

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00334 vom 14. Juli 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-07-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00334

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00334 du 14 juillet 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00334 del 14 luglio 2025

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im Oktober 2023 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab April 2024 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Damit ist neues Recht anwendbar.

E. 1.2

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 1.

E. 1.6

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen

beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und all fälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigegeben werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

Eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte kann jedoch auch aus einer Indikatorenprüfung nicht resultieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_153/2021 vom 10. August 2021 E. 5.4.2 mit Hinweisen). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin vertrat in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) die Auffassung, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten leistungsabweisenden Verfügung vom 7. Oktober 2014 nur leichtgradig verschlechtert habe. In der angestammten Tätigkeit als Küchenreinigungskraft und in jeder anderen kognitiv einfachen Hilfsarbeitertätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 70 % arbeitsfähig (S. 1). Somit habe nicht während eines Jahres eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % bestanden. Da das gesetzliche Wartejahr nicht erfüllt sei und bei der gegebenen Arbeitsfähigkeit zu dem ein rentenausschliessendes Einkommen erzielt werden könne, bestehe kein Rentenanspruch (S. 2 oben). Gemäss der überzeugenden Beurteilung des RAD führe die leichte depressive Symptomatik zu keiner schweren Funktionseinschränkung, und es sei von einer nur leichten bis mittelgradigen neurokognitiven Störung auszugehen (S. 2 unten). 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, ab dem Zeitpunkt der neuropsychologischen Testung am 1. November 2022 sei von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % auszugehen, womit das Wartejahr Ende Oktober 2023 erfüllt gewesen sei (S. 6 Ziff. 14). Laut Bericht sei bei einer mittelgradigen kognitiven Störung die Funktionsfähigkeit im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen normalerweise eingeschränkt. Eine berufliche Tätigkeit könne aus rein neuropsychologischer Sicht nur unter bestimmten Bedingungen erfolgreich sein, am ehesten in einem geschützten Rahmen (S. 6 Ziff. 17). Zudem sei die Arbeitssicherheit nicht zu jedem Zeitpunkt gewährleistet gewesen (S. 7 Ziff. 19-20). Da mit sei eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen,

und es bestehe ein Anspruch auf eine ganze Rente (S. 7 Ziff. 18). Der RAD-Arzt habe die Erkenntnisse aus den Arbeitsversuchen und aus der neuropsychologischen Testung aus näher dar gelegten Gründen unzureichend gewürdigt, zudem sei er von letzterer abgewichen

(S. 7 f. Ziff. 21-23). Sollte dennoch von einer Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt ausgegangen werden, so sei gestützt auf die neuropsychologische Testung und gemäss den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) 2016 bei einer mittelgradigen kognitiven Störung von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zwischen 50 bis 70 %

entsprechend einem Invaliditätsgrad von 60 %

auszugehen (S. 8 f. Ziff. 24). Selbst wenn angenommen würde, dass der RAD-Arzt die depressive Symptomatik gewürdigt habe, liege immer noch keine Beurteilung betreffend die Komorbiditäten beziehungsweise die Wechselwirkung der depressiven und der kognitiven Störung vor (S. 9 Ziff. 25). Der Beschwerdeführer sei als voll erwerbstätig zu qualifizieren, und bei einer funktionellen Einschränkung von über 50 % sei vom Invalideneinkommen ein pauschaler Abzug von 20 % vorzunehmen (S. 9 f. Ziff. 27). 2.3

Mit Beschwerdeantwort (Urk. 6) hielt die Beschwerdegegnerin unter näher dar gelegten Gründen an der

Einschätzung der RAD-Ärztin fest. Mit Blick auf die teilremittierte depressive Symptomatik und dem Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers bei bestehender Krankheitseinsicht ergebe die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ein stimmiges Gesamtbild (S. 1 ff.). Die Restarbeitsfähigkeit sei sodann als verwertbar zu betrachten (S. 3). Selbst wenn der Beschwerdeführer als voll Erwerbstätiger qualifiziert würde, resultierte auch unter Berücksichtigung der LSE-Tabellenlöhne kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (S. 4). 2.4

Strittig und zu prüfen ist, ob eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist und bejahendenfalls, ob ein Rentenanspruch besteht.

Massgebender Vergleichszeitpunkt für den Eintritt einer wesentlichen Veränderung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2024 (Urk.

2) bildet dabei die erste leistungsabweisende

Rentenv Verfügung vom 7. Oktober 2014 (Urk. 7/24). 3.

E. 3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). 1.

E. 3.1

und 3.5). 4. 6

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, hielt mit Stellungnahme vom 6. März 2023 (richtig wohl: 2024; Urk. 7/72) fest, dass die neuropsychologische Störung nachvollziehbar sei. Allerdings sei diese am ehesten als leichte bis mittelgradige Störung einzustufen, da zwei Bereiche weit unterdurchschnittlich ausgebildet seien, die Funktionsfähigkeit im Alltag gemäss Bericht der Hausärztin allerdings nicht eingeschränkt sei. Bei einer mittelgradigen neuropsychologischen Störung wäre die Funktionsfähigkeit im Alltag deutlich eingeschränkt, was vorliegend nicht der Fall sei. Im Vergleich zum Vorbefund 2014 finde sich somit eine leichte Verschlechterung, da nun in zwei kognitiven Teilbereichen Werte von mindestens zwei

Standardabweichungen (SD) unter dem Mittelwert gefunden worden seien. Die in der neuropsychologischen Untersuchung diagnostizierte mittelgradige depressive Episode habe sich in der darauf folgenden psychiatrischen Abklärung nicht bestätigt, es werde lediglich

noch eine leichte depressive Symptomatik beschrieben (S. 5 Mitte).

