

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00206 vom 16. Mai 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-05-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00206

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00206 du 16 mai 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00206 del 16 maggio 2025

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. 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 August 2021 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Februar 2022 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konsultation ist die seit 1. Januar 2022 geltende Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, 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). 1. 3

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). 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).

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 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 Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 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 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Am 2. Mai 2012 meldete sich der Versicherte unter Angabe einer Irregularität des Nervensystems in Form einer Synkope beziehungsweise eines Unvermögens, länger als ein paar Minuten zu stehen, erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/28). Die IV-Stelle Luzern holte in der Folge beim Y.____ (Y.____) Z.____ ein interdisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Kardiologie, Angiologie und Psychiatrie ein, welches am 30. Mai 2013 erstattet wurde (Urk. 7/43). Darin wurde die bisherige Tätigkeit des Versicherten als Elektromonteur als nicht mehr zumutbar beurteilt, während in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 7/43 S. 39 f.).

In der Folge gewährte die IV-Stelle Luzern dem Versicherten diverse berufliche Eingliederungsmassnahmen (Urk. 7/45 ff.) und schliesslich eine Umschulung, welche der Versicherte mit der Erlangung des eidgenössischen Fähigkeitszeugnisses (EFZ) als Informatiker am 30. Juni 2017 erfolgreich abschloss (Urk. 7/124; vgl. Urk. 7/125). Ab 1. Juni 2017 wurde er von der A.____ AG, B.____, in einem Pensum von 100 % als Automatiker/Informatiker angestellt (Urk. 7/123). Mit Verfügung vom 29. September 2017 verneinte die IV-Stelle Luzern einen Rentenanspruch (Urk. 7/126).

E. 1.4

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_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2).

E. 1.5

Gemäss Art. 54a IVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) den IV Stellen für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung (Abs. 2). Sie legen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich fest (Abs. 3). Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Abs. 4).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

Einem vom Krankentaggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art.

44 ATSG eingeholten Gutachten kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteile des Bundesgerichts 8C_247/2024 vom 12. Dezember 2024, E. 2.3, und 9C_634/2019 vom 12.

November 2019, E.

E. 4

Am 15. August 2021 meldete sich der inzwischen im Kanton C.____ wohnhafte Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/132). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und

zog die Akten der IV Stelle Luzern (vgl. Urk. 7/142) sowie der Krankentaggeldversicherung innova Versicherungen AG (nachfolgend: innova) bei (Urk. 7/155; Urk. 7/174; Urk. 7/192). Die innova holte ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Allgemeine Innere Medizin, ein, welches am 7. Mai 2022 erstattet wurde (Urk. 7/192/7-42).

Mit Vorbescheid vom 13. Februar 2023 (Urk. 7/203) stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Dieser erhob am 23. Februar 2023 Einwand (Urk. 7/209), worauf die IV-Stelle weitere medizinische Abklärungen,

dies unter anderem bei den behandelnden Ärzten Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, sowie bei Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vornahm (vgl. Urk. 7/228; Urk. 7/233).

Mit Verfügung vom 11. März 2024 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mangels langandauernder gesundheitlicher Einschränkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ab (Urk. 7/236 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 4. April 2024 Beschwerde gegen die Verfügung vom 11. März 2024 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm mindestens eine Viertelrente der Invalidenversicherung auszurichten, wobei die Beschwerdegegnerin ihm sämtliche zusätzlichen medizinischen Abklärungskosten und Berichtskosten von Dr. med. E.____ sowie seinem Hausarzt Dr. med. F.____ zurückzuerstatten habe (Urk. 1 S. 2).

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 13. Mai 2024 (Urk.

E. 4.1

Dr. med. G.____, Fachärztin für Neurologie, führte in ihrem Bericht vom 24. März 2021 (Urk. 7/192/68-69) aus, der Beschwerdeführer klagte über seit 14 Tagen phasenweise auftretendes Empfinden, dass sich feste Gegenstände, zum Beispiel insbesondere der PC-Bildschirm, bewegen. Es fänden sich klinisch-neurologisch und offenbar auch in der Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) - Untersuchung durchwegs normale Befunde ebenso wie auch in der aktuellen Magnetresonanztomographie (MRI) des Schädels. Hinweise für eine zentral vestibuläre Störung oder sonstige hirnorganische Ursachen der Beschwerden fänden sich somit nicht. Eine funktionelle Komponente der Beschwerden stehe im Vordergrund (S. 2 unten).

