

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00096 vom 12. Dezember 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-12-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00096](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00096)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00096 du 12 décembre 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00096 del 12 dicembre 2024

## Erwägungen

### E. 1.1

und S. 2 Ziff. 1.4). Betreffend die bisherige Tätigkeit sei die anhaltende konzentrierte Belastbarkeit reduziert, was als mögliche Symptomatik der ADHS zu sehen sei ( Urk. 11/86/6-9 S. 3 Ziff. 1.7). Unter der durchgeführten Ritalinbehandlung habe sich eine deutliche Besserung der ADHS-Symptomatik gezeigt ( Urk. 11/91 S. 2 unten). Sie schilderten, dass sich der Beschwerdeführer jeweils rasch in seinem Selbstwert verletzt gefühlt und zu Beginn den Eindruck gehabt habe, dass Mitpatienten schlecht über ihn redeten und ihm feindlich gesinnt seien, was sich dadurch verstärkt habe, dass er sich nicht in die Gruppe einfügen habe können. Die Selbstwertverminderung habe er auf seinen Ausländerstatus und auf seine Beziehung zu seinem Vater zurückgeführt, der ihn als Kind und Jugendlicher gedemütigt und geschlagen habe. Selbstwertstärkend und ressourcenaktivierend seien die gestalterische und die sportliche Betätigung sowie die Fortschritte, die er im Rahmen der medizinischen Trainingstherapie gemacht habe, gewesen ( Urk. 11/91 S. 2). Die Ärzte attestierten ihm eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit während des Klinikaufenthalts ( Urk. 11/89/2-3 S. 1 Ziff. 2). Zum Austrittszeitpunkt sei keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr gegeben gewesen ( Urk. 11/89/2-3 S. 2 Ziff. 3).

### E. 1.2

, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a).

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1).

Dasselbe gilt, wenn die Verwaltung rückwirkend eine Rente zugesprochen und diese befristet hat (vgl. BGE 133 V 263 E. 6.1 f.). Bei einer Neuanmeldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine, 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

### 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. 1.4**

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

#### **E. 1.5**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert ( lit . a) oder auf 100 Prozent erhöht ( lit . b). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3 , je mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt so mit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1 , je mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_26/2022 vom 30. Mai 2022 E. 2.2 mit Hinweisen). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteile des Bundesgerichts 9C\_162/2020 vom 16. September 2020 E. 4.1 und 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2, je mit Hinweisen).

### **E. 1.6**

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).

### **E. 1.7**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung

–

fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapie resistenz auszuschliessen sei (E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisch beachtliche 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).

Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Hinweis). Die Anerkennung eines Renten begründen den 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. 1.8**

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

### **E. 1.9**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C\_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1). 2.

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 7. Februar 2024 Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Januar 2024 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm die von Gesetzes wegen zustehende Invalidenrente zuzusprechen. Eventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit dem Auftrag, ein Gutachten erstellen zu lassen (Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 12. Februar 2024 (Urk. 6) reichte der Versicherte noch eine per E-Mail erfolgte Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin nach (Urk. 7).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. März 2024 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 21. März 2024 (Urk. 17) zur Kenntnis gebracht wurde. Gleichzeitig wurde ihm antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwältin Saskia Hiltbrunner als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte in der angefochtenen Verfügung ( Urk. 2) einen Rentenanspruch mit der Begründung, ihre Abklärungen, insbesondere die in Auftrag gegebene Begutachtung, hätten ergeben, dass keine Einschränkungen vorlägen, welche die Arbeitsfähigkeit dauerhaft und erheblich beeinträchtigen. Der im Einwandverfahren eingereichte Bericht der behandelnden Psychiaterin unterscheidet sich inhaltlich nicht gross zu ihrem Bericht vom März 2022. Dieser sei bei der Beurteilung mitberücksichtigt worden. Neuerdings komme die Verdachtsdiagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und ängstlich vermeidenden Zügen hinzu. Eine abschliessende Diagnosestellung erfolge nicht. Das eingeholte psychiatrische Gutachten vom 21. Juli 2023 erfülle die formalen Qualitätskriterien, und es könne darauf abgestellt werden. Der Beschwerdeführer gelte als Hilfsarbeiter. In diesem Bereich bestünden genügend Möglichkeiten, eine angepasste Tätigkeit auszuüben. Die behandelnde Psychiaterin beurteile das Belastungsprofil identisch wie die Beschwerdegegnerin. Der Beschwerdeführer sollte einer klar vorstrukturierten, routinierten Tätigkeit nachgehen. Dies idealerweise in einem wohlwollenden und wertschätzenden Umfeld ohne Druck und mit der Möglichkeit, eigenständig Pausen einzulegen. Weiterhin sollte ein emotional beanspruchendes oder konfliktreiches Arbeitsklima vermieden werden. Der Beschwerdeführer sei weiterhin angepasst arbeitsfähig. Da er auch keine Einschränkungen bei der Stellensuche habe, sei das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) zuständig.

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt ( Urk. 1), auf das durch die Beschwerdegegnerin eingeholte psychiatrische Gutachten könne nicht abgestellt werden. Er leide an einer rezidivierenden depressiven Störung und an einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung seit der Kindheit. Die Ausprägung der depressiven Störung sei umstritten. Gemäss Gutachter sei sie remittiert, gemäss behandelnder Psychiaterin bestehe gegenwärtig eine leichtgradige Episode. Ebenfalls umstritten sei die Auswirkung der bestehenden ADHS auf die Arbeitsfähigkeit. Während der Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erkenne, konstatiere die behandelnde Psychiaterin einen deutlichen Einfluss (S. 3).

Der Beschwerdeführer sei seit Jahren und damit schon Jahre vor der letzten Anmeldung vom Januar 2022 nicht mehr arbeitsfähig. Über seine Wohnortsgemeinde habe der Beschwerdeführer bereits vom Oktober 2017 bis März 2018 am Beschäftigungsprogramm der C.\_\_\_\_ teilgenommen. Aufgrund seiner Unzuverlässigkeit und fehlenden Absprachefähigkeit habe selbst diese Beschäftigung abgebrochen werden müssen. Zudem werde im Abschlussbericht festgehalten, dass er Produktionsabläufe trotz klar definierten Arbeitsschritten nach seinen Vorstellungen gestaltet habe. Derzeit arbeite er wieder in einem Beschäftigungsprogramm auf dem zweiten Arbeitsmarkt bei der Stiftung D.\_\_\_\_. Eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei für den Beschwerdeführer aufgrund seiner Einschränkungen weder in den vergangenen Jahren möglich gewesen noch werde eine solche in Zukunft möglich sein (S. 3 f.).

Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten weise verschiedene Mängel auf. So stünden die eigenen Schilderungen des Beschwerdeführers seiner Kindheit anlässlich der Exploration in diametralem Gegensatz zu der vom Gutachter festgehaltenen Kindheit ohne

aussergewöhnliche traumatische Ereignisse oder Hinweise auf eine emotionale Verwahrlosung. Auch sei es nicht nachvollziehbar, dass sich die vom Gutachter erwähnten Störungen der sozialen Fertigkeiten aufgrund der ADHS nicht auf die Fähigkeit des Beschwerdeführers, im ersten Arbeitsmarkt zu arbeiten, auswirken sollten und decke sich auch nicht mit den Einschätzungen der behandelnden Psychiaterin und seines jetzigen Arbeitgebers, der Stiftung D.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 3). Auch sei die Beurteilung des Gutachters, der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsfähig, unrealistisch. Zudem habe er sich nicht mit der anderslautenden Einschätzung der behandelnden Psychiaterin auseinandergesetzt. Auch habe er zur mehrfach gescheiterten Eingliederung und der daraus sich aufdrängenden Rückschlüsse auf die psychische Gesundheit desselben keine Stellung genommen. Schliesslich fehle eine neuropsychologische Beurteilung. Eine solche wäre angesichts der attestierten ADHS nötig gewesen. Der Gutachter beschreibe unauffällige psychokognitive Funktionen. Diesbezüglich sei darauf hinzuweisen, dass sich der Beschwerdeführer einerseits gut präsentieren könne und andererseits massiv selbst überschätze und deshalb auch besser darstelle (S .

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und hierbei insbesondere, ob sich der anspruchrelevante Sachverhalt im Vergleichszeitraum seit Erlass der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 24. Juli 2019 (Urk. 11/217), die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 10. Januar 2024 in einer für den Rentenanspruch massgeblichen Weise verändert hat beziehungsweise ob der Sachverhalt diesbezüglich rechtsgenügend abgeklärt worden ist. 3.

