

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00323 vom 14. August 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-08-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00323

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00323 du 14 août 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00323 del 14 agosto 2025

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 19 83 ,

war hauptberuflich zuletzt seit dem 1. Juli 2016 bis 31. Mai 2017

bei Y.____ AG, Z.____, als Chauffeur angestellt ,

wobei der letzte effektive Arbeitstag am 10. Februar 2017 war (Urk. 6/15/5 Ziff. 3, Ziff. 8, Urk. 6/18 Ziff. 2.1-2).

Er meldete sich am

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 November 2017 (Urk. 6/1) anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Mai 2018 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene 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).

E. 1.3

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

E. 1.4

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

Somit sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur mittelbar invaliditäts begründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3). In einer versicherungsmedizinischen Begutachtung, welche sich nach den normativen Vorgaben der Rechtsprechung orientiert, ist es daher nicht nur zulässig, sondern sogar geboten, solche invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Umstände aufzuzeigen und gegebenenfalls bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts 9C_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.1). 1.

E. 2

9. April 202

E. 2.1

und Ziff.

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass auf das medizinische Gutachten des A.____ vom 5. September 2023, insbesondere auf das psychiatrische Teilgutachten , nicht abgestellt werden könne (S.

5 Rz . 13). So stehe die Befunderhebung des psychiatrischen Teilgutachtens im diametralen Widerspruch zu derjenigen des behandelnden Psychiaters. Die suizidalen Absichten seien vom Gutachter in keiner Art und Weise gewürdigt worden (S. 5 Rz . 13.1). Die psychiatrische Exploration sei in Bezug auf die rezidivierende depressive Störung ungenügend (S. 5 f. Rz . 13.2-3). Auch habe er - der Beschwerdeführer - mitgeteilt, dass er im Haushalt fast keine Tätigkeiten erledige, weil er kein Interesse habe. Er habe aber erwähnt, dass er früher, neben seiner Erwerbstätigkeit zuhause mitgeholfen habe. Auch dieses Kriterium deute klar auf einen krankheitsbedingten Energieverlust und eine Verminderung von Interessen hin. Beides seien Symptomkriterien für eine rezidivierende depressive Störung (S. 6 Rz . 13.4). Im Weiteren habe der Gutachter keine Stellung zu den beruflichen Massnahmen genommen, die insbesondere ab August 2020 bis im Januar 2021 durchgeführt worden seien ,

und für eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik hätten abgebrochen werden müssen (S. 6 Rz . 13.5). Wie aus dem Austrittsbericht hervorgehe, habe die depressive Störung den erfolgreichen Abschluss der beruflichen Eingliederung verhindert , was zu würdigen gewesen wäre (S. 6 f. Rz . 13.6 -16) .

Es sei im psychiatrischen Gutachten auch nicht diskutiert worden, weshalb er mit Medikamenten wegen fraglicher paranoider halluzinatorischer Symptomatik behandelt werde. Sein behandelnder Psychiater

Dr. B.____ habe bestätigt, dass er - der Beschwerdeführer - infolge einer rezidivierenden depressiven Störung mittel- bis schwergradiger Ausprägung sowie auch aufgrund der Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ zu 100 % arbeitsunfähig sei. Dementsprechend sei ihm eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (S. 7 f. Rz . 17-18). Eventuell sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen, insbesondere sei diese anzuweisen, ein neues psychiatrisches Gutachten erstellen zu lassen (S. 8 Rz . 19).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und in diesem Zusammenhang, ob die Beschwerdegegnerin den Gesundheitszustand genügend abgeklärt hat respektive zur Beurteilung auf das Gutachten des A.____ vom 5. September 2023 abgestellt werden kann . 3.

