

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00555 vom 11. Dezember 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-12-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00555

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00555 du 11 décembre 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00555 del 11 dicembre 2025

Erwägungen

E. 1

Januar

202

E. 1.1

Am

E. 1.2

und

1.3)

fest,

in

der

bisherigen

Tätigkeit

als

Kurier fahrer

bestehe

nach

wie

vor

eine

vollständige

Arbeitsunfähigkeit

(Ziff.

2.1).

Eine

angepasste

Tätigkeit
könne
dem
Beschwerdeführer
während
zwei
Stunden
täglich
zugemutet
werden
(Ziff.
2.2).
4. 8
In
seinem
Bericht
vom
15.
April
2023
(Urk.
10/166)
nannte
Dr.
C.____
folgende
Diagnose n
mit
Einfluss
auf
die
Arbeitsfähigkeit
(Ziff.
2.5): - rezidivierende

depressive
Störung,
gegenwärtig
mittelschwere
depressive
Episode,
ohne
psychotische
Symptome
(ICD-10
F33.1) - Angststörung
mit
Panikattacken
(ICD-10
F40.1) - Schmerzstörung
mit
somatischen
und
psychischen
Faktoren
(ICD-10
45.4)
Die
medikamentöse
wie
auch
psychotherapeutische
Behandlung
beschrieb
er
als
unverändert
(Ziff.
1.1-2

und
2.8,
vgl.
E.
4. 4).
Bei
im
Übrigen
weitgehend
unver änderten
Aussagen
hielt
Dr.
C.____
fest,
der
Beschwerdeführer
sei
nicht
in
der
Lage,
eine
leichte
Tätigkeit
auszuüben
(Ziff.
3.4).
Er
habe
keine
Ressourcen,
wel che
für

eine
Eingliederung
hilfreich
sein
könnten
(Ziff.
3.5).
Es
sei
ihm
weder
die
bisherige
noch
eine
dem
Leiden
angepasste
Tätigkeit
zumutbar,
die
Prognose
sei
schlecht
(Ziff.
4).
4. 9 4.9.1
Am
1 4.
und 16.
Mai
sowie
am
10.

Juni
2024
wurde
der
Beschwerdeführer
im
Auftrag
der
Beschwerdegegnerin
polydisziplinär
(internistisch,
rheumatologisch,
neurologisch,
neuropsychologisch,
dermatologisch
sowie
psychiatrisch)
durch
die
Ärzte
des
Z.____
begutachtet.
In
ihrem
Gutachten
vom
24.
Juni
2024
(Urk.
10/190)
diagnostizierten
diese

mit
Auswirkung
auf
die
Arbeitsfähigkeit
eine
formal
leichte
bis
mittelgradige
neuropsychologische
Hirnfunktionsstörung
mit
Einschränkungen
in
den
Bereichen
Gedächtnis
(nonverbal),
Wahrnehmung,
räumliche
Verarbeitung
und
exekutiven
Funktionen ,
bei
einem
nonverbalen
IQ
von
82
im
unterdurchschnittlichen
Bereich,

diskrepanz
zum
bisherigen
Berufsleben,
sowie
multifaktorieller
Ätiologie
bei
den
nachgenannten
Diagnosen
und
psychosozialer
Belastungssituation

(S.

10

Ziff.

4.3

lit.

b).

Als

Diagnosen

ohne

Auswirkung

auf

die

Arbeitsfähigkeit

nannten

die

Ärzte

sodann

folgende

(S.

