober 2016 zuhanden der Beschwerde gegnerin (Urk. 7/19/1-5) zur Anamnese aus, es bestünden degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, welche bei körperlich mittelschweren bis schweren Tätigkeiten regelmässig zu Schmerzen, einer Schonhaltung und einer Belastungsintoleranz geführt hätten. Aus diesem Grunde seien dem Beschwerdeführer seit 2005 immer wieder Analgetika und Physiotherapie verschrieben worden. Weiter habe er den Patienten für gewisse Perioden arbeitsunfähig schreiben müssen. Die Situation habe sich seit der Trennung von der Ehefrau und der Familie vor zwei Jahren verschlechtert. In dieser Zeit habe sich insbesondere eine depressive Entwicklung eingestellt, welche nun psychiatrisch behandelt werde (S. 2 Ziff. 1.4).

Für die Tätigkeit als angelernter Gipser habe vom 27. Oktober bis 31. Dezember 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (S. 2 Ziff. 1.6). Die schwere Arbeit als Gipser sei nicht mehr zumutbar. Wegen des körperlichen Leidens seien nur leichte bis mittelschwere Tätigkeiten möglich. In einer angepassten Tätigkeit sei ein Vollpensum möglich (S. 2 f. Ziff. 1.7). 3.

### **E. 6.1**

Der Beschwerdeführer leidet seit Jahren

an einem cervicospondylogenen und lumbospondylogenen Schmerzsyndrom links und an chronisch rezidivierenden Lumbalgien (vorstehend E. 3.1-3.3). Nach Einschätzung durch

Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ in den Berichten vom 10. September und vom 2. Oktober 2016 war dem Beschwerdeführer die körperlich schwere Arbeit als angelernter Gipser nicht mehr zumutbar. Eine körperlich leichte bis mittelschwere angepasste Tätigkeit war ihm dagegen uneingeschränkt

möglich (E. 3.5 und 3.6).

Die Gutachter der A.\_\_\_\_ nannten

am 16. März 2022 als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom und chronische Kniebeschwerden links. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Gutachter bestätigten für

die ange stammte Tätigkeit unbestrittenermassen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt gemäss Belastungsprofil attestierten sie dagegen eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80 % (E. 4.8.7 hiervor).

Abweichend zum Gutachten der A.\_\_\_\_ diagnostizierten die behandelnden Ärzte der Psychiatrie Z.\_\_\_\_

im Bericht vom 22. April 2020 eine mittelgradige depressive Episode , eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und chronische rezidivierende Lumbalgien . Für eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt attestierten sie eine Arbeitsfähigkeit von zwei Stunden pro Tag. Im Verlaufsbericht vom 11. Dezember 2020 nannten die Ärzte der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ neu als Diagnose eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (vorstehend E. 4.1 und 4.3 ).

Im Bericht vom 18. März 2021 wurde ein stationärer Gesundheitszustand festgehalten (E. 4.5). Im Verlaufsbericht vom 2. September 2022 berichteten die Ärzte der Psychiatrie Z.\_\_\_\_

über eine gesundheitliche Verschlechterung seit dem Vorbericht

vom März 2021 . Nach ihrer Einschätzung bestand zuletzt in einem geschützten Rahmen eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 % (E. 4.10).

## **E. 6.2**

Das Gutachten der A.\_\_\_\_ beruht auf den erforderlichen polydisziplinären Untersuchungen des Beschwerdeführers und erweist sich für die streitigen Belange grundsätzlich als umfassend. Weiter wurde es in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den massgeblichen Vorakten erstellt.

Der psychiatrische Gutachter Dr. I.\_\_\_\_ legte dar , dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auch für eine behinderungs angepasste , körperlich leichte Tätigkeit aufgrund der

im Gutachten beschriebenen Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers nicht nachvollzogen werden kann. Nach dessen Angaben kann er die Arbeiten im Haushalt selbstständig erledigen und dabei Gewichte von 3-4 kg heben . Ausserdem absolviert er

in der Regel am Vormittag und am Nachmittag einen Spaziergang , und es ist ihm etwa möglich, die öffentlichen Verkehrsmittel zu benützen oder kurze Strecken selbstständig mit dem Auto zurückzulegen (E.

