

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00330 vom 20. Juni 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00330

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00330 du 20 juin 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00330 del 20 giugno 2025

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1975, verfügt über ei n e

eidgenössische Berufslehre mit Fähigkeitszeugnis als Lagerist und war seit dem Jahr 1998 bei verschiedenen Arbeitgebern zumeist in der Lagerbewirtschaftung tätig (Urk. 7/11/20 und Urk. 7/11/3-7; Lebenslauf; vgl. auch Urk. 7/53). In den Jahren 2007/2008 absolvierte er eine Weiterbildung zum Logistikfachmann BVS, welche er am 31. Oktober 2008 abschloss (Urk. 7/11/29). Unter Angabe einer Depression und Anpassungsstörung meldete er sich am 7.

Oktober 2008 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/1 Ziff. 6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und berufliche Abklärungen. Mit Verfügung vom 8. Oktober 2009 verneinte sie einen Anspruch auf berufliche Massnahmen mit der Begründung, dass der Versicherte die Tätigkeit beim bisherigen Arbeitgeber wieder aufgenommen habe und weiter führe (Urk. 7/18).

Am 13. September 2019 meldete sich der Versicherte unter Angabe, dass er im Sommer 2018 einen Unfall mit Bänderriss an beiden Fussgelenken erlitten habe und bei seiner Tätigkeit als Lagerist seit Mai 2019 Schmerzen

beständen,

erneut zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (Urk. 7/27 Ziff. 6.1). Die IV-Stelle gewährte Arbeitsvermittlung in Form von Assessment und Unterstützung bei der Stellensuche für die Zeit vom 6. Februar bis

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

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

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

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

E. 1.3

Die rückwirkende Zusprache einer in der Höhe abgestuften und/oder zeitlich befristeten Invalidenrente richtet sich grundsätzlich nach denselben Regeln wie die Revision eines bestehenden Rentenanspruchs nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 148 V 321 E. 7.3.1, 145 V 209 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_142/2023 vom 18. September 2023 E. 3.3.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C_765/2007 vom 1. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 3. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die

Invalidenversicherung , 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 Neuanschuldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine , 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.5

Im gegenseitigen Verhältnis zwischen Invaliden- und Unfallversicherung besteht keine absolute Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung des einen Versicherers für den jeweils anderen Sozialversicherungszweig. Die IV-Stellen und die Unfallversicherer haben die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbständig vorzunehmen. Sie dürfen sich ohne weitere eigene Prüfung nicht mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrades des jeweils anderen Sozialversicherers begnügen. Bereits abgeschlossene Invaliditätsfestlegungen sind mitzuberücksichtigen (vgl. BGE 133 V 549 E. 6, 126 V 388 E. 2d sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_429/2021 vom 17. Mai 2022 E. 5.1, je mit Hinweisen).

E. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der

angefochtene n Verfügung vom 2 . Mai 2024 aus

(Urk. 2 S. 4 f.), dass die A nmeldung a m 17. September 2019 erfolgt sei und sie in der Folge Unterstützung bei der beruflichen Integration gewährt habe. Aufgrund einer Zustandsverschlechterung sei ein Aufbautraining per 2.

Juni 2021

abgebrochen

und n ach durchgeführten Therapiemassnahmen im Februar 2022 erneut eine IV-Eingliederungsberatung durchgeführt worden . Im März 2022 habe der Beschwerdeführer die Rentenprüfung ge wünscht . A uf das zu diesem Zweck eingeholte Gutachten der A.____ vom 6. September 2023 sei abzustellen , wonach der Beschwerdeführer in angestammter Tätigkeit als Lager leiter seit 30.

September 2019 zu 50 % arbeitsunfähig sei.

I n diesem Zeitpunkt sei das Wartejahr zu eröffnen. Seit November 2019 sei diese Tätigkeit aufgrund der körperlichen Limitierungen dauerhaft nicht mehr zumutbar. Die Wartefrist sei

per September 2020 erfüllt, der Rentenanspruch entstehe nach Beendigung der Eingliederungsmassnahmen per Juni 2021 und da aus psychischen Gründen eine volle Erwerbsunfähigkeit bestanden habe, betrage der IV-Grad 100%. Gestützt auf die gutachterliche Beurteilung sei retrospektiv ab Februar 2022 eine Arbeitsfähigkeit von 60% ausgewiesen. Dabei gelte folgendes Belastungsprofil: körperlich leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten, ohne Nacht- und Schichtdienst, ohne erhöhte Anforderungen an die

Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie Flexibilität und Umstellungsfähigkeit mit klaren einfachen

strukturierten Aufgaben und mit der Möglichkeit zu Extrapausen.

Für das Invalideneinkommen

sei auf die Erhebung der Suva abzustellen,

wonach in angestammter Tätigkeit ein Einkommen von Fr. 80'600.-- erzielt worden sei. In einem Pensum von 60% sei es möglich, einen Verdienst von Fr. 43'163.-- zu erwirtschaften, was einen Invaliditätsgrad von 47% ergebe. Eine weitere Verbesserung der psychischen Gesundheit sei im Rahmen der Untersuchung vom 19.

Juli 2023 festgestellt worden. Spätestens seither betrage die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit 80%, das Invalideneinkommen damit Fr. 56'747.45 und der Invaliditätsgrad 30%. Per 1. Januar 2024 betrage

das Invalideneinkommen unter Berücksichtigung der Verordnungsanpassung und des 10% - Abzugs

Fr.

50'715.45 und der Invaliditätsgrad damit 37%. Die Rentenleistungen seien damit bis 31. Oktober 2023 zu befristen. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 8 f.), das rechtliche Gehör sei verletzt, da sich die Beschwerdegegnerin nur mit einem Teil der Einwände befasst habe. Insbesondere seien die Rügen gegenüber dem Beweiswert des Gutachtens nicht geprüft und die ergänzende medizinische Beurteilung von Dr. B.____ vom 21. Februar 2024 ignoriert worden.

Die Beschwerde wie die Einwände richteten sich insbesondere gegen den Beweiswert des neuropsychologischen und psychiatrischen Teilgutachtens der A.____. Die Gutachter hätten die neuropsychologische Voruntersuchung der C.____ vom 13. Oktober 2020 sowie den neuropsychologischen Bericht vom 8. Juli 2021 von Dr. D.____ als wesentliche Vorberichte nicht berücksichtigt (S. 9). Die neuropsychologische Gutachterin habe angegeben, dass von einer bewussten Selbstlimitierung und einer nicht

authentischen Beschwerdedarstellung bei angestrebtem Krankheitsgewinn auszugehen sei, ohne dies schlüssig zu begründen. Aus den IV-Akten sei zu keinem Zeitpunkt eine Rentenbegehrllichkeit zu entnehmen, wie dies die Gutachterin unterstelle (S. 10). Die neuropsychologische Gutachterin habe sich auch nicht mit der Frage auseinandergesetzt, ob das komplexe Krankheitsbild gemäss Vorakten mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Persönlichkeitsstörung, Depressionen, Verdacht auf autistische Persönlichkeitszüge und der damit inhärenten Einschränkung der

Konzentrationsfähigkeit mit den erzielten Testergebnissen kompatibel sei. Bei den Auffälligkeiten beim Abrufen von Textinformationen sei miteinzubeziehen, dass er an einer Legasthenie leide (S. 11). Es bestehe ein Bericht des E.____ vom

E. 5

Juni 2020 stellte sie die Arbeitsvermittlung mit dem Hinweis ein, dass diese zurzeit nicht möglich sei

(Urk. 7/67). Zwischenzeitlich sprach die Suva als obligatorischer Unfallversicherer dem Versicherten mit Verfügung vom 21. August 2020 basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 11 % monatliche Rentenleistungen ab 1. Mai 2020 zu (Urk. 7/75). Vom 4. Januar bis 3.