3.1

Die relevante medizinische Aktenlage präsentiert sich wie folgt: 3 . 2

C.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. D.____ , Assistenzärztin, E.____ (E.____) , stellten in ihrem Austrittsbericht vom 21. März 2022 (Urk. 6/138) nach Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 17. Februar bis 3. März 2022 folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode - chronischer Schmerz bei Status nach Operation wegen Meniskusruptur Knie links - Hypovitaminose D, Erstdiagnose (ED) Februar 2022 (supplementiert)

Die Ärzte führten aus, dass sie aufgrund der Anamnese und der beobachteten klinischen Symptomatik mit Antriebsminderung, Schlafstörungen, kognitiven Einbussen und deutlich verminderter Stresstoleranzen eine depressive Episode bei rezidivierender Depression diagnostizierten. Zudem habe der Beschwerdeführer auch Somatisierungstendenzen gezeigt. Als aufrechterhaltende Faktoren sähen sie die langdauernde Arbeitslosigkeit seit dem Unfall mit langwierigen Auseinandersetzungen mit der IV und der Suva sowie die bisher nicht gelungene berufliche Reintegration. Die vorbestehende Medikation sei unverändert fortgeführt worden. Im Verlauf sei es zu einer Stimmungsaufhellung und zu verbesserter Schlafqualität gekommen. Der Beschwerdeführer habe motiviert an den Spezialtherapien teilgenommen und sei in gutem sozialem Kontakt mit den Mitpatienten und dem Behandlungsteam gewesen (S. 2 unten).

Bei Austritt hätten keinerlei Hinweise auf akute Fremd- oder Selbstgefährdung bestanden, insbesondere keine Suizidalität. Die Weiterführung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung sowie die Fortführung der Austrittsmedikation unter regelmässigen Labor- und EKG-Kontrollen werde empfohlen (S. 1 unten). 3. 3

Dr. med. F.____, Facharzt für Anästhesiologie, Leitender Arzt, Schmerz klinik Spital G.____, stellte in seinem Bericht vom 28. Oktober 2022 (Urk. 6/159) folgende Diagnosen (S. 1): - persistierende Schmerzproblematik Knie links mit Schmerzausweitung und ausgeprägter Schmerzverarbeitungsstörung - Status nach Anpralltrauma am 12. Februar 2017 - Status nach Kniegelenksarthroskopie am 14. Juli 2017 mit medialer Meniskusnaht Kniegelenk links bei Meniskushinterhornläsion - arthroskopische Revision bei Verdacht auf Rezidiv-Meniskusläsion am 16. Februar 2018 - erneutes Sturzereignis mit Kniegelenkdorsion vom 7. Februar 2019 - Depression/Anpassungsstörung

Dr. F.____ führte aus, dass die Schmerzerkrankung des Beschwerdeführers sich im Stadium 1 nach Gebertshagen befinde, entsprechend einer niedrigen Schmerzchronifizierung. Die Auswertung der DASS (Depression Anxiety and Stress Scale) habe wegen des unvollständig ausgefüllten Fragebogens nicht vorgenommen werden können. Das Ausmass der schmerzbedingten Beeinträchtigung (nach Korff) habe bei einem Ausprägungsgrad von 4, entsprechend einer hohen Schmerzintensität mit hoher schmerzbedingter Beeinträchtigung und starker Limitierung gelegen. Der Beschwerdeführer sei wegen einer depressiven Entwicklung bei insgesamt drei Kollegen in psychiatrischer Betreuung gewesen. Die dort verordneten Medikamente habe er eigenständig abgesetzt. Die Befunde und Berichte würden angefordert (S. 1 unten).

Dr. F.____ führte im Rahmen seiner Beurteilung aus, dass der Beschwerdeführer unter einem chronischen Schmerzsyndrom mit Schmerzverarbeitungsstörung und Schmerzausweitung am linken Knie leide. Es sei anzunehmen, dass der laufende Rechtsstreit eine grosse Rolle bei der Erfolglosigkeit der bisherigen Therapien spiele. Auffällig sei auch, dass der Patient bisher bei drei Psychiatern gewesen sei und die Medikamentencompliance sehr gering zu sein scheine. Es müsse betont werden, dass in aller Regel eine laufende gerichtliche Auseinandersetzung ein schmerztherapeutischer «Therapiekiller» sei (S. 2 unten). 3.4

Dr. B.____ stellte in seinem Bericht vom 5. Dezember 2022 (Urk. 6/150) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), bestehend seit Behandlungsbeginn - emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31), bestehend seit Behandlungsbeginn

Dr. B.____ führte aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 19. November 2021 bei ihm in Behandlung sei, wobei die letzte Kontrolle am 25. November 2022 erfolgt sei (Ziff. 1.1). Die Behandlung finde einmal im Monat statt infolge der örtlichen Distanz, ansonsten wären mindestens 14-tägliche Behandlungen indiziert gewesen (Ziff. 1.2).