10

f.

lit.

c): - rezidivierende

depressive

Störung,

gegenwärtig

remittiert

(ICD-10

F33.4) - psychische

und

Verhaltensstörungen

durch

Tabak,

Abhängigkeits syndrom,

gegenwärtiger

Substanzgebrauch

(ICD-10

F17.24) - Verdacht

auf

psychische

und

Verhaltensstörung

durch

Cannabinoide,

schädlicher

Gebrauch

(ICD-10

F12.1) - unspezifisches

panvertebrales

Schmerzsyndrom - intermittierend

somatisch

nicht

abgrenzbare

Polyarthral gien/polymyalgiforme

Beschwerden - chronisches
unspezifisches
Schmerzsyndrom - Verdacht
auf
Minimalvariante
einer
Psoriasis
vulgaris - Verdacht
auf
seborrhoisches
Ekzem,
DD
rezidivierendes
atopisches
Ekzem
bei
atopischer
Diathese - Verdacht
auf
Notalgia
parästhetica - Tinea
pedis - Asthma
bronchiale
Anlässlich
der
Begutachtung
habe
sich
eine
erhebliche
Diskrepanz
zwischen
dem
Ausmass

der
subjektiv
geklagten
Beschwerden
und
den
objektivierbaren
Befunden
gezeigt,
wobei
keine
psychiatrische
Komorbidität
besteht,
welche
diese
Diskrepanz
zu
erklären
vermöge.
Auch
die
Angaben
des
Beschwerdeführers
bezüglich
Autofahrens
sind
inkonsistent
und
die
von
ihm
angegebene

verminderte
Konzentrationsleistung
habe
sich
während
der
dreistündigen
neuropsychologischen
Untersuchung
nicht
objektivieren
lassen.
Die
Symptomvalidierung
in
der
neuropsychologischen
Untersuchung
sei
jedoch
unauffällig
ausgefallen
(S.
10
Ziff.
4.2).
Die
vom
Beschwerdeführer
geklagten
Beschwerden
könnten
weder
aus

somatischer
noch
aus
psychiatrischer
Sicht
auf
eine
Diagnose
mit
Auswirkung
auf
die
Arbeitsfähigkeit
zurückgeführt
werden.
In
der
neuropsychologischen
Untersuchung
zeige
sich
formal
eine
leichte
bis
mittelgradige
neuropsychologische
Hirnfunktionsstörung
mit
Einschränkungen
in
den
Bereichen
Gedächtnis

(nonverbal),
Wahrnehmung,
räumliche
Verarbeitung
und
exekutive
Funktionen,
zudem
zeige
sich
ein
unterdurchschnittliches
(nonverbales)
intellektuelles
Potenzial,
was
sich
aber
nicht
mit
den
biografisch-anamnestischen
Informationen
deckt,
obwohl
die
Testbefunde
als
valid angesehen
werden
könnten .
Bei
validen

Testbefunden
bleibe
die
Ätiologie
der
erhobenen
neuropsychologischen
Limitierungen
nicht
sicher
zuordenbar,
könne
als
multifaktoriell
bei
verschiedenen
geklagten
Beschwerden
und
psychosozialer
Belastungssituation
eingestuft
werden
(S.
10
Ziff.
4.3
lit.
a).
Es
bestehe
eine
breit
gefächerte,

aber
funktionell
sehr
geringfügige
Befundlage
aus
somatischer
Sicht,
sodass
keine
relevante
Einschränkung
der
Arbeitsfähigkeit
assoziiert
sei.
Auch
psychiatrisch
bestehe
derzeit
keine
aktive
wesentliche
Diagnose
mit
funktioneller
Auswirkung
bei
remittierter
depressiver
Störung
und
diagnostisch
nicht

zu
erfassender
somato former
Störung
bei
auch
nicht
vorhandenen
alltäglichen
Einschränkungen,
trotz
verschiedener
geklagter
pseudosomatischer
Symptome.
Es
bleibe
die
formal
anzunehmende
leichte
Einschränkung
der
Arbeitsfähigkeit
einzig
aus
neuropsychologischer
Sicht.
Diese
sei
ätiologisch
als
unspezifisch
beziehungsweise

multifaktoriell
einzustufen,
wirke
sich
aber
in
d er
angestammten
Tätigkeit
nur
gering
und
in
besser
adaptierten
Tätigkeiten
gar
nicht
aus
(S.
11
f.
Ziff.
4.5).
Die
bisherige
Tätigkeit
als
Chauffeur
könne
dem
Beschwerdeführer
während
acht