April 2021

erteilte die IV-Stelle eine Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining (Urk. 7/81, 7/82) und vom 6.

April bis 5. Oktober 2021 eine Kostengutsprache für ein Aufbautraining in der Durchführungsstelle Z.____ und richtete die Taggelder aus (Urk. 7/95, 7/96). Mit Mitteilung vom

E. 10

Juni 2021 hielt

die IV-Stelle den Abbruch der beruflichen Massnahmen fest

(Urk. 7/102). Mit einer weiteren Mitteilung von 5. April 2022 teilte sie den Abschluss der Eingliederungsberatung und die Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente mit (Urk. 7/114). In der Folge veranlasste sie eine polydisziplinäre Abklärung

bei der

A.____

(Urk. 7/136), wobei das Gesamtgutachten am 6.

September 2023 erstellt wurde (Urk. 7/145). Mit Vorbescheid vom 5. Oktober 2023 stellte die IV-Stelle eine abgestufte und befristete

Rente

(ganze Rente vom 1. Juni 2021 bis 30. April 2022

und

42.5 Prozentrente vom 1. Mai

2022 bis 31.

Oktober 2023)

in Aussicht (Urk. 7/153). Hieran hielt sie nach erhobenem und mehrfach ergänztem Einwand (vgl. Urk. 7/154, 7/163, 7/174) mit Verfügung vom 2. Mai 2024 fest (Urk. 2).
2.

Gegen die Verfügung vom 2. Mai 2024 erhob der Versicherte am 3. Juni 2024 Beschwerde und beantragte (Urk. 1 S. 2), es sei ihm ab 1. Juni 2021 durchgehend

eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei ein

weiteres leidendes - spezifische Abklärungen (neuropsychologisch-psychiatrisches Gerichtsgutachten)

vorzunehmen. Subeventualiter sei eine ganze Rente bis 1.

Mai 2022, eine 63%ige Rente bis 31. Oktober, eine 50%ige Rente bis 31.

Dezember 2023 sowie eine 55%ige Rente ab 1. Januar 2024 zuzusprechen. Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 7. August 2024 (Urk. 6) mit Verweis auf die Akten die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 8.

August 2024 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

Am 30. April 2025 wurde dem Beschwerdeführer Frist angesetzt, um zu der vom Gericht nicht auszuschliessenden Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden Abklärung und der damit verbundenen Gefahr einer Schlechterstellung (reformatio in peius) Stellung zu nehmen oder die Beschwerde zurückzuziehen (Urk.

E. 13

). Am 20. Mai 2025 teilte der Beschwerdeführer mit, dass er an seiner

Beschwerde festhalte (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 15

März 2023, in dem eine multifaktorielle chronische Erschöpfung bei mittelschwerer Depression attestiert worden sei.

Dieser Bericht sei im Rahmen der Begutachtung auch nicht berücksichtigt worden. Dr. B.____

bestätige zudem, dass die gezeigten Minderleistungen der verschiedenen neuropsychologischen Testungen hinsichtlich der kognitiven Leistungen sehr ähnlich schienen, was einerseits für die Validität spreche und andererseits dafür, dass die gezeigten Minderleistungen auch mit dem anzunehmenden psychiatrischen Krankheitsbild grundsätzlich nachvollziehbar seien (S. 12). Sie bestätige, dass keine ausreichende Symptomvalidierung durch den psychiatrischen Gutachter erfolgt sei und dieser die Validierung im neuropsychologischen Teil hätte kritisch hinterfragen und diskutieren müssen, da solche auch in der Persönlichkeitsstruktur des Explorenden begründet sein könnten (S. 15). Die Verneinung der Diagnosen ADHS und

Persönlichkeitsstörung sei vom Gutachter nicht nachvollziehbar begründet worden

und gemäss den echtzeitlichen medizinischen Berichten ergebe sich keine

Beschwerdeverbesserung (S. 16 f.). Betreffend Valideneinkommen sei sodann auf Tabelle T17 abzustellen und beim Invalideneinkommen auf das Kompetenzniveau 1 (Zentralwert).

Ferner sei ab 1. Januar 2024 der zusätzliche Abzug von 10% zu berücksichtigen (S. 19 f.). 3.

Unbestritten und aktenmässig ausgewiesen ist, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers angesichts der

im Sommer 2018 erlitten en

Fussverlet zun gen revisionsrechtlich relevant verändert hat (E. 1.4), weshalb der Rentenanspruch mit frühestmöglichem Rentenbeginn per 1. Juni 2021 (Art. 29 Abs. 2 IVG) in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen ist und keine Bindung an die frühere Beurteilung besteht (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_255/2024 vom 27. Januar 2025 E. 4.1, je mit Hinweisen). 4 . 4.1

Laut Bericht der C.____ GmbH vom 13. Oktober 2020 (Urk. 7/158) sei beim Beschwerdeführer früher eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS) diagnostiziert und mit Stimulanzien behandelt worden. Der Beschwerdeführer bezeichne sich als sehr begeisterungsfähig, verliere aber rasch das Interesse und somit die Motivation. Er steigere sich rasch in unerreichbare Angelegenheiten hinein, könne seine Leistung nicht konstant halten und neige zur Erschöpfung. Er habe viele Stellenwechsel gehabt und mit Sport als Ausgleich habe er sein Leben eigentlich im Griff gehabt. 2018 habe er einen Unfall mit längerer Rehabilitation erlitten und bei ungesunder Ernährung und wenig Bewegung habe sich ein Übergewicht eingestellt. Seither sei er emotional angeschlagen . I m Juni 2020 sei es zur Trennung von seiner Frau nach 13 Jahren Ehe gekommen. Er fühle sich dauerhaft erschöpft und könne sich nicht überwinden , den Haushalt zu erledigen. Er erhalte Unterstützung von der F.____ und sei aktuell in berufsbegleitenden Massnahmen der Invalidenversicherung und es zeige sich bei ihm eine Unverträglichkeit gegenüber Stimulanzien.