Seit dem 19. November 2021 bestehe bis auf weiteres für alle Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.3).

Eine Arbeitsfähigkeit sei zurzeit aufgrund der erwähnten Diagnostik nicht gegeben, weder in der freien Wirtschaft noch im geschützten Rahmen

(Ziff. 2.7, Ziff. 3.4, Ziff. 4.1-2). Der Beschwerdeführer mache kaum bis gar nichts im Haushalt und sei, was den Haushalt angehe, auf seine Ehefrau angewiesen (Ziff. 4.5). Zweifel an der Fahreignung bestünden keine (Ziff. 3.6). 3.5

Dr. F.____ verwies in seinem Bericht vom 20. Januar 2023 (Urk. 6/156) betreffend die gestellten Diagnosen auf den Vorbericht (Ziff. 2.5, vorstehend E. 3.3). Dr. F.____ führte aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 28. Oktober 2022 bei ihm in Behandlung stehe und die letzte Kontrolle am 3. Januar 2023 erfolgt sei (Ziff. 1.1). Die Arbeitsfähigkeit sei im Wesentlichen von den psychosozialen Belastungsfaktoren und der depressiven Entwicklung abhängig (Ziff. 2.7). Dr. F.____ hielt fest, dass er nicht beantworten könne, wie viele Stunden pro Tag dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei (Ziff. 4.1). Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei ganztags zumutbar (Ziff. 4.2). 3. 6

Am 5. September 2023 erstatteten Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, A.____, das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 6/178). In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung stellten die Gutachter folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 lit. b): - chronische Kniebeschwerden links - Status nach Verletzung im Rahmen eines Treppensturzes am 7. Dezember 2015 - anamnestisch Status nach Kontusion im anterolateralen Abschnitt am 12. Februar 2017 - Status nach Kniearthroskopie und arthroskopischer Meniskusnaht mit Fast-Fixation sowie Plicaresektion am 14. Juli 2017 bei medialer Meniskushinterhornläsion und Plica

mediopatellaris (Dr. med. L.____,

Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital G.____) - Status nach Kniearthroskopie, Adhäsionslyse, Narbenresektion, Narkosemobilisation, mediale Teilmenisektomie und Entfernung eines Nahtankers am 16. Februar 2018 bei kleiner Rezidivmeniskusläsion und infrapatellären Adhäsionen (Dr. L.____, Spital G.____) - radiologisch etwas ausgedünnter Knorpel im medialen Kompartiment ohne tiefe fokale Defekte (MRI 16. März 2021 und 16. Mai 2022, SPECT/CT 16. Mai 2022)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine Anpassungsstörung mit Störung anderer Gefühle (ICD-10 F43.2), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit funktioneller Überlagerung bei Schmerzsyndrom Knie links, einen sporadischen Nikotinabusus, eine gemischte Hyperlipidämie, erhöhte Lebertransaminasen unklarer Genese und eine latente Hypothyreose (S. 11 lit. c).

Die Gutachter führten aus, dass aus Sicht des Bewegungsapparates für die zuletzt ausgeübte, wie auch für andere körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten, seit Februar 2017 eine volle und anhaltende Arbeitsunfähigkeit bestehe. Dagegen bestehe nach aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Februar 2017 seit Juni 2018

in einer körperlich leichten, immer wieder auch sitzenden und adaptierten Verrichtungsleistung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100%. Aus psychiatrischer, neurologischer und allgemeininternistischer Sicht sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigt (S. 12 f. Ziff. 4.5, Ziff. 4.6.4 und Ziff. 4.7.5).

