

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00085 vom 12. Juli 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-07-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00085

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00085 du 12 juillet 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00085 del 12 luglio 2024

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1977, ist Vater von zwei Kindern (geboren 2005 und 2011, Urk. 7/13 Ziff. 3). Zuletzt arbeitete

er als Betreuer für die Z.____ (Urk. 7/22 S. 3 Ziff. 2.1, Urk. 7/72 S. 15 Mitte). Der Versicherte meldete sich am 23. Juli 2021 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/13). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte einen Arztbericht (Urk. 7/22) und einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK, Urk. 7/21) ein. Mit Vorbescheid vom 4. Februar 2022 (Urk. 7/31) stellte sie die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht. Der Versicherte brachte dagegen Einwände (Urk.

7/32) vor. Mit Verfügung vom 16. März 2022 (Urk. 7/33) verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Am 18. März 2022 hob die IV-Stelle die Verfügung vom 16. März 2022 wiedererwägungsweise auf (Urk. 7/37). Der Versicherte erhob am 23. März 2022 (Urk. 7/40) weitere Einwände gegen den Vorbescheid vom 4. Februar 2022. Der IV-Stelle wurde zudem ein Bericht (Urk. 7/41) über eine verhaltensneurologisch -neuropsychologische Untersuchung des Versicherten zugestellt.

Dr. med. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 13. Juni 2023 (Urk. 7/72) ein psychiatrisches Gutachten. Am 7.

August 2023 (Urk. 7/82) beantwortete sie Rückfragen zum Gutachten. Der Versicherte nahm am 13. November 2023 (Urk. 7/86) Stellung zu den erfolgten Abklärungen.

Mit Verfügung vom 5. Januar 2024 (Urk. 7/89 = Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch.

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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt

geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im Juli 2021 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Januar 2022 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die seit 1. Januar 2022 geltende Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wieder gegeben, zitiert und angewendet wird.

E. 1.2

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

E. 1.3

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Abs. 4):

Invaliditätsgrad	prozentualer Anteil
49 Prozent	47.5 Prozent
48 Prozent	45 Prozent
47 Prozent	42.5 Prozent
46 Prozent	40 Prozent
45 Prozent	37.5 Prozent
44 Prozent	35 Prozent
43 Prozent	32.5 Prozent
42 Prozent	30 Prozent
41 Prozent	27.5 Prozent
40 Prozent	25 Prozent

E. 2

Februar 2024 Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. Januar 2024 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen. Eventuell sei die Sache an die IV-Stelle zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 11. März 2024 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 15. März 2024 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 5 oben) gewähr

t und eine Kopie der Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 8 Dispositiv Ziff. 1-2). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Stellvertretender Chefarzt, C.____, habe

aufgrund der einmaligen Konsultation des Beschwerdeführers

im November 2020 keine Diagnose und keine Einschränkungen des Gesundheitszustandes feststellen können (S. 1). In der Folge sei eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. A.____ durchgeführt worden. Aufgrund des aggravierenden Verhaltens des Beschwerdeführers sei

der Gutachterin eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit trotz der gestellten Diagnosen nicht möglich gewesen. Ausserdem habe er eine angewiesene Laboruntersuchung

nicht durchführen wollen. Eine im Januar 2022 durchgeführte neuropsychologische Untersuchung habe keine Hinweise auf kognitive Teilleistungsschwächen ergeben (S. 2 oben). Eine erneute neuropsychologische Untersuchung, um isoliert das Aggravationsverhalten des Beschwerdeführers zu testen, mache wenig Sinn. Aggravation könne situativ angepasst werden und die

Untersuchung könne die in der psychiatrischen Begutachtung vorgetragene Aggravation weder bestätigen noch widerlegen. Für eine weitere neuropsychologische Untersuchung bestehe daher kein Grund (S. 2 unten).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte vor, sämtliche psychischen Erkrankungen seien einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen. Die funktionellen Folgen sämtlicher psychischer Befunde seien gesamthaft zu beurteilen (Urk. 1 S. 4 Ziff. 2). Die Behandelbarkeit einer psychischen Störung sage für sich allein betrachtet nichts über deren invalidisierenden Charakter aus. Entscheidend sei, ob und inwiefern dem Beschwerdeführer trotz seines Leidens die Verwertbarkeit seiner Restarbeitsfähigkeit auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und ob dies auch für die Gesellschaft tragbar sei (S. 4 Ziff. 3). Dr. A.____ habe im Gutachten vom 13. Juni 2023 eine wahnhaftige Störung und eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert und einen Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS) gestellt. Die Gutachterin habe nach der Rückfrage des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) eine leitliniengerechte Behandlung aufgrund der wahnhaften Störung als unzumutbar erachtet. Gemäss der Gutachterin könne sodann kaum noch von Fähigkeiten und Ressourcen ausgegangen werden (S. 4 f. Ziff. 4).

Aufgrund der von Dr. A.____ gestellten Diagnosen und der Unzumutbarkeit einer leitliniengerechten Behandlung müsse davon ausgegangen werden, dass schwerwiegende Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden. Eine komplette Abweisung über den gesamten Zeitraum seit der IV-Anmeldung des Beschwerdeführers gestützt auf die von Dr. A.____ angenommene Aggravation sei nicht korrekt. Demgegenüber müsse ihm eine ganze Rente zugesprochen werden. Dr. A.____ habe die Aggravation damit begründet, dass die festgestellte Ratio nach der Self-Report-Symptom-Inventary (SRSI)-Testung von 0.294

statistisch gesehen einem Aggravationsverhalten entspreche. Dabei liege Aggravation vor, sobald sich der Wert oberhalb des Grenzwertes von 0.288 befinde. Gemäss Dr. A.____ handle es sich hierbei um eine psychiatrische Testung, die einer neuropsychologischen Testung unterliege. Bei einer neuro psychologischen Testung auf ein Aggravationsverhalten würden in der Regel verschiedene und mehrere Testverfahren angewendet. Eine solche sei aber nicht in Auftrag gegeben worden. Die Testung hätte im Rahmen der Begutachtung vorgenommen werden sollen (S. 5 Ziff. 5-6).

Es habe bereits eine neuropsychologische Untersuchung stattgefunden. Dabei sei auch eine limitierte Arbeitsfähigkeit festgestellt worden. Die Beschwerdegegnerin habe aufgrund der Aussagen des Beschwerdeführers auf die im Bericht zur neuropsychologischen Untersuchung empfohlenen Massnahmen verzichtet. Weiter habe sie auf ein offizielles Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 43 Abs. 3 ATSG verzichtet, bei dem der Beschwerdeführer auf die möglichen Konsequenzen hingewiesen worden wäre (S. 6 Ziff. 8).

E. 2.3

Streitig ist, ob ein Rentenanspruch besteht. Zunächst ist zu prüfen, ob auf die vorliegenden medizinischen Akten abgestellt werden kann oder ob weitere medizinische Abklärungen erforderlich sind.

E. 3.1

Dr. B.____

attestiert in einem Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 29. März 2021 (Urk. 7/11) für die Zeit vom 5. November 2020 bis 31. März 2021 wegen Krankheit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

E. 3.2

Dr. B.____ gab im Bericht vom 15. Dezember 2021 (Urk. 7/22) an, vom 15. bis 17. Mai 2019 sei eine Behandlung durch das Home-Treatment der D.____ erfolgt. Der Beschwerdeführer sei zu verschiedenen externen Ärzten und Institutionen geschickt worden. Unklar sei, ob er dort eingetreten sei (S. 2 Ziff. 1.4). Zur Vorgeschichte wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei vom mobilen Krisenteam und im November 2020 einmal vom Referenten sowie öfters von der Pflegeexpertin E.____ gesehen worden. Dies, nachdem er im Mai 2019 kurze Zeit im Home - Treatment der D.____ behandelt worden sei. Damals seien eine Anpassungsstörung und eine depressive Entwicklung beschrieben worden. In der Psychiatrischen Poliklinik habe sich ein komplexes Bild mit unscharfer Symptomatik und verschiedenen Symptomen gezeigt. So habe er stark auf Aussenreize und mit Gedankenblockaden und einer Grübelneigung reagiert. Weiter habe ein schnelles Reagieren mit aggressiven Zügen, aber auch mit einer Blockade des Gedankenganges und verschiedenen anderen kognitiven Auffälligkeiten bestanden (S. 2 Ziff. 2 . 1).