Die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit sei mit 70

% zu beurteilen. Die Tätigkeit in der Funktion als Hilfsarbeiter sei nicht mit hohen kognitiven Anforderungen verbunden, sodass hierfür lediglich leichte Leistungseinschränkungen (30

%) vorlägen. Die leichte depressive Symptomatik führe zu keinen langanhaltenden und/oder schweren Funktionseinschränkungen und beeinträchtigen deshalb die Arbeitsfähigkeit nicht. Eine medizinische Massnahme empfehle sich daher nicht (S. 6 oben).

Aufgrund der leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung bestünden leichte Einschränkungen in Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Hilfsarbeiter in der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben und der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Einfache, gut strukturierte Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer zumutbar. Dies entspreche der angestammten Tätigkeit. Seit November 2022 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30

% .

5.

E. 3.2

Die

Ärztin und die Psychologin des Psychiatricentrum Z. ___ der A. ___

AG (nachfolgend: A. ___) diagnostizierten in ihrem Bericht vom 19.

Februar 2014 (Urk.

7/15) eine leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.7) . Das neuropsychologische Profil zeige Beeinträchtigungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen. Insbesondere die deutlichen Beeinträchtigungen der geteilten Aufmerksamkeit liessen eine reduzierte Leistungsfähigkeit im Berufsleben als naheliegend erscheinen. Es sei eine Tendenz zum Konfabulieren und zu Perseverationen aufgefallen. Bezüglich seiner kognitiven Defizite zeige der Beschwerdeführer kaum Störungseinsicht und scheine seine Fähigkeiten zu überschätzen (S. 5 Ziff. 1.7). Im gegenwärtigen Beschäftigungsprogramm des Sozialamtes bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80

%, wobei eine Steigerung auf 100 % nicht zu erwarten sei (Ziff.

1.9) .

E. 3.3

Dr. med. B. ___ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin , welche den Beschwerdeführer letztmals am 29.

Juli 2013 behandelt und am 18.

März 2014 kontrolliert hatte (S. 1 Ziff. 1.2) ,

nannte

in ihrem Bericht vom 18. März 2014 (Urk.

7/17 /1-4) unter Hinweis auf den Bericht

der A.____ vom 17.

April 2013 (Urk.

7/17/5- 12 = Urk.

7/67) sowie den Radiologiebefund des MRI des Schädels vom 13. Juni 2013 (Urk.

7/17/13 = 7/66) als Diagnose n eine leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.07), differentialdiagnostisch eine post traumatische Belastungsstörung, sowie ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei muskulärer Dysbalance. Sie hielt fest, dass somatisch keine Auffälligkeiten feststellbar gewesen, die Laboruntersuchungen normal gewesen und die Demenz abklärung, einschliesslich MRI des Schädels , unauffällig verlaufen seien (S. 2 Ziff.

1.4). Das Gedächtnistraining sei abgeschlossen und weitere Therapien nicht zu empfehlen . Der Beschwerdeführer fühle sich nicht beeinträchtigt und sehe die Notwendigkeit weiterer Therapien nicht ein (S. 2 Ziff.

1.5). Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe nicht (S. 2 Ziff.

1.6). Es bestünden Einschränkungen bei der Auf fassung von komplexeren Arbeitsaufgaben, eine reduzierte Konzentrations fähigkeit, eine geringe Belastbarkeit und wenig Selbstständigkeit. Aktuell habe der Beschwerdeführer

in einem Pensum von 80 % in der Küche eines Pflege zentrums als Hilfskraft in der Reinigung begonnen, was offenbar gut klappe (S. 3 oben).

E. 3.4

Neuropsychologin lic. phil. C.____ , A.____ , hielt in ihrem test psychologische n Untersuchungsbericht vom 27.

Juni 2014 (Urk.

7/21 /3-6) gestützt auf die am 2.