E. 4.2.1

Dipl. Arzt H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und I.____, eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin, Klinik J.____, nannten in ihrem Bericht über das Indikationsgespräch vom 9. Juni 2021 (Urk. 7/192/62-64) folgende Diagnosen (S. 2): - rezidivierende depressive Episoden, aktuell leichtgradig (ICD-10 F33.0) - laut Zuweisungsschreiben: Dissoziative Störung (Konversionsstörung; F44), Erstbefund (EB) 2011 - Somatische Komorbiditäten laut Zuweisungsschreiben: Orthostatische Dysregulation mit Schwindelbeschwerden im Stehen

Der Beschwerdeführer habe berichtet, wenn sich Sachen bewegten, wie beim Gamen oder Autofahren, komme der Schwindel nicht auf, sondern nur bei statischen Objekten. Wenn er sitze und einen Artikel lesen wolle oder den Fokus auf Sachen lege, die sich nicht bewegten, werde ihm stark schwindelig (innert maximal 30 Minuten) und damit einhergehend übel. Er sei in seinem Leben stark eingeschränkt, da er praktisch nichts mehr tun könne. Im August 2020 habe er eine Thailänderin geheiratet, worauf diese mit ihrer 13-jährigen Tochter zu ihm in die Schweiz gezogen sei. Er fühle sich für die Familie zuständig, gerade finanziell, und der aktuelle Schwindel bereite ihm grosse existenzielle Sorgen

und Zukunftsorgen. Es seien viele medizinische Abklärungen gemacht worden (Augenarzt, ORL, Neurologie, MRI), allesamt ohne Befund (S. 1 f.).

Beim Beschwerdeführer liege ein komplexes psychiatrisches Störungsbild aus dissoziativer Störung und rezidivierender depressiver Symptomatik vor. Es bestehe grundsätzlich die Indikation für eine stationär-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung mit Einleitung einer störungsspezifischen Therapie inklusive Einstellung der Psychopharmakotherapie (S. 2 unten).

E. 4.2.2

PD Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und MSc

L.____, Psychologin, Klinik J.____, nannten im Austrittsbericht vom 2. November 2021 (Urk. 7/192/43-45) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 24. August bis 21. September 2021 folgende Fachdiagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Episoden, aktuell leichtgradig (F33.0) - sonstige somatoforme Störung (F45.8) - Klinik: Orthostatische Dysregulation mit Schwindelbeschwerden im Stehen, Erstmanifestation (EM) 2011 - V.a. dissoziative Störung (Konversionsstörung; F44.8)

Es sei eine diagnostische Stressexposition in Form eines ausführlichen Konzentrations-d2-Tests mit anschliessendem Schellong-Test durchgeführt worden, wobei sich weder eine relevante Schwindelsymptomatik noch ein relevanter Blutdruckabfall hätten feststellen lassen. Im Verlauf habe der Beschwerdeführer über ausgeprägte Rückenschmerzen geklagt, die er mit dem Krankenhausbett in Verbindung gebracht habe. Aufgrund der sich steigenden Unzufriedenheit über die Situation sei der Beschwerdeführer entgegen der Empfehlung des Behandlungsteams vorzeitig aus der Klinik ausgetreten. Die Diagnose einer leichten depressiven Episode habe bestätigt werden können. Der Verdacht auf eine dissoziative Störung habe sich während des stationären Aufenthalts nicht klären lassen, da entsprechende Episoden vom Beschwerdeführer nicht berichtet worden seien und auch nicht hätten beobachtet werden können. Diese Beschwerden seien daher lediglich als sonstige somatoforme Störung gefasst worden (S. 2 Mitte).

E. 4.3

M ed. pract . M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chef arzt, sowie MSc . N.____, Psychologin und Psychotherapeutin, O.____, nannten in ihrem Bericht zum ambulanten Vorgespräch vom 26. Oktober 2021 (Urk. 7/192/58-60) als Diagnose eine dissoziative Störung (Konversionsstörung), nicht näher bezeichnet (F44.9). Der Beschwerdeführer berichte, er habe seit dem Jahr 2020 vermehrt hohen Stress und Anspannung verspürt. Einerseits sei es auf der Arbeit enorm anstrengend gewesen, da sie viele Aufträge zu erledigen gehabt hätten, und andererseits sei es in seinem privaten Umfeld zu mehreren grossen Veränderungen gekommen. Aufgrund dessen habe er auch an Urlaubstagen kaum entspannen und sich erholen können. Im März 2021 sei es dann zu einem Einbruch gekommen, seither würde er seine Tage vor allem vor dem Fernseher verbringen. Bisher sei es zu keiner ambulanten Psychotherapie gekommen (S. 1).

Phänomenologisch stünden Schwindelattacken mit visuellen Fehlwahrnehmungen, Übelkeit und Erbrechen sowie damit einhergehender Perspektivlosigkeit, Frustration, Gereiztheit und Zukunftsängsten im Vordergrund des Zustandsbildes. Diagnostisch handle es sich am ehesten um eine dissoziative Störung (Konversionsstörung) vor dem Hintergrund einer arbeitsbezogenen Überlastungssituation. Gemäss dem Beschwerdeführer sei die Funktionsfähigkeit aufgrund der Krankenschreibung eingebrochen, was Motivation und Antrieb stark beeinflusse. Dennoch seien die Freude und das Interesse an Dingen aufrecht geblieben, die Kardinalsymptome einer Depression seien nicht erfüllt. Eine ambulante Psychotherapie mit diagnostischer Abklärung und gemeinsamer Erarbeitung eines Störungsmodells sei essentiell und in erster Linie zu empfehlen (S. 2).