4.8.2 und 4.8.3 ). Den Auswirkungen der auch von den behandelnden Ärzten diagnostizierten rezidivierenden

depressiven Störung kann gemäss Dr.

I.\_\_\_\_

mit einem erhöhten Pausenbedarf über den Tag

Rechnung getragen werden . Der Gutachter attestierte dafür aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (E. 4.8.3 und 4.8.4 hiervor). Der Gutachter begründete somit seine

Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit . Der Umstand allein , dass die behandelnden Ärzte der Psychiatrie Z.\_\_\_\_

die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit entgegengesetzt zu den Gutachten der A.\_\_\_\_ beurteilt en, kann nicht gegen den Beweiswert des Gutachtens angeführt werden (vgl. Urk. 1 S. 4 Ziff. 14). Die Gutachter hatten stattdessen

und unabhängig von der Beurteilung durch die behandelnden Ärzte unter anderem zu beurteilen, ob und inwieweit es der versicherten Person zumutbar ist, trotz ihrer Beschwerden eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. vorstehend E. 5.2). Die entsprechenden Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens sind vorliegend erfüllt.

Die Dauer der psychiatrischen Begutachtung von einer Stunde und zehn Minuten (vgl. Urk. 1 S. 5 Ziff. 17) ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kommt es

ohnehin nicht auf die Dauer der Untersuchung an. Massgebend ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.2). Dass sich der fallführende Gutachter verspätete (vgl. Urk. 1 S. 5 Ziff. 17) , schadet angesichts von Wiederholungen bei der Erhebung der Krankengeschichte und der beklagten Beschwerden durch die jeweiligen Gutachter

eben falls nicht.

Gemäss Gutachter Dr. J.\_\_\_\_ ergab die klinische orthopädische Untersuchung des Beschwerdeführers einen weitgehend blauen Befund (vorstehend E. 4.8.5) . Es ist daher nachvollziehbar, dass der Gutachter in Anbetracht der Befunde

entgegen dem Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 5 Ziff. 18) auf neue bildgebende Abklärungen verzichtete . Die Entscheidung über die erforderlichen (inklusive bildgebenden) Abklärungen fällt ohnehin in das Ermessen der Gutachter. Das Gutachten vermag insgesamt sowohl in Bezug auf die gestellten Diagnosen als auch die Beurteilung der medizinischen Situation zu überzeugen. Weiter leuchtet es auch hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

ein und es erlaubt die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens. Das Gutachten erfüllt daher die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (E. 5.1) . Da darauf abgestellt werden kann, erübrigen sich weitere medizinische Abklärungen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3 oben) .

### **E. 6.3**

Mit den Gutachtern der A.\_\_\_\_ vermag in Anbetracht der erwähnten Inkonsistenzen des Beschwerdeführers ( vgl. E. 4.8.7) nicht zu überzeugen , dass

in einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit gar keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr bestehen sollte . Gemäss den Ärzten

der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ bestünde selbst an einem geschützten Arbeitsplatz lediglich eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von

50 %

(E. 4.10).

Dr. F.\_\_\_\_ gab im Verlaufsbericht vom 18. März 2021 einerseits an, dass in einer angepassten Tätigkeit (ruhiges Umfeld, wohlwollender Arbeitgeber, genügend Pausen) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50

% besteht. Andererseits stellte er darauf ab, dass auf dem ersten Arbeitsmarkt keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr besteht (E. 4.5). Er äusserte sich somit

teils widersprüchlich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, was gegen den Beweiswert des Berichtes vom 18. März 2021 spricht. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen sodann in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 315 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte - beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgericht I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) -

mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1). Auf die Berichte der behandelnden Ärzte kann somit nicht ohne Weiteres abgestellt werden.

RAD-Arzt pract. med.

G.\_\_\_\_ hatte unter anderem die Frage zu beantworten, ob sich aus dem Verlaufsbericht der Ärzte der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ vom 2. September 2022 Hinweise für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der Begutachtung ergeben, was er verneinte (vorstehend E. 4.11). Auch wenn pract. med.