Mai 2014 durchgeführte Untersuchung fest, im Vergleich zur neuropsychologischen Untersuchung vom März 2013 habe sich bei un strukturierter Arbeitsweise eine stärker erhöhte Fehleranfälligkeit bei einem visuokonstruktiven Test und folgend schlechterer Leistung gezeigt. Ebenfalls sei es bei einem Test zur Impulskontrolle neuerdings zu leicht reduzierten Reaktions zeiten gekommen. Als verbessert habe sich jedoch die geteilte Aufmerksamkeit erwiesen. Trotz nach wie vor vorhandener Einschränkung sei es insgesamt zu weniger Auslassungen als bei der Voruntersuchung gekommen. Als ebenfalls ver bes ert hätten sich das verbale und figurale Arbeitsgedächtnis sowie die verbale Aufnahmefähigkeit erw i esen. Bei letzterem sei es insbesondere zu einem Rück gang der zuvor auffälligen konfabulatorischen Tendenz gekommen. Des Weiteren habe sich eine Verbesserung bei der figuralen Ideenproduktion gezeigt. Insgesamt könne somit von einer leichten Verbesserung in unterschiedlichen Bereichen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen) ausgegangen werden, was auf eine positive Wirkung des kognitiven Trainings zurückgeführt werden könne. Jedoch sei es in der Verlaufsuntersuchung zu einer stärker erhöhten Fehler anfälligkeit , hervorgerufen durch eine unstrukturierte Arbeitsweise, was im Gegensatz zu den subjektiv empfunden Verbesserungen des Beschwerdeführers im Bereich der Planung und Organisation stehe, gekommen (S. 3 Mitte). Grund sätzlich sei

weiterhin von einer reduzierten Leistungsfähigkeit im Berufsleben auszugehen. Weiterhin solle der Beschwerdeführer die Möglichkeit haben, Aufgaben seriell und ohne grossen Zeitdruck zu erledigen. Geteilte Aufmerksamkeit und Ablenkung sollten möglichst vermieden und durch ausführliche Schlusskontrolle nach Erledigung von Aufgaben könne die Fehlerzahl minimiert werden (S.

3 unten).

E. 3.5

Mit Stellungnahme vom 8. August 2014 (Feststellungsblatt vom 25. August 2014, Urk.

7/22) verneinte

Dr. med. univ. D.____, Facharzt für Neurologie, RAD, in Zusammenfassung der vorliegenden Befunde und unter Hinweis auf die leichte kognitive Störung bei unauffälligen somatischen Befunden einschliesslich durch geführter Gehirnbildgebung

ein en invalidenversicherungsrechtlich relevante n Gesundheitsschaden

und hielt fest, dass in der ausgeübten, einfach strukturierten Tätigkeit als Küchenreinigungskraft keine längerdauernde und höhergradige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei (S. 4 Mitte). 4.

E. 4

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit . a) oder auf 100 Prozent erhöht (lit . b). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl mass geblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sach verhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3, je mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unter schiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in recht licher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1, je mit Hin weisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_431/2024 vom 16. Dezember 2024 E. 4.4) . 1.

E. 4.1

Im Rahmen der Neuanmeldung wurden bis zum Erlass der Verfügung vom 2.

Mai 2024 (Urk.

2) folgende Berichte eingeholt:

E. 4.2

Am 26. Oktober 2022 (Urk. 7/42/1-2 = Urk. 7/65) hielt

Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,

A.____,

nach der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 22. September 2022 zum psychopathologischen Befund fest, es lägen deutliche Aufmerksamkeits- und Auffassungsstörungen ohne mnestiche Störungen vor. Das formale Denken sei grübelnd und haftend. Affektiv sei der Beschwerdeführer leicht niedergestimmt und wirke ratlos bei reduzierter emotionaler Schwingungsfähigkeit. Antrieb und Psychomotorik seien vermindert, und es bestehe eine Tagesmüdigkeit bei Einschlafstörungen (S. 2 oben).

Anamnese und Befunde sprächen für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1). Die akutenanamnestisch bestehende posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) liege bei Nichterfüllen der ICD-10 Diagnosekriterien nicht vor.

Es werde eine leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung empfohlen (S. 2 Mitte). 4. 3

Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Neurologie, sowie Neuropsychologin C.____, A.____, diagnostizierten im neuropsychologischen Bericht vom 3. März 2023 (Urk.

7/42/3-9 = Urk.

7/64) eine mittelgradige kognitive Störung unklarer Ätiologie, am ehesten im Rahmen einer affektiven Genese (ICD-10 F99; S. 6

oben). Im Vordergrund ständen Aufmerksamkeitsdefizite. Die Aufmerksamkeit habe sich als schwankend erwiesen, und bei länger andauernden Aufgaben habe sich eine Leistungsver schlechterung im Verlauf gezeigt. Die Verarbeitungsgeschwindigkeit sei insgesamt verlangsamt gewesen. Bei einer Aufgabe zur selektiven Aufmerksamkeit und Impulskontrolle sei es dem Beschwerdeführer zwar gelungen, keine Fehler zu erzielen, dabei habe er jedoch deutlich verlangsamt reagiert. Auch bei einem länger dauernden Konzentrationstest habe sich eine ausreichende Qualitätsleistung gezeigt, bei jedoch

verlangsamter und unkonzentrierter Arbeitsweise. Die Fähigkeit zur Aufmerksamkeitsteilung sei reduziert, und in den Gedächtnisleistungen seien leichte Defizite zu objektivieren gewesen. Die kurzfristigen Merkspannen sowie das figurale Langzeitgedächtnis hätten sich hingegen als unauffällig erwiesen. Im Bereich der Exekutivfunktionen sei das Arbeitsgedächtnis beeinträchtigt gewesen, die Ideenproduktion sowie die Interferenzunterdrückung hätten sich als unauffällig erwiesen (S. 5 Mitte).