### **E. 3**

vom

#### **E. 3.1.1**

Der befristeten Rentenzusprache vom 1. Februar bis 30. November 2009 (vgl. Urk. 11/118) lag die Annahme einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Erwerbstätigkeiten vom 21. Februar 2008 bis zum Eintritt in die Klinik E.\_\_\_\_ am 2. Februar 2009 und einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit während des stationären Klinikaufenthaltes bis 14. August 2009 zugrunde (Urk. 11/110; Urk. 11/114; vgl. Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztin des regionalen ärztlichen Dienstes, RAD, vom 4. November 2009 in Urk. 11/95 S. 2). Dabei stützte sich die RAD-Ärztin und in der Folge die Beschwerdegegnerin auf die Berichte der den Beschwerdeführer seit März 2008 (vgl. Urk. 11/76 Ziff. 3.1) behandelnden Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 11/76 und Urk. 11/88) sowie der Fachärzte für Psychiatrie der Klinik E.\_\_\_\_, Fachklinik für Alkohol-, Medikamenten- und Tabakabhängige (Urk. 11/86, Urk. 11/89 und Urk. 11/91). Dr. B.\_\_\_\_ ging in ihrem bei der Beschwerdegegnerin am 17. Oktober 2008 eingegangenen Bericht (vgl. Aktenverzeichnis zu Urk. 11/76) bei gestellten Diagnosen einer ihr nicht genauer bekannten Fussproblematik nach Unfall, einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) und eines episodischen Alkoholproblems (ICD-10 F10.26; Ziff. 1.1) von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit 21. Februar bis 30. September 2008 und einer anschliessenden 50%igen Arbeitsfähigkeit aus (Ziff. 2). Der Beschwerdeführer klagt über starke Schlafstörungen, Energielosigkeit, Rückzug, starke Ängste und meide viele Leute (Ziff. 3.4). Sie habe ein typisches depressives Erscheinungsbild erhoben (Ziff. 3.5). Der

Gesundheitszustand sei besserungsfähig ( Ziff. 4.1), die Arbeitsfähigkeit könne durch regelmässige stützende therapeutische Führung verbessert werden ( Ziff. 4.2). Das Konzentrationsvermögen sei zeitweise eingeschränkt, könne aber mit Ritalin behandelt werden. Die Anpassungsfähigkeit sei eingeschränkt, der Beschwerdeführer sei verletzlich und lasse sich provozieren. Die Arbeitsfähigkeit schätzte Dr. B.\_\_\_\_ auf lange Sicht im psychischen Bereich als nicht eingeschränkt ein. Eine Einschränkung bestehe aber von der Fussproblematik her, die eine angepasste Tätigkeit erforderlich mache. Die episodische Alkoholabhängigkeit verzögere die Besserung des psychischen Problems, das medikamentös sehr gut angegangen werden könne. Zurzeit sei der Beschwerdeführer nicht mehr depressiv, der Alkoholkonsum sei unter Kontrolle. Eine angepasste Tätigkeit sei zumutbar, anfänglich zu einem Pensum von 50 % . Bei gutem Verlauf sei eine Steigerung absolut möglich ( Urk. 11/76/7; vgl. auch ihren Bericht vom 4. August 2009 in Urk. 11/88/2). Die Ärzte der Klinik E.\_\_\_\_ berichteten am 13. Mai 2009, 14. und 26. August 2009 über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 2. Februar bis 14. August 2009 bei ge stelltten Diagnosen eines Alkoholabhängigkeitssyndroms vom Typ des Intoxikationstrinkens, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F10.21), einer ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0) und einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1; Urk. 11/89/2-3 S. 1 Ziff. 1 und Urk. 11/91 S. 1), wobei sie im Bericht vom 13. Mai 2009 lediglich eine leicht depressive Symptomatik beschrieben hatten mit deutlich innerer Unruhe und Gedankenkreisen, schwankender Stimmung, zeitweise innerem Angetriebensein mit deutlichem Redefluss, weniger auffälligen Konzentrationsstörungen im klinischen Alltag, affektiver Ausgeglichenheit bzw. allenfalls phasenweise etwas gedrückter Stimmung ( Urk. 11/86/6-9 S. 2 Ziff. 1.4). Fachfremd erwähnten sie einen Status nach Talusfraktur rechts 2004 und insbesondere bei vermehrter Belastung aufgetretene Schmerzen im Sprunggelenk rechts ( Urk. 11/86/6-9 S. 1 Ziff.

### **E. 3.1.2**

Von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (möglichst ruhiger Arbeitsplatz, Vermeidung von Hektik und Terminstress) bei konsequenter Medikation ging denn in der Folge auch die behandelnde Dr. B.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 10. Juni 2011 bei gestellter Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), und einer ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10 F.90) aus ( Urk. 11/137; vgl. auch die Telefonnotiz des Eingliederungsberaters betreffend sein Gespräch mit Dr. B.\_\_\_\_ vom 8. Juni 2011 in Urk. 11/139 S. 4 sowie die Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ , Praktischer Arzt, vom 20. Juni 2011 in Urk. 11/138). Sie hielt dabei fest, dass zurzeit unter Medikation keine depressive Symptomatik vor liege und die der ADHS geschuldete Stressintoleranz, eingeschränkte Belastbarkeit und Konzentration sowie Ablenkbarkeit durch die Behandlung mit Ritalin weitgehend behebbar sei. In der Folge errechnete die Beschwerdegegnerin in ihrer rentenabweisenden Verfügung vom 27. Februar 2012 unter Annahme einer 100%igen Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren und wechselbelastenden Tätigkeit, dies offensichtlich unter Berücksichtigung der Fussproblematik rechts, einen Invaliditätsgrad von 0 % ( Urk. 11/165).

### **E. 3.2.1**

Die der Verfügung vom 24. Juli 2019 ( Urk. 11/217) zugrundeliegende relevante Aktenlage präsentierte sich wie folgt:

### **E. 3.2.2**

Mit Schreiben vom 11. September 2018 ( Urk. 11/194) wies die den Beschwerdeführer behandelnde Dr. B. \_\_\_ auf eine seit der letzten Beurteilung im Jahre 2012 wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers hin. Er müsse bezüglich der Wohnsituation begleitet und unterstützt werden, vor allem auch im administrativen Bereich. Allein wohnend sei er nur noch depressiv gewesen, habe sich zurückgezogen und sich und die Wohnung vernachlässigt, dies trotz andauernder medikamentöser Behandlung. Mit anderen Leuten entstünden immer wieder Konfliktsituationen, weil er provoziert werde und das schlechte Benehmen anderer kritisiere. Er könne sich dabei nicht adäquat wehren, leide und ziehe sich vollständig zurück. Der körperliche Zustand habe sich auch verschlechtert, indem die Hypertonie und der Stoffwechsel medikamentös behandelt werden müssten. Dr. B. \_\_\_ befürwortete eine regelmässige Teilzeitarbeit von etwa 50 % im geschützten Rahmen. Aufgrund des psychischen Zustandes sei auch eine angepasste Tätigkeit nicht mehr zu 100 % zumutbar. Diverse Versuche, selbständig eine Arbeit zu finden, seien immer misslungen. Aufgrund der ADHS sei es wichtig, dass die Arbeit abwechslungsreich wäre. Aus ihrer Sicht sei heute eine Teilberentung angezeigt.

In ihrem zuhanden der Beschwerdeführerin erstellten Bericht vom 28. September 2018 ( Urk. 11/198) diagnostizierte die Behandlerin eine rezidivierende depressive Episode, bestehend seit Jahrzehnten, sowie eine ADHS im Erwachsenenalter ( Ziff. 2.5).