Die Untersuchung der neuropsychologischen Funktionen sei meist im Rahmen der Norm bis überdurchschnittlich gut ausgefallen. Leichte Schwierigkeiten ergä ben sich hinsichtlich der Untersuchung der Aufmerksamkeit (geteilte Aufmerksamkeits, Daueraufmerksamkeit) und insbesondere in Bezug auf die Konstanz zeigten sich erhebliche Schwierigkeiten. Die auf Evidenz abzielende Untersuchung der Hirnfunktionen belegten einerseits die Störung der Aufmerksamkeit mit erhöhtem ADHS Index. Es zeige sich aber auch leichtgradig eine erhöhte Belastung der Emotionsregulation. Es bestehe eine Tendenz zur Unteraktivierung, was bedeute, dass ein Explorand grössere Anstrengungen unternehmen müsse, um die Aktivierung zu verbessern. Die Motivation sei entscheidend für die Entwicklung. Es bestünden folgende Komorbiditäten : erhebliche depressive Episode früher, erhebliche depressive Episode derzeit, Hypomanie, Panikstörung, Agoraphobie, s oziale Phobie, s pezifische Phobie, g eneralisierte Angststörung und Borderline Persönlichkeitsstörung (S. 6). 4 . 2

Dr. med. G.____ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, welcher im Auftrag der Krankentaggeldversicherung am 6. November 2020 (Urk. 7/157) ein Gutachten erstattet e, hielt fest , aus dem Bericht der behandelnden Dr. med.

H.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sei en diagnostisch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung im Kindes- und Erwachsenenalter, eine Legasthenie sowie eine selbstunsichere und ängstlich/vermeidende Persönlichkeit zu entnehmen, wobei ein erste r Behandlungstermin am 13. Februar 2020 statt gefunden habe .

De r Befund sei vielschichtig und ein e rseits geprägt durch eine Legasthenie und ein ADHS, andererseits durch eine rezidivierende Depression vor dem Hintergrund einer ängstlich/vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Eine klare Trennung sei bei abklingender depressiver Episode gegenwärtig nicht möglich. Die Symp tomatik entsp reche in ihrer

jetzigen Ausprägung am ehesten einem Residualzustand bei rezidivierender Depression, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale und kognitive Defizite in Verbindung mit sozialem Rückzug (S. 3). Der Beschwerdeführer sei aus dem letzten Beschäftigungsverhältnis mit der Firma I. ___ AG ausgeschieden und es werde ihm aktuell ohne Anstellung seit Mitte Januar (2020) eine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Bei zwar in Rückbildung begriffener Depression sei die Arbeitsunfähigkeit vorläufig weiterhin ausgewiesen. Es sei dem Beschwerdeführer im Moment nicht möglich, eine entsprechende Anstellung zu suchen und er benötige hierfür Unterstützung in Form von beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen. 4.3

Dr. med. D. ___, FMH Neurologie, und Dr. phil. J. ___, Psychologin FSP und Neuropsychologin, hielten im Untersuchungsbericht vom 8. Juli 2021 (Urk. 7/159) die Diagnose leichte neurokognitive Störung infolge einer Schädigung des Gehirns mit Sprachentwicklungsstörung (Lese- und Rechtschreibschwäche) sowie einer Aufmerksamkeitsstörung am ehesten vom gemischten Typ, aktuell akzentuiert durch eine affektive Komponente bei anhaltender Belastungssituation, fest. Im Prinzip sei lediglich unter hohen Anforderungen von einer eingeschränkten beruflichen Funktionsfähigkeit auszugehen, wobei sich vor allem die etwas unsorgfältige und erhöht fehleranfällige Arbeitsweise zusammen mit der verminderten Impulskontrolle limitierend auswirke, mit aber auch erhöhtem Zeitbedarf bei der Aneignung jeglicher Informationen bei verminderter Erfassungsspanne/Lernfähigkeit. Gleichzeitig verfüge der Beschwerdeführer aber auch über gute kognitive Ressourcen insbesondere im Bereich der höheren Exekutivfunktionen, weshalb sicherlich auch von gewissen Kompensationsmöglichkeiten auszugehen sei. 4.4

Dem Bericht aus der Sprechstunde für chronische Müdigkeit am Universitätsspital K. ___, Klinik für L. ___, vom 15. März 2023 (Urk. 7/161) ist zu entnehmen, dass sich eine Erschöpfungssymptomatik, gekennzeichnet durch anhaltende Fatigue, erhöhtes Schlafbedürfnis und fluktuierende Konzentrations- und Gedächtnisstörungen,

habe eruieren

lassen, die

seit mindestens Herbst 2022 bestehe. Zudem wurde eine depressive Symptomatik, gekennzeichnet durch Niedergeschlagenheit, Interessensverlust und Antriebsreduktion im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mit einer mittelgradigen Episode,

festgestellt. 4.5

Im Bericht des Zentrums für Schlaf- und Wachmedizin L. ___ vom 4. Mai 2023 über die Untersuchung vom 28./29. April 2023 (Urk. 7/162) wurde auf ein im Vordergrund stehendes, mittelgradig obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom mit teils tiefen Enttächtigungen, REM-Betonung und Tagesschläfrigkeit hingewiesen. Neben einer mittelfristigen Gewichtsabnahme, eventuell mit dem Adipositaszentrum, sei eine APAP-Therapie dringend zu empfehlen. 4.6.4.6.1

Im Gutachten der A. ___ vom 6. September 2023 (Urk. 7/145), welches durch Dr. med. N. ___, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin FMH, Dipl. Psych. O. ___, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, Dr. med. P. ___, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und die Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates Q. ___

erstellt wurde, listeten die Experten

aufgrund ihrer Untersuchungen im Juli und August 2023 folgende Diagnosen auf (S. 7):
Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Beginnende OSG-Arthrose beidseits bei
- Status nach Distorsion rechts am 26. Juni 2018 mit radiologisch gesicherter Läsion des Li
g .

fibulotalare anterior und des Lig . fibulokalkaneare sowie Teilläsion des Li g .
deltoideum

- A namnestisch Distorsion rechts (richtig: links) am 3. September 2018 mit radiologisch
gesicherter Läsion des Lig . fibulotalare anterior und Ablösung des Lig . fibulokalkaneare
an der Insertion - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10
F33.0) Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Legasthenie (ICD-10 F81.0) -
Selbstunsichere vermeidende, passiv-aggressive Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) -
Adipositas Grad II - Hyperurikämie 4 . 6 . 2

Die internistische Gutachterin führte aus (S. 11), der Beschwerdeführer gebe an,
rezidivierend Blähungen, Verstopfung im Wechsel mit Durchfall zu haben, wobei alles
gastroenterologisch abgeklärt worden

und ohne Ergebnis geblieben sei. Er beklage

eine gestörte Ernährung, wobei er teilweise koche. Er schlafe schlecht, obwohl er mit
Maske schlafe, wache immer wieder gegen 3 Uhr morgens auf und sei nicht ausgeschlafen.
Er sei müde, seelisch ausgereizt, habe Gelenkschmerzen.

2008 habe er im Rahmen des Verdachts auf ein Burnout massiv zugenommen. Zuletzt habe
er von Mai 2019 bis April 2020 mit einem Pensum von 100 % als Leiter
Pharmalager/Gebäudeunterhalt bei der I. ___ AG gearbeitet, wobei ihm gekündigt worden
sei, da er nicht habe laufen können (S. 13).

Im Untersuchungsbefund zeige sich ein 48-jähriger Exploitant in gutem Allgemein- und
gutem Ernährungszustand mit Körpergrösse 181 . 2 cm, Gewicht 121 . 6 kg und BMI 37.1
(S. 14).