Im Vergleich zu den neuropsychologischen Voruntersuchungen von 2013 und 2014 zeige sich ein insgesamt ähnliches kognitives Ausfallprofil mit leichten, je doch nicht relevanten Fluktuationen. Es habe weder eine eindeutige Verbesserung noch Verschlechterung der Kognition festgestellt werden können. Insgesamt sei von einer mittelgradigen kognitiven Störung auszugehen. Einen wesentlichen Einfluss scheine die aktuell mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) zu haben, womit die objektivierten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizite wie auch die Gedächtnisbeeinträchtigungen gut zu erklären wären (S.

E. 5

unten). Die seit 2013 relativ stabil vorliegenden kognitiven Defizite sprächen gegen einen progredienten beziehungsweise neurodegenerativen Verlauf. Bei einem einzigen auffälligen Ergebnis in einem Validierungstest – welches für die Annahme von Simulation oder Aggravation nicht genüge – sei es möglich, dass zumindest punktuell nicht die volle Leistungsfähigkeit gezeigt worden sei (S. 6 oben).

Bei einer mittelgradigen kognitiven Störung sei die Funktionsfähigkeit im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen normalerweise eingeschränkt. Eine berufliche Tätigkeit sei am ehesten im geschützten Bereich erfolgreich: Auf grund der Aufmerksamkeitseinschränkungen habe der Beschwerdeführer einen erhöhten Zeitbedarf, Zeitdruck sollte vermieden werden und Aufgaben sollten seriell bearbeitet werden und nach Beendigung eine systematische Fehlerkontrolle durchgeführt werden. Die sprachliche Aufnahmefähigkeit sei vermindert, weshalb schriftliche Anweisungen den mündlichen vorzuziehen seien (S. 6 Mitte).

Mit Bericht vom 24. August 2023 (Urk. 7/55 /2-3 = 7/63) hielten Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, und Psychologe H.____, A.____, folgende Diagnosen fest (S. 1 Mitte): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - mittelgradige kognitive Störung unklarer Ätiologie, am ehesten im Rahmen einer affektiven Genese (ICD-

E. 5.1

Zu prüfen ist, ob ein Revisionsgrund, mithin eine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse, vorliegt.

Im massgebenden Vergleichszeitpunkt

der ersten Rentenverfügung im Jahre 2014 (E.

2.4) bestand nach durchgeführtem kognitivem Training noch eine leichte kognitive Störung ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (E.

3.2-3.5).

Demgegenüber diagnostizierten die Fachpersonen der A.____ eine rezidivierende depressive Störung, welche im Oktober 2022 als mittelgradig (E. 4.2) und im August 2023 als

leichtgradig (E. 4.4) eingestuft wurde, sowie eine mittelgradige kognitive Störung (E. 4.3 -4.4) , welche Einschätzung die behandelnde Hausärztin im Dezember 2023 teilte (E. 4.5). Gestützt dar auf ging der Arzt des RAD von einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen

Störung und einer daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit von 30

% in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit mit näher definiertem Belastungsprofil sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradig, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus (E.

4.6).

Sowohl hinsichtlich Diagnose wie auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit liegt formal eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor, indem neu eine zunächst mittel- und im Verlauf noch leichtgradige Depression besteht und die kognitive Störung nunmehr nicht als leicht sondern – je nach Einschätzung – als leicht bis mittelschwer beziehungsweise als mittelschwer einzustufen ist . Aus letzterer resultiert neu eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit.

Erforderlich und allein massgebend ist jedoch eine veränderte Befundlage (E.

1. 4). In Bezug auf die kognitive Störung g e h t - a n d e r s als für das Jahr 2023 (Urk.

7/64 S. 4) - aus der Beurteilung des Jahres 2014 (Urk. 7/21/3-6) kein d e t a i l l i e r t e r Test bericht vor , was den direkten Vergleich erschwert.

Dr. F.____ und Neuropsychologin C.____ (E. 4.3) stellten ein im Vergleich zu 2013 und 2014 ähnliches kognitives Ausfallprofil und seit 2013 relativ stabil vorliegende kognitive Defizite fest und verneinten eine eindeutig feststellbare Verschlechterung der Kognition und einen progredienten beziehungsweise neurodegenerativen Verlauf ; auch wurden die Einschränkungen im Berufsleben – so seien Zeitdruck zu vermeiden, eine serielle Bearbeitung von Aufgaben zu ermöglichen und eine systematische Fehlerkontrolle durchzuführen - in e t w a gleich beurteilt . Eine Verschlechterung ist indessen in den beiden nunmehr als weit unterdurchschnittlich beurteilten Teilbereichen der selektiven Aufmerksamkeit und Impulskontrolle sowie der Perseverationen, Konfabulationen und Intrusionen im verbalen Gedächtnis ersichtlich. Im Vergleich war en 2014 eine reduzierte Impulskontrolle, bei jedoch unauffälliger Fehlerzahl, sowie eine erhöhte Anzahl an Konfabulationen und Perseverationen bei ansonsten unauf fälligen Leistungen feststellbar gewesen.