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit blieben laut Dr. B. \_\_\_ die arterielle Hypertonie, die Zuckerstoffwechselstörung, der Diabetes Mellitus und die Fettstoffwechselstörung ( Ziff. 2.6). Seit Herbst 2017 konsumiere der Beschwerdeführer auch keine Suchstoffe mehr ( Ziff. 2.1), weshalb Dr. B. \_\_\_ einen Status nach Substanzmissbrauch (Kokain, Cannabis, Tabak, Alkohol) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festhielt ( Ziff. 2.6). 2016 sei eine Verwahrlosungsmeldung erfolgt. Heute bestehe eine betreute Wohnsituation ( Ziff. 2.1). Der Beschwerdeführer lebe zurückgezogen und gehe wenig nach draussen. Unter Verweis auf ihr Schreiben vom 11. September 2018 hielt Dr. B. \_\_\_ fest, dass es oft zu Konflikten komme. Der Beschwerdeführer leide an Schlafstörungen. Zurzeit sei er erfreulicherweise wieder sportlich aktiver ( Ziff. 2.2). Unter den erhobenen objektiven Befunden führte sie einzig auf, dass der Beschwerdeführer allgemein gequält und «abgelöscht» wirke und sich mehr heitlich von Kontakten zu Menschen zurückziehe. Die durchgeführte testpsychologische Untersuchung (Hamilton DepressionScale Testung) habe einen Wert von 14 Punkten (entsprechend einer leichten Depression) ergeben ( Ziff. 2.4). Der Beschwerdeführer suche seit Jahren eine Teilzeitarbeit und habe keine gefunden. In einer angepassten Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % zurzeit realistisch ( Ziff. 2.7). Der Beschwerdeführer sei sehr motiviert, die Arbeit sollte aber abwechslungsreich sein ( Ziff. 4.3). Er reagiere extrem auf Provokationen und schlechtes Benehmen anderer Menschen, so entstünden Streitigkeiten ( Ziff. 4.4). Er komme alle zwei Wochen zu ihr in die Behandlung ( Ziff. 1.2). Er werde konstant medikamentös und durch Gesprächstherapie unterstützt, jedoch wirke sich die negative Umweltsituation wieder negativ auf die Gesundheit aus ( Ziff. 2.8). Er verfüge über Ressourcen, die für eine Eingliederung hilfreich sein könnten, so spreche er drei Sprachen, sei kontaktfreudig und sehr hilfsbereit und verfüge über eine soziale Ader ( Ziff. 3.5). Dr. B. \_\_\_ befand es als wichtig, dass er eine geregelte, gute Arbeit hätte ( Ziff. 5).

### **E. 3.2.3**

Im Abschlussbericht des Teamleiters der C.\_\_\_\_, Stiftung H.\_\_\_\_, vom 28. März 2018 berichtete dieser über die Betreuung und Beschäftigung des Beschwerdeführers im Zeitraum von Oktober 2017 bis März 2018 (Urk. 11/196/1-2). Der Beschwerdeführer habe während der ersten zwei Monate in der Regel zwei der drei vereinbarten Beschäftigungsnachmittage wahrgenommen, habe motiviert und engagiert gewirkt und habe sich, trotz eines anfänglichen Konfliktes mit einem anderen Teilnehmer, in die Gruppe integrieren können. Ab senzen habe er aber nicht angemeldet und sei der Tagesstätte unangemeldet fern geblieben. Bei Fernbleiben habe er oft nicht kontaktiert werden können (S. 1). Produktionsabläufe habe er nach seinen Vorstellungen gestalten wollen. Er habe mehrfach die Abläufe in Frage gestellt und seine Ideen zwingend umzusetzen versucht. Während der Abläufe habe er teilweise hektisch gewirkt und habe nach kurzer Anleitung angegeben, alles verstanden zu haben. Seine Arbeitsergebnisse seien von akzeptabler Qualität gewesen. Per Dezember 2017 seien seine Präsenzzeiten eingebrochen, vermutlich im Zusammenhang mit dem Austritt aus dem betreuten Wohnen nach einem Konflikt und der damit verbundenen ungeklärten Wohnsituation sowie der Krankheit seines Vaters und seines Besuches bei diesem in Algerien. Er habe sich nicht an die Absprache gehalten, sich zu melden, ein Kontakt sei nicht möglich gewesen. Nachdem er am 24. Januar 2018 telefonisch erreicht werden konnte, habe er unregelmässig und tageweise an der Tagesstruktur teilgenommen. Er habe sich nur selten und mit widersprüchlichen Angaben angemeldet. So habe er als Entschuldigung mehrfach angeführt, in eine neue Wohnung umzuziehen, sei dann aber beim Einkauf angetroffen worden, worauf er sich in Ausreden geflüchtet habe. Aufgrund der Gesamtsituation habe man die Kostengutsprache für das Beschäftigungsprogramm per Ende März 2018 auslaufen lassen müssen (S. 2).

#### **E. 3.2.4**

Der zuständige Sozialarbeiter vom I.\_\_\_\_ berichtete am 8. September 2018 über den Beschwerdeführer, der seit dem 10. Februar 2018 mit zwei weiteren Bewohnern in einer Männer-Wohngemeinschaft wohne. Seine psychische Verfassung habe sich seit dem Eintritt verschlechtert. Die Tagesstruktur werde von seiner psychischen Verfassung bestimmt. Er verbringe die meiste Zeit in seinem Zimmer, es fehle ihm die Kraft, in Bewegung zu kommen. Vereinbarte Termine könne er teilweise nicht wahrnehmen. Er erwähne auch Vorfälle, die seine Mitbewohner ihm antun würden, da sie etwas gegen ihn zu haben schienen, so zum Beispiel, dass sie ihm etwas in sein Kaffeepulver mischten, dass sie Gas ausströmen liessen und die Fenster schlössen, ausser ihren eigenen und, dass sie ihm den Internetzugang blockierten. Seine Ausführungen gingen gemäss dem Sozialarbeiter in Richtung Wahnvorstellungen oder Verfolgungswahn. Seine Körperpflege sei hingegen einwandfrei. Auch halte er sein Zimmer sauber und aufgeräumt. Nach anfänglicher Offenheit gegenüber seinen Mitbewohnern habe er sich sehr zurückgezogen, dies aufgrund der durch ihn geschilderten Situationen. Seine Pflichten in der Wohngemeinschaft nehme er nur noch bedingt wahr und mache dies davon abhängig, ob seine Mitbewohner sich an die Abmachungen hielten. Aus eigenem Antrieb unternähme er keine Bestrebungen, sich eine Beschäftigung zu suchen. Ein erneuter Start in der C.\_\_\_\_ käme für ihn nicht mehr in Frage. Für eine selbständige Wohnungssuche fehlten ihm die Strukturen, Kraft oder Ressourcen (Urk. 11/196/3).

#### **E. 3.2.5**

In seiner Stellungnahme vom 8. November 2018 hielt RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass der Bericht der behandelnden Kinder- und

Jugendpsychiaterin Dr. B.\_\_\_\_ vom 28. September 2018 keine nachvollziehbaren Gründe (weder diagnostisch noch befundmässig noch anamnestisch) für eine Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustandes angebe. Daran ändere auch ihr Schreiben vom 11. September 2018 nichts (Urk. 11/202/4).

#### **E. 3.2.6**

Vor diesem Hintergrund verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 2. April 2019 einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und hielt fest, dass sich aus den neu vorliegenden medizinischen Unterlagen keine wesentliche Veränderung ergebe. Eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes könne nicht nachvollzogen werden. Es sei weiterhin davon auszugehen, dass bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Hilfsarbeitertätigkeit ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielt werden könne (Urk. 11/209).

#### **E. 4**

ff.).

#### **E. 4.1**

Im Zusammenhang mit der Neuanschuldung vom Januar 2022 liegen folgende medizinischen Berichte vor:

#### **E. 4.2**

Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die den Beschwerdeführer neu seit Februar 2020 behandelt, berichtete am 24. März 2022 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/241; vgl. auch ihr Bericht vom 13. September 2021 zuhanden des Migrationsamtes in Urk. 11/261/1 = Urk. 11/238/23). Dabei nannte sie als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anamnestisch eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0), eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) sowie die Differentialdiagnosen (DD) einer schizoaffektiven Störung (ICD-10 F25) und einer bipolaren affektiven Störung (ICD-10 F31; Ziff. 2.5). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit blieben laut Dr. K.\_\_\_\_ ein Status nach sonstiger psychischer und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20), ein Status nach sonstiger psychischer und Verhaltensstörung durch Kokain (ICD-10 F14) sowie ein Status nach sonstiger psychischer und Verhaltensstörung durch Cannabinoide (ICD-10 F12; Ziff. 2.6).