E. 4.4

Dr. F.____

nannte in seinem Bericht vom 28. Dezember 2021 (Urk. 7/192/54-56) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Episoden, aktuell leichtgradig (F33.0) - orthostatische Dysregulation mit Schwindelbeschwerden im Stehen - V.a. dissoziative Störung (Konversionsstörung; F44.8)

Medikation bestehe aktuell keine (Ziff. 2.3). Die bisherige Tätigkeit sei 2-3 Stunden am Tag zumutbar (Ziff. 4.1). Wie viele Stunden pro Tag eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar sei, könne nicht beantwortet werden (Ziff. 4.2).

E. 4.5

Dr. D.____

erstattete am 7. Mai 2022 ihr psychiatrisches Gutachten zuhanden der Krankentaggeldversicherung innova (Urk. 7/192/7- 42). Sie nannte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30 Ziff. 6.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie (S. 30 Ziff. 6.2): - Status nach rezidivierenden akuten vorübergehenden psychotischen Störungen (F23) - Status nach dissoziativer Störung (Konversionsstörung), gemischt (F44.7) - Status nach spezifischer isolierter Phobie mit Furcht, einer Synkope ausgesetzt zu sein (F40.2)

Die Kriterien für eine depressive Episode seien nicht erfüllt. Gleiches gelte für eine dissoziative Störung (Konversionsstörung). Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen bestehe in teilweisem oder völligem Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen; alle dissoziativen Störungen neigten nach einigen Wochen oder Monaten zur Remission. Auch während des stationären Aufenthalts in der Klinik J.____ seien dissoziative Zustandsbilder nicht beobachtet worden (S. 30 Ziff. 6.3).

Im Y.____ -Gutachten 2013 sei die Diagnose akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1), DD Persönlichkeitsstörung (F60.8) mit eher introvertierter Haltung, gestellt worden. Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen seien tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigten. Beim Beschwerdeführer seien starre Reaktionen nur dann zu beobachten, wenn er kein Interesse zeige und die Situation verlassen wolle : Rückstufung von der Sekundarschule wegen schlechter Leistungen, ein Lehrer sei aber zwischendurch «ekelhaft» gewesen;

mässig dienstwillig, bei unauffälligen Befunden nach einer Synkope im Jahr 2004 sei der Beschwerdeführer im Jahr 2006 durch einen Psychiater ausgemustert worden; als er das Studium nicht geschafft habe, habe er als Elektromonteur gearbeitet, bis er «nicht mehr konnte»; während des Arbeitstrainings habe er mit dem neuen Mitarbeiter in einem Büro nicht arbeiten können und sei krank geworden; bei einer Firma habe er gekündigt, da der Chef sich nicht an die Vorschriften gehalten habe, aber auch in der letzten Firma seien Sachen gemacht worden, die sich keiner vorstellen könne. Starr – wie das bei einer Persönlichkeitsstörung zu erwarten wäre – habe er aber nicht reagiert in Situationen, an denen er Interesse und Motivation gehabt habe. Er habe es geschafft, die lang angestrebte Umschulung zum Automatiker abzuschliessen, eine Anstellung zu finden und in der Firma insgesamt von 2015 bis 2021 angestellt zu bleiben. Nach dem Ausbildungsabschluss und der Festanstellung habe er auch eine Familie gegründet (S. 31 Ziff. 6.3).

Der Shellong -Test in der Klinik J.____ sei unauffällig gewesen, insofern dürfte die Diagnose einer orthostatischen Dysregulation keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben, abschliessend könne es aber aus psychiatrischer Sicht nicht beurteilt werden (S. 31 Ziff. 6.3).

Bis jetzt habe eine Behandlung bis auf die abgebrochene Rehabilitation und die zwei Termine beim Psychiater nicht stattgefunden (S. 34 Ziff. 7.2).

Konkret habe der Beschwerdeführer am 21. Januar und am 1. Februar 2022 zwei Termine bei Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gehabt. Beim zweiten Termin habe dieser gesagt, er wisse nicht, wie er dem Beschwerdeführer helfen könne (S. 25 Ziff. 3.2.2). Einen neuen Psychotherapeuten habe er noch nicht gefunden (S. 28 Ziff. 3.2.12).

Leider hätten die lange Arbeitsunfähigkeit und das initiale Verbot, am Computer zu arbeiten, dem Beschwerdeführer eine Bestätigung gegeben. Spätestens nach dem Ausschluss organischer Ursachen für die Beschwerden hätte man den Beschwerdeführer hiermit konfrontieren müssen, anstatt sein Vermeidungsverhalten zu unterstützen (S. 34 Ziff. 7.2).

Rein medizinisch-theoretisch wäre der Beschwerdeführer in der Lage, sämtliche Tätigkeiten vollschichtig mit einem 100% - Pensum zu verrichten. Dabei wäre die von ihm zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Automater aus psychiatrischer Sicht auch als ideal angepasste Tätigkeit zu bezeichnen (S. 35 Ziff. 8.1.1). Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit März 2021 nicht durch eine psychische Alteration arbeitsunfähig gewesen sei (S. 35 Ziff. 8.1.4).