Zur Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität führten die Gutachter aus, dass sich aus Sicht des Bewegungsapparates die beklagten Beschwerden durch die klinischen, radiologischen und nuklearmedizinischen Befunde keinesfalls klar begründen liessen und sich Hinweise auf eine deutliche nicht-organische Beschwerdekomponekte fänden. Aus neurologischer Sicht hätten sich einige Inkonsistenzen und Implausibilitäten gefunden. Auch aus psychiatrischer Sicht fänden sich Hinweise auf Inkonsistenzen und aus allgemeinmedizinischer Sicht in der Untersuchungssituation Verdeutlichungstendenzen (S. 10 Ziff. 4.2). 3.7

Dr. med. M.____, Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, regionaler ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 21. September 2023 (Urk. 6/187/20-24) aus, dass in der Abklärung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers in der Vergangenheit deutliche Widersprüche und Inkonsistenzen aufgetreten seien. Im vorliegenden Gutachten werde der Gesundheitszustand interdisziplinär umfassend dargestellt. Gravierende somatische Erkrankungen hätten aus internistischer, neurologischer und orthopädischer Sicht nicht erhoben werden können. Die chronischen Beschwerden des linken Kniegelenkes seien durch die objektifizierbaren klinischen und bildgebenden Befunde nur teilweise erklärbar. Eine chronische Schmerzstörung auf dem Boden psychosozialer Belastungsfaktoren spiele in der Bearbeitung und Wahrnehmung eine Rolle.

Dr. M.____ hielt fest, dass zusätzlich jedoch eine erhebliche Aggravations- und Verdeutlichungstendenz angenommen werden könne. Das Gutachten und die Aktenlage wiesen erhebliche Inkonsistenzen in der Beschwerdeschilderung und -präsentation auf. Eine eigentliche gravierende psychiatrische Störung könne nicht nachgewiesen werden. Das Gutachten stelle den Gesundheitszustand nachvollziehbar dar, und die Standardindikatoren seien in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit klar dargestellt. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne darauf abgestellt werden.

Weiter führte

Dr. M.____ aus, dass laut Aktenlage die Arbeitsunfähigkeit ab dem Knie Trauma am 12. Februar 2017 attestiert worden sei. Für die Dauer von Diagnostik und Therapie sei eine weitgehende Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Dr. L.____ habe am 20. Juli 2018 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten sitzenden oder wechselbelastenden Tätigkeit festgestellt. Abweichend vom Gutachten wäre deshalb eine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit vom 12. Februar 2017 bis 20. Juli 2018 begründbar. 3.

E. 4

einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 6/203 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 30. Mai 2024 Beschwerde gegen die Verfügung vom 29. April 2024 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Invalidenrente, auszurichten. Eventuell sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege und Rechtvertretung (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2024 (Urk. 5) beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, was dem Beschwerdeführer am 9. Juli 2024 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging nach Empfehlung der RAD-Ärzte Dr. M. ___ und med. pract. N. ___ in ihren Stellungnahmen vom 21. September 2023 und vom 15. April 2024 (vorstehend E. 3.7 und E. 3.9)

im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten des A. ___ vom 5. September 2023 (vorstehend E. 3.6) davon aus, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit seit dem Unfallereignis vom Februar 2017 nicht mehr möglich,

ihm jedoch eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 100 % zumutbar sei.

Bei den Operationen mit den entsprechenden Unterbrüchen habe es sich nicht um rentenrelevante Unterbrüche gehandelt (vorstehend E. 2.1).

Dagegen stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass auf das Gutachten des A. ___, insbesondere auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. J. ___, nicht abgestellt werden könne, zumal es im Widerspruch zu der Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. B. ___

(vorstehend E. 3.4 und 3.8) stehe (vorstehend E. 2.2).

E. 4.2

und S. 13).

Bezogen auf den Austrittsbericht der Ärzte der E. ___ vom 21. März 2022 (vorstehend E. 3.2) legte Dr. J. ___

in nachvollziehbarer Weise dar, weshalb der im Bericht dokumentierte Psychostatus nicht ohne weiteres mit der gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, in Einklang stehe. Laut den Ausführungen von Dr. J. ___ habe der Psychostatus eher auf eine leichte Depressivität hin gedeutet, und Dr. J. ___ wies darauf hin, dass es während des Klinikaufenthaltes beim Beschwerdeführer zu einer Stimmungsaufhellung und zum besseren Schlaf gekommen

sei (Urk. 6/178 S. 64 Ziff. 6.2.3).

