

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00321 vom 4. März 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-03-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00321

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00321 du 4 mars 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00321 del 4 marzo 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).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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

E. 1.3

Am 2. Juli 2020 (Eingangsdatum) meldete sich X.____ erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 10/97, unter Beilage diverser Berichte, Urk. 10/96), nachdem es nebst zunehmenden psychischen Beschwerden mit notfallmässiger stationärer Behandlung vom 21. Juni bis 12. Juli 2019 in der Privatklinik B.____ der Z.____ AG am 15. April 2020 erstmals zu einem Krampfanfall gekommen war und er deshalb seine seit Juli 2018 ausgeübte Tätigkeit als LKW-Chauffeur nicht mehr verrichten durfte (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 28. Juli 2020, Urk. 10/101).

Nach durchgeführtem Standortgespräch (Urk. 10/100) tätigte die IV-Stelle wiederum medizinische und erwerbliche Abklärungen und teilte dem Versicherten mit Schreiben vom 25. November 2020 (Urk. 10/114) mit, dass zurzeit aufgrund seines Gesundheitszustandes keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien. X. ___ befand sich vom 22. Dezember 2020 bis 19. März 2021 in tagesklinischer Behandlung in der C. ___ (Urk. 10/122-123). Gestützt auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. med. D. ___ , Vertrauensarzt (SGV), Orthopädische Chirurgie (FMH), vom RAD vom 9. Januar 2022 (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss vom 10. Mai 2023 , Urk.

E. 1.3.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3.2

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

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.4

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

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder 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.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.5.1

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 (vgl. nachfolgend E. 5.2) 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). 1. 5.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt 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 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 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). 1. 5.3

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).

E. 1.6

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.).

E. 1.7

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. 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, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 1.8

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 GSVGer).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig

ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 210 E. 4.4.1.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2020 vom 8. September 2020 E. 2.1). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) gestützt auf ihre Abklärungen - insbesondere die psychiatrischen RAD-Stellungnahmen vom 27. März 2023 und vom 13. Februar 2024 - davon aus, dass auf das psychiatrische Teilgutachten mit einer attestierten 70%igen Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit mangels Nachvollziehbarkeit nicht abgestellt werden könne. Psychiatrischerseits bestehe zwar eine langjährige und behandlungsbedürftige psychologische Problematik, doch sei basierend auf der fachlich fundierten Auseinandersetzung des RAD von einer nur 20%igen Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit auszugehen, was sich auch aus den somatischen und dem neuropsychologischen Teilgutachten ergebe. Ohne Gewährung eines leidensbedingten Abzuges resultiere daraus ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 7%. 2.2

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend (Urk. 1), dass auf das überzeugende verwaltungsexterne E.____-Gutachten mit erhöhtem Beweiswert abzustellen sei. Die vom psychiatrischen Teilgutachten abweichende und auf einer reinen Aktenbeurteilung beruhende, versicherungsinterne RAD-Beurteilung sei dagegen nicht verwertbar, da diese ungerechtfertigterweise in das Ermessen der Gutachter eingreife und als eine unbedeutende andere Meinung anzusehen sei. Entsprechend sei ihm bei einem verschlechterten Gesundheitszustand - ausgehend von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit und unter Gewährung eines leidensbedingten Abzuges - eine Invalidenrente zuzusprechen. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneint hat. Massgebender Vergleichszeitpunkt zur Prüfung der revisionsrechtlichen Voraussetzungen bildet die Verfügung vom 29. Juni 2016 (vgl. E. 1.5.3). 3. 3.1

Die rentenablehnende Verfügung vom 29. Juni 2016 (Urk. 10/89) basierte hauptsächlich auf dem polydisziplinären (allgemein-internistischen, orthopädisch-traumatologischen, neurologischen und psychiatrischen)

A.____-Gutachten vom 2. Mai 2016 (Urk. 10/84). Da darin die von der Verwaltung eingeholten Arztberichte bis zur Begutachtung im März 2016 zusammengefasst wurden (Urk. 10/84 / 3-11), werden sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben. Im Gutachten wurde

konsensual als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, (ICD-10: F33.0) gestellt (S.

E. 6

. März 2015 (Eingangsdatum) meldete sich X.____ erneut zum Leistungsbezug an, nachdem er aus Kuba zurückgekehrt

vom 12. Dezember 2014 bis 3. März 2015 zur akuten Krisenintervention im Y.____ der Z.____

AG erstmals hospitalisiert gewesen war (Urk. 7/ 42 Urk. 10/52-54) . Die IV-Stelle tätigte daraufhin medizinische und erwerbliche Abklärungen und liess den Versicherten allgemein-internistisch, orthopädisch- traumatologisch , neurologisch und psychiatrisch begutachten (polydisziplinäres Gutachten der A. ___ AG vom 2. Mai 2016, Urk. 10/84). Gestützt auf die Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 14. Mai 2016 (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss vom 19. Mai 2016 , Urk. 10/85 / 4 f.) wies die IV-Stelle - nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/86) - mit Verfügung vom 29.

Juni 2016 das Leistungsbegehren ab, da aufgrund der festgestellten depressiven Episode kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter langanhaltender Gesundheitsschaden vorliege (Urk. 10/89) .

E. 10

/1- 183, sowie der CD mit Tonaufnahme der Begutachtung, Urk. 11), was de m Beschwerdeführer am 9 . Juli 20 24 mitgeteilt wurde (Urk. 1 2). Mit Eingabe vom 8. Januar 2025 reichte d er Beschwerdeführer den nachträglich zugegangenen Austrittsbericht der B. ___ vom 15. Juli 2019 über den dortigen stationären Aufenthalt vom 21. Juni bis 12. Juli 2019 nach (Urk. 13-14). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird -

soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 13

f.) hielten die Gutachter fest, dass sich beim Beschwerdeführer eine depressive Störung in einer leichtgradigen Ausprägung diagnostizieren lasse. Die Erkrankung schränke zwar dessen Arbeitsfähigkeit ein, hebe diese aber keineswegs auf. Die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aus psychiatrischer Sicht höchstens um 10-20 % reduziert. Gleichzeitig liessen sich aus psychiatrischer Sicht weder in der zuletzt ausgeübten noch in einer alternativen Tätigkeit zeitliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ableiten. Somit bestehe bei der depressiven Störung gegenwärtig eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80-90 %. Ansonsten ergäbe sich weder aus orthopädischer noch aus neurologischer noch aus internistischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der orthopädischen Untersuchung habe sich ein reizloses, stabiles rechte s Kniegelenk bei einer Druckschmerzangabe über dem medialen und lateralen Gelenkspalt rechts ohne Meniskus-Zeichen sowie mit einer gering eingeschränkten Beugung im Vergleich mit dem linken Kniegelenk gezeigt. Radiologisch stellten sich degenerative Veränderungen im retropatelaren Kompartiment und eine geringe Verschmälerung des lateralen Gelenkspaltes dar. Aufgrund der klinischen und radiologischen Befunde des rechten Kniegelenks seien Anlauf-, Belastungs- und Ruheschmerzen nachvollziehbar, jedoch nicht in dem vom Beschwerdeführer angegebenen Ausmass mit einer maximalen Gehstrecke von 15 Minuten. Daraus ergebe sich allenfalls eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten mit ständigem Stehen, Laufen, Treppensteigen, im Knien und in der Hocke. Der orthopädische Befund der Handgelenke und beider Schultergelenke sei vollkommen regelrecht gewesen, ebenso der klinische Befund beider seitengleich frei bewegliche n Ellenbogengelenke. Im Hinblick auf die HWS hätten sich radiologisch degenerative Veränderungen gezeigt, welche aber das Ausmass der altersgleichen Bevölkerung nicht überstiegen und angesichts eines 3- mal igen Beschleunigungstraumas als äusserst gering