E. 4.6

Dr. med. Q.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 31. Oktober 2022 (Urk. 7/202 S. 5-7) aus, die beklagte Symptomatik lasse sich nicht objektivieren. ORL, Neurologie und MRI Schädel seien unauffällig gewesen, der Schellong-Test ohne Hinweise auf orthostatische Dysregulation. Die Beschwerden liessen sich keiner Schwindelform zuordnen und seien in sich widersprüchlich: Der Beschwerdeführer verbringe den ganzen Tag vor dem TV, könne aber nicht in den Computer schauen. Medikamente nehme er keine ein, die stationäre Massnahme sei abgebrochen worden. Ob hier ein Leidensdruck vorliege, sei fraglich. Es erhebe sich die Frage, ob ein sekundärer Krankheitsgewinn die rein subjektiven Beschwerden aufrecht erhalte. Während des stationären Aufenthalts in J.____ habe der Beschwerdeführer an Therapieprogrammen teilgenommen, ohne dass jemals Schwindelsituationen beschrieben worden seien. Deswegen sei grundsätzlich von einer Arbeitsfähigkeit auszugehen.

Das psychiatrische Gutachten von Dr. D.____ sei umfassend und nachvollziehbar, es könne darauf vollumfänglich abgestellt werden (S. 7).

E. 4.7

Die Ärzte des R.____ des S.____ (S.____) berichteten am 17. November 2022 über die Sprechstunde vom 15. November 2022 (Urk. 7/207). Sie nannten folgende ophthalmologische Diagnosen (S. 1): - V.a. Myokymie des obliquus superior - V.a. dekompensierende Vertikaldeviation mit Hypertropie links

In der neuroophthalmologischen Untersuchung hätten sich ein konkomitantes Schielen des linken Auges mit einer Deviation von 2 Prismen links über rechts und intermittierend Myokymien des linken Auges gezeigt. Bei diesen Befunden sei die Problematik auf zwei Ursachen zurückzuführen. Einerseits könnten die berichteten rotatorischen Oszillopsien auf die Myokymie des linken Auges zurück geführt werden. Zweitens könnte das konkomitante Schielen im Verlauf dekomensieren und beim Beschwerdeführer zu Sehstörungen führen. Bis zur nächsten Verlaufskontrolle sollte mit Betablockeraugentropfen zweimal täglich begonnen werden. Des Weiteren sei der Beschwerdeführer instruiert worden, beim nächsten Anfall selbst zu prüfen, ob die Beschwerden ein- oder beidäugig seien. Zudem sollte er bei einem Anfall seine Augen filmen mit der Frage, ob repetitive Bewegungen oder Torsionsbewegungen des Auges zu beobachten seien (S. 2 unten).

E. 4.8

Dr. E.____ führte in seinem Bericht vom 7. Februar 2023 (Urk. 7/206) aus, eine einheitliche Ätiologie einer Myokomie des Musculus obliquus superior sei nicht bekannt. Soweit bekannt, bestehe in der Vorgeschichte kein entsprechendes Schädel-Hirn-Trauma. In der bisher durchgeführten kranialen Bildgebung bestünden keine Hinweise für eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems oder für eine infratentorielle Raumforderung. Im klinisch neurologischen Befund hätten sich keine richtungsweisenden Auffälligkeiten ergeben. In der ergänzend durchgeführten elektrophysiologischen Diagnostik habe sich in den akustisch evozierten Potenzialen bei eingeschränkter Beurteilbarkeit gleichfalls kein pathologischer Befund gezeigt. Die Befundkonstellation beim Blinkreflex weise auf eine Affektion im Bereich der lateralen Medulla oblongata hin (DD wave

jerks). Die psychiatrische Beurteilung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der jetzt vorliegenden diagnostischen Einschätzungen und erhobenen Befunde nicht zu treffend. Der genaue Umfang der Arbeitsunfähigkeit könne jedoch seitens Dr. E.____ nicht bestimmt werden, da er davon ausgehen müsse, dass ihm die Aktenlage nicht vollständig vorliege (S. 3).

E. 4.9

Dr. med. T.____, Fachärztin für Neurologie, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 22. März 2023 (Urk. 7/235 S. 3) fest, dass in der neuroophthalmologischen Abklärung festgestellte konkomitante Schielen werde zumeist kompensiert, es sei jedoch neuroophthalmologisch fachärztlich erwogen worden, dass bei längerer visueller Arbeit eine Dekompensation und konsekutive Sehstörung auftreten könnte. Zweitens seien Myokymien eines Augenmuskels des linken Auges beobachtet worden, was einer kurz dauernden unwillkürlichen Muskelaktivität entspreche. Derartige Myokymien würden häufig beobachtet und hätten – insbesondere wenn keine weiteren neurologischen Symptome vorlägen – üblicherweise keinen Krankheitswert. Insgesamt seien damit neue Verdachtsdiagnosen als Erklärung für die seit langem bekannten Beschwerden formuliert worden. Eine längerfristige volle Arbeitsunfähigkeit aufgrund dieser Verdachtsdiagnosen könne nicht begründet werden. Es werde indes mangels stabilisierten Gesundheitszustands empfohlen, die Nachkontrollen abzuwarten.