Zur Diagnostik durch den behandelnden Psychiater Dr. B. ___ führte Dr. J. ___ aus, dass er dieser nicht folgen könne, und ebenso wenig der von Dr. B. ___ attestierten hochgradigen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/178 S. 64 Ziff. 6.2.3). Dr. J. ___ wies darauf hin, dass es in der Biographie des Beschwerdeführers bis vor relativ kurzer Zeit keine Anhaltspunkte für eine krankhaft gestörte Impulskontrolle, eine besondere Instabilität in der Gestaltung

zwischenmenschlicher Beziehungen, für Unsicherheiten bezüglich des Selbstbildes oder für selbstschädigendes Verhalten gebe. Die von Dr. B.____ festgestellte Borderline -Persönlichkeitsstörung oder eine andere Persönlichkeitsstörung könne vor diesem Hintergrund keinesfalls bestätigt werden (Urk. 6/178 S. 65 oben).

Zu berücksichtigen ist insbesondere, dass sich die von Dr. B.____

gestellten Diagnosen, welche nach negativem Vorbescheid vom 23. Oktober 2023 (Urk. 6/188) im Bericht vom 13. November 2023

noch aggraviert präsentiert wurden (vorstehend E. 3.8), und die vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht vereinbaren lassen mit den lediglich einmal im Monat stattfindenden Konsultationen. Die hierfür von Dr. B.____

abgegebene Erklärung erweist sich als unbehelflich (vorstehend E.

3.4). Vielmehr wäre, wenn denn ein derart gravierendes Beschwerdebild tatsächlich bestanden hätte, eine Überweisung an einen in der Nähe des Beschwerdeführers befindlichen Psychiater verbunden mit einer engmaschigen Behandlung geboten gewesen. Im Übrigen hatte sich der Beschwerdeführer nach der Behandlung bei der an seinem Wohnort praktizierenden med. pract. P.____ zunächst in eine weitere nahe gelegene fachärztliche Behandlung begeben (Urk. 178 S. 17 unten), bevor er schliesslich zu Dr. B.____ wechselte (Urk. 6/179 S. 17 unten). Der Beschwerdeführer äusserte sich betreffend Dr. B.____ dahin gehend, dass er mit diesem zufrieden sei, da er die Berichte prompt abliefern (Urk. 6/178 S. 60 unten). Einem

psychisch schwer erkrankten Patienten müsste jedoch eine Verbesserung seines Gesundheitszustandes im Vordergrund stehen.

Nicht nachvollziehbar ist auch, dass Dr. B.____ den Beschwerdeführer selbst im Haushaltsbereich als hilfsbedürftig beschrieb und auch eine Wiedereingliederung nicht einmal niederschwellig oder im geschützten Rahmen für zumutbar erachtete, gleichzeitig aber ausführte, dass keine Zweifel an der Fahreignung bestünden (vorstehend E. 3.4). Fraglich erscheint die uneingeschränkt attestierte Fahreignung auch

vor dem Hintergrund der von Dr. B.____ verordneten Medikamente Valdoxan und Risperidon (Urk. 6/150 Ziff. 2.3), welche bei tatsächlicher Einnahme zu Einschränkungen der Fahrtüchtigkeit führen können (vgl. www.compendium.ch). Diese Gegebenheiten stützen umso mehr die Erfahrungstatsache, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Dr. J.____ konnte sodann anlässlich der Exploration des Beschwerdeführers keine Anhaltspunkte für ein authentisches wahnhaftes oder paranoides Erleben feststellen (Urk. 6/178 S. 62 oben). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vorstehend E. 2.2), kann lediglich von der angegebenen oder tatsächlichen Einnahme von Medikamenten nicht auf das Bestehen einer Diagnose geschlossen werden.

Bereits die Ärzte der E.____

(vorstehend E. 3.2) wiesen auf eine erforderliche Spiegelkontrolle der verordneten Medikation hin, und

Dr. F.____ führte in seinem Bericht vom 28. Oktober 2022 aus, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, die verordneten Medikamente nicht einzunehmen (vorstehend E. 3.3). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer, wie Dr. B.____ ausführte, die Medikamente in regelmässigen Abständen abholt (vorstehend E. 3.8), kann nicht mit einer ernsthaften Einnahmekontrolle gleichgesetzt werden.