ausgeprägt einzuschätzen seien. Neurologische Ausfälle hätten nicht festgestellt werden können; die Beschwerden auf verschiedenen Ebenen hätten keiner neurologischen Ursache oder Mitbeteiligung zugeordnet werden können. Im Fachgebiet der inneren Medizin fänden sich keine Erkrankungen, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden. Hinzuweisen sei allerdings auf den Testosteronmangel bei sekundärem Hypogonadismus, der zu einer Leistungsschwäche und Adynamie beitragen könne. Zusammenfassend sei somit polydisziplinär betrachtet beim Beschwerdeführer von einer Arbeitsfähigkeit von 80-90 % in der letzten Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit auszugehen. Zum Belastungs- und Ressourcenprofil wurde im polydisziplinären Konsens ausgeführt, dass Tätigkeiten mit Akkord-Charakter oder besonderem Zeit-Leistungsdruck oder mit Schichtwechsel vermieden werden sollten. Vor dem Hintergrund eines verminderten Antriebs seien die Handlungsenergie und -planung sowie die Übersichts- und mentale Umstellungsfähigkeit limitiert, sodass Tätigkeiten mit komplexen Anforderungen ungeeignet seien. Der Ausbildungsgrad und Kenntnissstand seien zu berücksichtigen. Aus den Befunden am rechten Kniegelenk ergebe sich insofern eine Einschränkung des Belastungsprofils als wechselbelastende, körperlich mittelschwere Tätigkeiten ohne ständiges Stehen, Laufen, Treppensteigen, im Knien und in der Hocke zumutbar seien. Retrospektiv betrachtet habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf dem Gebiet der Psychiatrie für die Zeit der stationären Behandlung des Beschwerdeführers von Dezember 2014 bis März 2015 bestanden. Die vom ambulanten Behandler festgestellte 100%ige Arbeitsunfähigkeit darüber hinaus bis August 2015 erscheine nicht nachvollziehbar, sondern es sei bei einer dokumentierten nur leichten Einschränkung der Leistungsfähigkeit bereits ab März 2015 von einer Arbeitsunfähigkeit von lediglich 10-20 % auszugehen. Aus den anderen Fachgebieten ergäben sich auch retrospektiv keine länger dauernden Arbeitsunfähigkeiten. Zusammenfassend habe von Dezember 2014 bis März 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und ab April 2015 eine 80-90%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Die Prognose hinsichtlich einer stabilen Arbeitsfähigkeit werde als günstig angesehen - dies gelte insbesondere auch für die orthopädischen und die psychiatrischen Gesundheitsstörungen. Eine psychiatrisch/psychotherapeutische Begleitung sei allerdings weiterhin erforderlich. Um einer weiteren Chronifizierung entgegenzuwirken seien Eingliederungsmaßnahmen zu empfehlen.

Zu den invaliditätsfremden Faktoren gehörten die Arbeitslosigkeit, das Alter und die fehlende berufliche Ausbildung. Es gebe sodann keine Hinweise für Aggravation oder Simulation, auch bestehe kein Suchtleiden. Komorbide psychische Störungen oder Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung, Persönlichkeitsänderung oder -akzentuierung lägen nicht vor. Durch den verminderten Antrieb seien die Handlungsplanung und -energie limitiert, da es an Ausdauer und Durchhaltevermögen fehle. Die stabile soziale Situation durch Unterstützung der Familie sei als Ressource anzusehen (S. 16 ff. und S. 55 f.). Zur Behandlung und zur Eingliederung wurde festgehalten, dass die bisherige Therapie leistungsfördernd sei, die Kooperation stets gegeben gewesen sei und sich der Beschwerdeführer einsichtig und motiviert zeige. Bei der gescheiterten Eingliederungsmaßnahme 2013 sei er ebenfalls motiviert gewesen, der Abbruch sei wegen psychischer Dekompensation erfolgt.

3.2

Die Verfügung vom 29. April 2024 (Urk. 2), mit welcher das Rentenbegehren erneut abgewiesen wurde, basiert auf folgenden medizinischen Beurteilungen: 3.2. 1

Im Verlaufsbericht des Y.____, wo sich der Beschwerdeführer seit Februar 2015 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befindet, vom 25. Juni 2020 (Urk. 10/96 / 1-2, beiliegend zur Neuanmeldung) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurden folgende Diagnosen aufgeführt:

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
(ICD-10: F33.1)

-

Persönlichkeitsakzentuierung mit unreifen Anteilen (vordiagnostiziert,
ICD-10: Z73)

Der Beschwerdeführer habe im Verlauf des Frühlings/Frühsummers 2019 eine zunehmend depressive Symptomatik mit Suizidgedanken entwickelt, sodass am 21. Juni 2019 eine notfallmässige stationäre Behandlung in der B.____ nötig geworden sei. Die Symptomatik habe sich zwar im stationären Rahmen und unter Wiederansetzen einer antidepressiven Medikation gebessert. Nach dem Austritt am 12.

Juli 2019 sei eine rasche Rückkehr an den Arbeitsplatz erfolgt, während zwei Wochen zu 50%, anschliessend zu 100%. Die depressive Symptomatik habe sich jedoch bis auf Weiteres als nicht vollständig remittiert gezeigt. Unter Verweis auf den beigelegten Bericht der Praxis für Neurologie des G.____ vom 13.

Juni 2020 (S. 3 ff.) wurde über ein erstmaliges Krampfeignis am 15. April 2020 berichtet, sodass nachfolgend das potentiell krampfschwelende Antidepressivum Bupropion abgesetzt worden und eine mehrtägige Abklärung in der Epilepsieklinik erfolgt sei. Die depressive Symptomatik habe in der Folge weiter zugenommen; auch im Zusammenhang mit dem auferlegten beruflichen Fahrverbot von LKW für sechs Monate und entsprechende Arbeitsunfähigkeit bis Oktober 2020. 3.2. 2

Im Bericht der Praxis für Neurologie des G.____ vom 1. Oktober 2020 (Urk. 10/111) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurden folgende Diagnosen aufgeführt:

-

Fokale Epilepsie mit Status nach erstmaligem (sekundär-generalisierten)
Krampfanfall am 15. April 2020

-

differentialdiagnostisch: provoziert durch Entzug von Bupropion

-

epileptische Potenziale im 72-Std.-EKG vom 11. bis 14. Mai 2020

-

Depressive Entwicklung

Für die zuletzt ausgeübte, nun gekündigte Tätigkeit als LKW-Chauffeur habe vom 15. April bis 30. September 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Prognostisch bestehe aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Es

bedürfe weiterhin einer konsequenten anti-epileptischen Abschirmung. Auch die Fahreignung sei wieder gegeben. Das Eingliederungspotenzial sei uneingeschränkt vorhanden. 3.2. 3

Im Bericht des Y.____ vom 26. April 2021 (Urk. 10/118) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurden als Diagnose n mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, mittelschwere Episode, sowie vorbekannte leichte kognitive Einschränkungen (bei Besuch einer Sonderklasse) genannt. Der Beschwerdeführer zeige eine weiterhin bestehende mittelgradige depressive Symptomatik mit starker Antriebslosigkeit, schneller Ermüdung, sozialem Rückzug, Konzentrationsstörungen, Durchschlafstörungen mit häufigen Albträumen und nächtlichen Panikattacken. Er sei seit dem 15. April 2020 bis auf Weiteres für alle Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Angesichts der Anamnese und der Entwicklung im letzten Jahr sei von einem prolongierten Krankheitsverlauf auszugehen. Die Belastbarkeit bleibe auch nach Teilnahme am tagesklinischen Programm sehr reduziert, sodass momentan keine Wiedereingliederungsmassnahmen realistisch seien, jedoch in naher Zukunft angedacht werden könnten. Dabei sei ein vorsichtiger Einstieg und eine langsame Pensumssteigerung über einen längeren Zeitraum wichtig. Im aktuellen Mini-ICF zeigten sich eine starke Einschränkung in Bezug auf Proaktivität und Spontanaktivität (im Rahmen der Antriebsminderung), mittelschwere Einschränkungen der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit und der Entscheidungsfähigkeit. Leichte bis mittelgradige Einschränkungen beständen bei der Selbstbehauptungsfähigkeit sowie Planung und Strukturierung von Aufgaben. Gemäss Auskunft der Psychiatrie-Spitex bestehe eine leichte Vernachlässigung der Haushaltstätigkeit sowie der Selbstpflege. 3.2. 4

Im Verlaufsbericht des Y.____

vom 10. Juni 2021 (Urk. 10/123) wurde eine weitere Zunahme der depressiven Symptomatik mit ausgeprägter Antriebslosigkeit und sozialem Rückzug sowie Durchschlafstörungen mit Albträumen in den letzten Wochen dargelegt. Dem Beschwerdeführer falle es teilweise sogar schwer, die ambulanten seit Mai 2020 wöchentlich stattfindenden Termine wahrzunehmen. Somit sei aktuell und mittelfristig keine Belastbarkeit für eine berufliche Wiedereingliederung gegeben. 3.2. 5