Anamnestisch habe der Beschwerdeführer im Alter von 16 bis 26 Jahren zahlreiche Drogen konsumiert, vor allem LSD, Kokain, Cannabis. Er habe bei der Security und als Sargbauer gearbeitet. 2018 habe er als Betreuer bei der Z.____ angefangen. Dort sei er erstmalig mit gewaltfreier Kommunikation konfrontiert worden. Dies habe bei ihm zu einer Dekompensation geführt. Er habe sich früher nie mit sich und seiner Psyche auseinandergesetzt. Mehre Abklärungen seien «im Sande verlaufen». Er möchte dies «repariert» haben. Nach einer ersten Ehe lebe er mit einer neuen Partnerin zusammen. Seit

2018 sei er nicht mehr arbeitstätig und habe viele Schulden (S. 3 Ziff. 2.1).

Hinsichtlich der objektiven Befunde sei der Beschwerdeführer wach, bewusst seines klar und zu allen Qualitäten soweit orientiert. Er sei schon im ersten Kontakt zurückhaltend und wirke belastet und hilflos. Das Gedächtnis und die Merkfähigkeit seien nicht geprüft worden. Im normalen Gedankengang sei er gehemmt, verlangsamt, zeitweise umständlich und etwas eingengt. Die mnestischen Funktionen seien allenfalls reduziert. Der Beschwerdeführer habe von einer hohen Aufnahme von Aussenreizen berichtet, die ihn zum Grübeln und Nachdenken bringen und ihn in Gedankenschleifen festhalten würde n , aus welchen er kaum herauskomme. Insoweit bestünden keine innerlichen Denkstörungen und kein psychotisches Erleben. Im Affekt sei er sehr niedergestimmt, ratlos und auch ängstlich bezüglich der Umwelt. Gleichzeitig könne er aber auch aggressiv werden, wenn er draussen zu viele Reize erlebe. Schlafstörungen seien nicht bekannt und aktuell auch nicht erfragt worden. Es bestehe ein starkes Krankheitsgefühl, aber nur wenig Antrieb für eine Behandlung oder eine Therapie. Vor Jahren sei ein Suizidversuch erfolgt (S. 3 Ziff. 2.4). Diagnostisch fänden sich Hinweise für depressive Symptome und auch für eine dissoziative Störung beziehungsweise eine Konversionsstörung (ICD-10 D44.8). Als Differentialdiagnose nannte Dr. B.____ eine Persönlichkeit mit emotional instabilen Zügen (S. 3 Ziff. 2.5).

Die Arbeitsfähigkeit lasse sich aktuell aus der Distanz und nach einem einmaligen Kontakt nicht beurteilen. Im Verlauf zeige sich jedoch eine auffallende Schwierigkeit, sich abklären zu lassen bei schwierigen Familienverhältnissen (S.

E. 3.3

MS c

F.____ , Assistentin Neuropsychologie, und Dr. med. G.____ , Verhaltensneurologin, berichteten am 18. Januar 2022 (Urk. 7/41) über die verhaltensneurologisch-neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers vom gleichen Tag. Sie gaben an, der Beschwerdeführer habe nach seinen Angaben Mühe, sich in andere Menschen hineinzusetzen. Seine Emotionalität sei abgeflacht. Schon in der Schule habe er soziale Beziehungen und Klassenverbände nicht verstehen können. Laut seinen Aussagen habe er Teile einer Borderline -Persönlichkeit. Er sei sehr impulsiv und habe enorm Mühe mit zwischen menschlichen/emotionalen Dingen. Weiter habe er ein ewiges Gedankenkreisen und sei deshalb schnell reizbar. Der Geduldsfaden sei kurz und eine Verletzung anderer Menschen wäre ihm egal. Zum Schutz seines Umfeldes sowie sich selbst möchte er deshalb nicht mit Menschen zusammenarbeiten. Im Jahr 2018 sei er von einem Tag auf den Anderen psychisch «zusammengebrochen». Seither sei es ihm nicht mehr möglich zu arbeiten (S. 3 oben). Ein stationärer Aufenthalt sei nicht erfolgt. Es sei zu Betreuungen zu Hause gekommen. Diese habe er jedoch alle abgebrochen, da er nicht davon profitiert habe. Aufgrund der ständigen Gedanken und der leichten Reizüberflutung sei er immer müde und könne nicht gut einschlafen. Er fühle sich nie ausgeruht oder fit und sei schnell erschöpft. Zudem habe er Nacken- und Rückenschmerzen und nehme gelegentlich Schmerzmedikamente ein. Dies seien die einzigen Medikamente, die er einnehmen wolle. Suizidale Gedanken seien immer vorhanden. Es sei jedoch in letzter Zeit zu keinem Suizidversuch gekommen (S. 3 Mitte). Die Eltern seien distanziert. Die Schwester habe eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (S. 3 unten).

Der Beschwerdeführer habe sich bei der Untersuchung dysphorisch sowie angespannt, müde und erschöpft, im Sozialkontakt aversiver, den Blickkontakt durchgehend meidend, im Affekt stark abgeflacht und nicht schwingungsfähig oder aktivierbar präsentiert mit gutem Durchhaltevermögen, jedoch spürbarer Ermüdbarkeit. Es zeige sich ein Verhaltenssyndrom mit erhöhter Ermüdbarkeit und Erschöpfung. Testdiagnostisch hätten sich lediglich verbal-mnestische Einschränkungen im Sinne einer mittelgradigen Einschränkung der Merkspanne, des Lernmasses und der Interferenzanfälligkeit (proaktive Interferenz) sowie einer schwer eingeschränkten Gesamtlernleistung ergeben. Die Leistungen in den übrigen geprüften kognitiven Bereichen seien erfreulicherweise durchschnittlich ausgefallen (S. 1 Mitte).

MSc

F. ___ und Dr. G. ___ stellten aus neurokognitiver Sicht folgende Diagnosen (S. 2 oben): - Verdacht auf frühkindlich erworbene cerebrale Entwicklungsstörung (ICD-10 F07.8 (Ätiologie: Fieberkrämpfe) mit Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung mit heutigen Aspekten einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) und einer Impulskontrollstörung (mit assoziiertem Substanzmissbrauch) - Aggravation durch zusätzliche entwicklungspsychologisch relevante Faktoren (emotionale Vernachlässigung) - Aggravation durch affektpathologische Komponente, Differentialdiagnosen: Akzentuierung durch jahrelangen Drogenkonsum, Persönlichkeitsakzentuierung - keine Hinweise auf relevante strukturelle Auffälligkeiten durch jahrelangen Substanzabusus gemäss Kernspintomographie (MRI) des Schädels

(März 2021)

Hinweise auf kognitive Teilleistungsschwächen fanden sich klinisch-phänomenologisch sowie testdiagnostisch nicht. Die isolierten verbal-mnestischen Einschränkungen seien am ehesten an die affektpathologische Symptomatik assoziiert (mit verminderter Belastbarkeit und Erschöpfung). Ein strukturelles Korrelat oder eine Läsion seien mittels MRI des Schädels ausgeschlossen worden (S. 2 oben).