Nach seinem Aufenthalt in Algerien von Februar bis Spätsommer 2021, seine Eltern seien kurz hintereinander in Algerien verstorben, habe sich der Beschwerdeführer wieder bei ihr gemeldet (Ziff. 2.1). Gegenwärtig stehe er alle zwei bis drei Wochen bei ihr in Behandlung (Ziff. 1.2) und erhalte Ritalin und Venlafaxin (Ziff. 2.3). Aktuell beständen sehr wechselnde psychische Symptome mit starken Schwankungen. Phasenweise habe er viele Ideen und Gedanken, sei angetrieben, sehr gesprächig und aktiv. Dann ziehe er sich wieder zurück und sei traurig. Es beständen eine Impulsivität, eine Gereiztheit, eine deutlich verminderte Stresstoleranz, Konzentrationsstörungen und ein verschobener Tag-Nachtrhythmus mit vermehrtem Schlaf tagsüber (Ziff. 2.2). Dr. K.\_\_\_\_ führte unter den objektiven Befunden auf Basis ihrer Untersuchungen einen wachen, bewusstseinsklaren und allseits orientierten Patienten, der im Kontaktverhalten etwas misstrauisch, aber sehr gesprächig sei, auf. Er beschreibe Konzentrationsstörungen und eine Vergesslichkeit. Es bestehe keine Auffassungsstörung, im formalen Denken sei er umständlich, sprunghaft und

leicht vorbeirend, aber geordnet. Im inhaltlichen Denken sei er misstrauisch mit fraglichen Verfolgungs ideen (so fühle er sich teils kontrolliert und habe in der Vergangenheit gedacht, dass Kameras in seinem Zimmer installiert seien). Es bestünden weder Halluzinationen noch Ich-Störungen, optische Illusionen seien fraglich. Die Grundstimmung sei leicht bedrückt und oft gereizt bei erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit. Es lägen eine Freud-, Motivations- und Lustlosigkeit so wie eine Impulsivität vor. Im Antrieb sei der Beschwerdeführer reduziert, und es bestehe eine erhöhte Erschöpfbarkeit. Es liege ein sozialer Rückzug vor, der Beschwerdeführer sei am liebsten allein. Er möge keine Menschen. Es lägen paranoid anmutende Ängste vor. Es werde ein verschobener Tag-Nachtrhythmus mit vermehrtem Schlaf beschrieben. Weder sei der Beschwerdeführer suizidal noch liege einer Fremdgefährdung vor. Die Krankheitseinsicht sei gegeben ( Ziff. 2.4).

Dr. K.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jedwede Tätigkeit seit dem 1 0. März 2020 bis 2 2. Januar 2021 und hernach nach seiner Rückkehr aus Algerien wiederum eine solche ab 1 3. September 2021 bis 3 1. Januar 202 2. Während der Zeit seines Aufenthaltes in Algerien hätten keine Konsultationen stattgefunden und seine dementsprechend auch keine Krank schreiben durch sie erfolgt . Vom 1. Februar bis 3 1. März 2022 attestierte sie dem Beschwerdeführer eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit. Ab dem 1. April 2022 möchte dieser versuchen, eine 30%ige Arbeitsfähigkeit zu erlangen ( Ziff. 1.3). Gefragt nach der Prognose der Arbeitsfähigkeit hielt Dr. K.\_\_\_\_ fest, sie gehe nicht davon aus, dass in absehbarer Zeit eine (volle) Arbeitsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt erreicht werden könne. Der Beschwerdeführer sei zwar bei der Arbeitslosenversicherung angemeldet und auf Arbeitssuche, sie erachte aber die Chance auf eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt als schlecht. Die Symptomatik bestehe mittlerweile seit vielen Jahren, und der Beschwerde führer sei seit vielen Jahren nicht mehr arbeitstätig. Eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt erachte sie als schwierig, zumal dem Beschwerdeführer soziale Kontakte sehr schwerfielen und er misstrauisch sei. Positiv sei, dass er motiviert sei und arbeiten möchte. Sinnvoll und möglich sei ihrer Ansicht nach eine niedrigprozentige, einfache, angepasste Tätigkeit in einem wohlwollenden Umfeld, ohne Druck, ohne hohe Anforderungen und ohne Kundenkontakt. De facto entspräche dies einer Tätigkeit im zweiten Arbeitsmarkt ( Ziff. 2.7). Eine solche angepasste Tätigkeit, wohl eher eine im zweiten Arbeitsmarkt, wäre aktuell zwei Stunden pro Tag zumutbar ( Ziff. 4.2). Die ambulante, alle zwei bis drei Wochen durchgeführte Therapie sowie die psychopharmakologische Medikation seien fortzuführen ( Ziff. 2.8). Als Funktionseinschränkungen seien die deutlich verminderte Stresstoleranz, die Impulsivität, die erhöhte Erschöpfbarkeit, die Konzentrationsstörungen, die Schwierigkeiten in sozialen Interaktionen und das Misstrauen gegenüber Menschen zu erwähnen ( Ziff. 3.4). Für die Eingliederung hilfreich sei, dass der Beschwerdeführer arbeiten möchte ( Ziff. 3.5). Dr. K.\_\_\_\_ empfahl dringend die Ausrichtung einer Rente ( Ziff. 4.3).

#### **E. 4.3.1**

Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstatte te am 2 1. Juli 2023 im Auftrag der Beschwerdegegnerin sein psychiatrisches Gut achten und nannte gestützt auf die ihm zur Verfügung gestellten Akten (S. 5 ff. Ziff. 2) und seine anlässlich der Untersuchung vom 2 1. Juni 2023 erhobenen anamnesticen Angaben und Befunde (S. 8 ff. Ziff. 3 und 4) sowie gestützt auf die Ergebnisse der durchgeführten testpsychologischen

Untersuchungen (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale ; MADRS, und Mini-ICF-APP; S. 12 f. Ziff. 4.3) als Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4). Die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, bestehend seit der Kindheit (ICD-10 F90), sowie die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Cannabinoide und durch Kokain blieben laut Dr. L. \_\_\_ beim gegenwärtig abstinenten Beschwerdeführer ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 15 Ziff. 6.3).

#### **E. 4.3.2**

Unter den spontanen Angaben im Rahmen eines offenen Interviews hielt der Gutachter fest, der Beschwerdeführer habe angegeben, dass es ihm manchmal gar nicht gut gehe, manchmal aber sehr gut. Er sei allgemein gerne alleine zu Hause, er habe Menschen nicht gerne und hasse Betrüger. Wenn es ihm schlecht gehe, bleibe er zu Hause, schlafe oder schaue fern, rede mit sich selber, halluziniere aber nicht. Er sei schnell nervös und explodiere schnell. Er konsumiere seit ein paar Jahren keine Drogen oder Alkohol mehr, denke an seinen Sohn. Schlecht gehe es ihm insbesondere, wenn er an seine Zukunft denke und sehe, was andere verdienen. Vor zwei oder zweieinhalb Monaten habe er angefangen, bei der Stiftung D. \_\_\_ nachmittags für vier Stunden in der Elektronik zu arbeiten. Vor etwa eineinhalb bis zwei Monaten habe er aufgehört, Ritalin einzunehmen, da er viele Medikamente einzunehmen habe. Wenn er Ritalin einnehme, könne er sich besser konzentrieren und auch besser Deutsch sprechen. Sein Sohn besuche ihn manchmal einmal pro Woche, manchmal komme er auch für zwei bis drei Wochen nicht, doch rufe er ihn oft an (S. 8 f. Ziff. 3.1).

#### **E. 4.3.3**

In der vertieften Befragung habe der Beschwerdeführer angegeben, ein «turbulentes», unruhiges Kind mit viel Energie gewesen zu sein. Sein Vater habe ihn oft geschlagen. Er sei schon jung von Zuhause weggezogen, habe draussen geschlafen, sei ab dem 10. oder 11. Altersjahr häufig von Zuhause weggegangen. Er habe dann angefangen zu kiffen, zu rauchen und Alkohol zu trinken. In der Schule und auch im Militär sei es zu Problemen gekommen, da er «turbulent» gewesen sei (habe Schlägereien gehabt, habe nicht gehorcht, Probleme gemacht). Seit ein paar Jahren konsumiere er aber keine Suchtmittel mehr. Er habe sein Leben nun teilweise im Griff. Eine Arbeitsstelle habe er nicht gefunden, da er Depressionen habe, aber auch wegen seinem Alter. Die jetzige Arbeit bei der Stiftung D. \_\_\_ gefalle ihm, man sei zufrieden mit ihm. Er arbeite dort alleine, weil er «mit anderen Leuten viele Gedanken im Kopf habe». Er gehe regelmässig arbeiten, sei aber zwei- bis dreimal nicht arbeiten gegangen, weil es ihm schlecht gegangen sei und er nur habe schlafen wollen. Er sei extrem verletzlich, wenn man über ihn spreche. Er rede am Arbeitsplatz nicht, sitze auch in der Pause alleine. Er wolle die Arbeit nicht verlieren. Nach der Arbeit gehe er nach Hause, koche, Kochen sei sein Hobby, schaue TV und gehe um 1 Uhr ins Bett, wenn er arbeite. Er schlafe jetzt besser. Wenn er nicht zur Arbeit müsse, schlafe er bis spät in den Nachmittag. Er wisse nicht warum, er sei gerne im Bett. Der Fernseher sei alles für ihn, er schaue alles. Manchmal gehe er joggen, er gehe aber nicht jeden Tag nach draussen, gehe nur einkaufen und dann wieder nach Hause. Er habe keine Freunde, habe Kontakte über WhatsApp oder Messenger mit einer Schwester und einem Bruder in Algerien. Er könne sich vorstellen, vier Stunden pro Tag in einer Firma zu arbeiten. Er wolle alles auf die Reihe bringen, habe Beteiligungen, Schulden, bezahle 50 Franken pro Monat. Er könne sich vorstellen, die Taxiprüfung zu machen. Er fühle sich wie

ein Mensch, seit er bei der Stiftung D.\_\_\_\_ arbeite, gehe stolz von der Arbeit nach Hause. Er wolle nicht vom Sozialamt leben (S. 9 ff. Ziff. 3.2).