E. 4.10

Die Ärzte des S.____ hielten im Bericht zur Okulomotorik -Sprechstunde vom 20. Februar 2023 (Urk. 7/213) fest, die versuchsweise verordneten Timoptic -Augentropfen hätten subjektiv keinen Effekt auf die Beschwerden gehabt (S. 2 unten). Man habe versuchsweise eine Prismenfolie auf die Brille montiert, um die Kompensation der Vertikalphorie zu erleichtern. Auch hiermit habe keine Verbesserung der Symptomatik erreicht werden können. Insofern scheine die Augen fehlerstellung als Ursache der visuellen Phänomene unwahrscheinlich. Ebenfalls liessen sich die beschriebenen Sehstörungen von der Charakteristik her schlecht mit einer hochfrequenten Myokymie vereinbaren. Auch hätten wiederholt kein Nystagmus oder Oszillationen beobachtet werden können. Differentialdiagnostisch könnte eine vestibuläre Migräne in Betracht gezogen werden, weshalb primär ein Therapieversuch mittels einer hochdosierten Magnesiumkur empfohlen werde (S. 3).

E. 4.11

Dr. E.____ führte in seiner E-Mail vom 11. Oktober 2023 an die Beschwerde gegnerin (Urk. 7/220) aus, in der erneut durchgeführten kranialen Bildgebung habe sich ein «neurovaskulärer Konflikt» als mögliche Ursache für die geltend gemachten Schwindelbeschwerden gezeigt. Da diese Befundkonstellation in der Regel zu einer spezifischen Schwindelsymptomatik führe, sei der Beschwerde führer mehrfach gebeten worden, die wiederkehrend auftretenden Beschwerden zu protokollieren, um so exakte Angaben über Auftreten, zeitliche Dauer und genaue Symptomatik zu besitzen. Leider habe er bisher keine Beschwerdeprotokolle vom Beschwerdeführer erhalten. Mit Kopie dieser E-Mail bitte er daher den Beschwerdeführer, ihm bis Ende Oktober 2023 möglichst vollständige Aufzeichnungen zukommen zu lassen .

E. 4.12

Dr. E.____ führte in seinem Bericht vom 5. Januar 2024 (Urk. 7/228/3-15) aus, das MRI des Schädels vom 29. März 2023 habe keine eindeutige erkennbare Ursache für die Schwindelsymptomatik ergeben. Ein neurovaskulärer Konflikt lasse sich beidseits nicht gänzlich ausschliessen. Der Beschwerdeführer sei gebeten worden, die von ihm geschilderten Attacken kalendarisch genau zu erfassen. Zum Termin vom 21. April 2023 habe er nur die Beschreibung eines einzelnen Ereignisses mitgebracht, wobei es sich eindeutig nicht um eine Vestibularisparoxysmie gehandelt habe (Ziff. 2.1). Auf rein neurologischem Fachgebiet lägen keine klinisch fassbaren Funktionseinschränkungen vor. Die Störung im Bereich der Okulomotorik müsse im Hinblick auf eine Funktionseinschränkung orthomologisch beziehungsweise neuroophthalmologisch beurteilt werden (Ziff. 3.4). Die Frage nach der Zumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit könne nicht beantwortet werden (Ziff. 4.1), eine angepasste Tätigkeit müsste interdisziplinär bestimmt werden (Ziff. 4.2) . Die Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers stünden einer Eingliederung deutlich im Wege (Ziff. 4.4). Trotz mehrfacher Aufforderung per Telefon und E-Mail seit April 2023 habe man erst zwischen den Feiertagen vom Beschwerdeführer eine Aufstellung seiner Schwindelbeschwerden in Form eines undatierten Schreibens erhalten. Nach Auffassung von Dr. E.____ sei dies Ausdruck der bereits bei früherer Begutachtung festgestellten akzentuierten Persönlichkeit respektive der Persönlichkeitsstörung. Die psychiatrische Gutachterin verlasse sich im Wesentlichen auf eine Querschnittbeurteilung und berücksichtige den Längsschnitt nicht ausreichend. Sodann sei als einziges Untersuchungsinstrument ein Psychostatus nach AMDP zum Einsatz gekommen, was ungenügend sei

(Ziff. 5).