Der internistische Zustand sei stabil, wobei regelmässige körperliche Bewegung,
Ernährungsumstellung und Gewichtsreduktion zu empfehlen seien. Eine strenge
Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren sei unabdingbar. Aus
allgemeininternistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 15). 4 .
6 . 3

Im

neuropsychologischen Teilgutachten hielt die zuständige Fachexpertin fest (Urk. 7/144),
der Beschwerdeführer sei in der Schweiz geboren und mit Italienisch und Schweizerdeutsch
aufgewachsen. Anfänglich sei es in der Primarschule mit dem Lesen und Schreiben lernen
gut, dann aber mit der Motivation bergab gegangen. Bis heute habe er Mühe mit der
Rechtschreibung und der Grammatik im Deutschen. Im Rechnen habe er ebenfalls Mühe
gehabt. In der Schule sei er unruhig gewesen, habe aus dem Fenster geschaut und sei mit
dem Kopf beim Fussballspielen gewesen. In der anschliessenden dreijährigen Realschule
sei er von den Leistungen her knapp gewesen. Eine erste Lehrstelle im Detailfachhandel

habe er nach zwei Wochen abgebrochen, es sei ihm zu langweilig gewesen. Er habe dann eine dreijährige Berufsausbildung als Logistikassistent auf EFZ-Niveau absolviert. Hier sei er im Praktischen gut gewesen, mit dem Schulischen habe er Mühe gehabt, jedoch alle Prüfungen bestanden. Im Oktober letzten Jahres habe er eine Woche versucht

im Lager zu helfen, hier sei er nach vier Stunden jeweils stark erschöpft gewesen und habe zu Hause schlafen müssen. Aktuell verfasse er Bewerbungen, habe aber Mühe und erschöpfe schnell. Es liefen derzeit keine beruflichen Massnahmen und befragt nach der Einschätzung seiner Arbeitsfähigkeit gebe er an, dies könne er nicht gut beurteilen. Er wäre nicht in der Lage, wie früher zu arbeiten wegen der schnellen Erschöpfung.

Zum geistigen Leistungsvermögen befragt gebe er

an, er habe Probleme, wenn er Termine abgemacht habe, da er die se
vergesse,

obwohl er sie

notiere. Er könne auch nicht gut abrufen, was in der letzten Zeit passiert sei, und er verliere sich in Gedanken. Er schreibe sich deshalb viel auf, etwa Termine und Erledigungen.

Er gebe vielen Sachen keinen Wert mehr und fühle sich leer.

Konzentrations- und Gedächtnisprobleme habe er schon lange und seine Ehefrau habe ihm dies schon vor

vielen Jahren rückgemeldet. Er habe einen Pkw - Fahrausweis, besitze jedoch kein Auto, sei letztmals im April gefahren und habe nach etwa einer Stunde eine starke Müdigkeit bemerkt.

In der Untersuchung präsentiere er sich freundlich zugewandt und auskunftsbereit und in der Interaktion sozial adäquat. Affektiv zeige er sich stabil.

Sprachlich bestünden keine Auffälligkeiten. Es zeige sich eine leichte motorische Unruhe mit Spielen mit Gegenständen in den Händen. Das allgemeine Auffassungsvermögen und das Instruktionsverständnis seien im Wesentlichen unauffällig. Er sei Rechtshänder, wobei es beim Schreiben und Zeichnen eher zu unsorgfältiger Ausführung komme. Er sei zeitlich, örtlich, situativ und persönlich orientiert. In der Aufmerksamkeit sei er in der Reaktionsinhibition leicht unter dem Normbereich, im Zahlenverbinden am PC unauffällig, in einer kurzen Papier- und Bleistift-Aufgabe (Zahlen kodieren)

im Normbereich. In der verbalen Merkspanne seien die Leistungen vorwärts schwankend mit 5 Zahlen und rückwärts mit max. 3

Zahlen vermindert und im verzögerten freien Abruf von Wortpaaren stark vermindert. Im sofortigen Abrufen von Textinformationen gebe er kein Detail korrekt an und bei der verzögerten Wiedergabe einer zuvor abgezeichneten komplexen Figur bestünden

leichte Verschiebungen, mengenmässig aber ausreichend. Im Abrufen eines Weges in einem schematischen Stadtplan, in der Spontansprache, im Vorlesen eines kurzen Textes und auch beim schriftlichen Rechnen einfacher Grundrechenaufgaben sei er durchwegs unauffällig.

Beim Abzeichnen einer komplexen Figur in freier Aufbauplanung zeige sich ein verminderter Gesamtüberblick und eine etwas unsorgfältige Ausführung, im Ergebnis aber ausreichend.

In der Denkflexibilität sei er stark fehlerhaft, in einer einfachen verbalen Planungsaufgabe sei er unauffällig und auch die komplexe visuell-räumliche Planungsfähigkeit sei unauffällig.

Die

ADHS-Selbstbeurteilung

ergebe im Fragebogen zur aktuellen Symptomatik eine recht hohe Ausprägung der Unaufmerksamkeit,

Impulsivität und Hyperaktivität.

In der Beschwerdevalidierung zeige er sich bei einem verbalen Gedächtnistest zur Erfassung der Anstrengungsbereitschaft in allen primären und sekundären Effort-Kennwerten auffällig und damit deutlich unter den

entsprechenden Cut-off-Werten für ein valides Testergebnis. In mehreren Parametern würden die Ergebnisse im Zufallsbereich liegen. Die Ergebnisse der formalisierten Beschwerdevalidierung wiesen damit auf ein suboptimales Leistungsverhalten sowie auf nicht

authentische Beschwerdeangaben hin (S. 5).

Aus neuropsychologischer Sicht könnten somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit neurokognitive Einschränkungen aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung festgestellt werden und ein Belastungsprofil könne ebenfalls nicht formuliert werden. Die Ergebnisse des Fragebogens bezüglich möglicher ADHS-Symptome könnten daher bei der Diagnosestellung eines ADHS nicht herangezogen werden (S. 7). 4 . 6 .4

Aus psychiatrischer Sicht konstatierte der zuständige Gutachter

(S. 17), der Beschwerdeführer beklage, dauernd unter Stress zu sein und sich körperlich und mental kaputt zu fühlen. Er klage

über Probleme, da er schnell gereizt sei und auch streiten würde. Er empfinde Situationen schnell wie einen Weltuntergang. Er sei dann aber auch

engagiert und reflektiere darüber. Auch bei der Jobsuche sei er gereizt, jeder wisse es besser und

jeder würde ihm sagen, was er nicht richtig mache. Er wisse nicht, wie es sich entwickelt habe. Es sei immer gleichgeblieben, es gebe keine spezielle Ursache. Im Februar 2020 habe er Probleme mit den Fussgelenken gehabt, er habe sich diese verknackst. Es sei dann ein Warten auf die IV entstanden. Dann sei der Lockdown gekommen. Er habe auch einen Job-Coach gehabt, es habe sich aber nichts getan und von der IV habe er nichts gehört.