#### **E. 4.3.4**

Zur Verhaltensbeobachtung führte der Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei pünktlich zum abgemachten Termin ohne Begleitung erschienen und habe den Gutachter freundlich und zuvorkommend begrüsst und dabei weder ängstlich noch angespannt gewirkt (S. 12 Ziff. 4.1). Zu den Untersuchungsbefunden hielt der Gutachter fest, der Beschwerdeführer habe anlässlich der Untersuchung ordentlich gepflegt, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewirkt und habe klare und präzise Antworten auf die gestellten Fragen in Bezug auf seine Lebensgeschichte und Krankheitsentwicklung gegeben, flüssend, ohne Verzögerung, lückenfrei und ohne Konfabulationstendenzen, was auf unauffällige Gedächtnisfunktionen, Konzentrationsvermögen, Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit hindeute. Im formalen Denken habe er sich geordnet präsentiert, ohne Hinweise auf Gedankeneinengung, Gedankengrübeln, Phobien und Zwänge. Inhaltlich hätten sich keine Hinweise auf Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen ergeben. Stimmungsmässig sei er ausgeglichen gewesen, die affektive Schwingungsfähigkeit sei erhalten gewesen. Er habe sich affektiv modulierbar gezeigt, ein affektiver Rapport sei gut herstellbar gewesen. Antrieb und Motorik seien unauffällig gewesen, und es hätten sich keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung ergeben (S. 12 Ziff. 4.3).

Die durchgeführte MADRS habe eine Gesamtpunktzahl von 0 ergeben, was auf keine depressive Symptomatik mit Krankheitswert hindeute. Aufgrund des Mini-ICF-APP könne angesichts der anamnestischen Angaben von einer mittel schweren Beeinträchtigung der Gruppenfähigkeit ausgegangen werden. In den weiteren Bereichen seien keine namhaften Beeinträchtigungen festzustellen (S. 12 f. Ziff. 4.3).

#### **E. 4.3.5**

Dr. L.\_\_\_\_ hielt in seiner medizinischen Beurteilung fest, aufgrund der erhobenen anamnestischen Angaben und der zur Verfügung gestellten medizinischen Akten ergäben sich beim Beschwerdeführer keine Hinweise auf eine genetische Vorbelastung für die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen. Die frühe Kindheit sei ohne aussergewöhnliche traumatische Ereignisse oder Hinweise auf eine emotionale Verwahrlosung verlaufen, womit die Entstehung eines schwerwiegenden, strukturellen Persönlichkeitsdefizits im Sinne einer Persönlichkeitsstörung in der frühen Kindheit ausgeschlossen werden könne. In der Grundschule in Algerien seien allerdings Verhaltensauffälligkeiten aufgetreten (Hyperaktivität, dissoziales Verhalten), was unter Mitberücksichtigung der anamnestisch erhobenen verbesserten Konzentrationsfähigkeit unter Ritalin auf eine ADHS in der Kindheit hindeute. Auch während des Militärdienstes habe er zum Teil dissoziatives Verhalten aufgewiesen. Nach dem Tod seiner Ehefrau 2005 könne beim Beschwerdeführer von der Entwicklung einer schweren Alkohol- und Cannabisabhängigkeit bei vorbestehendem schädlichen Gebrauch ausgegangen werden. Obschon aktenmässig 2008/2009 nach der Rückbildung der depressiven Symptomatik von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne, sei der Beschwerdeführer keiner Arbeit mehr nachgegangen. Anamnestisch und aktenmässig seien in den letzten Jahren keine Suchtmittelabstürze mehr zu verzeichnen gewesen. Auch die durchgeführten Laboruntersuchungen anlässlich der Exploration vom 21. Juni 2023 bestätigten sowohl die Abstinenz von psychotropen Substanzen als auch von Alkohol (vgl. Urk. 11/262/19). Das

verordnete Antidepressivum Venlafaxin habe gemäss durchgeführter Blutanalyse im therapeutischen Bereich gelegen (vgl. Urk. 11/262/18). Es könne von einer nachgewiesenen Therapiecompliance aus gegangen werden. Unter den etablierten therapeutischen Massnahmen habe sich die depressive Symptomatik zurückgebildet und gegenwärtig könne von einer Remissionsphase einer doch rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden. Abgesehen von der regelmässigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung habe die Sicherstellung der Tagesstruktur durch vierstündige Arbeit im geschützten Rahmen zur Besserung des psychischen Zustandes und des Selbstwertgefühls des Beschwerdeführers beigetragen. Aufgrund der festgestellten einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung könne beim Beschwerdeführer allerdings auch von anhaltenden Störungen der sozialen Fertigkeiten ausgegangen werden, die in der Vergangenheit zu zahlreichen zwischen menschlichen Konflikten geführt hätten. Sonst sei beim Beschwerdeführer kein anhaltend auffälliges Verhaltensmuster bezüglich der Emotionen, Wahrnehmungen der Umwelt und sich selbst festzustellen, auch keine anhaltenden Störungen der Affekt- und Impulskontrolle, womit die schwerwiegenden strukturellen Persönlichkeitsdefizite im Sinne einer Persönlichkeitsstörung oder einer andauernden Persönlichkeitsänderung ausgeschlossen werden könnten. Anlässlich der Exploration vom 21. Juni 2023 habe sich der Beschwerdeführer in psychopathologischer Hinsicht unauffällig präsentiert und bei unauffälligen psychokognitiven Funktionen könne ihm gegenwärtig keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die ideal angepasste Tätigkeit attestiert werden. Der Beschwerdeführer lebe seit einigen Jahren allein, pflege allerdings regelmässig Kontakt zu seinem Sohn sowie telefonische Kontakte zu zwei Geschwistern in Algerien. Eine soziale Isolation sei auszuschliessen. Finanziell sei er vom Sozialamt abhängig, berichte über Betreibungen, die er regelmässig, wenn gleich symbolisch, abbezahle, was für seine Persönlichkeitsressourcen und entsprechende Wahrnehmung der gesellschaftlichen Normen spreche (S. 13 f. Ziff. 6.1).

#### **E. 4.3.6**

Die erhobenen Untersuchungsbefunde stimmten mit den anamnestischen Angaben bezüglich des Aktivitätsniveaus überein. Das Ausmass der geschilderten psychischen Beschwerden stimme mit der Inanspruchnahme der therapeutischen Massnahmen überein. Bei der Anamneseerhebung seien keine Widersprüchlichkeiten festzustellen. Es seien aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für ideal angepasste Tätigkeiten festzustellen (S. 14 f. Ziff. 6.2).

#### **E. 4.3.7**

Unter der etablierten therapeutischen Massnahme inklusive regelmässige Gesprächstherapie und antidepressive psychopharmakologische Behandlung mit anschliessender Sicherstellung der Tagesstruktur im Sinne der soziotherapeutischen Massnahme habe sich die psychische Verfassung des Beschwerdeführers sowohl subjektiv als auch objektiv gebessert. Unter der etablierten therapeutischen Massnahme und erhaltener Tagesstruktur sei von einer guten Prognose bezüglich der langfristigen psychischen Stabilisierung des Beschwerdeführers und Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit auf freiem Arbeitsmarkt für Tätigkeiten ohne viele soziale Kontakte auszugehen (S. 15 Ziff. 7.1). Betreffend die Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen hielt der Gutachter fest, dass beim Beschwerdeführer von mindestens durchschnittlicher Intelligenz, sehr guten Deutsch- und Französischkenntnissen, gegenwärtig erhaltener Tagesstruktur, vollständig erhaltener Fähigkeit zur Fürsorge, starkem Verantwortungsgefühl gegenüber seinem Sohn und

erhaltener Reisefähigkeit ausgegangen werden könne. Als psychosoziale Belastungen seien die finanzielle Knappheit und Schulden sowie die Arbeitslosigkeit zu nennen (S. 15 Ziff. 7.2).