E. 4.13

Dr. T.____ führte in ihrer Stellungnahme vom 18. Januar 2024 (Urk. 7/235 S. 6 f.) aus, der behandelnde Neurologe habe in seinen Notizen vom 21. April 2023 erwähnt, dass es sich aufgrund der anamnestisch angegebenen Dauer der Schwindelbeschwerden eindeutig nicht um eine Vestibularparoxysymie handle. Dennoch habe er das Führen eines genauen Tagebuchs empfohlen. Ende 2023 hätten sich aufgrund der mittlerweile eingereichten Notizen des Beschwerdeführers und dem fehlenden Ansprechen auf die Medikation keine Hinweise für das Vorliegen einer Vestibularparoxysymie gezeigt. Der MRI-Befund vom 29. März 2023 könne damit am ehesten als unspezifisch gewertet werden. Im Bericht vom Januar 2024 bestätige der neurologische Facharzt, dass in seinem Fachgebiet keine klinisch fassbaren Funktionseinschränkungen vorlägen, verweise jedoch auf mögliche psychiatrische Erkrankungen. Damit lägen aus neurologischer Sicht auch unter Berücksichtigung des neu eingereichten Berichts keine Diagnosen vor, welche eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit erklären könnten. 5. 5.1

Zur Erstellung des medizinischen Sachverhalts in psychiatrischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin

massgeblich auf die Beurteilung durch RAD-Psychiaterin Dr. Q.____ (E. 4.6) und mit dieser auf das Gutachten von Dr. D.____ vom 7. Mai 2022 zuhanden der Krankentaggeldversicherung (E. 4.5). 5.2

Der Beschwerdeführer bringt vor, die Beschwerdegeföhrerin (gemeint: Beschwerde gegnerin) hätte für eine aktualisierte psychiatrische Begutachtung sorgen müssen, weil das Gutachten von Dr. D.____ mittlerweile nicht mehr auf dem aktuellsten Stand sei (Urk. 1 Rz . 11). Ist seit der Begutachtung einige Zeit verstrichen, vermag das Alter des Gutachtens - als formelles Kriterium –

indes keinen Zweifel an dessen Beweiswert zu begründen. Massgebend ist vielmehr die materielle Frage, ob Gewähr dafür besteht, dass sich die Ausgangslage seit der Erstellung des Gutachtens nicht gewandelt hat. Die Rechtsprechung hat es denn auch abgelehnt, eine Art "Verfallsdatum" für ein Gutachten zu definieren (Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2021 vom 9. August 2021, E. 6.3.1 mit weiteren Hinweisen). Weshalb und inwiefern sich die Ausgangslage in psychiatrischer Hinsicht seit Mai 2022 verändert haben sollte, ist weder dargetan, noch ersichtlich, insbesondere nachdem keinerlei ambulante psychiatrische Behandlung des Beschwerdeführers aktenkundig ist. 5.3

Das psychiatrische Gutachten von Dr. D.____ ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen der Expertin sind begründet sind. Das Gutachten ist somit grundsätzlich beweiskräftig (vgl. vorstehend E. 1.4). Da es nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurde, kommt ihm indes der Beweiswert versicherungs interner ärztlicher Feststellungen zu . Es ist daher unter Anwendung eines strengen Massstabs zu überprüfen, ob auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der gutachterlichen Feststellungen bestehen, bevor auf diese abgestellt werden kann (vorstehend E. 1.5). 5 . 4

Solche Zweifel versucht der Beschwerdeführer unter anderem mittels Berufung auf den Bericht des behandelnden Neurologen Dr. E.____ vom 5. Januar 2024 (vorstehend E. 4.12) zu wecken (Urk. 1 Rz . 18). 5.4.1

Unklar ist, was der Beschwerdeführer aus der von ihm geltend gemachten Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung beziehungsweise der Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung ableiten möchte. Denn diese Diagnosen wurden bereits im Y.____-Gutachten vom 30. Mai 2013 genannt und standen bereits damals einer vollen Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Automaten /Informatiker nicht entgegen (vorstehend E. 3) , die der Beschwerdeführer denn nach erfolgreicher Umschulung auch tatsächlich mehrere Jahre lang umsetzen konnte. Diese Diagnosen vermöchten somit keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands zu begründen (vorstehend E. 1.3) .

So oder anders hat Dr. D.____ sorgfältig herausgearbeitet, weshalb keine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren sei. Nachvollziehbar legte sie dar, wie der Beschwerdeführer in Situationen, an denen er Interesse und Motivation gehabt habe, eben keine tief verwurzelten Verhaltensmuster in Form von starren Reaktionen gezeigt habe. Dabei nahm sie ausführlich Bezug auf Ereignisse seit der Jugend des Beschwerdeführers. Weder hier noch anderswo findet die von Dr. E.____ geäußerte – nicht näher begründete – Kritik, Dr. D.____ verlasse sich im Wesentlichen auf eine Querschnittbeurteilung und berücksichtige den Längsschnitt nicht ausreichend, eine Grundlage.

Es sei sodann darauf hingewiesen, dass sich der Beschwerdeführer nach wie vor keiner ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung unterzieht. Dies weist nicht nur auf einen fehlenden Leidensdruck hin, sondern führte auch dazu, dass die Gutachterin den Längsschnitt kaum anders als durch die Befragung des Beschwerdeführers und das Studium der aktenkundigen Arztberichte erheben konnte. Insbesondere konnte sie sich von einem direkten Gespräch mit den lediglich punktuell behandelnden Ärzten kaum etwas erhoffen, weshalb auch die Rüge des Beschwerdeführers, es hätten keine solche Gespräche stattgefunden (Urk. 1 Rz . 12), ins Leere geht. Ganz allgemein ist die Notwendigkeit der Einholung einer Fremdanamnese – wie die vom Beschwerdeführer pauschal geforderten Gespräche mit Arbeitgebern oder dem Familienumfeld – in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens und dementsprechend nicht zwingend erforderlich (Urteil des Bundesgerichts 8C_560/2023 vom 18. Januar 2024 E. 7.2 mit weiteren Hinweisen). Nicht nachvollziehbar ist, was der Beschwerdeführer aus der von ihm ausführlich zitierten Rechtsprechung betreffend die Berücksichtigung berufspraktischer Erprobungserkenntnisse ableiten möchte (Urk. 1 Rz . 15). 5.4.2