In Absprache mit dem Patienten und seiner Lebenspartnerin stehe eine fach psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund, insbesondere zum Erlernen von Verhaltensstrategien im Umgang mit der ASS-Symptomatik sowie zu Stimulierungszwecken und einer Alltagsstrukturierung. Aufgrund der Erschöpfungszustände seien allenfalls ein unterstützendes Home-Treatment und/oder die Installation einer psychiatrischen Spitex zu empfehlen. Aus rein neurokognitiver Sicht dürfte n sich vor allem die eingeschränkte Belastbarkeit sowie das Verhaltenssyndrom limitierend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Hinsichtlich der genauen Prüfung der Belastbarkeit in der angestammten beruflichen Tätigkeit wäre allenfalls die Durchführung eines IV-gestützten Anforderungs- und Belastbarkeitstrainings sinnvoll. Eine künftige Arbeitsstelle sollte an die beschriebenen Einschränkungen angepasst sein. Im Hinblick auf die Zumutbarkeit beruflicher Massnahmen sei eine ergänzende Stellungnahme aus fachpsychiatrischer/psychotherapeutischer Sicht notwendig (S. 2 Mitte). Eine psychotherapeutische Behandlung ausser Haus sei dem Beschwerdeführer nach seinen Angaben nicht möglich, da dies zur Erschöpfung führe (S. 4 oben). 3.

E. 3.5

3.5.1

Dr. A.____ erstattete am 13. Juni 2023 (Urk. 7/72) im Auftrag der Beschwerdeführerin ein psychiatrisches Gutachten. Die Untersuchung des Beschwerdeführers erfolgte am 25. April 2023 (S. 2 unten), nachdem ein erster Untersuchungstermin vom 29. Dezember 2022 vom Beschwerdeführer abgesagt worden war (Urk. 7/59, Urk. 7/61 unten). Dr. A.____ führte aus, die letzte berufliche Tätigkeit sei 2018 gewesen (S. 3 Ziff. 1.2 oben). Zu den medizinischen Beichten wurde ausgeführt, eine psychiatrische oder psychologische Behandlung bestehe trotz Aufforderung nicht. Der Beschwerdeführer selber habe angegeben, dass er eine Therapie nur mit einem Fahrdienst oder bei sich zu Hause durchführen könne. Allerdings habe er auch das Home-Treatment abgebrochen, da er nicht davon profitieren könne (S. 4 oben).

Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass es ihm nicht gut gehe. Dies sei täglich so. Er habe viele Gedanken, was sehr schnell zur Erschöpfung führe. Je mehr «in seinem Kopf sei», desto mehr habe er Nackenverspannungen, was auch zu Kopfschmerzen führe. Er halte sich deshalb aus allem raus und achte darauf, möglichst wenig Inputs zu bekommen (S. 8 Ziff. 3.1). Die Beschwerden bestünden seit zirka vier Jahren, als er seinen «Zusammenbruch» gehabt habe. Davor sei er normal zur Arbeit gegangen, bis zu dem Moment, als nichts mehr gegangen sei (S. 8 Ziff. 3.2). Er sei damals kopflos in der Wohnung herumgelaufen und sei bleich und verschwitzt gewesen. Eine Abklärung in Form einer Computertomographie (CT) und eines MRI ein bis zwei Tage später sei ohne Befund geblieben. Nach drei Monaten habe er die damalige Arbeitsstelle selber gekündigt, da ihm der Druck zu gross geworden sei (S. 9 oben).

Der Schlaf sei schlecht. Er benötige ein bis zwei Stunden zum Einschlafen und erwache nachts drei - bis viermal. Er habe das Gefühl, dass er die ganze Nacht wach sei und der Schlaf nicht erholsam sei, egal ob er 6 oder 14 Stunden schlaf e (S. 9 Mitte). Stress im Kopf bedeute für ihn zu viele Gedanken, die er nicht kontrollieren könne (S. 9 unten). Weiter habe er täglich passive Todeswünsche und auch aktive Suizidgedanken. Aufgrund seiner Kinder könne er sich aber nichts antun. Seine Suizidmethode wäre, sich ins Bett zu legen, nichts mehr zu essen oder zu trinken und einfach abzuwarten (S. 10 oben). Nach dem «Zusammenbruch» sei er ein- bis zweimal von einem Psychiater und einmal von einer Psychologin gesehen worden. Dies habe hinsichtlich des Kontaktes überhaupt nicht funktioniert. Ein weiterer Psychiater habe ihm ein Home-Treatment verordnet. Diese Behandlung habe er nach zwei Wochen abgebrochen. Er wolle nicht, dass jemand an sieben Tagen in der Woche bei ihm vorbeikomme. Dies sei ihm viel zu viel gewesen (S. 12 oben).

Aktuell finde keine psychiatrische Behandlung statt. Er habe keinen Psychiater gefunden, der zu ihm nach Hause kommen würde. Psychiater seien sowieso alles Lügner und Betrüger und würden auf der Gehaltsliste der Pharmabranche stehen (S. 12 Mitte). Der Beschwerdeführer verwende vor allem den dysfunktionalen Bewältigungsmechanismus der Vermeidung (S. 13 unten). Mit 16/17 habe er begonnen, Drogen zu konsumieren, meistens LSD oder XTC und eigentlich alles, was er bekommen habe, ausser Heroin. Er habe aber sofort damit aufhören können, ohne Entzugssymptome (S.

14 Mitte). Anschliessend an die Grund- und Sekundarschule habe er eine Lehre zum Metallbauschlosser abgeschlossen. Danach habe er verschiedene Berufe ausgeübt, wie Spedition, Chauffeur und Sicherheitsdienst. Zuletzt habe er als Betreuer bei der Z.____ gearbeitet (S. 15 Mitte). Er fühle sich aus psychischen Gründen zu 0 % arbeitsfähig. Sobald er nach draussen gehe, werde er von Inputs überflutet. Körperlich könne er aufgrund seiner

Rückenprobleme nicht mehr schwer heben (S. 16 oben).

Der Beschwerdeführer stehe um 6.45 Uhr auf und mache seinen Sohn parat für die Schule. Um 7.45 Uhr gehe er wieder ins Bett. Dort bleibe er bis 12 oder 13 Uhr. Danach spiele er Computerspiele. Die Kopfhörer seien dafür da, um keine Inputs von aussen zu bekommen. Dies tue er bis zum Abendessen. Danach setze er sich wieder an den PC. Er spiele sehr komplexe, schwierige Single-Player-Spiele. Zwischen 0 und 1 Uhr gehe ins Bett. Er schlafe meist um drei Uhr morgens ein (S. 17 oben). Den Haushalt mache seine Partnerin, da sie keine Geduld habe, bis er es erledige (S. 17 Mitte). 3. 5. 2

Zum erhobenen Befund wurde angegeben, der Beschwerdeführer sei mit dem Fahrdienst zur Untersuchung angereist. Blickkontakt sei ihm nicht möglich. Er habe sich während der gesamten Exploration kooperativ verhalten und sei bemüht gewesen, Auskunft zu seinen Problemen zu geben. Der Gutachterin gegenüber sei er freundlich geblieben. Sonst wolle er mit einem Arzt aber nichts mehr zu tun haben (S. 19 Ziff. 4.1). Konzentrationsstörungen seien während der Exploration und der Testung nicht objektivierbar (S. 20 oben). Ängste und Panikattacken würden ebenso wie Ich-Störungen und Sinnesstörungen verneint (S. 20 unten).

Dem Beschwerdeführer sei eine Laborzuweisung für den Hausarzt ausgehändigt worden, da eine Blutentnahme in der psychiatrischen Praxis nicht möglich gewesen sei. Er habe angegeben, dass er nicht zum Hausarzt gehen werde. Er wolle nichts von der Invalidenversicherung. Er sei nur da, da ihm das Sozialamt ansonsten 15 % (der Zahlungen) streichen würde und wegen seiner Partnerin (S.