#### **E. 4.3.8**

Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 % (angestammt und angepasst), wobei zwecks Erhaltung die bereits etablierten therapeutischen Massnahmen konsequent fort gesetzt werden sollten. Weder aktenmässig noch anamnestisch habe die postulierte schizo-affektive Störung oder bipolare affektive Störung nach gewiesen werden können (S. 15 f. Ziff. 8.1-8.3).

Die psychische Verfassung des Beschwerdeführers habe sich im Längsschnitt seit der Verfügung von 2012 nicht nachhaltig verschlechtert. Aufgrund der aktenmässig dokumentierten mehreren depressiven Episoden könne in diagnostischer Hinsicht von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden, allerdings mit längeren Remissionsphasen. Im Längsschnitt könne daher keine depressiv bedingte Einschränkung attestiert werden. Aufgrund der festgestellten ADHS mit mittelschweren Störungen der sozialen Fertigkeiten (Gruppenfähigkeit) seien dem Beschwerdeführer berufliche Tätigkeiten ohne viele zwischenmenschlichen Kontakte und in einem kleinen Team zu empfehlen (S. 16 Ziff. 8.4).

#### **E. 4.4**

RAD-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 31. Juli 2023 das psychiatrische Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ für nachvollziehbar und plausibel, weshalb darauf abgestellt und von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne. Neben der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), nannte er auch die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) sowie die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Cannabinoide und Kokain, gegenwärtig abstinent, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Gruppenfähigkeit sei mittelgradig eingeschränkt. Das Belastungsprofil umschrieb er wie folgt: Der Beschwerdeführer sollte einer klar vorstrukturierten, routinierten Tätigkeit nachgehen, dies idealerweise in einem wohlwollenden und wertschätzenden Umfeld, ohne Zeit- und Leistungsdruck und mit der Möglichkeit, Pausen einzulegen. Auch sollte ein emotional beanspruchendes oder konfliktreiches Arbeitsklima vermieden werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schienen derzeit keine signifikanten funktionellen Leistungseinschränkungen zu bestehen (Urk. 11/263/7-8).

#### **E. 4.5**

Am 1. Dezember 2023 nahm die behandelnde Psychiaterin Dr. K.\_\_\_\_ zum Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ Stellung (Urk. 11/277). Sie hielt dabei abweichend vom Gutachten fest, dass aktuell eine leichte depressive Störung bei einer rezidivierenden Störung vorliege. Zudem habe die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung einen deutlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, habe der Beschwerdeführer doch Schwierigkeiten, sich längere Zeit zu konzentrieren und zu fokussieren, sei schneller ablenkbar, gereizt und rascher erschöpft. Zudem bestünden eine Impulsivität und Neigung zu Wut und Streitigkeiten. Auch sei er leicht kränkbar. Neu stellte Dr. K.\_\_\_\_ die Verdachtsdiagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und ängstlich vermeidenden Zügen, die sich in den interpersonellen Schwierigkeiten zeige. Es bestehe ein grosses Misstrauen anderen Menschen gegenüber, und er sei überzeugt, dass man schlecht über ihn denke und spreche

und ihn beobachte. Aus diesem Grund habe er kaum soziale Kontakte. Er habe grosse Mühe mit Kritik und Zurückweisung. Er habe als Kind jahrelange psychische und physische Gewalt durch den Vater und eine emotionale Vernachlässigung erlebt, was eine Traumatisierung darstelle und sicher seine Persönlichkeitsentwicklung negativ beeinflusst habe. Anders als der Gutachter attestiere sie dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % in einer sehr angepassten Tätigkeit. Dabei sei der Beschwerdeführer auf ein wohlwollendes Arbeitsumfeld ohne Druck und ohne Kundenkontakt mit wenig Teamkontakt angewiesen. Dabei seien allfällige psychosoziale Belastungsfaktoren ausgeklammert worden. Eine 100%ige Arbeitstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei unrealistisch und weder dem Beschwerdeführer noch einem potentiellen Arbeitgeber zumutbar.

#### **E. 4.6**

Mit E-Mail vom 5. Februar 2024 berichtete der Abteilungsleiter Elektronik der Stiftung D.\_\_\_\_, bei welcher der Beschwerdeführer zu 50 % im 2. Arbeitsmarkt arbeitet, auf Fragen der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Dabei hielt er fest, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers derjenigen im 2.

Arbeitsmarkt entspreche und ihm die Integration in ein Team schwerfalle. Durch seine Selbstisolation und seinen intrinsischen Stress, was zu Flüchtigkeitsfehlern und Selbstüberschätzung führe, sei der Beschwerdeführer seiner Ansicht nach nicht fähig, im ersten Arbeitsmarkt zu arbeiten ( Urk. 3).

#### **E. 4.7**

In ihrer an die Rechtsvertretung des Beschwerdeführers gerichteten E-Mail vom 7. Februar 2024 hielt Dr. K.\_\_\_\_ fest, dass sie von einem Beruf mit erhöhter Verantwortung dringend abräte und generell keinen Beruf mit Kundenkontakt und Stress empfehle ( Urk. 7).

#### **E. 5.1**

Bei der Anspruchsverneinung im Juli 2019 lagen in diagnostischer Hinsicht eine rezidivierende depressive Störung, aufgrund der von der damals behandelnden Dr. B.\_\_\_\_ durchgeführten testpsychologischen Untersuchung in einem leicht gradigen Ausmass, sowie eine ADHS vor. Der Beschwerdeführer wirkte gemäss Dr. B.\_\_\_\_ allgemein gequält und «abgelöscht» und zog sich mehrheitlich von Kontakten zu Menschen zurück. Er wurde als eine Person, die extrem auf Provokationen und schlechtes Benehmen anderer Menschen reagiere, beschrieben, so dass es zu Konflikten und Streitigkeiten komme. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lag ein Status nach Substanzmissbrauch (Alkohol, Cannabis, Kokain, Tabak) vor, da der Beschwerdeführer seit Herbst 2017 keine Suchtstoffe mehr konsumiere (vgl. vorstehend E. 3.2.2). Der RAD-Arzt und gestützt darauf die Beschwerdegegnerin verneinten eine relevante Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber 2012 und gingen weiterhin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Hilfs arbeitertätigkeit aus (vorstehend E. 3.2.5 und E. 3.2.6). Bereits 2012 wurden eine rezidivierende depressive Störung, damals gegenwärtig remittiert, und eine ADHS diagnostiziert, wobei die beschriebene Stressintoleranz, die eingeschränkte Belastbarkeit und Konzentration sowie die Ablenkbarkeit als durch die Behandlung mit Ritalin behebbar beurteilt wurden und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (möglichst ruhiger Arbeitsplatz, Vermeidung von Hektik und Terminstress) bei konsequenter Medikation postuliert wurde (vorstehend E. 3.1.2).

## **E. 5.2**

Gestützt auf die Beurteilung durch die seit Februar 2020 behandelnde Psychiaterin Dr. K. \_\_\_ lagen bei der Neuanschuldung 2022 neben der bekannten ADHS und der durch Dr. K. \_\_\_ als leicht- bis mittelgradig schwer beurteilten depressiven Problematik nunmehr die Differentialdiagnosen einer schizo affektiven Störung und einer bipolaren affektiven Störung im Raum. Zur Klärung der definitiven Diagnosen als auch der funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers angesichts der durch Dr. K. \_\_\_ postulierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit veranlasste die Beschwerdegegnerin die psychiatrische Begutachtung durch Dr. L. \_\_\_ (vgl. Urk. 11/263/6), der sich insbesondere auch zu der vorliegend massgebenden Frage einer Veränderung des Gesundheitszustandes zu äussern hatte (vgl. Urk. 11/255/3).