Anfang 2020 sei er

zur Psychiaterin

Dr. H.____ gegangen und habe diese einmal die Woche besucht. Es seien verschiedene Medikamente versucht worden, die

er aber nicht vertragen habe ,

Nebenwirkungen wie Übelkeit, Kopfschmerzen und Muskelkrämpfe seien aufgetreten. Schon 2008 habe er ein « Burnout » gehabt, er sei an der Grenze gewesen , wisse aber nicht, woher

dies komme. Er sei auch psychiatrisch sporadisch in Behandlung gewesen und habe das Gefühl g ehabt, dass er es schaffe. Es sei ein Auf und Ab gewesen.

Einmal habe er auch Wellbutr i n erhalten , wisse aber nicht, ob dies wirklich geholfen habe. Seit 2008 habe er 30 kg zugenommen.

Zum Tagesablauf berichte er (S. 21), er habe keine Einschlafprobleme, würde aber drei- bis viermal in der Nacht aufwachen und dann ein bis zwei Stunden wach sein. Er sei deshalb auch ins Schlaflabor gegangen. Er schlafe bis 9 oder 10 Uhr und dusche dann. Er frühstücke nicht gross, versuche rauszugehen und trinke auswärts einen Kaffee . Danach mache er sich auf Stellensuche.

Kochen, E in k a ufen, P utzen und W aschen mache er selb er . Er plane auch die Termine am Vormittag ,

da er n achmittags müde sei und sich für ein bis zwei Stunden ausruhen müsse . Manchmal schlafe er auch

länger.

Er schaue auch, dass er auswärts etwas essen könne. Ansonsten g e be es wenig Aktivitäten. Früher

habe er Fussball gespielt, was er aufgrund der Gelenke nicht mehr könne . E r habe keine Hobbys. Einen Fahrausweis habe er, aber kein Auto.

Am Abend sei er zuhause . Ausgang g e be es nicht.

Er habe auch keine Lust mehr , andere Menschen zu treffen. Die öffentlichen Verkehrsmittel nutze er

nicht. Ferien habe es 2020 gegeben, zuletzt in R.____ , in S.____ , dort wo seine Eltern herkämen.

Ansonsten h abe es keine Ferien gegeben . Dies sei einerseits ein psychisches und andererseits ein Antriebs - ,

aber auch ein finanzielles Problem.

Zum Befund hielt der psychiatrische Expert fest (S. 22) , der Beschwerdeführer sei selbstständig mit dem Zug angereist, was seinen Angaben gemäss aufgrund der Nähe zu den Leuten mühsam gewesen sei . Er präsentiere sich übergewichtig, gepflegt, sportlich gekleidet , trage einen Bart und sei grundsätzlich kooperativ und motiviert, in der Interaktion schnell etwas gereizt. Er spr eche auch

sofort die zwischenzeitig bestehenden Aussen g eräusche an (Baustellengeräusche) und wirk e dabei

genervt, auch irritiert, was

nach seinen Angaben auch seinem aktuellen Zustand entspreche bzw. entsprechend bekannt sei. Aufmerksamkeit, Mnestik und Orientierung seien allseits gegeben. Auch die Konzentration wirke unauffällig. Der Rechen-Test (100 minus 7 rückwärts rechnend) gelinge. Die affektive Schwingungsfähigkeit wirke etwas reduziert. Auch die Stimmung sei leicht zum unteren Pol ausgelenkt. Darauf angesprochen gebe er an, dass dies normal und er jetzt auch müde und erschöpft sei. Er gebe an, sich nicht verstanden zu fühlen und dass er auf dem Abstellgleis sei. Abgesehen von der Tatsache, dass er immer weniger unter Menschen wolle und immer weniger vertrage, bestünden keine Hinweise für Ängste, weder spezifische noch generalisierte Ängste. Es ergäben sich keine Hinweise für Zwänge, weder Zwangsgedanken noch Zwangshandlungen. Im formalen Gedankengang sei er auf negative, dysfunktionale Gedanken fokussiert,

ohne Hinweise auf inhaltliche Denk- oder Ich-Störungen. Er verneine selbstverletzende Handlungen und habe bisher keine Suizidversuche unternommen.

Psychiatrisch fänden sich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, ein fragliches ADHS, eine Legasthenie sowie unreife, passiv-aggressive Persönlichkeitszüge. Aktenkundig sei eine erstmals am 28.

November 2008 fachfremd

vom Facharzt Allgemeine Innere Medizin gestellte Diagnose einer Depression bei Anpassungsstörung. Im Arztbericht von Dr. H.____

vom 2. Juli 2020 seien die Diagnosen einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung im Kindes- und Erwachsenenalter, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, selbstunsichere, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge und Legasthenie festgehalten. Im Austrittsbericht der T.____

seien als Hauptdiagnosen

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und als Nebendiagnosen Legasthenie festgehalten. Dabei seien die bisher durchgeführten psychiatrischen Beurteilungen und Einschätzungen grundsätzlich verständlich und nachvollziehbar.

Die Diagnose eines ADHS sei, da basierend auf fachärztlicher Betreuung und den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers folgend,

als theoretisch nicht unmöglich zu betrachten.

Dass auffällige Persönlichkeitszüge bestünden, teils ängstlich-vermeidend und auch als selbstunsicher

beschrieben, sei zum Teil nachvollziehbar. Dass diese das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung hätten, werde allerdings bezweifelt.

Bei der aktuell durchgeführten Untersuchung seien Symptome und Beschwerden zu finden, die die Diagnose einer rezidivierend depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, rechtfertigten.

Es zeigten sich ein vermindertes Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Gefühle von Wertlosigkeit, negative

pessimistische Zukunftsgedanken sowie auch Schlafstörungen.

Die Diagnose eines ADHS sei auf Grundlage der Ergebnisse der Neuropsychologie fraglich und entsprechend nicht zu stellen.

Des Weiteren seien akzentuierte Persönlichkeitszüge (unreif, passiv-aggressiv, vermeidend) beschrieben, was möglich sei. Dass diese allerdings das Ausmass zur Stellung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erreichten,

erscheine weder aus der Anamnese noch im Rahmen der erfolgten Untersuchung als gerechtfertigt. Zudem sei

zum einen die Diagnose einer Legasthenie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestätigt und zum anderen hätten

neuropsychologisch die Ergebnisse der formalisierten Beschwerdevalidierung auf ein suboptimales Leistungsverhalten sowie auf nicht-authentische Beschwerdeangaben hingewiesen

(S. 25).

Dazu, dass gemäss den nachgereichten Unterlagen von Dr. H. _____

Abklärungen einer Autismusspektrumsstörung durchgeführt und dazu anamnestische Daten und Informationen beschrieben würden, die letztlich die Kommunikation des Beschwerdeführers zu anderen Personen einschränken,

finde sich kein Psychostatus. Dass Störungen im Bereich der Kommunikation vorliegen könnten, könne nicht ausgeschlossen werden, diese seien

aber mit den vorliegend

gestellten Diagnosen bereits berücksichtigt (S. 26).