Das Y.____ führte in seinem Bericht vom 22. Dezember 2021 (Urk. 10/131) aus, dass sich der Beschwerdeführer dort vom 17. November bis 22. Dezember 2021 in schlafmedizinischer/psychiatrischer/

psychotherapeutischer Behandlung befunden habe und ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS, mittelgradig, AHI von AHI 26/h und O2-Entsättigung - min 84 %) diagnostiziert worden sei. 3.2. 6

Nachdem zunächst ein psychiatrisches und neuropsychologisches Gutachten in Auftrag gegeben worden war (vgl. Urk. 10/124-127), wurde n mit dem neu diagnostizierten OSAS die Fachdisziplinen der Begutachtung

erweitert (vgl. RAD-Stellungnahme, Urk. 10/150 / 6 und Urk. 10/132-134). Im polydisziplinären (allgemein-internistischen, neurologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen)

E.____ -Gutachten vom 9. Februar 2023 (Urk. 10/144) wurden in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
(ICD10: F33.1)

-

Leichte neuropsychologische Störung

-

OSAS (mittelgradig, Erstdiagnose 2021, cPA P -Beatmung seit Februar 2022)

-

Bewusstseinsstörung mit Sturz auf den Kopf am 15.

April 2020 (ICD-10:

G40.8) im Rahmen eines erstmaligen sekundären epileptischen, tonisch-
klonischen Anfallereignisses , mit verzögerter Reorientierung, postiktale
Verwirrtheit sowie links lateralem Zungenbiss, Amnesie für das Ereignis
(differentialdiagnostisch: Gelegenheitsanfall bei Einnahme von Bupropion
in kritischem krampfschwelensenkender Dosis im April 2020)

wahrscheinlich mit Commotio cerebri

-

Standard-EEG vom 15. April 2020 ohne Hinweise auf eine
epileptische Aktivität

-

Langzeit-EEG über 72 Stunden ab 11. Mai 2020: deutliche aber
unspezifische Verlangsamungsherde, bifrontal
und links temporal,
an K-Komplexe gekoppelte epilepsietypische Potenziale

-

Unter Medikamenten seit August 2020 aktuell beschwerdefrei
(Einnahme compliant gemäss Blutspiegel)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen:

-

Diabetes mellitus Typ 2, bisher nicht medikamentös behandelt, aktuell
entgleist (ICD-10: E14.90)

-

Hyperlipidämie , bisher nicht medikamentös behandelt (ICD-10: E78.2)

-

Hypogonadismus (Erstdiagnose August 2011 mit regelmässiger
Testosteron-Substitution (ICD-10: E29.1)

-

Linksschenkelblock und AV-Block I. Grades (ICD-10: I44.7 und I44.0)

-

Vitamin-D-Mangel (ICD-10: E55.9)

-

mehrfache, insgesamt vier HWS-Beschleunigungstraumata infolge Auto-/
LKW-(Auffahr-)Unfälle (2009, 2013, 2015 und zuletzt März 2022 als
LKW-Beifahrer, ICD-10: S13.4)

-

Posttraumatisch jeweils Exazerbationen eines rechts betonten
zervikobrachialen Schmerzsyndroms mit gutem Ansprechen auf
physiotherapeutische Behandlungen

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Urk . 10/144/ 35 ff.) wurde
dargelegt, dass a aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, zum gegenwärtigen
Zeitpunkt mittelgradig ausgeprägt, relevante qualitative und quantitative
Leistungsbeeinträchtigungen

beständen . Zusätzliche Beeinträchtigungen beständen aufgrund des OSAS und aufgrund
des Epilepsieleidens. Auf neuropsychologischem Fachgebiet sei eine leichte
neuropsychologische Störung mit Einbussen in vorwiegend exekutiv- attentionalen
Bereichen festgestellt worden. In Anlehnung an das Mini-ICF-APP (Urk . 10/144/ 118 f.)
seien schwere Beeinträchtigungen bei der Durchhaltefähigkeit, der
Selbstbehauptungsfähigkeit und bei Spontanaktivitäten festzustellen. Mittelgradige
Beeinträchtigungen beständen bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben, bei der
Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, bei der Kontaktfähigkeit zu Dritten, bei d er
Gruppenfähigkeit, bei der Selbstpflege und in der Verkehrsfähigkeit. Aufgrund des
depressiven Zustandsbildes beständen eine Antriebsminderung, eine eingeschränkte
affektive Schwingungsfähigkeit, eine eingeschränkte Interesseseffektivität, Freudlosigkeit
sowie auch sozialer Rückzug. Wegen des OSAS sowie bei Tagesmüdigkeit (wohl
multifaktoriell bedingt) und unter Berücksichtigung der leichten kognitiven Störung
könnten nur noch einfach strukturierte Aufgaben ohne erhöhte Anforderungen an
Konzentration und vorausschauendes Handeln und Planen und nicht in Nacht- oder
Wechselschicht ausgeübt werden. Nicht möglich seien Arbeiten in Zwangshaltungen und
aus Sicherheitsgründen auch keine Arbeiten mit Absturzgefahr (z.B. auf Leitern, Gerüsten,
Podesten, Dächern etc .) sowie keine Arbeiten an grossen, schweren, schneidenden und
rotierenden Maschinen. Bei der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität (Urk .

10/144/ 38 f.) wurde interdisziplinär ausgeführt, dass die für den Beschwerdeführer im Vordergrund stehenden Beschwerden auf psychiatrischem Fachgebiet gegenüber allen Teil-Gutachtern in ähnlicher Weise, ohne Widersprüche sowie glaubhaft und nachvollziehbar geschildert worden seien. Der erhobene psychopathologische Befund und die gewonnenen Verhaltensbeobachtungen seien in Einklang zu bringen gewesen mit den testpsychiatrischen Ergebnissen. Es seien gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in verschiedenen Lebensbereichen feststellbar gewesen, wozu auch die gemachten Angaben zum Tagesablauf passten. Die gemessenen Medikamentenspiegel zeigten, dass der Beschwerdeführer seine Medikation wie vorgeschrieben regelmässig einnehme. Es bestehe ein glaubhaft anhaltender Leidensdruck, dies trotz langjähriger adäquater Therapie. Die im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung gewonnenen Testergebnisse seien valide gewesen. Es hätten sich keine Hinweise für mangelnde Mitwirkung oder für gar negative Antwortverzerrungen gefunden. Die erhobenen Befunde im Rahmen der aktuellen Untersuchungen, insbesondere im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Abklärung, deckten sich mit früheren Beschreibungen in den Akten. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei aus interdisziplinärer Sicht, führend wegen der Problematik auf psychiatrischem Fachgebiet, möglich gewesen. Es bestehe kein Suchtleiden. Der im Rahmen der Urindiagnostik festgestellte positive LSD-Wert sei möglicherweise auf eine Kreuzreaktion der Antidepressiva zurückzuführen; anamnestisch fänden sich keine Hinweise für einen LSD-Konsum. Weiter führten die Gutachter aus, dass eine relevante Persönlichkeitsstörung auf psychiatrischem Fachgebiet nicht feststellbar gewesen sei. Hinsichtlich Belastungsfaktoren sei der Beschwerdeführer nachvollziehbar vor allem aufgrund seiner Gesundheitsstörungen aus psychiatrischer Sicht in seiner Leistungsfähigkeit und seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und damit auch belastet. In der Vergangenheit sei der Beschwerdeführer sicherlich aufgrund seines Status als Sonderschüler belastet gewesen. Es sei ihm deswegen auch nicht möglich gewesen, eine Berufsausbildung zu erlangen. Belastend sei sodann auch der letztlich erfolglose Auswanderungs-Versuch nach Kuba 2014 gewesen; danach habe er depressiv reagiert und sich schlecht wieder reintegrieren können; zudem habe er seitdem nicht unerhebliche Schulden. Es bestehe inzwischen ein zunehmender sozialer Rückzug. Aufgrund des fortgeschrittenen Alters und der fehlenden beruflichen Ausbildung dürfte es für den Beschwerdeführer schwierig sein, am Arbeitsmarkt wieder Fuss zu fassen. Als Ressource sei zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer in der Lage gewesen sei, trotz eines Sonderschüler-Status und einer fehlenden beruflichen Ausbildung am Arbeitsmarkt Fuss zu fassen und über viele Jahre seinen beruflichen Verpflichtungen nachzukommen. Der Beschwerdeführer habe sich als freundliche und höfliche Person, kooperativ und therapieadhärent präsentiert. Das kognitive Leistungsvermögen sei in weiten Teilen ausreichend gut erhalten. Überdies hätten sich keine Hinweise für Dissimulation, bewusstseinsnahe Aggravation oder gar für Simulation gefunden.