21 oben). Nach der SRSI-Beschwerdevalidierung

liege die Ratio mit 0,294 oberhalb des empirischen Grenzwertes von 0,288. Nach der Testung sei von einem Aggravationsverhalten auszugehen. Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) entspreche einer mittelgradigen Depression. Dies sei aufgrund des vermutlichen Aggravationsverhalten jedoch nicht aussagekräftig (S. 21 unten).

E. 3.5.3

Der Beschwerdeführer schildere gleichmässige Einschränkungen in vergleichbaren Lebensbereichen. Es würden keine Therapien durchgeführt. Nach seinen Angaben würde er einen Psychiater nur akzeptieren, wenn dieser zu ihm nach Hause komme.

Psychopharmaka werde er nicht einnehmen. Somatisch wolle er sich nicht helfen lassen. Dies sei sein Weg zu einem Suizid auf Zeit. Aufgrund der SRSI-Testung müsse von einem Aggravationsverhalten ausgegangen werden. Die Angaben des Beschwerdeführers und die Testungen könnten somit nicht valide eingestuft werden (S. 23 Ziff. 6.2).

Dr. A. ___ nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine wahnhaftige Störung (ICD-10 F22.0), eine rezidivierende depressive Störung, wobei der gegenwärtige Schweregrad der Störung wegen Aggravation nicht bestimmbar sei, und einen Verdacht auf eine ASS (vordiagnostiziert). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte die Gutachterin Hinweise auf eine ADS - Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität (ICD-10 F90.0), eine kombinierte Persönlichkeitsakzentuierung, differentialdiagnostisch bestehe eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 Z73.1, ICD-10 F61.0), ein Nikotinabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2), einen Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1) und einen Status nach schädlichem Gebrauch von multiplen Substanzen (ICD-10 F19.1, S. 23 f. Ziff. 6.3).

Der Beschwerdeführer habe über Stress im Kopf berichtet mit bis zu 20 Gedankengängen gleichzeitig, die nicht seine eigenen seien. Es fühle sich an, wie wenn mehrere Personen in seinem Kopf sitzen würden. Man könne an Zwangsgedanken denken. Da der Beschwerdeführer die Gedanken aber nicht als seine eigenen empfinde, könne die Diagnose nach ICD-10 nicht gestellt werden. Die Gruppe der anhaltenden wahnhaften Störungen nach ICD-10 F22 enthalte eine Reihe von Störungen, bei denen ein langandauernder Wahn das einzige oder das auffälligste klinische Charakteristikum sei und die nicht als organisch, schizophren oder affektiv klassifiziert werden könnten. Beides treffe vorliegend zu. Eine wahnhafte Störung nach ICD-10 F22.0 sei charakterisiert durch die Entwicklung einer einzelnen Wahnidee oder mehrerer aufeinander bezogener Wahninhalte, die im Allgemeinen lange andauern und manchmal lebenslang bestünden. Beides treffe zu. Die Wahninhalte seien sehr variabel. Depressive Symptome könnten zeitweilig auftreten. Auch dies treffe zu. Eindeutige und anhaltende akustische Halluzinationen (Stimmen), schizophrene Symptome wie ein Kontrollwahn, eine Affektverflachung oder eine eindeutige Gehirnerkrankung seien nicht mit der Diagnose vereinbar. Gelegentliche oder vorübergehende akustische Halluzinationen würden die Diagnose, besonders bei älteren Personen, jedoch nicht ausschließen. Die Störung beginne in der Regel im mittleren Alter (S. 24 unten). Der Inhalt des Wahns oder der Zeitpunkt seines Auftretens könne häufig mit der Lebenssituation des Betroffenen in Beziehung gesetzt werden, wie zum Beispiel ein Verfolgungswahn bei Mitgliedern von Minderheiten. Die Diagnose einer wahnhaften Störung könne gestellt werden (S. 25 oben). Dr. A.____ führte sodann die typischen und die übrigen Symptome einer depressiven Störung auf und gab an, dass die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt werden

könne, wobei der gegenwärtige Schweregrad der Störung nicht bestimmbar sei (S. 25 f.).

In der verhaltensneurologisch-neuropsychologischen Abklärung vom 18. Januar 2022 sei ein Verdacht auf eine zerebrale Entwicklungsstörung mit Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung mit heutigen Aspekten einer ASS und einer Impulskontrollstörung diagnostiziert worden. Dies könne in der aktuellen psychiatrischen Begutachtung aufgrund fehlender neuropsychologischer Testung weder bestätigt noch widerlegt werden (S. 26 oben). Da eine Aggravation getestet worden sei, seien die Ergebnisse der anderen psychiatrischen Tests nicht aussagekräftig genug, um im Hinblick auf eine ADS - Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität eine Diagnose stellen zu können. Zudem seien einige Symptome von der Gedankenüberflutung im Rahmen der wahnhaften Störung nicht sicher abgrenzbar.

Im Persönlichkeitstest und im klinischen Eindruck

hätten sich selbstunsichere und negativistische Züge gezeigt. Deutlich positiv seien narzisstische, Borderline und antisoziale Züge gewesen. Dies entspreche einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Die Ergebnisse seien aber aufgrund des getesteten Aggravationsverhaltens nicht aussagekräftig. Zumindest eine kombinierte Persönlichkeitsakzentuierung könne bestätigt werden (S. 26 f.).

Der Beschwerdeführer habe keinen Psychiater gefunden, der zu ihm nach Hause kommen würde. Weiter komme er

zwar nicht klar mit seinen psychischen Symptomen, er werde aber trotzdem keine Psychopharmaka einnehmen. Er wolle nur in Ruhe gelassen werden, das sei das Allerbeste.

Auflagen der Invalidenversicherung könne er nicht erfüllen. Nach sechs Monaten wäre er sowieso wieder beim Sozialamt (S. 27 Ziff. 7.1 oben). Von Fähigkeiten und Ressourcen des Beschwerdeführers könne kaum noch ausgegangen werden (S. 27 Ziff. 7.2). Die Gutachterin gab zu den Parametern der funktionellen Leistungsfähigkeit

gemäss Mini-ICF-APP-Rating an, dass diese aufgrund des Aggravationsverhaltens des Beschwerdeführers nicht beurteilbar seien (S. 28 ff.). Da aufgrund der SRSI-Bewertung von einem Aggravationsverhalten ausgegangen werden müsse, könne keine Einschätzung zur Arbeitsunfähigkeit getroffen werden. In der neuro psychologischen Untersuchung vom 18. Januar 2022 werde eine limitierte Arbeitsfähigkeit angegeben, aber ohne eine genaue Einschätzung. Es werde ein IV-gestütztes Anforderungs- und Belastbarkeitstraining empfohlen. Weiter werde angegeben, dass eine künftige Arbeitsstelle an die Einschränkungen angepasst sein sollte (S. 31 Ziff. 8). Für die Zeit vom 5. November 2020 bis 31. März 2021 sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden. Insgesamt sei akten anamnestisch von einer krankheitsbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der Verlauf und der Grad der Arbeitsfähigkeit vor dem 5. November 2020 und nach dem 31. März 2021 könnten jedoch nicht ermittelt werden, da entsprechende Informationen in den Akten fehlten (S. 32 unten).

In der psychiatrischen Testung sei ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne Hyperaktivität positiv getestet worden. Nach der SRSI-Bewertung sei von einem Aggravationsverhalten, jedoch nicht von einer Simulation auszugehen, so dass die Diagnose trotzdem gestellt werden könne. Die Einteilung des Schweregrades, die Funktionseinschränkungen und somit die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit könnten aber nicht eingeschätzt werden. Empfehlenswert sei, klinisch und neuro psychologisch zu überprüfen, welche Auswirkungen eine leitlinien gerechte Medikation auf die Symptome, den Leidensdruck und die Einschränkungen des Beschwerdeführers habe. Dieser lehne jedoch jegliche psychiatrische Medikation ab (S. 34 unten). Der Beschwerdeführer habe deutlich betont, dass er mit der Invalidenversicherung nichts zu tun haben und er auch keine Psychopharmaka einnehmen wolle. Er könne sich sodann nicht an IV-Auflagen halten. Somit sei davon auszugehen, dass er nicht an einem Belastbarkeitstraining teilnehmen werde (S. 35 Ziff. 8).