Ähnliches gilt für den vom Beschwerdeführer mit Dr. E.____ erhobenen Vorwurf, es sei mit dem Psychostatus nach AMDP ungenügender Weise nur ein einziges Untersuchungsinstrument zum Einsatz gekommen. Der geltend gemachte «schwere Gutachterfehler» (vgl. Urk. 1 Rz . 10) kann hierin keinesfalls erblickt werden, im Gegenteil :

Testergebnissen kann beim Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend bleibt . Deshalb kann allein aus dem Verzicht der begutachtenden Fachärztin auf die Durchführung bestimmter Testverfahren nicht zwingend auf einen fehlenden Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens geschlossen werden (Urteil des

Bundesgerichts 8C_560/2023 vom 18. Januar 2024 E. 7.3 mit weiteren Hinweisen). Es sind keine Gründe ersichtlich, die die vom Beschwerdeführer verlangten Testverfahren (Hamilton Depressionsskala, Mini-ICF-App, neuropsychologische Testung [vgl. Urk. 1 Rz .

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 21. Mai 2024 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung gewährt und dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Marco Unternährer als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt sowie die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk.

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Sie sind ausgangsmässig dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Die beantragte Übernahme seiner zusätzlichen medizinischen Abklärungskosten durch die Beschwerdegegnerin (Sachverhalt 2: vgl. Urk. 1 Rz. 16) fällt beim vorliegenden Verfahrensausgang ausser Betracht. Zufolge Gewährung der

unentgeltlichen Prozessführung sind die Gerichtskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf §

E. 8

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

und

E. 13

]) als zwingend notwendig erscheinen liessen. Dies umso weniger, als insbesondere der Ausgang der beiden erstgenannten Testverfahren angesichts der attestierten uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit sowie

des explizit und in Übereinstimmung mit der Einschätzung durch die Ärzte der O.____ (E. 4.3) beschriebenen Fehlens der Kriterien einer Depression als relativ leicht zu antizipieren erscheint. 5.4.3

Die Exploration vom 7. Mai 2022 dauerte gemäss Angabe von Dr. D.____ von 14:00 bis 16:15 Uhr (Urk. 7/192 S. 2 Ziff. 1.1).

Der Beschwerdeführer bringt diesbezüglich unsubstantiiert vor, er möge sich erinnern, dass das effektive Gespräch lediglich zirka eineinhalb Stunden gedauert habe (Urk. 1 Rz. 5). Wie es sich damit genau verhält kann letztlich offenbleiben, kommt es doch auf die Dauer der Untersuchung nicht an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Dies ist vorliegend der Fall.

Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung gebotene zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein (Urteile des

Bundesgerichts 8C_354/2018 vom 20. Dezember 2018 , E. 4.2, und
8C_942/2009 vom 29.

März 2010 , E.

5.2 , mit weiteren Hinweisen). Da das Bundesgericht teilweise zwanzigminütige Explorationsgespräche als ausreichend für die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens erachtet hat (vgl. etwa Urteil 8C_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 5.2 mit weiteren Hinweisen), erschienen

vorliegend weder eine 90-minütige noch eine 135-minütige Untersuchung als unangemessen kurz . Wenn der Beschwerdeführer geltend macht, die Explorationsdauer sei für eine komplexe Persönlichkeitsdiagnostik nicht ausreichend gewesen (Urk. 1 Rz . 4), kann ihm daher nicht gefolgt werden, zumal die Persönlichkeitsdiagnostik vorliegend überzeugend erfolgte und sich hinsichtlich ihres Schwierigkeitsgrades eher im Mittelfeld bewegte. 5.4. 4

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass Dr. U. ___ als Neurologe über keinen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, seine diesbezügliche Einschätzung somit fachfremd erfolgt. Er vermochte denn auch nicht näher zu begründen, weshalb die psychiatrische Beurteilung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit nichtzutreffend sei. Vielmehr räumte er ein, den genauen Umfang der Arbeitsunfähigkeit nicht bestimmen zu können (E. 4.8). Sodann machte er geltend, das lange Ausbleiben des Schwindelprotokolls sei Ausdruck der akzentuierten Persönlichkeit, ohne diesen behaupteten Zusammenhang näher zu erläutern (E. 4.12).