Auf allgemein-internistischem Fachgebiet seien Gesundheitsstörungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht feststellbar gewesen (Urk.

10/144/ 68 ff.) . Aus den neurologisch dargelegten Diagnosen eines OSAS sowie des sekundären epileptischen Anfallsereignisses resultiere in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als LKW-Chauffeur eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit; in einer der Behinderung optimal angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht zu 80 % arbeitsfähig, wobei sich die 20%ige Arbeitsunfähigkeit mit der vormittglich betonten,

krankheitsbedingten Tagesmüdigkeit begründe (Urk . 10/144/ 100 f.). Eine leichte neuropsychologische Störung entspreche gemäss Leitlinien einer Arbeitsfähigkeit von 70-90 %, weshalb beim Beschwerdeführer aus neuropsychologischer Sicht aufgrund der Einbussen in den exekutiv- attentionalen Funktionen rein medizinisch-theoretisch in der bisherigen Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit zu attestieren sei. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 90%ige Arbeitsfähigkeit.

In der psychiatrischen Beurteilung (Urk . 10/144/ 121 ff.)

wurde ausgeführt, dass sich beim 1963 geborenen Beschwerdeführer Hinweise auf eine emotionale Deprivation in der Kindheit fänden. So habe er von einer Sonderbeschulung berichtet, wobei die Ursache hierfür nicht klar geworden sei. In der Folge sei es ihm verwehrt geblieben, eine Berufslehre zu absolvieren. Der Beschwerdeführer habe als Hilfsarbeiter, Staplerfahrer und später während mehrerer Jahre als LKW-Fahrer gearbeitet. Ferner sei es ihm möglich gewesen, PC-Kenntnisse zu erwerben und diese innerhalb einer regulären Anstellung während rund 12 Jahren in der ganzen Deutschschweiz anzuwenden. Hinsichtlich einer psychiatrischen Anamnese imponiere eine erstmalige psychiatrische Behandlung 2013, offenbar auf Grund einer depressiven Entwicklung, wobei eine mittelgradige depressive Episode im Bericht vom 8. Februar 2014 des damals behandelnden Psychiaters erwähnt worden sei. Im Rahmen der Hospitalisation in der Klinik H.____ vom 11. bis 14. Mai 2020 sei als Nebendiagnose eine leichte bis mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung aufgeführt worden. Am 21. Juni 2020 (richtig: 2019) sei es zu einer psychiatrischen

Hospitalisation

in der B.____

gekommen, wo eine rezidivierende - mittelgradige - depressive Störung diagnostiziert worden sei. Zudem sei eine Persönlichkeitsakzentuierung mit unreifen Anteilen erwähnt worden. Eine Vollremission sei in der Folge nicht zu Stande gekommen. Die ambulante Behandlung sei im Y.____ fortgeführt worden. Unter Aufdosierung der antidepressiven Medikation sei es am 15. April 2020 zu einem erstmaligen Krampfereignis gekommen. In der Folge habe die depressive Symptomatik zugenommen, wobei die auferlegte berufliche Fahrunfähigkeit für LKW zur Verschlechterung beigetragen habe. Eine teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik C.____ habe bis Mai 2021 stattgefunden. Eine berufliche Wiedereingliederung habe nicht stattfinden können aufgrund zunehmender Symptombelastung. Hinsichtlich seiner Persönlichkeit hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt und im Explorationsgespräch habe er sich kooperativ verhalten. Aus psychiatrischer Sicht könne der Beschwerdeführer aufgrund der ausgeprägten depressiven Symptomatik die letzte Tätigkeit als LKW-Chauffeur nicht mehr ausüben, wobei dies seit der Hospitalisation im Juni 2020 (vgl. hierzu aber E. 3.2.11) gelte. Eine angepasste sitzende Tätigkeit im Bereich IT/Computer könne er zu 30

% ausüben; eine retrospektive Einschätzung dieser Arbeitsfähigkeit sei schwierig und gelte daher seit dem Explorationsdatum (5. Dezember 2022).

Bei der Begründung der Gesamtarbeitsunfähigkeit (Urk. 10/144/43 f.) sei die aus psychiatrischer Sicht festgestellte Gesundheitsstörung führend, woraus in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit resultiere. Optimal angepasste Tätigkeiten könnten aufgrund der depressiven Symptomatik noch in einem 30 %-Pensum

geleistet werden, weshalb eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Aus rein somatischer Sicht - ohne Berücksichtigung der psychiatrischen Problematik - wäre dem Beschwerdeführer die Tätigkeit als Chauffeur noch zu 50% möglich, führend wegen dem OSAS. Optimal angepasste Tätigkeiten wären noch zu 80% zumutbar, wobei die für diese Beurteilung ursächliche Tagesmüdigkeit höchstwahrscheinlich multifaktorieller Genese sei, so das OSAS, die Nebenwirkungen der antidepressiven Therapie und der aktuell entgleiste Diabetes mellitus. Zum Verlauf wurde festgehalten, dass eine retrospektive

Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit, ohne die begutachtete Person auch früher selber untersucht zu haben, nicht unproblematisch sei, da dabei auf von anderen Personen erhobenen Anamnesen, Befunde und daraus abgeleitete Diagnosen abgestellt werden müsse. Retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der

echtzeitlich erhobenen Befunde und gestützt darauf vorgenommene Diagnosen und Arbeitsfähigkeits-Einschätzungen nur eingeschränkt möglich. Soweit retrospektiv beurteilbar, bestehe die 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit höchstwahrscheinlich seit Juni 2020, also seit der Hospitalisation in der B.____ (vgl. E. 3.2.11). Es hätten sich keine Hinweise für eine relevante Verbesserung des depressiven Leidens seither gefunden. Die aktuell festgestellte 70%ige Arbeitsunfähigkeit für optimal angepasste Verweistätigkeiten bestehe sicherlich seit der psychiatrischen Exploration am 5. Dezember 2022. Möglich seien noch leichte körperliche Tätigkeiten, wech selbelastend, nicht in Wechsel- o d e r N a c h s c h i c h t, nicht mit Absturzgefahr, nicht an gefährlichen Maschinen und nicht mit hohen Anforderungen an die Konzentration und an kognitive Fähigkeiten. Eine vorherige retrospektive Einschätzung aus psychiatrischer Sicht sei schwierig. Während und kurz nach der Hospitalisation habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden; wann es anschliessend zu einer leichten Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes gekommen sei, sei schwer zu beurteilen. Entsprechend begründe sich die festgestellte 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als auch für die 70%ige Arbeitsunfähigkeit für optimal angepasste Verweistätigkeiten in erster Linie mit den Gesundheitsstörungen auf psychiatrische m Fachgebiet. Die auf den anderen Fachgebieten festgestellten funktionellen Leistungsbeeinträchtigungen wirkten sich nicht zusätzlich für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus.

Aus interdisziplinärer Sicht erscheine es unwahrscheinlich, dass die genannten Leistungsbeeinträchtigungen durch medizinische Massnahmen und Therapien relevant verbessert werden könnten. Vor allem die auf psychiatrische m Fachgebiet durchgeführte Therapie sei adäquat und leitliniengerecht. Aus rein somatischer Sicht wäre möglicherweise eine Verbesserung der Tagesmüdigkeit und auch der allgemeinen Leistungsfähigkeit durch eine Anpassung bei Behandlung des OSAS und vor allem durch eine gute Einstellung bei aktuell entgleistem Diabetes mellitus Typ

2 möglich. Die beim Gutachtensauftrag gestellten Fragen beantwortend (Urk. 10/144/45) wurde ausgeführt, dass es seit der letzten massgeblichen Verfügung vom 29. Juni 2016 zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auf psychiatrischem, neurologischem und internistischem Fachgebiet gekommen sei. Mittlerweile bestehe eine rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Ausprägung, dies ohne wesentliche Veränderung seit Juni 2020. Das im Dezember 2021 neurologischerseits diagnostizierte therapiedürftige OSAS werde erst seit Februar 2022 mittels CPAP-Beatmung behandelt. Am 15.