Zur Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wurde festgehalten, in der bisherigen Tätigkeit, ausgehend von einer Tätigkeit als Lagerarbeiter, werde die Arbeitsfähigkeit mit 70

%

beurteilt. In einer besser angepassten Tätigkeit, ohne Nacht- und Schichtdienst, ohne erhöhte Anforderungen an die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, sowie Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, mit klaren einfach strukturierten Aufgaben und der Möglichkeit zu Extrapausen werde die Arbeitsfähigkeit mit 80 % beurteilt. 4.6.5

Die orthopädische Fachärztin führte aus, der Beschwerdeführer klagt über anhaltende Beschwerden in beiden Sprunggelenken. Insbesondere nach längerem Stehen und Gehen sei der gesamte Unterschenkel verkrampft. Er empfinde auch eine grosse Müdigkeit in den Beinen. Seine Fussknöchel seien häufig geschwollen und besonders Wetterwechsel machten ihm zu schaffen. Nach Belastung habe er am nächsten Tag Schmerzen, dann müsse er die Waden dehnen und massieren (S. 29). Hinsichtlich der Untersuchungsbefunde an Sprunggelenk und Füßen hielt die Expertin fest (S. 33), beide Sprunggelenke zeigten keine Auffälligkeiten, seien frei beweglich und ohne klinische Anzeichen von Instabilität.

Es beständen weder ein Talusvorschub beidseits, eine vermehrte laterale oder mediale Aufklappbarkeit noch eine Schwellung oder Überwärmung der Sprunggelenke und auch keine Krepitationen. Links zeige sich eine reizlose, zirka 4 cm lange Narbe distal des Malleolus

medialis. Die Achillessehne sei beidseits nicht verdickt und es beständen keine Palpationsschmerzen. Die Fussform sei beidseits regelrecht ohne Palpationsschmerzen der Fusswurzel oder des Vorfusses und ohne Vorfusskompressionschmerz. Es zeigten sich keine Deformitäten der Zehen.

Die Beschreibung der Fusssohlen sei regelrecht. Der Einbeinstand sei beidseits frei möglich, der Zehen- und Fersenstand gelinge beidseits frei. Der tiefe Hocksitz könne ohne Probleme eingenommen werden und die Reflexe der oberen und unteren Extremitäten liessen sich regelrecht auslösen, ohne Sensibilitätsstörungen und ohne radikuläre Ausstrahlungen (S. 34). Bei der Untersuchung und in der Symptomschilderung des Beschwerdeführers seien keine offensichtlichen Inkonsistenzen zu finden und der medizinische Verlauf sei plausibel nachvollziehbar. Allerdings kontrastiere die subjektive Einschränkung der Belastbarkeit beider Füße erheblich mit dem klinisch vollkommen unauffälligen Untersuchungsbefund, wobei auch Dr. U. ___ (V. ___) bereits in seinem Bericht an die Rechtsvertreterin vom 13. März 2020 auf die freie Funktion der Gelenke und die subjektiv wie objektiv fehlende Instabilität hingewiesen habe. Aus rein orthopädischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten, die besonders hohe Anforderungen an die Gang- und Standsicherheit stellten, dauerhaft oder überwiegend im Stehen und Gehen ausgeübt werden müssten oder Zwangshaltungen wie Hocken, Kriechen oder Knien erforderten. Da die angestammte Tätigkeit offenbar eine überwiegend stehende und gehende Tätigkeit gewesen sei, sei diese daher nicht mehr zumutbar und es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Alle körperlich leichten bis selten mittelschweren Tätigkeiten mit dem genannten Belastbarkeitsprofil seien aus rein orthopädischer Sicht seit jeher zumutbar und es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. 4.6.6

Zur Arbeitsfähigkeit aus gesamtmedizinischer Sicht hielten die Experten fest (Urk. 7/145/7 f.), polydisziplinär führend seien die psychiatrische und orthopädische Beurteilung. Es bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten, die besonders hohe Anforderungen an die Gang- und Standsicherheit stellten, dauerhaft oder überwiegend im Stehen und Gehen ausgeübt werden müssten oder Zwangshaltungen wie Hocken, Kriechen oder Knien erforderten. Da die angestammte Tätigkeit offenbar eine überwiegend stehende und gehende Tätigkeit gewesen sei, sei diese daher nicht mehr zumutbar und es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Alle körperlich leichten bis selten mittelschweren Tätigkeiten mit dem genannten Belastbarkeitsprofil seien aus rein orthopädischer Sicht seit jeher zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung, dass kein Nacht- oder Schichtdienst, keine erhöhten Anforderungen an die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie Flexibilität und Umstellungsfähigkeit erforderlich sein sollten und es sich um klare, einfach strukturierte Aufgaben mit der Möglichkeit zu Extrapausen handeln sollte, mit 80

% beurteilt. Von dieser Einschätzung sei ab der durchgeführten Untersuchung auszugehen. 4.7

Die Fachpsychologinnen für Neuropsychologie FSP, Dr. phil. W. ___ und M. Sc. AA. ___, führten im Untersuchungsbericht vom 12. Dezember 2023 (Urk. 7/167) aus, der

Beschwerdeführer zeige sich im Kontaktverhalten freundlich sowie zugänglich. Affektiv wirke er dysthym und belastet, jedoch adäquat schwingungsfähig. Er arbeite kooperativ wie auch

motiviert mit. Die Testaufgaben seien bemüht und ausdauernd bearbeitet, bei einem unauffälligen Arbeitstempo. Die Arbeitsweise sei leicht unstrukturiert und etwas unsorgfältig, die zeitliche Belastbarkeit für die 90-minütige Untersuchung sei ausreichend, mit leichten Schwankungen der Aufmerksamkeit. Das Sprach- und Instruktionsverständnis sei gegeben. Die Spontansprache sei unauffällig. Klinisch-psychopathologisch zeigten sich während der Abklärung sowie im Gespräch weitestgehend keine Auffälligkeiten (S. 3).

Im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung hätten sich weit unterdurchschnittliche Ergebnisse bei der intellektuellen Flexibilität und verbalen Lernleistung sowie leicht unterdurchschnittliche Ergebnisse bei Teilbereichen der Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsaktivierung und geteilten Aufmerksamkeit) und in einer Gedächtnisaufgabe (verbale Abrufleistung und in der Visuo-konstruktion) gezeigt. Ansonsten seien die Leistungen durchschnittlich bis teils überdurchschnittlich über alle weiteren geprüften kognitiven Domänen (Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen, nonverbale Gedächtnisleistung, verbale und visuelle Merkspanne) hinweg (S. 5). Die Befunde entsprächen vom Schweregrad her einer leicht bis mittelgradigen kognitiven Störung. Ätiologisch-pathogenetisch könne das kognitive Defizit im Rahmen der depressiven Episode und Fatigue-Symptomatik erklärt und differential-diagnostisch anamnestisch im Rahmen einer Sprachentwicklungsstörung sowie einer möglichen Aufmerksamkeitsstörung gesehen werden.

Im Vergleich zur neuropsychologischen Abklärung vom 8. Juli 2021 zeige sich ein vergleichbares kognitives Leistungsprofil. Als neuropsychologische Diagnosen bestünden eine leicht- bis mittelmässige neurokognitive Störung und gemäss Selbstbeurteilungsinstrument eine schwere Fatigue und ein schweres depressives Syndrom.