G.\_\_\_\_ über einen Facharztstitel für Arbeitsmedizin, und nicht für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, war ihm die Überprüfung einer gesundheitlichen Verschlechterung anhand der vorliegenden medizinischen Akten aufgrund seiner Erfahrung gleichwohl möglich. Der Kritik an der Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_ (Urk. 1 S. 4 Ziff. 13) kann daher nicht gefolgt werden.

#### **E. 6.4**

Die Gutachter der A.\_\_\_\_ nannten als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, ein chronisches lumbovertebrales

Schmerzsyndrom und chronische Kniebeschwerden links. Die psychiatrische Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wirkt sich gemäss Dr. I.\_\_\_\_ nicht zusätzlich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus (E. 4.8.3 und 4.8.7). Dr. I.\_\_\_\_

stellte zwar eine depressive Stimmung mit verminderter Freude, dem Verlust von Interessen und Schlafstörungen mit Ein- und Durchschlafschwierigkeiten fest. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis des Beschwerdeführers

waren während der psychiatrischen Untersuchung

jedoch nicht beeinträchtigt. Der Explorand blieb

sodann

bis zum Schluss der Untersuchung aufmerksam, obschon er über eine Vergesslichkeit klagte (E. 4.8.3 hiervor) .

Gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten der A.\_\_\_\_

erweisen sich die diagnoserelevanten Befunde als leicht bis höchstens mittelgradig ausgeprägt.

Nach den Angaben

der behandelnden Ärzte konnte

trotz einer teilstationären und einer stationären Behandlung des Beschwerdeführers in der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ keine Verbesserung des psychiatrischen Zustandsbildes erzielt werden (vorstehend E. 4.1 und 4.2). Die Gutachter der A.\_\_\_\_

kamen demgegenüber zur Einschätzung, dass sich der Beschwerdeführer nicht in einer adäquaten Behandlung befinde und mit der regelmässigen Einnahme und Kontrolle von Antidepressiva eine Verbesserung möglich wäre (E. 4.8.7). Betreffend die vom Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung angeführte Medikamentenunverträglichkeit (E. 4.8.2) ist den Berichten der behandelnden Ärzte der Psychiatrie Z.\_\_\_\_

nichts zu entnehmen. Angesichts der Vielzahl von Substanzen, die heute zur Behandlung von Depressionen zur Verfügung stehen, ist unter Verweis auf das leitliniengerechte Vorgehen mit dem psychiatrischen Gutachter der A.\_\_\_\_ von weiteren Behandlungsoptionen auszugehen (E. 4.8.3). Dass auch mit der Intensivierung der psychiatrischen Behandlung kaum erreicht werden könne, dass der Beschwerdeführer in absehbarer Zeit wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen werde, was auf den ersten Blick mit dem eben Ausgeführten in einem Widerspruch steht, begründete der psychiatrische Gutachter denn auch damit, dass sich der Beschwerdeführer selber auch für eine angepasste Tätigkeit als arbeitsunfähig erachte, mithin von seiner Behinderung überzeugt sei, was sich auf die Prognose ungünstig auswirke (Urk. 7/74/3-54 S.

31 f.).

Der Beschwerdeführer leidet an einem chronischen lumbovertrebralen Schmerzsyndrom und an chronischen Kniebeschwerden links. Daneben ist er zusätzlich

im Sinne einer Komorbidität durch eine rezidivierende depressive Störung in seiner Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die Kategorie «funktioneller Schweregrad» erweist sich gesamthaft als leicht bis mittelgradig ausgeprägt.

Der psychiatrische Gutachter konnte die Angaben der behandelnden Ärzte der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ nicht bestätigen, wonach der Beschwerdeführer nur über geringe persönliche Ressourcen verfügt (E. 4.2 und 4.5). Dr. I.\_\_\_\_ wies etwa auf eine gute Berufserfahrung des Beschwerdeführers hin, auch wenn sich diese auf die zuletzt ausgeübte körperlich schwere Arbeit bezieht.