E. 3.6

Gutachterin Dr. A.____ antwortete am 7. August 2023 (Urk. 7/82) auf Rückfragen zum Gutachten vom 13. Juni 2023. Von Seiten des RAD wurde die Frage gestellt, ob die mangelnde Bereitschaft des Beschwerdeführers, sich auf eine psychiatrische Behandlung einzulassen, krankheitsbedingt sei. Die Gutachterin gab an, die mangelnde Compliance könne Ausdruck und Folge der psychiatrischen Diagnosen sein, vor allem der wahnhaften Störung, des vordiagnostizierten Verdachts auf eine ASS und einer Persönlichkeitsakzentuierung (Differentialdiagnose: Persönlichkeitsstörung). Aus psychiatrischer Sicht lasse sich nicht mit Sicherheit einordnen, ob es sich tatsächlich um einen Krankheitsfaktor handle oder nicht. Es sei jedoch anzumerken, dass mangelnde Compliance im Rahmen der gestellten Diagnosen erfahrungsgemäss oft vorkomme (S. 1).

Weiter wurde die Frage gestellt, ob bei einer leitliniengerechten Behandlung eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei. Die Gutachterin gab an, eine Verbesserung des Zustandsbildes könnte bei den gestellten Diagnosen bei leitliniengerechter Behandlung erwartet werden. Es könne jedoch nicht abgeschätzt werden,

ob sich eine signifikante und vor allem arbeitsrelevante langfristige Besserung einstellen werde. Dies lasse sich im Rahmen der unter verschiedenen und vielen Diagnosen, des Aggravationsverhaltens des Beschwerdeführers und der langen Dauer der bestehenden Symptome prognostisch nicht einschätzen. Die Gutachterin antwortete weiter auf die Frage, ob die Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung aus medizinischer Sicht zumutbar sei. Sie gab an, dies sei schwer und nicht eindeutig zu beantworten. Im Rahmen der Depression, des Verdachts auf eine ASS, des Hinweises auf ein ADS und einer Persönlichkeitsakzentuierung wäre eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sicherlich zumutbar. Im Rahmen der wahnhaften Störung sei dies jedoch nicht so eindeutig zu beurteilen. Die Schilderungen des Beschwerdeführers hinsichtlich der vielen gleichzeitigen Gedankengänge, des massiven Leidens drucks bei Überflutung von aussen und des wichtigen Bedürfnisses sich abzuschotten, um eine Linderung zu erfahren, begründeten eine Unzumutbarkeit. Zudem sei ein Psychiater eventuell in das Wahnsystem integriert, da diese von Seiten des Beschwerdeführers als Lügner und Betrüger angesehen würden. Zumindest anfangs könnten sich die Symptome verschlechtern, wenn er gezwungen wäre, regelmässig das Haus zu verlassen, um die Termine beim Psychiater wahrzunehmen und in einem Raum mit einem Lügner und Betrüger therapeutische Gespräche abhalten zu müssen. Dies begründe zusätzlich eine Unzumutbarkeit (S. 2 oben).

Weiter wurde die Frage gestellt, ob die in der neuropsychologischen Untersuchung empfohlenen beruflichen Massnahmen dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht zumutbar seien. Die Gutachterin gab an, die Antwort entspreche der vorherigen Antwort. Im Rahmen der Depression, des Verdachts auf eine ASS und des Hinweises auf ADS und der Persönlichkeitsakzentuierung sei dies zu bejahen. Im Rahmen der wahnhaften Störung bestehe aus den erwähnten Gründen eine Unzumutbarkeit (S. 2 Mitte).

Die Gutachterin antwortete sodann auf die Frage der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, weshalb hinsichtlich einer Rücksprache oder des Einholens von Drittauskünften kein Mehrwert zu erwarten sei respektive weshalb diese Möglichkeit nicht in Betracht gezogen worden sei. Dr. A. gab an, die psychiatrisch-gutachterliche Praxis sehe die Fremdauskunft in der Regel als rein psychiatrische oder psychotherapeutische Auskunft an. Eine Auskunft der Sozialarbeiterin gebe der Gutachterin eventuell Hinweise auf Verhaltens eigen schaften. Solche habe der Beschwerdeführer jedoch bereits offen und glaubhaft im Gutachten geschildert und gezeigt. Auskünfte der Sozialarbeiterin könnten indes nicht für fachliche oder diagnostische Zwecke herangezogen werden. Diese seien rein subjektiv und es sei davon auszugehen, dass eine Sozialarbeiterin nicht über eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkenntnis verfüge. Gleiches gelte für Auskünfte von Verwandten, Bekannten oder anderen Nichtfachpersonen. Dass keine Fremdauskunft von früheren behandelnden Ärzten eingeholt worden sei, ergebe sich aus dem Inhalt des Gutachtens. Der Beschwerdeführer sei schon lange nicht mehr und wenn, dann nur kurz, in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gewesen. Eine diesbezügliche Auskunft bringe daher sicherlich keinen Mehrwert (S. 2 f.).

Die Rechtsvertreterin stellte sodann die Frage, ob bei einem Ratio-Wert von 0,294 in jedem Fall von Aggravation auszugehen sei. Zudem stellte sie die Frage, ob es denkbar sei, dass die Ergebnisse der SRSI-Beschwerdevalidierung mit den von den früheren behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen zu vereinbaren seien.

Dr. A. führte aus, der in der Begutachtung festgestellte Ratio entspreche statistisch gesehen einem Aggravationsverhalten. Ein solches liege laut dem Entwickler des

Testverfahren vor, sobald sich der Wert oberhalb des Grenzwertes befinde. Es handle sich jedoch um eine psychiatrische und keine neuropsychologische Testung. Bei einer neuropsychologischen Testung auf ein Aggravationsverhalten würden in der Regel verschiedene und mehrere Testverfahren angewandt und hinsichtlich des Aggravationsverhaltens ausgewertet. Eine psychiatrische Testung unterliege einer neuropsychologischen Testung. Eine neuropsychologische Testung hinsichtlich eines Aggravationsverhaltens sei nicht in Auftrag gegeben worden. Der zweite Teil der Frage ergebe keinen Sinn, da die Diagnosen von früheren Behandlern im Gutachten ausführlich berücksichtigt worden seien. Es sei jeweils ausführlich dargestellt worden, inwiefern sich das Aggravationsverhalten auf die Diagnose auswirke. Es handle sich nicht um Simulation, sondern um Aggravation. Die Symptome könnten diagnostisch eingeordnet und bewertet werden. Die meisten Diagnosen könnten somit gestellt werden. Bei einem Aggravationsverhalten könnten jedoch der Schweregrad der Diagnosen, die Funktionseinschränkungen (leicht, mittel, schwer ausgeprägt), die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und die Prognose nicht eingeschätzt werden.

Weiter wurde die Frage gestellt, inwiefern das festgestellte Verhalten des Beschwerdeführers als Krankheitsfaktor einzuordnen sei. Die Gutachterin gab an, die mangelnde Compliance des Beschwerdeführers könne Ausdruck und Folge der psychiatrischen Diagnosen sei, vor allem der wahnhaften Störung, des vor diagnostizierten Verdachts auf eine ASS und einer Persönlichkeitsakzentuierung (Differentialdiagnose: Persönlichkeitsstörung). Aus psychiatrischer Sicht sei nicht mit Sicherheit einzuordnen, ob es sich tatsächlich um einen Krankheitsfaktor handle oder nicht. Es sei jedoch anzumerken, dass mangelnde Compliance im Rahmen der gestellten Diagnosen erfahrungsgemäss oft vorkomme (S. 3 unten).