April 2020 sei es zu einem epileptischen Anfall gekommen bei differentialdiagnostisch möglicher primärer Epilepsie oder sekundärer Epilepsie mit Trigger im Rahmen einer zuvor erfolgten Aufdosierung des Antidepressivums Bupropium mit krampfschwellessenkender Wirkung. Sodann liege eine inzwischen entgleiste Stoffwechselsituation bei vorbekanntem Diabetes mellitus Typ 2

vor . 3.2. 7

RAD-Arzt Dr. D.____ hielt in seiner Stellungnahme Somatik vom 22. Februar 2023 (Urk. 10/150 / 6 f f .) unter Wiedergabe der wesentlichen gutachterlichen Feststellungen fest, dass das somatische Gutachten schlüssig erscheine, umfassend sei und die gesamte Aktenlage sowie sämtliche Beschwerden und Symptome berücksichtige, weshalb darauf abzustellen sei. 3.2. 8

Die von

RAD-Ärztin Dr. F.____ aus psychiatrischer Sicht gestellten Fragen (vgl. RAD-Stellungnahme Psychiatrie vom 8. März 2023, Urk. 10/150 / 8 f. und Urk. 10/146) beantwortete der psychiatrische E.____ -Gutachter am 16. März 2023 (Urk. 10/148). Demnach ergebe sich die anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit bei einer mittelgradigen depressiven Symptomatik für die angestammte Tätigkeit als LKW-Fahrer aus den Einschränkungen im Alltag, welche sich aus dem Mini-ICF-APP ergäben, und auch aus den Anforderungen im Strassenverkehr. Daher sei angenommen worden, dass für angepasste Tätigkeiten (IT/Computer) eine Teilarbeitsfähigkeit bestehe . Die Verschlechterung sei begründet durch die Chronifizierung des depressiven Zustandsbildes trotz einer adäquaten Behandlung. Als allgemein formuliertes Belastungsprofil seien dem Beschwerdeführer Tätigkeiten ohne Zeit- und Leistungsdruck und ohne zu hohe Verantwortlichkeit zumutbar. Der aus der Rheumatologie eingeschlichene Begriff der sitzenden Tätigkeit gelte psychiatrischerseits natürlich nicht; es seien auch stehende Tätigkeiten möglich. Ein geschützter Rahmen sei dagegen gar nicht empfohlen worden. Die letzte psychiatrische Hospitalisation habe zu keiner wesentlichen Verbesserung der Situation beigetragen; es sei trotzdem konsekutiv zu einer beginnenden Chronifizierung gekommen. Aus diesem Grund sei davon auszugehen, dass eine erneute stationäre Behandlung angesichts der adäquaten ambulanten Behandlung keinen Mehrwert bringen würde. 3.2. 9

RAD-Ärztin Dr. F.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 27. März 2023 (Urk. 10/150 / 9 f.) fest, dass die psychiatrische und neuropsychologische Teilbegutachtung auf eigenen Untersuchungen beruhen, die beklagten Beschwerden berücksichtigten und in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt worden seien. Das psychiatrische Teilgutachten sei jedoch nicht in allen Punkten nachzuvollziehen; auch hätten die Antworten vom 16. März 2023 auf die Rückfragen nicht zu einer schlüssigen Beurteilung beitragen können. So seien rezidivierende depressive Episoden zwar nachzuvollziehen , diese seien jedoch häufig Folgen psychosozialer Belastungsfaktoren , wie z.B. gescheiterte r Auswanderungsversuch und Schulden 2015, berufliches Fahrverbot aufgrund eines epileptischen Anfalls am 15. April 2020 und nachfolgender Kündigung im 2020 , gewesen. Warum der Beginn der im Gutachten attestierten Arbeitsunfähigkeit mit der Chronifizierung der Depression seit der Hospitalisation 2020 begründet werde, sei nicht plausibel, v.a. auch wenn weiterhin die Diagnose rezidivierende depressive Störung gestellt werde. Im Übrigen könne mit der depressiven Stimmungslage und der Antriebsminderung,

Schuldgefühlen und Selbstinsuffizienz keine mittelgradige depressive Symptomatik gemäss den entsprechenden ICD-10-Kriterien erkannt werden. Aufgrund der Hamilton Depressionsskala könne keine Diagnose gestellt werden. Die Antriebsminderung sei bei der neurologischen Begutachtung als Tagesmüdigkeit bei Schlafapnoesyndrom interpretiert und dafür eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert worden. Wenig nachvollziehbar seien die schweren und mittelgradigen Einschränkungen im Mini-ICF-App: so erschliesse sich aus dem Gutachten nicht, warum Probleme mit der Selbstbehauptungsfähigkeit vorliegen sollten. Eine eingeschränkte Durchhaltefähigkeit und Spontan-Aktivität bei Dekonditionierung und Antriebsminderung seien nicht klar krankheitsbedingt. Eine fehlende Tagesstruktur habe nichts mit Problemen bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben zu tun. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit angestammt könne daher nicht plausibel nachvollzogen werden (ausser, dass der Beschwerdeführer den LKW-Fahrausweis abgegeben habe). Eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit angepasst sei aufgrund des wenig auffälligen psychopathologischen Befundes ebenfalls nicht nachzuvollziehen. Auf das neuropsychologische Gutachten mit der Diagnose leichte neuropsychologische Störung könne abgestellt werden. Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit zu 30 % und in der angepassten Tätigkeit zu 10 % arbeitsunfähig; dies überwiegend wahrscheinlich seit dem 2. Juli 2020. Das Belastungsprofil sehe dabei Tätigkeiten mit geringen Anforderungen an Konzentration, Sorgfalt und Multitasking sowie Tätigkeiten, bei denen der Beschwerdeführer von Vorwissen und Kompetenzen profitieren könne, als optimal angepasst vor. Aktuell könne daher nur auf das somatische und das neuropsychologische Gutachten abgestellt werden, wonach seit Februar 2020 in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und in einer angepassten Tätigkeit von 20 % bestehe. 3.2.1 0

Im Rahmen des Einwandverfahrens wurde eine Stellungnahme des Y. ___ vom 24. Juni 2023 nachgereicht (Urk. 10/167), wonach die Beurteilung des RAD nicht nachvollziehbar sei. Vielmehr sei die Einschätzung des E. ___ -Gutachtens zu stützen und zu ergänzen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eindeutig eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit April 2020 bei einem prolongierten, chronifizierten Verlauf einer rezidivierenden depressiven Störung. Der Beschwerdeführer befinde sich seit 2015 in dortiger ambulant-psychiatrischer Behandlung. Als Diagnosen beständen eine vorbekannte leichte kognitive Einschränkung (Besuch Sonderklasse) und eine rezidivierende depressive Störung (mittelschwere Episode, ICD-10: F33.1). Die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode setzten - neben den erfüllten drei Kernsymptomen (depressive Verstimmung, Freudlosigkeit, Ermüdbarkeit/Antriebslosigkeit) - vier oder mehr Zusatzsymptome voraus, welche die betroffene Person in ihrem Alltag stark beeinträchtigten. Beim Beschwerdeführer seien seit mindestens Juli 2020 die fünf Punkte : vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen , Schlafstörungen, wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Suizid sowie Appetitlosigkeit erfüllt, womit der Schweregrad der depressiven Episoden nach ICD-10-Kriterien als mittelgradig (sogar mittelschwer) einzustufen sei. Das Schlafapnoe-Syndrom als primäre Ursache für die Antriebsminderung und Tagesmüdigkeit greife zu kurz . Diese beiden Symptome seien auch nach fachgemässer Behandlung der Schlafapnoe weiterhin vorhanden und stellten typische Depressionserscheinungen dar. Gerade beim Beschwerdeführer habe sich schon 2019 (siehe Hospitalisation