Weiter verfügt der Beschwerdeführer noch über Kontakte zu einem Kollegen (vorstehend E. 4.8.3). Ein völliger sozialer Rückzug liegt daher nicht vor. Der Beschwerdeführer benützt ausserdem die öffentlichen Verkehrsmittel und kann kurze Strecken mit dem Auto

zurücklegen. Er geht spazieren und regelmässig einkaufen. Auch erledigt er die Arbeiten im Haushalt selber. Dies spricht dafür, dass ihm eine behinderungsangepasste Tätigkeit grundsätzlich möglich wäre, was dieser jedoch ablehnt. Nach Prüfung der Standardindikatoren kann dem Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht wie von den Gutachtern der A.\_\_\_\_ attestiert eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zugemutet werden.

Der medizinische Sachverhalt ist nach dem Gesagten als dahingehend erstellt zu erachten, dass in der bisherigen Tätigkeit als angelernter Gipser eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % besteht. Für eine behinderungsangepasste Tätigkeit besteht dagegen seit April 2020 eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80 %. RAD-Arzt Dr.

G.\_\_\_\_ gab als Belastungsprofil eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen für die Wirbelsäule an. Weiter bestünden ein leicht erhöhter Pausenbedarf und eine reduzierte Leistungsfähigkeit im Rahmen der depressiven Symptomatik (E. 4.8.7 und 4.9 hiervor).

### **E. 6.5**

Aus dem Bericht der Ärzte der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ vom 2. September 2022 kann nicht auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers geschlossen werden. Der darin wiedergegebene psychopathologische Befund unterscheidet sich nur geringfügig von jenem im Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 18. März 2021. Gemäss Dr. F.\_\_\_\_ hatte der Beschwerdeführer schon im März 2021 über ein Grübeln und eine Konzentrationsstörung berichtet und es bestanden Zukunfts- und Existenzängste (E. 4.5). Die Ärzte der Psychiatrie Z.\_\_\_\_

stellten im Bericht vom 2. September 2022

sodann trotz der Angabe

von nunmehr starken Zukunftsängsten

nicht die Diagnose einer Angststörung (E. 4.10). Es ist daher nicht von einer massgebenden gesundheitlichen Verschlechterung seit dem Gutachten der A.\_\_\_\_ vom 16. März 2022 auszugehen.

Stattdessen liegt mit dem Arztbericht vom 2.

September 2022 eine unterschiedliche Beurteilung desselben Sachverhaltes vor. 7.

Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Der Beschwerdeführer meldete sich am 2. April 2020 erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 7/36). Ein Rentenanspruch ist daher ab dem 1.

Oktober 2020 zu prüfen.

Die Beschwerdegegnerin verzichtete im angefochtenen Entscheid auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs. Der Beschwerdeführer war zuletzt als angelernter Gipser tätig. Die Kündigung per 31. Oktober 2015 erfolgte nicht aus gesundheitlichen Gründen (Urk. 7/14/6). Für die Bestimmung des Valideneinkommens ist daher anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) vom durchschnittlichen Lohn für Männer im Baugewerbe in einer einfachen Tätigkeit körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) auszugehen. Für das Jahr 2020 ergibt sich

gemäss Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level Ziff. 41-42 (Baugewerbe) ausgehend von m  
Kompetenzniveau 1

und bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 41.3 Stunden

im Baugewerbe im Jahr 2020

ein Jahreseinkommen von Fr. 71'007.-- (Fr. 5'731.-- x

## E. 7

Mit Verfügung vom 28. November 2016 (Urk. 7/24) lehnte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf IV-Leistungen ab. Dabei ging sie davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste, körperlich leichte oder mittelschwere Tätigkeit vollumfänglich zumutbar sei.

### 4. 4.1

Der Beschwerdeführer befand sich vom 6. Februar bis 11. März 2020 in der Psychiatrie Z.\_\_\_\_

in teilstationärer Behandlung (Urk. 7/34 S. 1 oben). Die Ärzte der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ stellten im Bericht vom 22. April 2020 (Urk. 7/34) folgende Diagnosen: mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und chronische rezidivierende Lumbalgien seit 2000 (S. 1). Der Patient habe es nicht geschafft, regelmässig in die Tagesklinik zu kommen. Die Behandlung sei im gegenseitigen Einverständnis vorzeitig beendet worden.

Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollte eine Arbeitsbelastung von zwei Stunden täglich möglich sein. Ob eine sukzessive Steigerung der Arbeitszeit möglich sei, könne aktuell nicht beurteilt werden (S. 2). 4.2

### Die Fachleute

der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ berichteten am 6. August 2020 (Urk. 7/39) über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers in der Klinik D.\_\_\_\_

der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ vom 16. bis 30. Juli 2020 (S. 1). Sie gaben an, aktuell bestehe eine depressive, abgeklärt wirkende Grundstimmung. Der Beschwerdeführer habe von Gedankenkreisen, Nervosität sowie von belastenden Lebensereignissen wie der Trennung von der Ehefrau und einem Suizidversuch des 22-jährigen Sohnes im Oktober 2019 berichtet. Die Schmerzsymptomatik bestehe seit einem Unfall im Jahr 2005 und werde mit Novalgin und Dafalgan behandelt (S. 1). Trotz Umstellung der Medikation habe sich bis zum Austritt aus der Klinik keine Verbesserung des Zustandsbildes ergeben. Der Patient verfüge über geringe Coping-Strategien und eine verminderte Reflexions- und Introspektionsfähigkeit. Es bestünden geringe therapeutische Einflussmöglichkeiten, da der Patient nicht in der Lage sei, sich therapeutisch mit der Thematik auseinanderzusetzen. Die Weiterführung der regelmässigen Therapie im Ambulatorium E.\_\_\_\_

werde dennoch empfohlen (S.

2 unten). 4.3

Die Ärzte der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ stellten im Verlaufsbericht vom 11. Dezember 2020 (Urk. 7/44) neu die Diagnose einer leichten

bis mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.0, S. 1). Zur Beurteilung gaben sie an, trotz einer tagesklinischen und einer stationären Behandlung sei eine Chronifizierung der psychischen Symptomatik zu beobachten mit einem leichten bis mittelschweren depressiven Syndrom und einer Schmerzstörung.

Zurzeit werde eine Arbeitsfähigkeit von 50

% im Rahmen eines Integrationsprogrammes geschätzt (S. 2). 4.4

Dr. B.\_\_\_\_ gab in einem ärztlichen Zeugnis vom 12. Dezember 2020 (Urk. 7/43) an, die lumbalen Schmerzen hätten seit dem Suizidversuch des jüngeren Sohnes des Beschwerdeführers im Herbst 2019 zugenommen, und es bestünden vermehrt Kopfschmerzen. Neue Bildgebungen oder rheumatologische Untersuchungen seien nicht erfolgt (S. 2). 4.5

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt Psychiatrie Z.\_\_\_\_, gab im Verlaufsbericht vom 18. März 2021 (Urk. 7/51/1-3) an, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär (S. 1 Ziff. 1.1). Die Hospitalisation in der Klinik D.\_\_\_\_ im Juli 2020 sei aufgrund von suizidalen Gedanken des Patienten erfolgt. Er sei ohne eine relevante Verbesserung des Zustandsbildes entlassen worden. Seit Sommer 2020 sei ein stagnierender Verlauf des psychischen Zustandes zu beobachten. Der Patient sei klagsam, unflexibel und eingeengt auf somatische Beschwerden. Er habe über lebensmüde Gedanken berichtet (S. 1 Ziff. 1.3). Der Beschwerdeführer sei ein gepflegter, modisch angezogener Mann. Er sei wach und zu allen Qualitäten orientiert. Mnestiche Störungen seien nicht feststellbar. Der Patient habe über ein Grübeln und eine Konzentrationsstörung berichtet. Im Kontakt sei er klagsam, und er habe mehrmals sein Leiden betont. Manchmal sei er weinerlich, und es bestünden Zukunfts- und Existenzängste. Der Antrieb sei soweit erhalten. Die Stimmung sei gereizt. Er habe über lebensmüde Gedanken berichtet, vor allem abends. Er pflege den Kontakt mit einigen Kollegen. Er leide an Ein- und Durchschlafstörungen (S. 2 Ziff. 1.3).

In einer angepassten Tätigkeit (ruhiges Umfeld, wohlwollender Arbeitgeber, genügend Pausen) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von zwei Stunden pro Tag. Die Leistungsfähigkeit sei um 50 % reduziert (S. 2 Ziff. 2.1).