In Bezug auf die neu hinzu ge tretene Depression bestanden im Zeitpunkt, als diese noch als mittelgradig eingestuft wurde, deutliche Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Auffassungsstörungen, ein grübelndes Denken, eine leichte Niedergestimmtheit, eine reduzierte emotionale Schwingungsfähigkeit, ein ver minderter Antrieb, eine verminderte Psychomotorik und eine Tagesmüdigkeit (E. 4.2) . Im Zeitpunkt des Verfügungserlasses bestanden noch subjektiv und ob jektiv leichte Kurz- und Langzeitgedächtnisstörungen, im formalen Denken ein Grübeln mit leicht verlangsamter Denkgeschwindigkeit, wiederkehrende Sorgen bezüglich alltäglicher Situationen und eine objektiv leicht gedrückte Stimmung sowie eine leichte Antriebsarmut und Interessenminderung mit psychomotorisch leichter Unruhe , und es wurde eine aus der noch leichtgradigen Depression resultierende Arbeitsunfähigkeit verneint (E. 4.4) .

Damit ergibt sich eine - wenn auch nur leichte - Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Zu Gunsten des Beschwerdeführers ist davon auszugehen, dass diese erforderliche Schwere aufweist und das Kriterium der wesentlichen Änderung erfüllt. Damit ist ein Revisionsgrund zu bejahen und der Rentenanspruch umfassend zu prüfen (E. 1.4).

E. 5.2

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich fest stehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 8C_574/2023 vom 9. Januar 2024 E. 3.2 und 8C_812/2021 vom 17. Februar 2022 E. 5.2, je mit Hinweisen).

E. 5.3

Zur Arbeitsfähigkeit äusserten sich lediglich Dr. F.____ und Neuro-psychologin C.____ (E. 4.3), indem sie allgemein festhielten, dass bei einer mittelgradigen kognitiven Störung die Funktionsfähigkeit im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen normalerweise eingeschränkt und eine berufliche Tätigkeit am ehesten im geschützten Bereich erfolgreich sei. Konkret in Bezug auf den Beschwerdeführer machten sie keine Angaben darüber, inwie weit ihm eine berufliche Tätigkeit möglich ist. Die langjährige Hausärztin Dr. B.____ (E. 4.5) konnte zu den Funktionseinschränkungen keine Angaben machen. Sie wies lediglich darauf hin, dass diverse Arbeitsversuche und Integrationsprogramme nicht erfolgreich gewesen seien.

Aufgrund der durch die Behandler der A.____ festgestellten kognitiven Einschränkungen (E. 4.1-4.4) kam RAD-Arzt Dr. I.____ (E. 4.6) in seiner Aktenbeurteilung zum Schluss, dass die neuropsychologische Störung nachvollziehbar sei, stufte diese aber lediglich als leicht bis mittelgradig ein, obwohl Dr. F.____ und Neuropsychologin C.____ (E. 4.3) nach den neuro-psychologischen Tests von einer mittelgradigen kognitiven Störung ausgingen. Die Abweichung der Schwere der Störung begründete er damit, dass die Funktionsfähigkeit im Alltag gemäss Bericht der Hausärztin nicht deutlich eingeschränkt sei. Diese (E. 4.5) hielt denn auch fest, dass der Beschwerdeführer seinen eigenen Haushalt und denjenigen der Mutter seiner Kinder führe und er die Kinder (fünf- beziehungsweise zwölfjährig) betreue, während diese arbeite, und er die ihm aufgetragene Familienarbeit offenbar gut erledigen und die Kinder adäquat betreuen könne. Allein aus der Tatsache, dass die Kinder - wie vom Beschwerdeführer behauptet (Urk. 1 S. 9 Ziff. 26) - in der Obhut der Mutter stehen und den Hort bzw. die Kindertagesstätte besuchen, kann nicht geschlossen werden, dass

er nicht in der Lage sein soll, die Kinderbetreuung genügend wahrzunehmen. Ebenso wenig vermag er aus dem Umstand, dass er in seinen administrativen Verpflichtungen die Unterstützung seines Umfelds benötigen soll, eine eingeschränkte Alltagstauglichkeit nachzuweisen, wird doch solches in den medizinischen Berichten nicht erwähnt.

Ausserdem geht aus dem Abschlussbericht der Sozialen Dienste des Bezirks J.____

(J.____) vom 6. Oktober 2023 (Urk. 7/43/3-4), bei welcher der Beschwerdeführer von September 2020 bis Juni 2023 im Einsatz stand, vielmehr hervor, dass er zuverlässig zur Arbeit erschien, sein Verhalten stets freundlich,

korrekt und hilfsbereit war, er sich in Pausensituationen angemessen einbringen konnte und sein Schalk und Humor immer wieder erfrischend waren. Überdies wurde sein Auftreten als stets gepflegt beschrieben.