B. ___) - als er noch als LKW-Chauffeur tätig gewesen sei - eine zunehmende depressive Entwicklung gezeigt . Nach der kurzen Hospitalisation vom 21. Juni bis 12. Juli 2019 sei er

sehr schnell wieder in die volle Arbeitstätigkeit eingestiegen, ohne der sich rasch entwickelnden Erschöpfung und Stressintoleranz Bedeutung zuzumessen. Somit sei im Verlauf des zweiten Halbjahrs 2019 bereits eine leicht- bis mittelgradige depressive Symptomatik vorhanden gewesen, welche medikamentös und psychotherapeutisch behandelt worden sei, ohne eine Remission zu erlangen (sodass bereits von einer depressionsbedingten reduzierten Arbeitsfähigkeit auszugehen gewesen sei, wobei der Beschwerdeführer keine partielle Krankschreibung gewollt habe, um den Arbeitsplatz nicht zu gefährden). Wie bereits in den ausführlichen Berichten von 2021 dargelegt, beständen beim Beschwerdeführer folgende funktionelle Einschränkungen nach Mini-ICF-App: starke Einschränkungen in Bezug auf Proaktivität und Spontan-Aktivität (im Rahmen der Antriebsminderung) sowie der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, mittelschwere Einschränkungen der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie der Entscheidungsfähigkeit und sodann leichte bis mittelgradige Einschränkungen der Selbstbehauptungsfähigkeit sowie der Planung und Strukturierung von Aufgaben. Der Beschwerdeführer habe trotz klaren und wiederholten Anstrengungen (wöchentliche ambulante psychotherapeutische Therapie, wöchentliche psychiatrische Spitex-Termine, zwischenzeitlich teilstationäre Behandlung und aktuell wöchentliche ergotherapeutische Behandlung) eine Verbesserung der depressiven Symptomatik (in Bezug auf Antrieb, Konzentration, Ausdauer) in den letzten drei Jahren nicht erzielen können.

Dies im Gegensatz zum früheren Krankheitsverlauf zwischen 2014 und 2017, als er nach dem ersten stationären Aufenthalt, einer nachfolgenden 9-monatigen teilstationären Behandlung und mehrmonatigem Aufbau- und Belastungstraining bei der Startrampe wieder voll in die Arbeitstätigkeit habe einsteigen können. Aktuell sei er bereits mit der Einhaltung der wöchentlichen fixen Therapie-Termine an der obersten Belastungsgrenze, weswegen keine berufliche Reintegrationsmassnahme (auch in einem angepassten Rahmen) realistisch sei. Dass eine angepasste Tätigkeit zu 80

% und eine Tätigkeit als LKW-Chauffeur zu 50 % (mit potentieller Gefährdung aller Verkehrsteilnehmenden) unter diesen krankheitsbedingten Einschränkungen möglich sein sollte, könne aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Vom Therapieverlauf sei zu erhoffen, die Lebensqualität des Beschwerdeführers soweit stabilisieren zu können, dass er ein lebenswertes Leben gestalten könne; trotz weiteren therapeutischen, medizinischen Massnahmen bestehe jedoch aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 3.2.1.1

Nachdem die RAD-Psychiaterin Dr. F. ___ in ihrer Stellungnahme vom 18. Dezember 2023 (Urk. 10/180 / 4 f.) zum Schluss

gekommen war, auf den Bericht des Y. ___ vom 24. Juli 2023 (vgl. E. 3.2.10) könne nicht abgestellt werden, formulierte sie - auch auf Wunsch des Beschwerdeführers (Urk. 19/162) - weitere Rückfragen, zu denen der psychiatrische Gutachter mit Eingabe vom 7. Februar 2024 (Urk. 10/175) Stellung nahm. So sei aus dem geschilderten Tagesablauf (der Beschwerdeführer unternehme immerhin leichte Haushaltsarbeiten, gehe einkaufen, gehe manchmal raus, treffe sich - selten - mit Kollegen, gehe wöchentlich in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und bekomme wöchentlich Besuch von der psychiatrischen Spitex, lenke immer noch ein Fahrzeug, habe doch soziale Kontakte zur Schwester, zu einem Göttibueb, zwei Kollegen und einem Ehepaar) leider das Vorhandensein einer mittelgradigen depressiven Episode keineswegs ausgeschlossen. Menschen, die unter dieser Störung litten, seien durchaus dazu in der Lage. Grundsätzlich

messe sich e in tendenzieller sozialer Rückzug am Leben, wie es vor der Erkrankung ausgestaltet gewesen sei. Aufschlussreicher seien hier die Angaben des Aktivitätens i veaus , wie es aus dem Mini-ICF-App ersichtlich werde . Ausschlaggebend sei in diesem Fall die vorhandene Antriebsminderung, wie sie in der psychiatrischen Exploration deutlich zugegen und beobachtbar gewesen sei .

Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sei anhand der notwendigen Kriterien gemäss ICD-10 dargelegt worden und sollte entsprechend nachvollziehbar sein. Zu den psychischen Funktionsstörungen i m Kontext der angestammten/angepassten Tätigkeit führte der Gutachter aus, dass die angestammte Tätigkeit als LKW-Chauffeur grundsätzlich mit der vorhandenen Antriebsminderung verbunden mit neurokognitiven neuropsychologisch festgestellten Einschränkungen nicht vereinbar sei. Subjektiv habe der Beschwerdeführer nachvollziehbar und glaubhaft angegeben, den Fahrausweis in d er Kategorie LKW abgegeben zu haben, weil er den Stress auf den Strassen nicht mehr ausgehalten habe. Objektiviert habe eine Verlangsamung des Denkens werden könne n . Die beim Beschwerdeführer sodann vorhandene und bei depressiven Männern gehäuft auftretende psychomotorische Unruhe im Rahmen der depressiven Symptomatik begründe zudem die vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Wie bereits dargelegt und im Konsens des Gesamtgutachtens sei das Aktivitätsniveau in verschiedenen Lebensbereichen gleichmässig relevant eingeschränkt. Die festgehaltene schwere Einschränkung des Durchhaltevermögens begründe die 70%ige Arbeitsunfähigkeit für angepasste Tätigkeiten. Wie in den mittelgradigen Einschränkungen gemäss Mini-ICF-App festgehalten, könne sich der Beschwerdeführer beispielsweise nur beschränkt auf sich verändernde Situationen einstellen. Zum Beginn d er anhaltenden Chronifizierung im Juni 2020 stütze sich der Gutachter auf die Angaben des Y.____ vom 2 5. Juni 2020 (vgl. E. 3.2.1) ab . So habe der Beschwerdeführer nach der Hospitalisation im Sommer 2019

zu n ächst 50 %, dann 100 % arbeiten können, wobei die depressive Symptomatik nicht remittiert gewesen sei. Im Anschluss an das erstmalige K r ampfeignis im April 2020 habe sich die depressive Symptomatik gesteigert, sodass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Das auferlegte berufliche Fahrverbot von LKW für sechs Monate habe sicherlich zur Verschlechterung beigetragen. Es fänden sich keine Angaben, dass in der Folge je wieder eine Arbeitsfähigkeit habe erreicht werden können, weshalb im Rahmen der langjährigen depressiven Erkrankung durchaus von einer Chronifizierung zu sprechen sei. 3.2.1 2

In der abschliessenden versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 13. Februar 2024 (Urk. 10/180 / 5 f.) zu den beantworteten Rückfragen führte Dr. F.____ unter Verweis auf die RAD-Stellungnahme vom 2 7. März 2023 (E. 3.2.9) aus, dass mit der depressiven Stimmungslage und Antriebsminderung, de n

Schuldgefühlen und der Selbstinsuffizienz keine mittelgradige depressive Symptomatik gemäss ICD-10 erkannt werden könne. Es bestehe ein erhaltenes Interesse für IT/Computer, was im psychiatrischen Gutachten sogar als Ressource erwähnt worden sei. Er habe häufigen Kontakt zu diversen Leuten, via WhatsApp auch zu früheren einheimischen Freunden in Kuba. Reisen n ach Kuba sei aufgrund seiner finanziellen Misere kaum mehr möglich. Die S chlafproblematik gründe vorwiegend auf Albträumen, die möglicherweise mit der Medikation zusammenhängen . Ohne Arbeitstätigkeit sei klar, dass die Tagesstruktur anders gestaltet sei ; es sei aber nicht erkennbar, dass keine Tagesstruktur vorhanden sei. Auch entspreche der geschilderte Tagesablauf keineswegs jenem einer

Person, die mittelgradig depressiv sei. Eine Arbeitsunfähigkeit als LKW-Fahrer könne zwar v.a. aufgrund der neuropsychologischen Defizite nachvollzogen werden, gemäss Neuropsychologie wäre er angestammt aber trotzdem noch zu 30 % arbeitsfähig. Die psychiatrisch attestierte 70%ige Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit aufgrund einer bereits eingetretenen