Zudem wurde die Frage gestellt, inwiefern davon auszugehen sei, dass bei der Durchführung eines Aufbau- und/oder Belastbarkeitstrainings aufgrund allfälliger Aggravation/fehlender Mitwirkung keine verwertbaren Rückschlüsse gezogen werden könnten. Dr. A. ___ antwortete darauf, es anzumerken, dass der Beschwerdeführer deutlich betone, dass er mit der Invalidenversicherung nichts zu tun haben wolle. Er wolle keine Psychopharmaka einnehmen und er könne sich auch nicht an IV-Auflagen halten. Somit sei davon auszugehen, dass er nicht an einem Belastbarkeitstraining teilnehmen werde.

Im Rahmen der Begutachtung sei ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne Hyperaktivität positiv getestet worden. Empfehlenswert sei, klinisch und neuropsychologisch zu überprüfen, welche Auswirkungen eine leitliniengerechte Medikation auf die Symptome, den Leidensdruck und die Einschränkungen habe. Der Beschwerdeführer lehne jedoch jegliche psychiatrische Medikation ab, auch wenn dies sein Leiden verringern könnte. Dies bedeute konkret, dass der Beschwerdeführer in einem zirka zweiwöchentlichen Rhythmus eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit leitliniengerechter Medikation durchführen sollte. Zudem sollte eine konkrete neuropsychologische Testung auf eine AD(H)S-typische Leistungseinschränkung und die Verbesserung der Medikation stattfinden (S. 4).

E. 3.7

RAD-Ärztin Dr. H. ___ nahm am 24. August 2023 (Urk. 7/88 S. 6 ff.) Stellung zum psychiatrischen Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme von Dr.

A.____ vom 7. August 2023. Sie führte aus, gemäss dem Gutachten bestünden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine wahnhafte Störung, eine rezidivierende depressive Störung, wobei der Schweregrad der Störung nicht bestimmbar sei, und ein Verdacht auf eine ASS, welche gemäss Dr. A.____ weder bestätigt noch widerlegt werden könne (S. 6 unten). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden Hinweise auf eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität. Die Diagnose könne nicht mit Sicherheit gestellt, aber auch nicht ausgeschlossen werden. Einige Symptome seien zudem von der wahnhaften Störung nicht sicher abgrenzbar. Weiter bestünden eine Persönlichkeitsakzentuierung und in der Differentialdiagnose eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, Borderline und anti sozialen Zügen. Als weitere Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden psychische und Verhaltensstörungen durch Nikotin, Abhängigkeit, ein Status nach psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch, und ein Status nach psychischen und Verhaltensstörungen durch multiple Substanzen, schädlicher Gebrauch. Mögliche Beeinträchtigungen der beruflichen Fähigkeiten seien aufgrund von Aggravation nicht zu beurteilen. Das Belastungsprofil und die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit seien aufgrund von Aggravation ebenfalls nicht zu beurteilen. Aktenanamnestisch sei von einer krankheitsbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit könne aber nicht ermittelt werden (S. 7 oben).

Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei aufgrund mangelnder Compliance unzureichend beziehungsweise nicht vorhanden. Klinisch und neuropsychologisch wäre zu überprüfen, welche Auswirkungen eine leitliniengerechte Medikation auf die nachgewiesene ADS habe. Eine psychiatrische Medikation werde abgelehnt, auch wenn diese das Leiden des Beschwerdeführers verringern könnte. Die mangelnde Compliance könne Ausdruck der psychiatrischen Diagnosen sein, vor allem der wahnhaften Störung. Eine signifikante und vor allem arbeitsrelevante langfristige Verbesserung durch eine leitliniengerechte Behandlung könne nicht abgeschätzt werden. Aufgrund der wahnhaften Störung wäre dem Beschwerdeführer eine Auflage zur psychiatrischen Behandlung nicht zumutbar. Der Psychiater könnte in das Wahnsystem integriert werden und die Symptomatik könnte sich verschlechtern.

In der neuropsychologischen Untersuchung und Testung vom 18. Januar 2022 sei eine limitierte Arbeitsfähigkeit angegeben worden, ohne genaue Einschätzung der Limitierung. Weiter sei ein IV-gestütztes Anforderungs- und Belastbarkeitstraining empfohlen worden. Der Beschwerdeführer betone aber, dass er mit der Invalidenversicherung nichts zu tun habe wolle. Es sei also davon auszugehen, dass er an einem Belastbarkeitstraining nicht teilnehmen werde. Eine medizinische Zumutbarkeit für berufliche Massnahmen bestehe aufgrund der wahnhaften Störung nicht (S. 7 unten).

Der Beschwerdeführer habe die obligatorische Schulzeit absolviert. Zuletzt habe er 2018 als Betreuer in der Z.____ gearbeitet. Seit 2019 sei er aus psychischen Gründen krankgeschrieben. Er fühle sich aus psychischen Gründen nicht arbeitsfähig. Aufgrund der vordiagnostizierten ASS und des Wahns lägen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vor. Die Angaben des Beschwerdeführers und die Testungen könnten aufgrund der Aggravation indes nicht als valide eingestuft werden (S. 7 f.).

E. 3.8

RAD-Ärzte Dr. H.____ gab in einer weiteren Stellungnahme vom 4. Januar 2024 (Urk. 7/88 S. 9 f.) an, am 18. Januar 2022 sei bereits eine neuro psychologische Untersuchung durchgeführt worden . Hinweise auf kognitive Teilleistungsschwächen seien klinisch-phänomenologisch sowie testdiagnostisch nicht festgestellt worden (S. 9 unten). Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei in der neuropsychologischen Untersuchung nicht möglich gewesen. Für die genauere Prüfung der Belastbarkeit sei ein IV-gestütztes Anforderungs- und Belastbarkeitstraining empfohlen worden. Es bestehe keine Veranlassung, eine weitere neuropsychologische Untersuchung durchzuführen. An der SRSI-Testung bestünden keine Zweifel. Eine neuropsychologische Untersuchung, um isoliert das Aggravationsverhalten zu testen, mache wenig Sinn. Dieses könne situativ angepasst werden. Eine erneute Untersuchung würde die in der psychiatrischen Begutachtung vorgelegene Aggravation weder bestätigen noch widerlegen (S. 10 oben). 4.

E. 4

Dr. med. H.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, regionaler ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin , nahm am 2

E. 4.1

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 Zusammen hänge 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. 4.2

Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz. Danach haben der Versicherungsträger oder das Durchführungsorgan und im Beschwerdefall das kantonale Versicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Abs. 1 bis sowie Art. 61 lit. c i.V.m . Art. 2 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz wird durch die Mitwirkungspflicht der Versicherten respektive der Parteien beschränkt (Art. 28 und Art. 43 Abs. 2 ATSG), vor allem in Bezug auf Tatsachen, die sie besser kennen als die (Verwaltungs- oder Gerichts-) Behörde und welche diese sonst gar nicht oder nicht mit vernünftigem Aufwand erheben könnte (BGE 122 V 157 E. 1a; Urteil des Bundesgerichts 9C_341/2020 vom 4. September 2020 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 138 V 86 E. 5.2.3 und 125 V 193 E. 2; vgl. BGE 130 I 180 E. 3.2).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweis führungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweis losigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbe wiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C_765/2020 vom 4. März 2021 E. 3.2.2 mit Hinweis auf BGE 144 V 427 E. 3.2). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachen feststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklä rungs massnahmen noch

neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_257/2018 vom 24. August 2018 E. 3.3.2 mit Hinweis).