## **E. 5.3**

Dr. L. \_\_\_ nannte in seinem Gutachten als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (vorstehend E. 4.3.1). Dabei stützte er sich auf die durch ihn erhobenen Untersuchungsbefunde, gemäss welchen sich der Beschwerdeführer psychopathologisch unauffällig präsentiert habe. Dieser sei stimmungsmässig ausgeglichen gewesen mit affektiv gut erhaltener Schwingungsfähigkeit. Ein affektiver Rapport sei gut herstellbar gewesen, Antrieb und Motorik unauffällig. Bewusstseinsklar und allseits orientiert habe er präzise und klar auf Fragen zur Lebensgeschichte und Krankheitsentwicklung geantwortet, weshalb auf unauffällige Gedächtnisfunktionen, Konzentrationsvermögen, Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit zu schliessen sei. Weder konnte Dr. L. \_\_\_ Hinweise auf Gedankeneinengung, Gedankenrübeln, Phobien oder Zwänge noch auf Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen erheben. Auch die zusätzlich durchgeführten testpsychologischen Untersuchungen deuteten auf keine depressive Symptomatik hin (MADRS) bzw. liessen einzig eine mittelschwere Beeinträchtigung der Gruppenfähigkeit erkennen (Mini-ICF-APP; vorstehend E. 4.3.4). Unter der etablierten therapeutischen Massnahme inklusive regelmässiger Gesprächstherapie und antidepressiver psychopharmakologischer Behandlung habe sich die depressive Symptomatik zurückgebildet, so dass gegenwärtig von einer Remissionsphase ausgegangen werden könne. Hierzu habe insbesondere auch die Sicherstellung der Tagesstruktur durch vierstündige Arbeit im geschützten Rahmen, die gemäss Aussagen des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 4.3.2) im Frühjahr 2023 aufgenommen worden sei (und damit nach Berichterstattung durch Dr. K. \_\_\_ vom März 2022), beigetragen, die zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls geführt habe (vgl. vorstehend E. 4.3.5). Eine nachhaltige Verschlechterung der psychischen Verfassung seit 2012 konnte der Gutachter daher nachvollziehbar nicht feststellen, vielmehr sprach er von einer subjektiven als auch objektiven Besserung (vgl. vorstehend E. 4.3.7-4.3.8). Die unstrittig seit Jahren vorliegende einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung führte er zwar unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf (vgl. vorstehend E. 4.3.1), hielt indes diesbezüglich ausdrücklich fest, dass der erhobenen mittelgradigen Einschränkung der Gruppenfähigkeit und damit der sozialen Fertigkeiten Rechnung zu tragen sei, so dass der Beschwerdeführer eine Tätigkeit in einem kleinen Team und unter Vermeidung häufiger zwischenmenschlicher Kontakte ausüben sollte (vgl. vorstehend E. 4.3.8). Hiervon ging denn auch der RAD-Arzt Dr. M. \_\_\_ aus, der die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung unter den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufführte und festhielt, dass der Beschwerdeführer einer klar vorstrukturierten, routinierten

Tätigkeit nachgehen sollte, idealerweise in einem wohlwollenden und wertschätzenden Umfeld, ohne Zeit- und Leistungsdruck und mit der Möglichkeit, Pausen einzulegen, und unter Vermeidung eines emotional beanspruchenden oder konfliktreichen Arbeitsklimas (vgl. vorstehend E. 4.4), wo von schliesslich auch die Beschwerdegegnerin ausging.

#### **E. 5.4.1**

Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, verfährt nicht. So lässt sich den Berichten der behandelnden Psychiaterin betreffend die seit Jahren vorliegende depressive Problematik als auch betreffend die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung keine nachvollziehbare, mit objektiven Befunden und funktionellen Einschränkungen untermauerte Begründung einer diesbezüglichen Verschlechterung seit der letzten rentenabweisenden Verfügung entnehmen. Dr. K.\_\_\_\_ spricht denn selbst nur von einer leicht bedrückten Grundstimmung des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 4.2), weshalb sie in ihrer Stellungnahme vom 1. Dezember 2023 (vgl. vorstehend E. 4.5) nunmehr lediglich das Vorhandensein einer leichten depressiven Störung nannte (im Gegensatz dazu hatte sie im Bericht vom 24. März 2022 noch eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert; vgl. vorstehend E. 4.2). Eine solche lag aber laut Bericht der den Beschwerdeführer in der Vergangenheit behandelnden Dr. B.\_\_\_\_ bereits 2018 vor (vgl. vorstehend E. 3.2.2). Inwiefern sich dies bezüglich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verschlechtert haben soll, ist nicht ersichtlich und angesichts der an der Begutachtung erhobenen Befunde nicht erstellt. Dasselbe gilt für die seit Jahren vorliegende einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Die von Dr. K.\_\_\_\_ diesbezüglich genannten Einschränkungen (Stressintoleranz, Konzentrationsstörung, Gereiztheit, Impulsivität, Ablenkbarkeit, Schwierigkeiten in sozialen Interaktionen; vgl. vorstehend E. 4.2 und E. 4.5) bestanden beim Beschwerdeführer bereits im Zeitpunkt der letzten rentenverneinenden Verfügung (vgl. vorstehend E. 3.2.2) wie schon Jahre zuvor und liessen sich unter Einnahme von Ritalin jeweils gut behandeln mit der Folge einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten, die insbesondere den auch durch den Gutachter erhobenen Störungen der sozialen Fertigkeiten (Gruppenfähigkeit) Rechnung zu tragen hatten (vgl. vorstehend E. 3.1.1 und E. 3.1.2). Dr. K.\_\_\_\_ lässt in ihren Berichten jegliche begründete Erklärung vermissen, weshalb diesbezüglich eine relevante Änderung eingetreten sein soll. Vielmehr bleibt diesbezüglich anzumerken, dass sie gemäss ihrem Bericht vom 24. März 2022 den Beschwerdeführer weiterhin mit Ritalin behandelte (vgl. vorstehend E. 4.2). Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung im Juni 2023 schilderte dieser dem Gutachter gegenüber, er habe mit der Einnahme von Ritalin etwa vor eineinhalb bis zwei Monaten aufgehört, da er viele Medikamente ein zunehmen habe. Wenn er Ritalin einnehme, könne er sich aber besser konzentrieren (vgl. vorstehend E. 4.3.2). Vor diesem Hintergrund und angesichts der durch den Gutachter beschriebenen unauffälligen psychokognitiven Funktionen sind diesbezüglich keine weiteren Abklärungen, insbesondere entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 6) keine neuropsychologische Abklärung, vorzunehmen. Bei der ADHS handelt es sich um eine psychiatrische Diagnose. Die Neuropsychologie kann zwar als Hilfswissenschaft dienen, es handelt sich dabei aber nicht um eine gleichwertige fachärztliche Beurteilung eines eigenständigen Fachgebiets. Eine neuropsychologische Testung bzw. eine neuropsychologische Abklärung stellt vielmehr lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_11/2021 vom 16. April 2021 E. 4.2 mit Hinweisen). Eine solche Indikation ist weder dem Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ noch den

Berichten der Behandlerin zu entnehmen.

#### **E. 5.4.2**

Anzumerken bleibt zudem, dass dem Gutachter bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zukommt und es nicht zwingend notwendig ist, dass er fremdanamnestic Angaben einholt, mithin eine Rücksprache mit der Behandlerin, die vorliegend nicht stattgefunden hat, nicht zwingend notwendig ist (Urteile des Bundesgerichts 8C\_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C\_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2). Im Übrigen gilt es auch zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte bzw. behandelnde Fachpersonen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. 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 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte auch nur selten in Frage (BGE 135 V 465 E. 4.5). Die Empfehlung der behandelnden Dr. K.\_\_\_\_, es sei dem Beschwerdeführer eine Rente auszurichten (vgl. vorstehend E. 4.2), widerspiegelt denn auch ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung. Auf welche veränderten Befunde bzw. funktionellen Einschränkungen sie die ursprünglich am 24. März 2022 auf 100 % ab 10. März 2020 bzw. 80 % ab 1. Februar 2022 und 70 % ab 1. April 2022 (vgl. vorstehend E. 4.2) und schliesslich mit Stellungnahme vom 1. Dezember 2023 auf 50 % geschätzte Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.5) stützt, geht - wie bereits erwähnt - aus ihren Berichten nicht hervor. Auf die Angaben der Behandlerin kann nach Gesagtem nicht abgestellt werden. Im Übrigen umschreibt sie das Belastungsprofil identisch wie der Gutachter bzw. die Beschwerdegegnerin (vgl. vorstehend E. 4.2, E. 4.5 und E. 4.7).