Dekonditionierung und einer begrenzt vorhandenen Tagesstruktur könne jedoch nicht plausibel nachvollzogen werden. Die Begründung für den Beginn der anhaltenden Arbeitsunfähigkeit bleibe in der Antwort weiterhin unklar. Es sei bekannt, dass - wenn sich ein Patient nicht arbeitsfähig sehe - der Psychiater (leider praktisch immer) eine Arbeitsunfähigkeit angestammt attestiere und keine alternative Tätigkeit bespreche. Ohne Fahrausweis hätte der Beschwerdeführer sechs Monate lang tatsächlich auch nicht als LKW-Fahrer arbeiten können. Im A.____-Gutachten von 2016 sei nach gescheiterter Auswanderung nach Kuba und finanzieller Probleme eine leichtgradige Depression diagnostiziert worden. Der Beschwerdeführer sei im Juni/Juli 2019 hospitalisiert gewesen, wobei der Grund für den damaligen depressiven Einbruch unklar bleibe, sei danach aber wieder

seiner Tätigkeit nachgegangen. Der letzte effektive Arbeitstag sei der 15. April 2020 (epileptischer Anfall) gewesen. In der Klinik H.____ sei im Juni 2020 aus psychologischer Sicht eine leicht- bis mittelgradige Depression nach einem epileptischen Anfall diagnostiziert worden, weshalb nicht von einer chronischen Depression

ausgegangen werden könne. Im Bericht des Y.____ sei zwar über eine Zunahme der Depression (u.a. wegen des Fahrverbots) aber nicht von einer Chronifizierung berichtet worden. Da kein psychopathologischer Befund aufgeführt worden sei, könne nicht festgestellt werden, wie der psychische Zustand des Beschwerdeführers zu diesem Zeitpunkt ausgesehen habe. Auffällig sei allerdings, dass in beiden Berichten bei zunehmender Depression weiterhin die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode festgehalten worden sei. Eine mittelschwere Depression begründe grundsätzlich keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit über 50 %. Aus RAD-Sicht könne weiterhin auf die Stellungnahme vom 27.

März 2023 abgestellt werden. Es solle bitte vom Rechtsanwender entschieden werden, wie mit dem Fall weiterverfahren werde. 3.2.13

Nach einer erneuten Durchsicht der medizinischen Akten erachtet die zuständige Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 10/180 / 6 f.) eine langjährige und behandlungsbedürftige psychologische Problematik als nachvollziehbar. In der Beurteilung, wie sich die diese auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, sei auf die

versicherungsmedizinische fachärztliche Stellungnahme abzustellen. Der RAD bleibe auch nach weiteren Abklärungen bei seiner Beurteilung, ebenso Gutachter und Behandler. Bei der kritischen Würdigung des RAD handle es sich nicht um eine «unbedeutende andere Meinung», sondern um eine fachlich fundierte Auseinandersetzung, die zu einer begründeten anderslautenden Beurteilung führe. Für die Rechtsanwenderin sei keine eklatante Fehleinschätzung erkennbar. 3.2.14

Im erst im Beschwerdeverfahren nachgereichtem Bericht der B.____ vom 15. Juli 2019 (Urk. 14) wurde über die dortige, vom 21. Juni bis 12. Juli 2019 dauernde zweite Hospitalisation des Beschwerdeführers berichtet und folgende psychiatrische Diagnosen

aufgeführt:

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
(ICD-10: F33.1)

-

Persönlichkeitsakzentuierung mit unreifen Anteilen (vordiagnostiziert,
ICD-10: Z73, differentialdiagnostisch: ADHS)

-

Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika:
schädlicher Gebrauch, gegenwärtig abstinent (vordiagnostiziert: ICD-10:
F13.1)

Im Verlauf der antidepressiven Behandlung sei es zu einer Aufhellung der Stimmung, einem Sistieren des Gedankenkreises und zu einer Antriebssteigerung gekommen. Der Beschwerdeführer habe am multimodalen Therapieprogramm teilgenommen sowie Ausgänge und Belastungserprobungen gut gemeistert. Insgesamt sei es im Längsschnitt der Behandlung zu einer Vollremission der depressiven Symptome gekommen. Betreffend die Restsymptomatik habe der Beschwerdeführer über eine reduzierte Stresstoleranz und über das Morgentief berichtet und sich noch mehr Antriebssteigerung gewünscht. Deshalb sei mit dem Arbeitgeber ein Arbeitseinstieg mit 50 %-Pensum in den ersten zwei Wochen nach dem Austritt vereinbart worden. Die geplante Testung der Fahrtauglichkeit sei sodann positiv verlaufen. 4. 4.1

Das polydisziplinäre

E.____-Gutachten vom 9. Februar 2023 (Urk. 10/144) basiert auf einer umfassenden allgemein-internistisch en , neurologisch en , psychiatrisch en und neuropsychologisch en Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem wurden die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet . Dem polydisziplinären Gutachten kommt demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.6).

4.2

Die E.____-Gutachter stellten in ihrer interdisziplinären Konsensbeurteilung schlüssig fest, dass - im Vergleich mit der medizinischen Ausgangslage, als zwar eine depressive Episode vorlag, welche aber nicht langanhaltend und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant war (vgl. Urk. 10/89 und E. 3.1) -

mit den

neu

dargelegten Diagnosen auf internistischem, neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet

ein verschlechterter Gesundheitszustand ausgewiesen ist, welcher sich nun auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt. Demnach

hat sich der somatische und der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenverfügung vom 29. Juni 2016 verschlechtert (Urk. 10/144 / 45), womit eine revisionsrelevante Sachverhaltsänderung im Sinne von Art. 17 ATSG

vorliegt

(vgl. vorstehend E. 1.5).

Da somit ein Revisionsgrund ausgewiesen ist,

hat

eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen, weshalb der medizinische Sachverhalt,

die Arbeitsfähigkeit, die Qualifikation

und

die Invaliditätsbemessung ohne Bindung an frühere Einschätzungen zu

beurteilen

sind. 4.3

Aus allgemein-internistischer Sicht wurde zwar eine inzwischen entgleiste Stoffwechselsituation bei vorbekanntem Diabetes mellitus Typ 2 festgestellt. Aufgrund der guten Einstellungsmöglichkeit der diabetischen Insulin-Medikation resultiert daraus aber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Auf neurologischem Fachgebiet ergeben sich aufgrund des OSAS und des Epilepsieleidens relevante Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit. So erachteten die Gutachter eine 50%ige Einschränkung für die bisherige Tätigkeit als LKW-Fahrer als gegeben. Aufgrund des OSAS und der sich daraus ergebenden Tagesmüdigkeit, welche wohl auch mit Nebenwirkungen der antidepressiven Medikation und dem aktuell entgleisten Diabetes mellitus zusammenhänge, formulierten die fachärztlichen Gutachter in der interdisziplinären Zusammenschau - auch unter Berücksichtigung der leichten kognitiven Störung - ein entsprechendes somatisch bedingtes Belastungsprofil für eine angepasste Tätigkeit

(einfach strukturierte Aufgaben ohne erhöhte Anforderungen an Konzentration und vorausschauendes Handeln und Planen und nicht in Nacht- oder Wechselschicht, ohne Arbeiten in Zwangshaltungen und aus Sicherheitsgründen auch keine Arbeiten mit Absturzgefahr, z.B. auf Leitern, Gerüsten, Podesten, Dächern etc., sowie keine Arbeiten an grossen, schweren, schneidenden und rotierenden Maschinen), welche zu 80% ausgeübt werden könne. Dies erscheint plausibel und nachvollziehbar. Dabei gilt die auf somatischen Gesundheitsstörungen beruhende Arbeitsunfähigkeit seit Februar 2022, seit Beginn der Beatmungstherapie des OSAS. Auch RAD-Arzt Dr.