Auf Anraten seiner Anwältin habe der Beschwerdeführer um Ergänzung des Berichts hinsichtlich der Performancevalidierung gebeten (S. 6). 4. 8

RAD-Ärztin Dr. med. BB.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der Aktenbeurteilung vom 19. Januar 2024 (Urk. 7/169/3-5) aus, bei der Untersuchung der C.____ vom 13. Oktober 2020 sei eine depressive Episode sowie eine einfache Störung der Aufmerksamkeit diagnostiziert und dazu auf eine vorbestehende ADH D

(Attention Deficit

Hyperactivity

Disorder) Diagnose hingewiesen worden. Die Beschwerdeangaben in den Fragebögen seien stark ausgeprägt und im Gegensatz dazu

die neuropsychologischen Funktionen überwiegend im Rahmen der Norm

gewesen. Die Diagnose ADHS fußt stark auf den Fragebögen

und sei daher als Ergebnis nicht sicher

verwertbar, zumal für das Kindesalter keine Auffälligkeiten hätten festgestellt werden können. Neue

Erkenntnisse ergeben sich aus dem Bericht damit nicht. Die neuropsychologische Untersuchung von Dr. phil.

J. ___ und Dr.

D. ___ vom 8. Juli 2021 hätten eine leichte neurokognitive Störung sowie eine Aufmerksamkeitsstörung ergeben, aktuell akzentuiert durch eine affektive Komponente

ei ner anhaltenden Belastungssituation. Neue

Erkenntnisse würden sich auch daraus nicht ergeben. In der neuropsychologischen Untersuchung vom 16. November 2023 (Bericht vom 12.

Dezember 2023; vgl. E. 4.7 hiervor) hätten die Fragebögen zur Selbsteinschätzung eine schwere motorische und schwere kognitive Müdigkeit und Erschöpfung sowie eine schwere Depression ergeben. Die Befunde der Untersuchung würden aber eine leichten bis mittelgradigen kognitiven Störung entsprechen.

Im Vergleich zur neuropsychologischen Abklärung vom 8. Juli 2021 ergebe sich ein vergleichbares kognitives Leistungsprofil. Aufgrund der in der A. ___ -Begutachtung festgestellten leichten depressiven Episode und der weder rheumatologisch noch psychiatrisch festgestellten motorischen oder kognitiven Fatigue sei auch hier eine nicht

authentische Beschwerdedarstellung naheliegend. Da in der Untersuchung vom 16. November 2023 angegeben worden sei, dass das Resultat der neuropsychologischen Voruntersuchung vom 8. Juli 2021 entspreche, wo lediglich eine leichte kognitive Störung, die zudem aufgrund der Einschränkung durch die Belastungssituation negativ beeinträchtigt worden sei, habe festgehalten werden können, ergäben sich auch aus dieser Untersuchung keine neuen Erkenntnisse. In der schlafmedizinischen Abklärung vom 4. Mai 2023 (vgl. E. 4.5 hiervor) sei ein mittelgradiges obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom festgestellt worden und eine Gewichtsabnahme und APAP-Behandlung empfohlen worden. Im A. ___ -Gutachten seien bereits Schlafstörungen angegeben worden, wobei unter Behandlung mit einem Rückgang der Schlafstörung zu rechnen sei. In der Sprechstunde für chronische Müdigkeit im E. ___ vom 15. März 2023

(vgl. E. 4.4 hiervor) seien aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers eine multifaktorielle chronische Erschöpfung

und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig,

aufgeführt. Die Diagnosen fußen aber auf den Angaben des Beschwerdeführers, weshalb sich auch daraus keine neuen Erkenntnisse ergeben würden. Am A. ___ -Gutachten vom 6.

September 2023 könne daher weiterhin festgehalten werden. 4.9

Am 21. Februar 2024 (Urk. 7/173) verfasste die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie B.____ im Auftrag des Beschwerdeführers eine Aktenbeurteilung zur Frage, ob vor dem Hintergrund der Berichte der Behandler gegen das Gutachten der A.____

interveniert werden könne. Die Ärztin führte aus (S. 2),

das psychiatrische Gutachten von Dr. P.____

reichte nicht, um die relevanten

psychiatrischen Krankheitsbilder zu erfassen respektive zu verneinen. Alleine die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung hätte eine

vertiefte Auseinandersetzung mit der Kindheit und Jugend sowie der gesamten

Entwicklung des Beschwerdeführers in klinische Beziehungsanamnese erfordert, was

nicht stattgefunden

habe. Auch eine umfassende Berufsanamnese, zum Beispiel mit der Frage, wieso der Beschwerdeführer so häufig seine Stellen gewechselt habe, sei nicht erfolgt.

Entsprechend sei zum Beispiel auch die postulierte spezifische

Persönlichkeitsstörung, nämlich die angenommene selbstunsicher-vermeidende,

passiv-aggressive Grundstruktur, an keiner Stelle explizit exploriert oder diskutiert

worden. Ähnlich verhalte es sich mit dem vordiagnostizierten ADHS bzw. der Autismus-Störung.

Auch hier wäre eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte des Beschwerdeführers nötig gewesen, entweder um die Diagnose zu stellen oder aber um sie im Hinblick

auf die vorliegenden Berichte und die gutachterlichen Schlussfolgerungen zu

widerlegen. Unabhängig von der klinischen Untersuchung und der Anamneseerhebung

gebe es für alle drei gestellten Diagnosen auch validierte Testverfahren, um die

entsprechenden diagnostischen Parameter zu quantifizieren.

Es müsse aber auch gesagt werden, dass die vorliegenden ärztlichen Berichte in der Aktenlage recht rudimentär seien und weder die Diagnose Persönlichkeitsakzentuierung, ADHS

noch rezidivierende depressive Störung in den Arztberichten der behandelnden

Psychiaterin hinreichend begründet seien (S. 3). Ein grosser Mangel in der Begutachtung

sei es aber, wenn bei der Konsistenzüberprüfung ausschliesslich auf die

Beschwerdevalidierungstests der neuropsychologischen Untersuchungen zurückgegriffen

und die Glaubwürdigkeit eines Probanden in Frage gestellt werde (S. 4). Ein Mangel

bestehe auch darin, dass im A.____-Gutachten weder vom Psychiater noch von Seite der Somatiker die vorbestehende Diagnose des Schlafapnoe-Syndroms aufgegriffen worden sei, wobei

die Diagnose als relevant erscheine und auch behandlungsbedürftig sei (S. 5). 5.5.1

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den

Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sog.

Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.). 5.2

Dipl. Psych.

O.____, welche das neuropsychologische Teilgutachten der A.____
erstellte, erklärte (Urk. 7/144),

zur

Validierung der Beschwerden seien bei einem verbalen Gedächtnistest zur Erfassung der Anstrengungsbereitschaft in allen primären und sekundären Effort-Kennwerten auffällige Ergebnisse deutlich unter den entsprechenden Cut-off-Werten für ein valide s Testergebnis erzielt worden. In mehreren Parametern seien die Ergebnisse im Zufallsbereich gelegen.

In einem nonverbalen Verfahren lägen die Ergebnisse im ersten Wiedererkennenstrial im hoch auffälligen Bereich, im zweiten Durchgang im unauffälligen Bereich.