Stunden
pro
Tag
zugemutet
werden,
wobei
eine
leicht
reduzierte
Leistungs fähigkeit
bei
reduziertem
Rendement
respektive
eine
Arbeitsunfähigkeit
von
15
%
bestehe.
Diese
könne
nach
vorangehend
nicht
dauerhaft
höhergradig
eingeschränkter
Arbeitsfähigkeit
seit
dem
Zeitpunkt
der
IV-Anmeldung

im
August
2020
angenommen
werden.

Eine
intermittierend
möglicherweise
aufgetretene
depressive
Störung

im
Jahre
2021
könne
retrospektiv
nicht
als
dauerhaft
höher gradig
zugeordnet
werden

im
Sinne
einer
invalidisierenden
Erkrankung

(S.
12
Ziff.
4.6.1-4).

In
einer
kognitiv

nicht
beanspruchenden
Tätigkeit
mit
geregelten
Abläufen,
bei
welcher
das
Pensum
ungestört
abgearbeitet
werden
könne,
sei
der
Beschwerdeführer
uneingeschränkt
arbeitsfähig
(S.
12
Ziff.
4.7.1-5).
Seit
dem
Jahre
2013
habe
sich
der
Gesundheitszustand
nicht
beziehungsweise
nur

gering fällig
verändert,
indem
seit
dem
Jahre
2021/2021
neu
bestehende
leichte
neuropsychologische
Einbußen
dokumentiert
würden
(S.
13
Ziff.
4.9
lit.
a-c).
4.9.2
In
seinem
internistischen
Teilgutachten
(Urk.
10/190/31-38)
führte
Prof.
Dr.
med.
K.____ ,
Facharzt
für

Allgemeine
Innere
Medizin,
aus,
insgesamt
wirke
der
Beschwerdeführer
eher
deprimiert
in
sonst
ordentlichem
Allgemeinzustand.
Während
der
Exploration
fänden
sich
keine
Hinweise
auf
Konzentrationsstörungen
oder
vermehrte
Vergesslichkeit
(S.
E. 1.3
)
verschlechtert
hat
und
nun
ein

Anspruch
auf
Leistungen
der
Invalidenversicherung
besteht.
Dabei
ist
insbesondere
zu
prüfen,
ob
auf
das
Z.____ -Gutachten
vom
24.
Juni
2024
abgestellt
werden
kann. 3. 3.1
Im
Rahmen
der
ersten
Rentenbeurteilung
stützte
sich
die
Beschwerdegegnerin
auf
das
folgende

rheumatologisch-psychiatrische

Gutachten .

Am

17.

beziehungsweise

30.

April

2013

wurde

der

Beschwerdeführer

im

Auftrag

der

Beschwerdegegnerin

durch

Dr.

med.

Dr.

sc.

nat.

ETH

A.____ ,

Fachärztin

für

Allgemeine

Innere

Medizin,

speziell

Rheumaerkrankungen,

sowie

PD

Dr.

med.

B.____ ,
Facharzt
für
Psychiatrie
und
Psychotherapie,
begutachtet.
In
ihrem
rheumatologischen
Teilgutachten
vom
7.
Mai
2013
(Urk.
10/46)
nannte
Dr.
A.____
keine
Diagnosen
mit
Auswirkung
auf
die
Arbeitsfähigkeit
(S.
35
Ziff.
7.1) ,
als
solche
ohne

Auswirkung

auf

die

Arbeitsfähigkeit

nannte

sie

sodann

folgende ,

hier

teilweise

gekürzt

wiedergegebene

Diagnosen

(S.

35

Ziff.