Hinzu kommt, dass Dr. F.____ und Neuropsychologin C.____ im Bericht vom 3. März 2023 (E. 4.3) von einem insgesamt ähnlichen kognitiven Ausfallprofil mit leichten, jedoch nicht relevanten Fluktuationen im Vergleich zu den neuropsychologischen Voruntersuchungen von 2013 und 2014, anlässlich welcher eine leichte kognitive Störung festgestellt worden waren (vgl. E. 3.2 und E. 3.4), ausgingen und eine eindeutige Verbesserung oder Verschlechterung der Kognition nicht feststellen konnten. Weshalb sie angesichts der ähnlichen Befunde im März 2023 eine mittelgradige kognitive Störung feststellten, erläuterten sie in ihrem Bericht nicht näher, obwohl sie es für möglich hielten, dass der Beschwerdeführer zumindest punktuell nicht die volle Leistungsfähigkeit gezeigt hatte.

Dass Dr. I.____ unter diesen Umständen zum Schluss gelangte, die neuropsychologische Störung sei als leicht bis mittelgradig einzustufen, ist daher nicht zu bemängeln.

E. 5.4

Gemäss den Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung (A. Frei et al., Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung sowie Zuordnungen zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit in: Zeitschrift für Neuropsychologie (2016), 27(2), S. 107-119) resultiert aus einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung eine Arbeitsunfähigkeit von 30 bis 50%, wobei in Berufen oder bei Aufgaben mit hohen Anforderungen die Funktionsfähigkeit mittelgradig eingeschränkt ist. Dass Dr. I.____ zum Schluss gelangt ist, die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer einfach strukturierten Tätigkeit betrage 30%, ist gestützt auf die Leitlinien nachvollziehbar. 5.5

Was der Beschwerdeführer vorbringt, ist nicht geeignet, den RAD-Bericht von Dr. I.____ in Zweifel zu ziehen: 5.5.1

Entgegen den Ausführungen in der Beschwerdeschrift ist aus den Resultaten der bisherigen Arbeitsversuche nicht zu schliessen, dass dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit nur

noch im geschützten Rahmen zumutbar ist (Urk. 1 S. 7 Ziff. 18). Zwar gingen Gruppen- und Abteilungsleiter der J.____ (Urk. 7/43/3-4) davon aus, dass er die Voraussetzungen für den ersten Arbeitsmarkt nicht erfülle (S. 2). Dies führten sie neben mangelnder körperlicher Robustheit darauf zurück, dass er Arbeitsanweisungen oft falsch umsetzte und dafür umständliche Wege wählte. Aufgrund der kognitiven Einschränkungen ist dies nachvollziehbar, es reicht fertigt sich aber nicht, eine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen als die ärztlicherseits attestierte. Dass der Beschwerdeführer,

wie im Bericht erwähnt, wiederholt ungefragt Maschinen benutzte und wegen selbstgefährdender Arbeitsweise ermahnt werden musste, hat wohl kaum mit den leichten bis mittelschweren kognitiven Einschränkungen zu tun, kann doch dem neuropsychologischen Bericht nicht entnommen werden, dass er aufgrund der kognitiven Einschränkungen nicht in der Lage sein soll, sich an Vorschriften zu halten. Zwar äusserten Dr. F.____ und Neuropsychologin C.____ auf grund der Einschränkungen in Aufmerksamkeitsfunktionen leichte Zweifel an der Fahreignung des Beschwerdeführers, sprachen ihm aber die Fähigkeit, ein Fahrzeug zu führen,

nicht ab, was zwingend erforderlich gewesen wäre, könnte er Gefahren aus kognitiven Gründen nicht genügend einschätzen. Aber auch der Umstand, dass er ein Arbeitspensum von 80 % nur ungenügend und nur über einen kurzen Zeitraum leisten konnte, lässt nicht auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit schliessen, gab doch der Beschwerdeführer gegenüber Dr. F.____ und Neuropsychologin C.____ (E. 4.3) an, er habe das Arbeitspensum im Integrationsbetrieb nach der Trennung von seiner Ehefrau auf 40 % reduziert, damit er die Kinderbetreuung gewährleisten könne (Urk. 7/ 42/ 3-9 S. 2 unten) . 5. 5 .2

Insoweit der Beschwerdeführer bemängelte, die Erkenntnisse aus der Arbeitsintegration seien vom RAD-Arzt nicht gewürdigt worden (Urk. 1 S. 8 Ziff. 22), ist ihm entgegenzuhalten, dass diesem der Abschlussbericht der J.____ vom 6. Oktober 2023 (Urk. 7/43/3-4) vorgelegen hatte. Wie bereits dargelegt, sind aus diesem in medizinischer Hinsicht keine neuen Erkenntnisse zu gewinnen, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass Dr. I.____ diesen in seiner Beurteilung nicht explizit gewürdigt hat.