Es lägen eine chronifizierte Schmerzstörung und eine depressive Störung vor. Der Patient verfüge über wenige Ressourcen und sei nicht psychotherapiefähig. Eine weitere Verbesserung des psychischen Zustandes durch die Behandlung im Ambulatorium der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ sei nicht zu erwarten. Der Patient sei auf dem ersten Arbeitsmarkt aufgrund einer Dekonditionierung nicht arbeitsfähig. Aus psychiatrischer Sicht könne die Teilnahme an einem Eingliederungsprogramm die Durchhaltefähigkeit und die Belastbarkeit verbessern mit der Wiedererlangung einer Teilarbeitsfähigkeit. Der Patient fühle sich zurzeit aber nicht in der Lage, eine Integrationsmassnahme zu besuchen (S. 2 Ziff. 3.3). 4.6

Dr. B.\_\_\_\_ gab im Bericht vom 8. Juni 2021 (Urk. 7/60/2-5) an, die Arbeitsunfähigkeit werde durch das psychische Leiden ausgelöst. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit habe daher durch das Ambulatorium der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ zu erfolgen (Ziff.

2.7 -2.8). 4.7

Pract. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, RAD, führte in der Stellungnahme vom 29. Juni 2021 (Urk. 7/75 S. 6 f.) aus, die von psychiatrischer Seite behandelnden Ärzte

gingen davon aus, dass der Beschwerdeführer an beruflichen Massnahmen teilnehmen könne (Belastbarkeit gegeben) . Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Motivation des Beschwerdeführers werde jedoch als gering eingeschätzt. Die Teilnahme an einem Eingliederungsprogramm könne die Belastbarkeit verbessern , und es könne eine Teilarbeitsfähigkeit erreicht werden (S. 6 unten). Aus versicherungsmedizinischer Sicht werde bei unklarem gesundheitlichem Zustand und nicht nachvollziehbarer Arbeitsunfähigkeit zumindest in einer körperlich angepassten Tätigkeit die Einholung eines Gutachtens empfohlen (S. 7 oben). 4.

## **E. 8**

.7

Die Gutachter führten zur interdisziplinären Beurteilung (S. 4 -12) aus , bei den Untersuchungen seien verschiedene Inkonsistenzen festgestellt worden. Die angegebenen Beschwerden und Einschränkungen könnten mit den somatisch objektivierbaren Befunden nicht ausreichend erklärt werden. Die subjektiv hoch gradige Arbeitsunfähigkeit sei mit den vom Exploranden angegebenen Alltagsaktivitäten und seinem Verhalten während der Untersuchungen nicht vollständig plausibel erklärbar (S. 8 Ziff. 4.2). Aus psychiatrischer Sicht sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode , und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert worden. Der Explorand ermüde durch die depressive Symptomatik rascher und sei in seiner Leistungsfähigkeit für alle Tätigkeiten etwas eingeschränkt. Die Schmerzstörung erkläre die subjektiven Beschwerden, welche bei den somatischen Untersuchungen nicht hinreichend objektiviert werden könnten. Eine Arbeitsunfähigkeit werde dadurch aber nicht ausgelöst (S. 9 Ziff. 4.3 lit . a oben). Aus orthopädischer Sicht seien körperlich schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Bei körperlich angepassten Tätigkeiten

sollten gegenüber den Alltagsaktivitäten keine zunehmenden Beschwerden auftreten . Aus orthopädischer Sicht bestehe für solche Tätigkeiten keine Leistungseinschränkung (S. 9 Ziff. 4.3

lit . a) .

Die Gutachter nannten als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9 Ziff. 4.3 lit . b): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.10) - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - chronische Kniebeschwerden links

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41, S. 9 Ziff. 4.3 lit . c). Belastungsfaktoren ergäben sich aus der Lebensgeschichte und der psychosozialen Situation. Der Explorand habe keine berufliche Ausbildung absolviert und sei für die frühere Tätigkeit arbeitsunfähig geworden. Des Weiteren habe sich die Ehefrau von ihm getrennt, die Kinder hätten den Kontakt abgebrochen und er sei auf Unterstützung durch die Sozialhilfe angewiesen. Es bestünden aber auch Ressourcen für die weitere berufliche Tätigkeit . Er habe als angelernter Arbeiter regelmässig gearbeitet. Weiter bestünden ein einigermaßen geregelter Tagesablauf und der Beschwerdeführer führe seinen Haushalt selbständig. Schliesslich habe er noch wenige soziale Kontakte (S. 9 f. Ziff. 4.4).