In der Reliable Digit Span als eingebettetem Verfahren seien die Ergebnisse ebenfalls auffällig.

Beim SRSI liege das Verhältnis

der Pseudo beschwerden gegenüber genuinen Beschwerden über dem empirisch ermittelten Cut-off-Wert und weise auf eine starke negative Antwortverzerrung in der Beschwerdeschilderung hin.

Zur Validierung der kognitiven Leistungserfassung sei ein

verbales und ein nonverbales Beschwerdevalidierungsverfahren verwendet worden. Dabei seien nahezu alle vom Beschwerdeführer erzielten Werte in der Performanzvalidierung in einem

auffälligen, in mehreren Parametern gar im Bereich der Zufallswahrscheinlichkeit, also im Bereich der reinen Ratewahrscheinlichkeit gelegen. Wären die Ergebnisse im Sinne der kognitiven Leistungs voraussetzungen des Probanden authentisch, wären sie nur bei einer Person mit einem kompletten amnestischen Syndrom oder einer anderen schwersten kognitiven Störung zu erhalten und eine derart schwere Hirnfunktionsstörung könne beim Beschwerdeführer ausgeschlossen werden. Aufgrund der verminderten Leistungsbereitschaft (Effort) in der Testung könne kein gültiges

Testprofil erstellt werden, die Beschwerdeschilderung seien als nicht glaubhaft einzuschätzen und die im Fragebogen erhobenen Symptomausprägungen hinsichtlich einer ADHS seien kritisch zu hinterfragen.

Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. CC.____

ist betreffend Konsistenz und Plausibilität zu entnehmen (Urk. 7/145 S. 24), die vom Beschwerdeführer dargestellten und beschriebenen Beschwerden seien insgesamt im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung nur zum Teil nachvollziehbar und plausibel. Es sei immer wieder der Eindruck entstanden, dass er übermässig stark, offensichtlich auch durchaus bewusst auf negative dysfunktionale Perspektiven und selbstbeschränkende Perspektiven fokussiere und die Beschwerdedarstellungen wenig authentisch gewesen seien. Neuropsychologisch seien die Ergebnisse nicht valide und es müsse von bewusster

Selbstlimitierung und nicht authentischer Beschwerdedarstellung bei angestrebtem Krankheitsgewinn ausgegangen werden. Die beschriebenen Auffälligkeiten von Konsistenz und Plausibilität seien sowohl in der Diagnosestellung, aber insbesondere auch in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit entsprechend (geringerer Schweregrad und geringere Bedeutung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit)

berücksichtigt worden.

In ihrer Konsensbeurteilung zur Konsistenz legten die A.____ - Gutachter dar (Urk. 7/145 S. 5), dass die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung nur zum Teil nachvollziehbar und plausibel seien. Neuropsychologisch seien die Ergebnisse nicht valide gewesen und hier sei von einer bewussten Selbstlimitierung und nicht authentischen Beschwerdedarstellung bei angestrebtem Krankheitsgewinn auszugehen. Bei der orthopädischen Untersuchung hätten sich in der Symptomschilderung keine offensichtlich inkonsistenten Befunde gefunden und der medizinische Verlauf sei plausibel nachvollziehbar.

Allerdings habe die subjektive Einschränkung der Belastbarkeit beider Füße erheblich mit dem

klinisch vollkommen unauffälligen Untersuchungsbefund kontrastiert. 5.3

Daraus ergibt sich, dass die Testbatterien im neuropsychologischen Teilgutachten Inkonsistenzen aufzeigten, welche im Rahmen der psychiatrischen Diagnosestellung und in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unbeschrieben berücksichtigt wurden. Eine eingehendere Auseinandersetzung mit der Frage,

wie das Verhalten des Beschwerdeführers und die Resultate

der neuropsychologischen Untersuchung aus psychiatrischer Sicht zu interpretieren sind, hat nicht stattgefunden. Die Psychiaterin B.____

wies

in ihrer Kritik am A.____ - Gutachten

nachvollziehbar

auf die Wichtigkeit einer vertieften Auseinandersetzung hin und bezeichnete es als grossen Mangel in der Begutachtung, wenn

bei der Konsistenzüberprüfung ausschliesslich auf Beschwerdevalidierungstests neuropsychologische Untersuchungen zurückgegriffen

und damit die Glaubwürdigkeit des Probanden in Frage gestellt

wird. Eine Auseinandersetzung mit einer solchen Diskrepanz wäre insbesondere dann angezeigt, wenn

wie vorliegend psychiatrische Krankheitsbilder wie die vordiagnostizierte Persönlichkeitsstörung, das

ADHS oder die

Autismus-Störung

als mögliche Einflussfaktoren auf die Testresultate zu diskutieren sind. Dem psychiatrischen Teilgutachten fehlt es daher nicht nur an einer psychiatrischen Einschätzung der im Rahmen der neuropsychologischen Beurteilung gezeigten Inkonsistenzen.

Da die neuropsychologischen Ergebnisse massgeblich zur Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht herangezogen wurden, fehlt es der Expertise auch an einer schlüssigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand der Standardindikatoren. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. CC. ___

ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb der vorliegend zu beurteilende Rentenanspruch des Beschwerdeführers gestützt darauf nicht beurteilt werden kann.

Daran ändert auch die Einschätzung von RAD-Ärztin Dr. BB. ___

in ihren Ausführungen vom

E. 19

. Januar 2024

nicht

(E. 4.8). Aus ihrer Stellungnahme, die nicht auf eigenen Untersuchungen des Beschwerdeführers beruht und in der sie vornehmlich auf die Beweiswertigkeit der A. ___-Begutachtung hinweist, geht für den Rechtsanwender nicht nachvollziehbar hervor, weshalb der einen oder anderen medizinischen Ansicht zu folgen ist, zumal sie sich mit den Kritikpunkten von Dr. B. ___ zum Gutachten nicht auseinandersetzt. 5.4

Nachdem sich gestützt auf die übrigen ärztlichen Berichte (E. 4.1, E. 4.2, E. 4.3, E. 4.5

und E. 3.7) die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers

in angepasster Tätigkeit mangels differenzierter Auseinandersetzung mit dieser Fragestellung ebenso wenig beurteilen lässt, erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. 6.6.1

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, insbesondere wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss der Rechtsprechung ist eine Rückweisung an die IV-Stelle möglich, wenn sie in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist, oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung der medizinischen Akten beziehungsweise von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1 und 137 V 210 E. 4.4.1.4). 6.2

Vorliegend erweist sich der medizinische Sachverhalt in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer zumutbaren Tätigkeit in psychischer Hinsicht im Beurteilungszeitraum als ungenügend abgeklärt (vorstehend E. 5.2 und E. 5.3). Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine erneute Begutachtung des Beschwerdeführers veranlassen und danach über den Rentenanspruch erneut entscheide.

Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen. 7.7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Die dem Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin auszurichtende Parteientschädigung ist unter Berücksichtigung der genannten Kriterien ermessensweise auf Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 2. Mai 2024 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers 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. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Coop Rechtsschutz AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 15 - 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 Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
GräubNef

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