Ausserdem ist nach der Rechtsprechung die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Urteile des Bundesgerichts 9C_396/2014 vom 15. April 2015 E. 5.4 und 9C_401/2014 vom 26. November 2014 E. 4.2.2; je mit Hinweis). 5. 5 .3

Insofern der Beschwerdeführer Dr. I.____ vorwirft nicht berücksichtigt zu haben, dass im Bericht über die neuropsychologische Testung (E. 4.3) darauf hin gewiesen worden sei, dass er die Restarbeitsfähigkeit am ehesten im zweiten Arbeitsmarkt umsetzen könne (Urk. 1 S. 8 Ziff. 23), ist ihm entgegenzuhalten, dass die Aufgabe der Neuropsychologin darin besteht, aufzuzeigen, welche funktionellen Einschränkungen vorliegen, nicht jedoch zu würdigen, wie die verbleibende Arbeitsfähigkeit konkret arbeitsmarktlich geeignet umgesetzt werden kann. Ausserdem kann die allgemeine Einschätzung von Dr. F.____ und Neuropsychologin C.____ (E. 4.3), wonach bei einer mittelgradigen kognitiven Störung eine berufliche Tätigkeit am ehesten im geschützten Bereich erfolgreich sei, nicht dahingehend gedeutet werden, dass der Beschwerdeführer keinem Arbeitgeber mehr zumutbar ist. 5.5.4

Schliesslich trifft nicht zu, dass Dr. I.____ keine Beurteilung betreffend Komorbiditäten bzw. die Wechselwirkung zwischen der rezidivierenden depressiven Störung und der kognitiven Beeinträchtigung vorgenommen hat (Urk. 1 S. 9 Ziff. 25), führte er doch aus, dass Dr. F.____ und Neuropsychologin C.____ (E. 4.3) nach der neuropsychologischen Untersuchung dargelegt hätten, dass die aktuell mittelgradige depressive Episode einen wesentlichen Einfluss auf die kognitive Störung habe, die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode sich in der nachfolgenden Abklärung in der A.____ aber nicht mehr bestätigt habe und darauf geschlossen worden sei, dass neben der mittelgradigen kognitiven

Beeinträchtigung keine IV-relevante Diagnose vorliege (vgl. E. 4.4). Implizit stellte sich Dr. I. ___ damit auf den Standpunkt, dass sich der Schweregrad der depressiven Episode nicht zusätzlich auf die kognitiven Beeinträchtigungen auswirkte. Dementsprechend ging er auch lediglich von einer depressiven Symptomatik aus. Ein strukturiertes Beweisverfahren (vgl. E. 1.6) ist deshalb entbehrlich.

E. 5.6

Zusammenfassend lassen die Vorbringen des Beschwerdeführers keine auch nur geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Einschätzung des RAD-Arztes aufkommen. Damit ist von einer aus der kognitiven Störung resultierenden Arbeitsunfähigkeit von 30 % in einer angepassten – einfachen und gut strukturierten - Tätigkeit auszugehen. 6. 6.1 6.1.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 6.1.2

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad nämlich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (BGE 135 V 297 E. 5.2; statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_804/2021 vom 1. Juni 2022 E. 4.3.3). 6.2 6.2.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (vgl. BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1; vgl. auch Art. 26 Abs. 1 IVV).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 4. Aufl. 2022, N. 56 f. zu Art. 28a; vgl. auch Art. 26 Abs. 4 in Verbindung mit Art. 25 Abs. 3 IVV). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten

veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 ; Urteil des Bundesgerichts 8C_592/2022 vom 11. April 2023 E. 4.3.3 mit Hinweisen). Die Wahl der massgeblichen Tabellenposition soll möglichst den überwiegend wahr scheinlichen Verlauf der Einkommensentwicklung ohne Gesundheitsschaden ab bilden. Hierbei ist das Valideneinkommen keine vergangene, sondern eine hypothetische Grösse (Urteil des Bundesgerichts 8C_152/2022 vom 21. Oktober 2022 E. 3.2.2 mit Hinweisen). 6.2.2

Laut Lebenslauf war der Beschwerdeführer unter anderem als Aushilfsverkäufer, Bankettaushilfe, Büromitarbeiter und Reinigungsmitarbeiter und zuletzt als Pflegeassistent im primären Arbeitsmarkt tätig (Urk. 7/43). Bei seiner letzten bis Januar 2011 in der Pflege ausgeübten Tätigkeit handelte es sich um ein befristetes Arbeitsverhältnis. Eine Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Stellenaufgabe ist nicht aktenkundig, weshalb davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer seine letzte Tätigkeit im primären Arbeitsmarkt unabhängig von seinem Gesundheitszustand aufgegeben hat . Es rechtfertigt sich daher, für die Ermittlung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne zurückzugreifen . Da der Beschwerdeführer über keine Berufsausbildung verfügt und laut IK-Auszug bei seinen Tätigkeiten schwankende Einkommen erzielte (vgl. Urk. 7/41) , ist vom durchschnittlichen Einkommen für Männer im untersten Kompetenz niveau auszugehen . 6.3 6.3.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b), wobei der Griff zur Lohnstatistik subsidiär ist, das heisst, deren Bezug nur erfolgt, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (Art. 26 Abs. 2 IVV; vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rz. 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). Vom statistisch bestimmten Wert (Art. 26 Abs. 2 IVV) werden 10 Prozent abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 Prozent oder weniger tätig sein, so werden 20 Prozent abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig. 6.3.2

Angesichts dessen, dass dem Beschwerdeführer nur noch einfache Tätigkeiten zumutbar sind, ist auch beim Invalideneinkommen vom Durchschnittslohn im untersten Kompetenzniveau auszugehen. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % und unter Berücksichtigung des Tabellenlohnabzugs von 10 % ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 37 %, womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht (vgl. Art. 28b Abs. 4 IVG).