Soweit der Beschwerdeführer ein vorhandenes depressives Leiden damit unter mauern will, dass er im Vergleich zu früher nicht mehr im Haushalt mithelfe (vorstehend E. 2.2), erweist sich dies als unbehelflich. Wie aus der Schilderung des Alltags

gegenüber dem psychiatrischen und dem allgemeininternistischen Gutachter des A.____

hervorgeht, äusserte der Beschwerdeführer, dass der Haushalt zwar vorwiegend durch die Ehefrau erledigt werde, so die Putzarbeiten, die Wäsche und auch das Kochen, jedoch helfe er beim Einkauf mit (Urk. 6/178 S. 49 Ziff. 3.2.4, S. 60 Mitte). Eine lediglich auf einzelne Teilgebiete des Haushalts fallende depressive Symptomatik ist nicht plausibel.

Auch die vom Beschwerdeführer (vorstehend E. 2.2) und Dr. B.____ (vorstehend E. 3.8) geäusserte Kritik, wonach

Dr. J.____

die suizidalen Absichten, namentlich dass er - der Beschwerdeführer - schon zweimal mit suizidalen Gedanken zu einer Brücke gegangen sei

(vgl. Urk. 6/178 S. 63 oben), in keiner Art und Weise gewürdigt habe, geht fehl. Dr. J.____ hielt die Schilderungen fest; entgegen der Ansicht von Dr. B.____

(vorstehend E. 3.8) handelt es sich beim beschriebenen Verhalten nicht um einen Suizidversuch.

Den Akten lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer bereits im Januar 2020 gegenüber der Abklärungsperson der IV-Stelle äusserte, dass es vielleicht das Beste wäre, vom Balkon zu springen. Er könne nur versprechen zum nächsten Termin am 24. Januar 2020 bei seiner Psychiaterin zu erscheinen, wenn er dann noch leben würde (Urk. 6/73). Die Abklärungen ergaben jedoch, dass der Beschwerdeführer damit einfach seiner Verzweiflung über die Situation Ausdruck verleihen wollte (Urk. 6/75). Eine Suizidalität des Beschwerdeführers wurde von den Ärzten der E.____ im Austrittsbericht vom 21. März 2022 (vorstehend E. 3.2) zum Austrittszeitpunkt klar verneint.

Soweit Dr. B.____ in seinem Bericht vom 5. Dezember 2022 ein selbstverletzendes Verhalten des Beschwerdeführers beschrieben (Urk. 6/150 Ziff. 2.4), sind derartige Verletzungen in den medizinischen Akten

nicht dokumentiert. Zusammenfassend sind über die Jahre keine Suizidversuche oder damit in Zusammenhang stehende Verletzungen dokumentiert, weshalb das psychiatrische Teilgutachten von Dr. J.____ diesbezüglich nicht bemängelt werden kann.

Letztlich geht auch die Kritik des Beschwerdeführers, wonach durch Dr. J.____ unberücksichtigt geblieben sei, dass die Eingliederungsmassnahmen im Januar 2021 aufgrund eines stationären Klinikeintrittes hätten abgebrochen werden müssen (vorstehend E. 2.2, vgl. Urk. 6/106 S. 1), fehl. So fand

e in stationärer Eintritt in eine Klinik erst über ein Jahr später am 17. Februar 2022 (vorstehend E. 3.2) statt, was dessen tatsächliche Dringlichkeit relativiert.

Die abweichende Einschätzung des psychiatrischen Gutachters Dr. J.____ zum behandelnden Psychiater Dr. B.____ rührt insbesondere

auch daher, dass Dr. B.____ die rechtsprechungsgemäss erforderliche Abgrenzung der beim Beschwerdeführer bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren zum eigentlichen Krankheitsgeschehen (vorstehend E. 1.4) nicht vorgenommen hat.

Wie sich bereits dem Austrittsbericht der Ärzte der E.____

vom 21. März 2022 (vorstehend E. 3.2) und auch den

Berichten von Dr. F.____ vom 28. Oktober 2022 (vorstehend E. 3.3) und vom 20. Januar 2023 (vorstehend E. 3.5)

entnehmen lässt, stellt der andauernde Rechtsstreit des Beschwerdeführers mit den verschiedenen Versicherungen eine erhebliche psychosoziale Belastungssituation mit aufrecht erhaltender Wirkung dar.