D. ___ erachtete das Gutachten hinsichtlich Somatik als valide und stellte darauf als Entscheidungsgrundlage ab (Urk. 10/150 / 6 ff.). 4.4

Der psychiatrische Gutachter stellte anhand der ausführlich dargelegten Befundlage nachvollziehbar fest, dass die rezidivierende depressive Störung -gegenwärtig mittelgradige

Episode (ICD-10: F33.1) - von führender Relevanz sei und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränke. Diese psychiatrische Diagnose stimmt mit derjenigen der Behandler überein, so wurde im Rahmen der Neuanschuldung zur Begründung der seit der letztmaligen Rentenprüfung eingetretenen Verschlechterung im Bericht des Y. ___ vom 25. Juni 2020, wo sich der Beschwerdeführer seit Februar 2015 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befindet, ebenfalls eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung aufgeführt (vgl. E. 3.2.1) und im weiteren Verlauf im Bericht vom 26. April 2021 unter Darlegung der im Mini-ICF-App quantifizierten Einschränkungen bestätigt, wobei später auch über eine Zunahme der depressiven Symptomatik mit ausgeprägter Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug und Durchschlafstörungen berichtet wurde (vgl. E. 3.2.3-4). Der psychiatrische Gutachter würdigte die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden als konsistent und plausibel; so ständen diese psychopathologischen Befunde im Einklang mit der (interdisziplinären) Verhaltensbeobachtung und den testpsychiatrischen Ergebnissen (AMDP und Mini-ICF-App, vgl. Urk. 10/144 /117). Dies wird auch durch die im Medikamentenspiegel gezeigte regelmässige Einnahme der ihm verschriebenen Medikation bestätigt. Die Prüfung der funktionellen Auswirkungen der psychischen Erkrankung erfolgte gutachterlich sodann in Anwendung der für psychische Gesundheitsschäden massgeblichen Standardindikatoren (BGE 141 V 281, BGE 143 V 418 sowie BGE 143 V 409 vgl. S. 9 ff.). Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten und dargelegten Befundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren - insbesondere anhand der vorhandenen Belastungsfaktoren (vgl. Urk. 10/144 / 42) - insoweit nachvollziehen, als der Gutachter auch in einer angepassten Tätigkeit aufgrund der von ihm als ausschlaggebend bezeichneten Antriebsminderung (vgl. Urk. 10/175/2) eine Beschränkung der Arbeitszeit von vier Stunden als gegeben erachtet; nicht mehr schlüssig ist jedoch die zu addierende Leistungseinbusse von 30 % sowie das daraus errechnete Resultat einer Leistungsfähigkeit von lediglich 30 % . Diese Beurteilung ist nicht nur mathematisch nicht ganz nachvollziehbar ($5 \times 4 \text{ h} : 41,7 \text{ h} \times 30 \% = 34 \%$), sondern auch nicht in Einklang zu bringen mit dem Resultat der neuropsychologischen Begutachtung (Urk. 10/144/132-150): danach besteht beim Beschwerdeführer eine leichte neuropsychologische Störung. Bei dieser Ausprägung sei die Funktionsfähigkeit im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen nicht eingeschränkt, lediglich bei Aufgaben und Tätigkeiten mit hohen Anforderungen. Die neurologische Gutachterin bezifferte die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein neuropsychologischer Sicht auf 10 % (Urk. 10/144/145). Sie beschrieb die Auffassungsgabe und das Instruktionsverständnis als gut, die Instruktionen hätten prompt umgesetzt und aufrechterhalten werden können. Beim Wechsel auf neue Testkriterien seien keine Schwierigkeiten aufgetreten und das Arbeitstempo während der Untersuchung (vormittags von 09:00 - 12:00 Uhr) habe sich unauffällig präsentiert. Die Daueraufmerksamkeit und Belastbarkeit seien regelrecht. Die dreistündige Untersuchung habe mit einer kurzen Pause, in der der Beschwerdeführer ruhig und für sich auf dem Stuhl sitzen geblieben sei, durchgeführt werden können (Urk. 10/144/141 f.). Mit dem Resultat dieser Untersuchung hat sich der psychiatrische Begutachter nicht nachvollziehbar auseinandergesetzt bzw. er liess - auch in seine r nachfolgenden Erläuterung - unbegründet, weshalb aufgrund der Antriebsminderung einerseits eine arbeitszeitliche Einschränkung, andererseits eine hohe, die neuropsychologische Leistungsminderung um das Dreifache übertreffende Leistungseinbusse in einer angepassten Tätigkeit (ohne Zeit- und Leistungsdruck und ohne

hohe Verantwortlichkeit) zu berücksichtigen ist.

Anders als die

E.____-Gutachten nahm RAD-Psychiaterin Dr. F.____ keine eigenen Untersuchungen vor, sondern erachtete einerseits aufgrund der zitierten Berichte die diagnostischen ICD-10-Kriterien einer mittelgradigen depressiven Symptomatik als nicht gegeben. Sie ging vielmehr von für die Depression ursächlichen Belastungsfaktoren (gescheiterter Auswanderungsversuch und Schulden 2015, berufliches Fahrverbot aufgrund eines epileptischen Anfalls und nachfolgender Kündigung 2020) aus, welche aber nicht langanhaltend und somit invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant seien. Andererseits schloss sie aus der Diagnose auf die Arbeitsunfähigkeit, indem sie eine um 70 % reduzierte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auch bei einer mittelschweren Depression keinesfalls als nachvollziehbar bezeichnete (vgl. E. 3.2.12). Paraxialgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des

RAD

im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, nicht der gleiche Beweiswert zu, auch wenn die Schlussfolgerungen der Expertise nicht widerspruchsfrei begründet wurden, jedenfalls kann eine

bloss versicherungsinterne ärztliche Aktenbeurteilung

eine

fachärztliche

umfassende

medizinische

Abklärung nicht ersetzen. Auf ihre Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit kann daher nicht abgestellt werden. 4.5

Aus dem Dargelegten ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin beziehungsweise ihr RAD die gutachterliche Einschätzung der 70%igen Arbeitsunfähigkeit aus den zuvor dargelegten Gründen zu Recht als nicht valide erachtet, wobei die juristische Plausibilisierung anhand der Standardindikatoren ebenfalls darauf hinweist; eine eigene juristische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist dem Rechtsanwender jedoch nicht erlaubt, weil doch Minderungen wahrscheinlich sind, aber der Umfang medizinisch zu beurteilen ist. Andererseits kann auch nicht auf eine 20%ige Minderung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden, welche RAD-Psychiaterin Dr. F.____ einzig aufgrund der Aktenlage beziehungsweise der Diagnose ohne eigene Befunderhebung vorschlägt. Daher fehlt es an einer genügenden medizinischen Grundlage im Sinne der Rechtsprechung. 4.6

Zusammenfassend

können

gestützt auf die vorliegende

Aktenlage

der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers

und

die krankheitsbedingten

Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

nicht abschliessend beurteilt werden.

Da in erster Linie die Beschwerdegegnerin für die richtige und vollständige Sachverhaltsabklärung zu sorgen hat (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG), und diese in Übereinstimmung mit dem RAD das eingeholte polydisziplinäre Gutachten

im psychiatrischen Teil als nicht verwertbar erachtet, besteht vorliegend weder Raum noch Anlass, ein Gerichtsgutachten einzuholen. Demnach ist die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung zur umfassenden Abklärung und

neuem

Entscheid über den Leistungsanspruch (Rente) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.7

Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der

Verwertbarkeit

der Restarbeitsfähigkeit im fortgeschrittenen Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 457 E. 3.4). Diese genügende medizinische Grundlage

wird

im Nachgang zu den weiteren medizinischen Abklärungen durch die Beschwerdegegnerin gemäss vorliegendem Rückweisungs-Urteil voraussichtlich frühestens

vorliegen, wenn der 1963 geborene Beschwerdeführer

schon

62 Jahre alt sein wird.

Angesichts des dannzumal fortgeschrittenen Alters des Beschwerdeführers, seiner multiplen gesundheitlichen Probleme, und den nur beschränkten Berufsaussichten (unter Wegfall der früher ausgeübten Tätigkeiten als LKW-Chauffeur sowie als IT-Servicetechniker) wird die Verwertbarkeit der verbliebenen Restarbeitsfähigkeit zu prüfen sein. 5.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese weitere Abklärungen tätige und hernach über das Leistungsbegehren neu entscheide.

Demzufolge ist die Beschwerde im Sinne des entsprechenden Eventualantrags (vgl. Urk. 1 S. 2) gutzuheissen. 6. 6.1

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E.

2.2; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis). 6 .2

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und

vorliegen d auf

Fr. 800.--anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6 .3

Ausgangsgemäss hat der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer), welche ermessensweise auf

Fr. 2' 8 00.--

(inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. 6 .4

Entsprechend erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 29. April 2024 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'800 .-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 13-14 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin
HurstGeiger

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