E. 4.3

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, 13

E. 7

. August 2022 (Urk. 7/88 S. 4 f.) Stellung zu den medizinischen Berichten. Sie führte aus, vom 15. bis 17. Mai 2019 sei durch die D.____ ein Home-Treatment durchgeführt worden mit der Diagnose einer Anpassungsstörung. Nach einer einmaligen psychiatrischen Sitzung vom 13. November 2020 seien eine depressive Symptomatik und Hinweise für eine dissoziative Störung beziehungsweise eine Konversionsstörung (ICD-10 F44.8) festgestellt worden. Als Differentialdiagnose sei eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung gestellt worden. Es habe ein starkes Krankheitsgefühl, aber wenig Antrieb für eine Behandlung bestanden. Die Arbeitsfähigkeit habe nicht beurteilt werden könne. Eine psychiatrische oder psychologische Behandlung bestehe seitdem trotz diesbezüglicher Aufforderung nicht. Der Beschwerdeführer selber gebe an, dass er eine Therapie nur mit einem Fahrdienst oder bei ihm zu Hause durchführen könne. Allerdings habe er auch das Home-Treatment abgebrochen, da er nicht davon habe profitieren können. Bei einer verhaltensneurologisch-neuropsychologischen Abklärung vom 18.

Januar 2022 seien ein Verdacht auf eine zerebrale Entwicklungsstörung (ICD-10 F01.8) mit Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung mit heutigen Aspekten einer ASS und einer Impulskontrollstörung diagnostiziert worden. Die Störung sei aggraviert durch eine affektpathologische Komponente. Differentialdiagnostisch lägen ein jahrelanger Drogenkonsum und eine Persönlichkeitsakzentuierung durch eine emotionale Vernachlässigung in der Entwicklung vor. Eine fachpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung stehe im Vordergrund (S. 4 f.). In der neurologischen Untersuchung sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch eine verminderte Belastbarkeit und ein Verhaltenssyndrom festgestellt worden. Verbal-mnestisch habe sich eine schwer eingeschränkte Gesamtleistung bei sonst unauffälligen kognitiven Leistungen gezeigt. Es seien berufliche Massnahmen im Sinne eines Anforderungs- und Belastbarkeitstrainings empfohlen worden. Eine Arbeitsstelle sollte an die beschriebenen Einschränkungen angepasst sein. Im Hinblick auf die Zumutbarkeit beruflicher Massnahmen sei eine psychiatrische Stellungnahme notwendig.

Die RAD-Ärztin führte in ihrer Beurteilung aus, aufgrund der medizinischen Vorberichte sei eine IV-relevante gesundheitliche Problematik nicht auszu-schliessen. Die Berichte erschienen nachvollziehbar. Die psychiatrischen Diagnosen seien aber nicht vollständig

abgeklärt worden. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung stehe im Vordergrund. Unklar sei, ob und inwieweit der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die Arbeitsfähigkeit durch eine adäquate Behandlung zu verbessern seien (S. 5 oben). Bisher habe er trotz Aufforderung keine psychiatrische Behandlung aufgenommen. Unklar sei, ob ihm dies aus medizinischer Sicht zumutbar sei. Unklar sei weiter, ob die empfohlenen beruflichen Massnahmen dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht zugezogen werden könnten. Das Ausmass der möglichen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit lasse sich den vorliegenden Berichten nicht entnehmen. Der Beschwerdeführer sei immer in einem 100%-Pensum tätig gewesen. Weiter fehlten wichtige Informationen bezüglich der aktuellen psychosozialen Faktoren, der funktionellen Einschränkungen, der vorhandenen Ressourcen sowie der Behandlungsoptionen. Es werde eine psychiatrische Begutachtung empfohlen (S. 5 Mitte).

E. 9

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

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, 131 V 49 E. 1.2, je mit Hinweisen). Wann ein verdeutlichendes Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2, Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_520/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 6.1 und 9C_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.2). 4. 5

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in

der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidung relevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

5. 5.1

Dr. B. ___

äusserte sich im Bericht vom 15. Dezember 2021 nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, nachdem er diesen

im November 2020 einmal gesehen hatte (vgl. vorstehend E. 3.2). MSc

F. ___ und Dr. G. ___

stellten im Bericht vom 18. Januar 2022

gestützt auf die neuropsychologische Untersuchung aus neurokognitiver Sicht die Diagnosen Verdacht auf frühkindlich erworbene zerebrale Entwicklungsstörung mit Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung mit heutigen Aspekten einer ASS und einer Impulskontrollstörung, aggraviert durch zusätzliche entwicklungspsychologisch relevante Faktoren und durch eine affektpathologische Komponente (Differentialdiagnosen: Akzentuierung durch jahrelangen Drogenkonsum, Persönlichkeitsakzentuierung). MSc

F. ___ und Dr. G. ___ gaben eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit an. Für die genaue Bestimmung der Belastbarkeit und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers empfahlen sie ein IV-gestütztes Anforderungs- und Belastbarkeits training (E. 3.3).

Dr. A. ___ nannte im Gutachten vom 13. Juni 2023 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine wahnhafte Störung, eine rezidivierende depressive Störung, wobei sie den Schweregrad der Störung wegen Aggravation für nicht bestimmbar hielt, und einen Verdacht auf eine ASS. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte die Gutachterin Hinweise auf eine ADS-Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität, eine kombinierte Persönlichkeitsakzentuierung (Differentialdiagnose: kombinierte Persönlichkeitsstörung), ein Nikotinabhängigkeitssyndrom, einen Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol und einen Status nach schädlichem Gebrauch von multiplen Substanzen

(E. 3.5.3). Dr. A. ___ machte keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers unter Hinweis darauf, dass der Self-Report Symptom Inventory (SRSI) zur Beschwerdevalidierung Hinweise auf ein Aggravationsverhalten ergeben habe. Die zentralen Fragen der funktionellen Auswirkungen der gestellten Diagnosen und mithin der Arbeitsfähigkeit wurden im Gutachten somit nicht beantwortet. 5.2

Auf das Gutachten von Dr. A. ___ kann nicht abschliessend abgestellt werden, da hinsichtlich der gestellten Diagnosen beziehungsweise deren Auswirkungen Unklarheiten bestehen und insbesondere die Einschätzung, es bestehe gestützt auf den SRSI eine Aggravation, welche keine Beurteilung der Schwere der Diagnosen und mithin der Arbeitsfähigkeit zulasse, nicht zu überzeugen vermag. 5.2.1

Im Hinblick auf den SRSI ist festzuhalten, dass es dabei um einen relativ neuen Test, der erst seit 2019 in einer deutschen

Version zur Verfügung steht, handelt (vgl. Homepage Hogrefe Verlag,

<https://www.testzentrale.de/shop/self-report-symptom-inventory-deutsche-version-89304.html>; zuletzt besucht am 8. Juli 2024). Aus den Angaben des Hogrefe

Verlags ergibt sich, dass beim SRSI-Test fünf Bereiche potenziell genuiner psychischer Beschwerden (kognitive, depressive, Schmerz-, unspezifische somatische und

Angstbeschwerden) fünf Bereiche von Pseudobeschwerden (kognitive, motorische, sensorische, Schmerz- und psychische Pseudobeschwerden) an die Seite gestellt werden

(vgl. oben erwähnte Homepage). Es ist indes nicht ersichtlich, dass der SRSI

genuine Beschwerden insbesondere im Zusammenhang mit einer wahnhaften Störung oder einer allfälligen ASS erfasst. Damit ist unsicher, ob der SRSI

vorliegend überhaupt ein geeignetes Instrument zur Beschwerdevalidierung darstellt. Die Gutachterin nahm hierzu nicht Stellung und nahm auch keine Beurteilung allfälliger funktioneller Einschränkungen aufgrund der wahnhaften Störung vor. Damit bleibt letztlich unklar, aus welchen Gründen die diagnostizierte wahnhafte Störung Auswirkungen oder eben gerade keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat. Bereits aus diesem Grund ist ein vorbehaltloses Abstellen auf das Ergebnis des SRSI nicht angebracht.