Im A.____-Gutachten wird sodann wiedergegeben, dass der Beschwerdeführer einen Tagesablauf aufweise, worin er sich hauptsächlich mit dem Handy und TV-Schauen beschäftigt. Das Zusammenleben mit seinen drei Kindern beschrieb er als belastend, ebenso die Sozialhilfeabhängigkeit der Familie und die immer wieder auftretenden Spannungen (Urk. 6/178 S. 56 f. Ziff. 3.1, S. 60 oben). Zu erwähnen ist auch die infolge der seit Jahren bestehenden Stellenlosigkeit eingetretene

Dekonditionierung (Urk. 6/178 S. 65 Ziff. 7.2).

Im Zusammenhang mit der psychosozialen Belastungssituation legte Dr. J.____ auch dar, dass die bisherigen Behandlungen, insbesondere die Behandlung durch Dr. B.____, wirkungslos gewesen seien, zumal ein Erfolg einer Behandlung nicht so sehr von den medizinischen Behandlungen abhängt, sondern von der Klärung sozialer Fragen (Urk. 6/178 S. 65 Ziff. 7.1).

Im Übrigen zeigten sich anlässlich der Untersuchung bei Dr. J.____ verschiedene Inkonsistenzen, welche die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden erheblich relativieren.

Dr. J.____ führte aus, dass die Exploration durch die ausgeprägte Klagsamkeit des Beschwerdeführers bei gleichzeitiger Ungenauigkeit beziehungsweise Vagheit hinsichtlich der Beschwerdeschilderung erschwert gewesen sei (Urk. 6/178 S. 61 Ziff. 4.1). Auf konkretisierende Nachfrage hin sei meist nur ausweichend geantwortet worden. Die beklagte Vergesslichkeit und die Konzentrationsstörungen seien im Gesprächsverlauf kaum zu erkennen gewesen, bei der expliziten Prüfung hätten sich hingegen Defizite gezeigt (Urk. 6/178 S. 64 Ziff. 6.2.1).

Soweit der Beschwerdeführer angab, dass er bei nächtlichen Spaziergängen öfters das Gefühl habe, dass ihn jemand verfolgen könnte (Urk. 6/178 S. 62 Mitte), stehen die berichteten nächtlichen Spaziergänge, wie Dr. J.____ zu Recht anmerkte, im Widerspruch zu der Äusserung des Beschwerdeführers, wonach er grosse Angst vor der Dunkelheit habe (Urk. 6/178 S. 62 unten, S. 64 Ziff. 6.2.2).

Auch die in den Akten mehrfach erwähnten und auch gegenüber Dr. J.____ berichteten Einschlafprobleme des Beschwerdeführers (Urk. 6/178 S. 63 oben)

sind bei übermässigen Konsum von koffeinhaltiger Getränke (Cola, Red Bull) bis zu 1.5 Liter am Tag, einem gelegentlichen Mittagsschlaf von bis zu einer Stunde und bei zusätzlicher übermässiger Beschäftigung mit dem Handy und TV kritisch zu sehen (Urk. 6/178 S. 50 unten, S. 58 oben, auch S. 64 Ziff.

E. 5

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

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 1.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Aufgrund des Erfüllens der Voraussetzungen (vgl. Urk.

E. 6.2

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV - Leistungen 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. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.3

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat von der ihr mit Gerichtsverfügung vom 9. Juli 2024 eingeräumten Möglichkeit, eine

Honorarnote einzureichen (Urk. 8 S. 2 Ziff. 2

Abs. 2), keinen Gebrauch gemacht. Sie ist somit unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und beim massgebenden Stundenansatz von Fr. 220.--

(zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise mit Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht

beschliesst :

In Bewilligung des Gesuches vom 30. Mai 2024 (Urk. 1 S. 2)

wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und es wird ihm in der Person von Rechtsanwältin

Noëlle Cerletti, Bülach,

eine unentgeltliche Rechtsvertreterin bestellt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Noëlle Cerletti, Bülach, wird mit Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Noëlle Cerletti -
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, zuzustellen.

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

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Grieder-Martens Schucan

E. 8

Dr. B.____ führte in seiner Stellungnahme vom 13. November 2023 (Urk. 6/198) aus, dass es sich diagnostisch beim Beschwerdeführer um eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Episode (ICD-10 F33.1/F33.2), sowie um eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ (ICD-10 F60.31) handle. Beide Störungen bestünden seit dem Behandlungsbeginn beim Referenten.