Über einen einschlägigen Facharztstitel verfügt demgegenüber die RAD - Psychiaterin Dr. Q. ___ , deren Beurteilung (vorstehend E. 4.6) ebenso zu überzeugen vermag wie diejenige durch Dr. D. ___ . Zu Recht stellt sie das Vorliegen eines Leidensdrucks in Frage, nachdem der Beschwerdeführer konsequent keine Medikamente einnimmt und die stationäre Massnahme in der Klinik J. ___ abgebrochen hat (E. 4.2.2). Für den von der RAD-Psychiaterin diskutierten sekundären Krankheitsgewinn spricht auch die Angabe des Beschwerdeführers gegenüber den Ärzten der O. ___ , die Funktionsfähigkeit sei aufgrund der Krankenschreibung eingebrochen, was Motivation und Antrieb stark beeinflusse (E. 4.3). Einen sekundären Krankheitsgewinn mit Auswirkung auf die Motivation des Beschwerdeführers hatten die Ärzte der V. ___ bereits im Februar 2014 ausgemacht (Urk. 7/57/14-24 S. 11). 5.4. 5

Die Remission der dissoziativen Störung und das Nichtvorliegen der Kriterien für eine depressive Störung schliesslich wurden gutachterlich nachvollziehbar begründet und materiell nicht substantiiert bestritten. 5.5

Nach dem Gesagten bestehen keine Zweifel an der Schlüssigkeit und Zuverlässigkeit der Feststellungen von Dr. D. ___ und Dr. Q. ___ .

In psychiatrischer Hinsicht ist der Beschwerdeführer somit in der Lage, die bisherige Tätigkeit als Automatiker /Informatiker in einem 100% - Pensum zu verrichten. 5.6

In neurologischer Hinsicht wurde die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die RAD-Fachärztin Dr. T. ___ beurteilt. Diese machte keine Diagnosen aus, welche eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit erklären könnten (E. 4.13). Damit setzte sie sich in Übereinstimmung mit Dr. E. ___ , welcher ebenfalls zum Schluss gelangte, es lägen auf

neurologischem Fachgebiet keine klinisch fassbaren Funktionseinschränkungen vor.

Für die Beurteilung der Störung im Bereich der Okulomotorik

verwies er auf die Kollegen im Fachgebiet der (Neuro-)Ophthalmologie (E. 4.12). Diese formulierten im November 2022 mit einer Myokymie und einer Vertikaldeviation immerhin zwei ophthalmologische Verdachtsdiagnosen (E. 4.7), erachteten jedoch nach der erfolglosen Verordnung von Augentropfen und einem ebenso erfolglosen Kompensationsversuch mittels Prismenfolie die Augenfehlstellung als Ursache der visuellen Phänomene als unwahrscheinlich und die beschriebenen Sehstörungen als schlecht mit einer hochfrequenten Myokymie vereinbar (E. 4.10). Objektivierbare Einschränkungen im Bereich der Okulomotorik sind somit ebenfalls nicht auszumachen.

Die Beschwerdegegnerin hat ihrer Untersuchungspflicht genüge getan. Weitere Abklärungen – etwa interdisziplinärer Art, wie dies der Beschwerdeführer implizit zu fordern scheint (Urk. 1 Rz. 12) – sind nicht angezeigt. Dies umso weniger, als auch hier ein relevanter Leidensdruck in Frage gestellt werden muss, nachdem der Beschwerdeführer seinem behandelnden Neurologen erst Ende 2023 nach acht Monaten wiederholter Aufforderungen eine Schilderung seiner Schwindelbeschwerden zukommen liess (E. 4.12.), das eigentlich geforderte kalendarische Protokoll beziehungsweise Tagebuch dabei aber weiterhin schuldig blieb (vgl. Urk. 7/229 Ziff. 2.2 sowie E. 4.11). Zu Recht wies Dr. Q. ___ sodann darauf hin, die Schwindelbeschwerden seien in sich widersprüchlich, nachdem der Beschwerdeführer den ganzen Tag vor dem TV verbringe, aber nicht in den Computer schauen könne (E. 4.6).

Der Beschwerdeführer bestreitet die RAD-Feststellungen in neurologisch-ophthalmologischer Hinsicht nicht. Auf diese kann nach dem Gesagten ebenfalls abgestellt werden.

Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Automatisierer /Informatiker besteht somit auch in somatischer Hinsicht nicht. 5.7

Ein Revisionsgrund im Sinne einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands liegt somit nicht vor. Die Beschwerdegegnerin hat nach dem Gesagten einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers mangels gesundheitlicher

Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit als Automatisierer /Informatiker zu Recht verneint.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

E. 16

Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). 6.2

Mit Verfügung vom

E. 21

1. Mai 2024 (Urk. 8) wurde dem

unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die Möglichkeit der Einreichung einer Honorarnote eingeräumt, wovon dieser keinen Gebrauch machte. Seine Entschädigung ist daher nach Ermessen festzusetzen. Sie bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens (§

34 Abs.

3 GSVGer). Beim praxisgemässen Stunden ansatz von Fr.

220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist d er unentgeltliche Rechts vertreter mit Fr.

1'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichts kasse zu entschädigen.

Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungs pflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Marco Unternährer, Luzern, wird mit Fr. 1'700 .-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichts kasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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-MartensBoller

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