Dem Gutachten liegen ferner keinerlei

Unterlagen zum durchgeführten Test (z.B. Fragebogen, Auswertungsbogen) bei, die

es zuliessen, das Testresultat nachzuvollziehen. Die Gutachterin verzichtete zudem auf eine nachvollziehbare Herleitung sowie eine ausführliche Diskussion der Testresultate und hielt einzig fest, bei 34 genuinen Beschwerden und 10 Pseudobeschwerden

beziehungsweise einem Ratio von 0.294 sei von einem Aggravationsverhalten auszugehen.

Im Zusammenhang mit den weiteren durchgeführten Tests (betreffend Depression, Persönlichkeit und ADHS), wies sie darauf hin, dass diese zufolge des «vermutlichen Aggravationsverhaltens» nicht aussagekräftig seien (Urk. 7/72/21). Durch diese Relativierung beziehungsweise blosse Vermutung wird die Einschätzung, es liege eine leistungsausschliessende Aggravation vor, ebenfalls in Frage gestellt.

Zu bemängeln ist im Weiteren, dass Dr. A. ___ die Annahme einer Aggravation einzig auf das Ergebnis des SRSI abstützte, eine solche sich jedoch nicht in den erhobenen biografischen Informationen, in den Befunden oder im durch Verhaltensbeobachtung klinisch gewonnenen Eindruck widerspiegelt. So beschrieb sie weder Inkonsistenzen noch widersprüchliche Angaben, geschweige denn erhebliche Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und dem gezeigten Verhalten, der Anamnese oder dem gelebten Alltag, beziehungsweise demonstrativ vorgetragene aber unglaubwürdig wirkende Klagen oder geltend gemachte schwere Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem psychosozialen Umfeld, wie dies von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung verlangt wird (vgl. vorstehend E. 4.4). Im Gegenteil bezeichnete die Gutachterin die Beschwerdeschilderung als glaubhaft (Urk. 7/82 S. 2 f.) und den Beschwerdeführer als kooperativ und bemüht, zu seinen Problemen Auskunft zu geben (Urk. 7/72/19 Ziff. 4.1). Von Fähigkeiten und Ressourcen könne kaum noch ausgegangen werden (Urk. 7/72/27

Ziff. 7.2). Dieser Widerspruch lässt die vorbe haltlose Annahme einer Aggravation nicht zu. Ferner ist nach der Rechtsprechung dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur eine ergänzende Funktion beizumessen. Ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil 9C_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5 mit Hinweisen). Wie erwähnt, steht diese jedoch nicht im Einklang mit dem Testresultat, eine Begründung hierfür fehlt.

Angesichts der glaubhaften Schilderungen des Beschwerdeführers ohne sonstige klinische Feststellungen hätte aufgrund des erhöhten SRSI-Testresultats eine einzelfall bezogene, sorgfältige Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht erfolgen müssen (vgl. vorstehend E. 4.4). Dies ist jedoch unterblieben.

Dr. A.____ hielt ferner fest, die Aggravation beziehe sich lediglich auf den Schweregrad der diagnostizierten Störung, die Funktionseinschränkungen, die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und die Prognose, nicht jedoch auf die diagnostische Einordnung beziehungsweise die Diagnose der Störung an sich (Urk. 7/82/3 Mitte). Dies entspricht nicht dem Verständnis von Aggravation gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach eine solche ein Ausschlussgrund für die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung darstellt (vgl. vorstehend E. 4.4). Es stellt sich somit die Frage, ob die Gutachterin lediglich von verdeutlichendem Verhalten im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ausgegangen ist. Insgesamt kann somit auf das Gutachten von Dr. A.____ nicht abschliessend abgestellt werden. 5.2.2

Hinsichtlich der gestellten Diagnosen ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer schilderte, er habe unkontrollierbare Gedanken im Kopf, wie wenn mehrere Personen in seinem Kopf sässen mit bis zu 20 Gedankengängen gleichzeitig, von denen er sich jedoch distanzieren könne, sodass die Gedanken von alleine weiterdenken. Inputs kämen zum Beispiel von Radio, TV oder Zeitung und er müsse alles bis ins kleinste Detail analysieren und alle Möglichkeiten durchdenken. Hinsichtlich dieser Inputs liege ein starkes Vermeidungsverhalten vor. Dies interpretierte Dr. A.____ als Wahn (Urk. 7/72 S. 9 unten f., S. 20 Mitte und S. 24).

Zu Hause habe er – abgesehen vom Bereitmachen seines Sohnes für die Schule am Morgen - die Kopfhörer auf und spiele alleine Computerspiele. Die Kopfhörer dienten dazu, keine Inputs von aussen zu bekommen, wenn seine Frau zum Beispiel fernsehe oder Radio höre (Urk. 7/72/17 oben).

Angesichts dieser Schilderungen bleibt unklar, wann und wie oft von Wahnideen auszugehen ist und wo diese für gewöhnlich auftreten.

Auch ist unklar, ob und wann beziehungsweise wofür der Versicherte in der Lage ist, die Wohnung zu verlassen, insbesondere da die Gutachterin erklärte, es sei von Fähigkeiten und Ressourcen kaum noch auszugehen (Urk. 7/72/27 Ziff. 7.2). Die Gutachterin sah sich jedoch nicht in der Lage, die Schwere der Störung zu umschreiben und deren funktionellen Auswirkungen zu quantifizieren. Dies gilt auch hinsichtlich der diagnostizierten depressiven Störung und des Verdachts auf eine ASS, weshalb letztlich auch in Bezug auf die Diagnosen Vorbehalte bleiben.

5.3

Somit ist festzuhalten, dass die von Dr. A.____ gestellten psychiatrischen Diagnosen

beziehungsweise deren Auswirkungen insbesondere aufgrund der nicht überzeugenden Annahme einer Aggravation nicht abschliessend nachvollzogen werden können. Das Gutachten erlaubt sodann nicht die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens. Nachdem die Gutachterin

die zentralen Punkte

bezüglich der Herleitung der gestellten Diagnosen, der Funktionseinschränkungen und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers gerade

nicht beantworten konnte, vermag das Gutachten die Voraussetzungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens nicht zu erfüllen (vgl. vorstehend E. 4.1). Auf das Gutachten kann somit auch nach den von Dr. A.____ beantworteten Rückfragen nicht abgestellt werden. Neben Dr. A.____ äusserten sich auch Dr. B.____ und MSc

F.____ und Dr. G.____ nicht abschliessend zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Da das psychiatrische Gutachten von Dr.

A.____

in nicht nachvollziehbarer Art und Weise von Aggravation ausgeht, zentrale Fragen nicht beantwortet und eine Beurteilung der Leistungsansprüche des Beschwerdeführers damit nicht möglich ist, wäre die Beschwerdegegnerin gehalten gewesen, weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen, um die offenen Fragen zu klären. Gleichzeitig sind die Voraussetzungen für die Annahme der Beweislosigkeit nicht erfüllt, da erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen blieben und von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind. 5. 4

Zusammenfassend lässt sich anhand der vorliegenden Akten und des Gutachtens von Dr. A.____ nicht beurteilen, ob ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers besteht, nachdem die zentralen Fragen der Funktionseinschränkungen und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers

nicht beantwortet wurden.

Der medizinische Sachverhalt erweist sich somit als unzureichend abgeklärt. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie erneut eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers veranlasse. Danach hat sie über einen Rentenanspruch erneut zu verfügen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6.

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. 700.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 5. Januar 2024 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

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

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

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

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber
Grieder-MartensBrugger

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