Zum Gutachten von Dr. J.____ vom 11. Juli 2023 führte Dr. B.____ aus, dass dessen Ausführungen in grossem Widerspruch zu den Befunderhebungen des Referenten stünden.

Beim Beschwerdeführer beständen immer wieder Antriebsstörungen, eine gedrückte Stimmung, eine innere Unruhe sowie eine Gereiztheit und Impulsivität, die immer wieder mit Tätlichkeiten gegenüber Gegenständen und auch gegenüber seiner Ehefrau einhergingen. Ausserdem beständen Ein- und Durchschlafstörungen sowie Suizidgedanken mit konkreten Vorstellungen, wie dies auch im Gutachten auf Seite 63 beschrieben werde (S. 1 unten). Namentlich beschreibe der Gutachter, dass der Beschwerdeführer Suizidgedanken angegeben habe und zweimal auf eine Brücke gegangen sei, um herunterzuspringen. Soweit der Gutachter dann schreibe, dass dies keine Suizidversuche seien, sei dies äusserst widersprüchlich. All diese Symptome spielten auch eine wichtige Rolle im Vorhandensein der Diagnose Depression, die auch bei der E.____ diagnostiziert worden sei.

Ausserdem seien paranoide und fragliche Halluzinationen beim Beschwerdeführer vorhanden, die im Rahmen der erschwerten depressiven Episode auch vorkommen könnten. Der Gutachter beschreibe verschiedene Symptome, die man sehr schön unter depressive Störungskriterien nach ICD-10 einführen könnte, was er aber leider nicht getan habe (S. 2 oben).

Hier sei zu erwähnen, dass bei vorhandener Suizidalität, Einschlafstörungen, Insuffizienzgefühlen, Konzentrationsstörungen und Antriebsstörungen eine antidepressive Medikation indiziert sei, was bei einer Anpassungsstörung nicht der Fall sei, ebenso wenig Neuroleptika, wie Risperidon mit der aktuellen Dosierung 2 mg am Abend wegen der fraglichen paranoiden halluzinatorischen Symptomatik. Der Beschwerdeführer beziehe Valdoxan und Risperidon vom Referenten. Die Abgabekontrollen würden durchgeführt, und die Zeitdauer, wie lange der Patient Tabletten habe, stimme überein mit der Abgabe der Medikamente.

Dr. B.____ hielt abschliessend fest, dass im Grossen und Ganzen der Eindruck entstehe, dass der Gutachter äusserst IV-freundlich und der Beschwerdeführer nicht in seiner Realität und Objektivität beurteilt worden sei. Aus psychiatrischer Sicht sei er

aufgrund der gestellten Diagnosen weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Mitte). 3.

E. 9

Med. pract. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 15. April 2024 (Urk. 6/202/3) aus, dass mit dem polydisziplinären MEDAS - Gutachten vom September 2023 eine umfangreiche und nachvollziehbare Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes vorliege. Bezogen auf das psychiatrische Teilgutachten werde der versicherungsmedicinische Sachverhalt begründet und unter Berücksichtigung der geschilderten Beschwerden sowie objektiver psychopathologischer Befunde beurteilt und zusätzlich kritisch gegenüber anderen im Verlauf gestellten Diagnosen abgewogen und differenziert. Zum Einwand im Zusammenhang mit Suizidversuchen sei der Sachverhalt auf S. 63 des Gutachtens nachzulesen. Ein Suizidversuch habe nicht stattgefunden. Zum Einwand im Zusammenhang mit den verordneten Medikamenten sei auszuführen, dass es nicht vom Gutachter zu begründen sei, weshalb bei nicht nachweisbaren entsprechenden psychopathologischen Symptomen diesbezüglich Medikamente vom ambulanten Behandler verordnet würden. Es werde kein neuer medizinischer Sachverhalt dargelegt, und am Gutachten könne festgehalten werden.

4.

E. 11

) ist dem Beschwerdeführer antragsgemäss die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen, und es ist ihm Rechtsanwältin

Noëlle Cerletti

als unentgeltliche Rechtsvertreterin zu bestellen.

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