Die Arbeitsunfähigkeit für die frühere Tätigkeit auf dem Bau sei durch die ortho pädischen Befunde am Bewegungsapparat begründet. Die Leistungseinschränkung für körperlich angepasste Tätigkeiten sei durch die psychiatrischen Befunde begründet. Aus somatischer Sicht bestehe für angepasste Tätigkeiten keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (S. 10 Ziff. 4.5). Für die bisherige Tätigkeit beziehungsweise für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei schwierig festzulegen. Der Explorand habe schon länger nicht mehr gearbeitet. Die lumbalen degenerativen Veränderungen seien erstmals 2013 beschrieben worden (S.

#### **E. 10**

Ziff. 4.6). Angepasst seien körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne wiederholte Zwangshaltungen der Wirbelsäule und ständige sitzende Ver richtungen. In einer solchen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % beziehungsweise eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit sei seit dem Zeitpunkt der letzten IV-Anmeldung im April 2020 anzunehmen (S. 10 Ziff. 4.7).

Die Gutachter gaben auf die Frage nach einer Veränderung des Gesundheitsscha dens im Vergleich zu 2016 an, die Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätig keit habe bereits 2016 bestanden. Seit 2020 sei die Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten durch das psychische Leiden eingeschränkt (S. 11 Ziff. 4.9.2). Aus psychiatrischer Sicht sei die Behandlung nicht adäquat. Eine Verbesserung durch die regelmässige Einnahme und Kontrolle der Antidepressiva sei möglich. Mit einer Intensivierung der psychiatrischen Behandlung sei aber keine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 11 Ziff. 4.9.3 -4 ). 4.9

RAD-Arzt pract . med. G.\_\_\_\_ nahm am 25. März 2022 (Urk. 7/75 S. 7 f.) Stel lung zum Gutachten der A.\_\_\_\_ vom 16. März 2022. Er gab an, g emäss Gutach ten bestünden als Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Epi sode, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom und Kniebeschwerden links. Als Diagnose ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (S.

7 Mitte). In Bezug auf die bisherige Tätigkeit als angelernter Gipser seien körper lich schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Aufgrund der psychischen Erkrankung sei von eine r erhöhte n Ermüdung und eine r leicht verminderte n Leistungsfähigkeit auszugehen. Als Belastungsprofil seien körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten möglich, ohne wiederholte Zwangshaltungen für die Wirbelsäule. Weiter bestünden ein leicht erhöhter Pau senbedarf und eine etwas reduzierte Einschränkung der Leistung im Rahmen der depressiven Symptomatik (S. 7 unten).

In der bisherigen Tätigkeit als angelernter Gipser bestehe retrospektiv mindestens seit Anfang 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. In einer angepassten Tätig keit gemäss Belastungsprofil bestehe retrospektiv seit April 2020 eine Arbeitsun fähigkeit von 20 % . Eine Intensivierung der fachpsychiatrischen Behandlung mit regelmässige r Einnahme und Kontrolle der psychopharmakologischen Medika tion (Antidepressiva) könne zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers führen und diene dem Erhalt der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit.

Bei den gutachterlichen Untersuchungen seien verschiedene Inkonsistenzen festgestellt worden. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden und Einschränkungen könnten mit den somatischen objektivierbaren Befunden nicht ausreichend erklärt werden. Die subjektiv hochgradige Arbeitsunfähigkeit sei mit den angegebenen Alltagsaktivitäten und dem Verhalten des Beschwerdeführers während der Untersuchungen ebenfalls nicht vollständig und plausibel erklärbar. Es bestehe eine ausgeprägte, subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung (S. 8 oben). 4.10

Die Ärzte der Psychiatrie Z.\_\_\_\_

führten in einem weiteren Verlaufsbericht vom 2. September 2022 (Urk. 7/82 /1-2 ) an, die Konsultationen erfolgten monatlich. Bei einer Krise oder wenn es dem Beschwerdeführer nicht so gut gehe, erhalte er wöchentlich einen Termin für eine Krisenintervention. Seit Frühling 2022 benötige er regelmässig und oft Termine für eine Krisenintervention.