#### **E. 5.4.3**

Betreffend die abzuklärenden, durch Dr. K.\_\_\_\_ im Bericht vom 24. März 2022 gestellten Differentialdiagnosen (vorstehend E. 4.2) hielt der Gutachter fest, dass weder aktenmässig noch anamnestisch die postulierte schizo-affektive Störung oder eine bipolare affektive Störung hätten nachgewiesen werden können. Eine psychotische Dekompensation könne aufgrund der anamnestischen Angaben ausgeschlossen werden, obwohl der Beschwerdeführer im Rahmen der Einsamkeit «Selbstgespräche» geführt habe, da Halluzinationen auszuschliessen seien. Zudem sei der Beschwerdeführer nie antipsychotisch psychopharmakologisch behandelt worden. Weiterhin könne von einer seit Jahren bestehenden Cannabis- und Kokainabstinenz ausgegangen werden, weshalb auch drogeninduzierte Psychosen in den letzten Jahren ausgeschlossen werden könnten (Urk. 11/262 S. 16 Ziff. 8.4). Diese Beurteilung blieb in der Folge auch durch Dr. K.\_\_\_\_ unbestritten (vgl. vorstehend E. 4.5). Unstreitig und aktenmässig ausgewiesen ist ferner eine seit Jahren unverändert bestehende Alkohol-, Cannabis- und Kokainabstinenz.

#### **E. 5.4.4**

Soweit der Beschwerdeführer schliesslich rügt, dass der Gutachter habe zur mehrfach gescheiterten Eingliederung des Beschwerdeführers und der daraus sich auf drängenden Rückschlüsse auf die psychische Gesundheit desselben keine Stellung genommen (Urk. 1 S. 6), ist grundsätzlich darauf hinzuweisen, dass die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin und nicht den Fachleuten der Berufsberatung oder der beruflichen Eingliederung obliegt. Mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und der Berufsberatung ist jedoch einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (Urteil des Bundesgerichts 8C\_563/2018 vom 14. November 2018 E. 6.1.1).

Richtig ist, dass sich Dr.

L. \_\_\_ weder mit dem Abschlussbericht des Teamleiters der C. \_\_\_ , Stiftung H. \_\_\_ , vom 28. März 2018 (vgl. vorstehend E. 3.2.3) noch mit der E-Mail vom 5. Februar 2024 des Abteilungsleiters Elektronik der Stiftung D. \_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.6) auseinandersetzte, wobei ihm dies nicht vorgeworfen werden kann, lag ihm doch das erstgenannte Dokument gemäss Aktenauszug in seinem Gutachten (Urk. 11/262 S. 5-8 Ziff. 2) nicht vor und existierte das zweitgenannte Dokument im Zeitpunkt seiner Untersuchung vom 21. Juni 2023 noch gar nicht. Weitere diesbezügliche Abklärungen sind dennoch nicht angezeigt. So gilt es zu beachten, dass es sich bei der Betätigung bei der C. \_\_\_ nicht um eine konkret leistungsorientierte berufliche Abklärung handelte, die rechtsprechungsgemäss mit zu berücksichtigen wäre. Dies zeigen die Ausführungen im Schlussbericht, wonach sich die Angebote der C. \_\_\_ an psychisch beeinträchtigte Erwachsene richten, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung nicht in der Lage seien, regelmässig mindestens halbtags in einem leistungsorientierten Produktionsprozess zu arbeiten. Die C. \_\_\_

bieten ein betreutes Beschäftigungsangebot mit handwerklichen und kreativen Tätigkeiten und Aktivitäten mit sozialer Integration an (Urk. 11/196/1-2 S. 1). Im Übrigen seien die Arbeitsresultate des Beschwerdeführers von akzeptabler Qualität gewesen, und man habe die Kostengutsprache für das Beschäftigungsprogramm aufgrund der Gesamtsituation – der Beschwerdeführer sei mehrfach der Tagesstätte unangemeldet ferngeblieben bzw. habe sich mit widersprüchlichen Aussagen angemeldet – auslaufen lassen müssen. Bei seiner aktuellen Betätigung bei der Stiftung D. \_\_\_ handelt es sich ebenfalls um eine Beschäftigung im zweiten Arbeitsmarkt (vgl. vorstehend E. 4.6) und nicht um eine konkret leistungsorientierte berufliche Abklärung. Weder der Schlussbericht des Teamleiters der C. \_\_\_ noch die E-Mail des Abteilungsleiters Elektronik der Stiftung D. \_\_\_ vermögen daher die gutachterliche Einschätzung in Frage zu stellen.

#### **E. 5.4.5**

Dem Beschwerdeführer kann indes insofern gefolgt werden (Urk. 1 S. 4), als die vom Gutachter in seiner medizinischen Beurteilung festgehaltene frühe Kindheit ohne

aussergewöhnliche traumatische Ereignisse oder Hinweise auf eine emotionale Verwehrlosung in einem Widerspruch zu den festgehaltenen Schilderungen des Beschwerdeführers, er sei von seinem Vater oft geschlagen worden, ab dem 10. oder 11. Altersjahr häufig von Zuhause weggegangen und habe draussen geschlafen, zu stehen scheint (vgl. vorstehend E. 4.3.3 und E. 4.3.5). Richtig ist auch, dass die behandelnde Psychiaterin Dr. K.\_\_\_\_ in ihren Berichten vom 23. März 2022 und 1. Dezember 2023 eine schwierige Kindheit mit Schlägen und sehr schlechter Behandlung durch den Vater (Urk. 11/241 Ziff. 2.1) bzw. eine als Kind erlebte körperliche und psychische Gewalterfahrung durch den Vater sowie emotionale Vernachlässigung (vgl. vorstehend E. 4.5) erwähnte. Diese Kindheitserlebnisse waren den Ärzten, so insbesondere auch der den Beschwerdeführer früher behandelnden Psychiaterin (vgl. Urk. 11/76 Ziff. 3.3; Urk. 11/198 Ziff. 2.1), aber bereits in der Vergangenheit bekannt (vgl. auch Urk. 11/91 S. 2). Inwiefern sich hierbei eine Veränderung in Bezug auf die erhobenen Befunde und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergeben sollte, ist indes nicht ersichtlich.

### **E. 5.5**

Nach Gesagtem kann mit der Beschwerdegegnerin auf das Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ abgestellt werden. Dieses erfüllt die formalen Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Expertisen im Sinne der Rechtsprechung (vgl. vorstehend E. 1.9). Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf eigenen und zusätzlich durchgeführten testpsychologischen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der zur Verfügung gestellten Vorakten (Anamnese) abgegeben. Darüber leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Der Facharzt kam angesichts der erhobenen Befunde nachvollziehbar zum Schluss, dass keine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes feststellbar ist und weiterhin in einer angepassten Tätigkeit eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit besteht. Die vorliegenden Berichte der Behandlerin sind nicht geeignet, die Untersuchungsergebnisse des Gutachters in Zweifel zu ziehen. Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin keine weiteren medizinischen Abklärungen traf und sich auf das Gutachten abstützte. Von der Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens kann daher abgesehen werden (vgl. vorstehend E. 1.8).

Ein Revisionsgrund (vgl. vorstehend E. 1.5) ist somit nicht ausgewiesen. Der angefochtene Entscheid ist rechtsens.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

### **E. 6.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zuzugewähren der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 17) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

### **E. 6.2**

Die Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsvertretung wird gestützt auf §

### **E. 6.3**

Der Beschwerdeführer ist zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet, sobald er dazu in der Lage ist ( § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin in

Saskia Hiltbrunner, Zürich, wird mit Fr. 2'403.85 (inkl. Barauslagen und MWS T) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Tiefenbacher

## **E. 8**

in Verbindung mit § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) nach dem Zeitaufwand und den Barauslagen bemessen. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin reicht dem Gericht hierzu vor dem Entscheid eine detaillierte Zusammenstellung über ihren Zeitaufwand und ihre Barauslagen ein. Im Unterlassungsfall setzt das Gericht die Entschädigung nach Ermessen fest.

Mit Honorarnote vom 30. Juli 2024 machte Rechtsanwältin Saskia Hiltbrunner einen zeitlichen Aufwand von insgesamt 11.67 Stunden und Barauslagen von Fr. 64.77 (zuzüglich Mehrwertsteuer) geltend (Urk. 20), was angemessen erscheint. Ausgangsgemäss ist die unentgeltliche Rechtsvertreterin mit Fr. 2'403.85 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

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