Damit kann die Frage, ob der Beschwerdeführer das Wartejahr erfüllt hat (Urk. 1 S. 5 Ziff. 12) , offen bleiben . 7. 7.1

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beur teilen ist, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 800.--

anzusetzen und ausgangsgemäss

dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Infolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung sind die Kosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald er dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). 7.2

Ausgangsgemäss ist die unentgeltliche Rechtsvertreterin aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Die Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsvertretung wird gestützt auf § 8 in Verbindung mit § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) nach dem Zeitaufwand und den Barauslagen bemessen. Trotz entsprechendem Hinweis auf die Möglichkeit zur Einreichung einer detaillierten Zusammenstellung über den bisherigen Zeitaufwand und die bisher angefallenen Barauslagen (Urk. 8) reichte die unentgeltliche Rechtsvertreterin keine Honorarnote ein. Die Entschädigung ist daher durch das Gericht nach Ermessen festzusetzen, wobei sich eine Entschädigung von Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen erweist. Der Beschwerdeführer ist zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet, sobald er dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 GSVGer). Das Gericht erkennt: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, 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 Stephanie C. Elms - 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 Tiefenbacher

E. 10

F99)

Der Beschwerdeführer berichte, s ein Berater beim Sozialamt habe ihm vor geschlagen, sich bei der IV anzumelden und zu versuchen, im zweiten Arbeitsmarkt eine Stelle zu finden. Er sei durch die Situation belastet, aber nicht so sehr belastet, dass er Interesse hätte an einer regelmässigen psychotherapeutischen Begleitung. Er sei von der Neuropsychologin darauf

hingewiesen worden, dass möglicherweise eine psychotherapeutische Anbindung sinnvoll wäre. Ih m sei aber vor allem wichtig, von der IV unterstützt zu werden, da er seine Familie versorgen müsse . Eine Psychopharmakotherapie finde nicht statt, eine psychiatrische Konsultation habe Ende 2022 bei Dr. E. ___ im Hause statt gefunden (S.

1 Mitte). Im psychopathologischen Befund wurde festgehalten, dass

subjektiv und objektiv leichte Kurz- und Langzeitgedächtnisstörungen vorlägen , im formalen Denken ein Grübeln mit leicht verlangsamter Denkgeschwindigkeit, eine wiederkehrende Sorge bezüglich alltäglicher Situationen, eine subjektiv gedrückte sowie objektiv leicht gedrückte Stimmung, eine leichte Antriebsarmut und Interessenminderung sowie psychomotorisch eine leichte Unruhe festzu stellen seien . Es bestehe zwar eine Krankheitseinsicht, aber keine Behandlungsbereitschaft . Der Beschwerdeführer sei nicht interessiert an einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Anbindung, ausser es würde ihm helfen, von der IV an genommen zu werden. Es sei ihm zurückgemeldet worden, dass dies kein Grund für eine Anbindung sei. Neben der mittelgradigen kognitiven Beeinträchtigung bestehe keine IV-relevante Diagnose (S.

2). 4. 5

Dr. B. ___ führte im Bericht vom 7. Dezember 2023 (Urk. 7/62 /2-7) aus, dass sie den Beschwerdeführer seit 2008 behandle und am 27. November 2023 letztmals untersucht habe. Er komme selten, etwa ein bis zwei Mal im Jahr, und sie habe keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 2 Ziff. 1.1-1.3) . Er empfinde sich als psychisch belastet, die Arbeiten auch in den Beschäftigungsprogrammen hätten ihn immer schnell gestresst, er sei unter Druck gekommen und habe Schlafstörungen entwickelt. Aktuell betreue er seine Kinder und führe den Haushalt in seiner Wohnung und in jen er der Kindsmutter, von welcher er getrennt lebe (S. 3 Ziff. 2.2). Diagnostisch sei von einer mittelgradigen kognitiven Störung unklarer Ätiologie (ICD-10 F99) sowie von rezidivierenden depressiven Störungen, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F 33.0) , auszugehen (S. 3 Ziff. 2.5). Die Prognose sei schlecht, diverse Arbeitsversuche und Integrationsprogramme seien nicht erfolgreich gewesen (S. 4 Ziff. 2.7). Die vorgeschlagene Psychotherapie wolle der Beschwerdeführer aus Angst vor den Folgen nicht machen, er habe es schon früher ohne Erfolg versucht. Medikamentös seien im Moment keine Optionen sinnvoll (S. 4 Ziff. 2.8). Zur beruflichen Situation führte die Ärztin aus, der Beschwerdeführer führe seinen eigenen Haushalt und jenen der Kindsmutter seiner Kinder. Während diese arbeite, betreue er sein e Kind er (fünf- und zwölfjährig) . Die ihm aufgetragene Familienarbeit könne er offenbar gut erledigen und kümmere sich auch adäquat um die Kinder (S. 5 Ziff.

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