Die Ärzte nannten als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41 ). Zum psychopathologischen Befund wurde ausgeführt, es handle sich um einen gepflegten, altersentsprechend und elegant gekleideten Mann. Er sei wach und zu allen Qualitäten orientiert. Mnestiche Störungen seien nicht feststellbar. Der Beschwerdeführer habe über ein starkes Grübeln und eine vermehrte Vergesslichkeit berichtet . Formalgedank lich sei er leicht verlangsamt und es seien starke Zukunftsängste vorhanden . Trotz Medikation bestünden Ein- und Durchschlafstörungen (S. 1 f.).

Es handle sich um eine chronifizierte depressive Störung. Seit dem Bericht vom 18. März 2022 (richtig wohl: 2021) habe sich der Befund leider weiter verschlechtert. Der Patient verfüge über wenige Ressourcen , und er sei bei einem vorwiegend somatischen Krankheitsverständnis wenig psychotherapiefähig. Er sei aufgrund der depressiven Symptomatik und einer Dekonditionierung auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr arbeitsfähig. Aus psychiatrischer Sicht wäre die Teilnahme an einem Eingliederungsprogramm wünschenswert. Die psychische Verfassung des Beschwerdeführers lasse dies aber absehbar nicht zu. Für einen rein geschützten Rahmen werde er maximal zu 50 % arbeitsfähig geschätzt. Die Eingliederungsfähigkeit solle in ein bis zwei Jahren erneut geprüft werden (S. 2). 4.11

Pract . med. G.\_\_\_\_ gab in einer weiteren Stellungnahme vom 3. Oktober 2022 (Urk. 7/87 S. 3 f.) an, im Arztbericht vom 2. September 2022 werde eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Vergleich zu 2021 postuliert. Eine solche sei aufgrund der Berichterstattung nicht nachvollziehbar. Im Bericht der Ärzte der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ werde ein gepflegter, altersentsprechend elegant gekleideter und voll orientierter Mann beschrieben , ohne mnestiche Störung, somit ohne Störung des Denkens, der Auffassung und der Aufmerksamkeit. Die Beschreibung entspreche letztlich nicht der Diagnose einer schweren depressiven Episode. Im Vergleich zum psychopathologischen Befund von 2021 ergebe sich aus dem aktuellen Befund keine Veränderung. Auf die im Rahmen des Gutachtens aufgedeckten Inkonsistenzen und die Tatsache, dass der Beschwerdeführer seine Medikation nicht mehr einnehme, werde im Bericht vom 2. September 2022 nicht weiter eingegangen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei

damit keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung ausgewiesen. Die aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Bericht vom 2. September 2022 sei als eine andere Beurteilung eines medizinisch unveränderten Sachverhaltes einzuschätzen (S. 3 unten). 5.

## **E. 12**

: 40 x 41.7 x 0.8). Vergleicht man das Valideneinkommen von Fr. 71'007.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 52'652.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 18'355.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 26% entspricht. Bei einem Invaliditätsgrad von deutlich unter 40% besteht kein Rentenanspruch.

Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch in der Verfügung vom 16.

Februar 2023 zu Recht verneint. Der angefochtene Entscheid erweist sich nach dem Gesagten als rechtens. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 8.

### **8.1**

Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und zur Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung gemäss § 16 Abs. 1 und Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind erfüllt. 8.2

Da es 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). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind sie jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 8.3

Nachdem die unentgeltliche Rechtsvertreterin trotz Aufforderung (vgl. Urk. 9) keine Honorarnote eingereicht hat, ist ihr Aufwand nach Ermessen festzulegen. Sie ist bei Anwendung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 8.4

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 20. März 2023 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwältin Yolanda Scheri, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und es wird ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt,

und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Yolanda Scheri, Zürich, wird mit Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16

Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri -  
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 Bundesge-  
setzes 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, zuzu-  
stellen.

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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber  
Grieder-MartensBrugger

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