7.2): - Nikotin-Abusus - Cannabis-Konsum - Übergewicht

(BMI

29.6

kg/m²) - Vitamin-D-Mangel - Fersenschmerzen

rechts

mehr

als

links

bei

Spreizfuss

beidseits

und

Status

nach

verkürzter

Gastrocnemius-Muskulatur

beidseits - intermittierendes

Lumbovertebralsyndrom - kongenitale

Markschwamm-Nieren

beidseits

ohne

Verkalkungen

In

der

klinischen

Untersuchung

seien

das

deutliche

Übergewicht

und

die

Spreizfüsse

die

wesentlichsten

Befunde .

Der

intermittierend

hinkende

Gang

normalisierte

sich

unter

Ablenkung.

Alle

drei

Wirbelsäulenabschnitte

seien

normal

beweglich,

radikuläre

Zeichen

seien
nicht
vorhanden.
Der
Beschwerdeführer
nehme
spontan
den
Langsitz
auf
der
Untersuchungsliege
ein,
was
eine
relevante
lumbale
neurale
Kompression
ausschliesse.
Alle
grossen
peripheren
Gelenke
seien
normal
beweglich,
nirgends
seien
Gelenksergüsse,
Synovitiden
oder
überwärmte
Gelenke

vorhanden.
Er
berichte
über
Schmerzen
beim
Druck
auf
die
Ferse
rechts,
jedoch
nicht
links.
Die
palpatorische
Beurteilung
des
Spannungszustandes
der
Muskulatur
sei
wegen
des
darüber
liegenden
Fettgewebes
bei
Übergewicht
deutlich
erschwert.
Die
Bioimpedanz-Analyse
zeige

trotz
des
Übergewichts
eine
erfreulich
grosse
Muskelmasse
von
53
%,
welche
den
Normalwert
von
40
%
weit
übertreffe.
Eine
langandauernde
körperliche
Schonung
könne
daraus
nicht
abgeleitet
werden.
Die
MRI-Untersuchung
des
rechten
oberen
Sprunggelenkes
vom

Februar
2013
zeige
eine
Stressreaktion
des
Tuber
calcanei
plantarseits
ohne
Fasciitis.
Dieser
Befund
sei
nicht
gravierend
und
möglicherweise
durch
die
multip len
Infiltrationen
bedingt
(S.
36
Ziff.
8).
Die
angestammte
Tätigkeit
bei
der
Y.____
AG

sei
adaptiert
und
könne
dem
Beschwerdeführer
zu
100
%
zugemutet
werden
(S.
38
Ziff.
9.1).
Es
habe
nie
eine
langfristige
Einschränkung
der
Arbeitsfähigkeit
bestanden
(S.
38
Ziff.
9.2)
und
der
Beschwerdeführer
sei
in
allen

Tätigkeiten,
die
Männer
seines
Alters
üblicherweise
machen
könnten,
zu
100
%
arbeitsfähig
(S.
38
Ziff.
9.4).
Im
Rahmen
des
psychiatrischen
Teilgutachtens
(Urk.
10/50)
hielt
Dr.
B.____
fest,
es
könnten
weder
Diagnosen
mit
Auswirkung
auf

die
Arbeitsfähigkeit
noch
sol che
ohne
festgestellt
werden
(S.
6
Ziff.
4).
Der
Beschwerdeführer
berichte
über
anhaltende
Fersenschmerzen,
die
dazu
führten,
dass
er
sich
psychisch
nicht
immer
in
einer
guten
Grundstimmung
befinde.
Er
beschreibe
eine

«mentale
Müdigkeit»,
hadere
mit
einem
nun
inhaltlos
gewordenen
Alltag
und
erlebe
eine
gewisse
Müdigkeit
und
Antriebsminderung.
Der
Beschwerdeführer
könne
aber
Gefühle
der
Freude
erleben,
schlafe
gut
und
stehe
-
obwohl
es
ihm
empfohlen
worden

sei
-
nirgends
in
einer
ambulanten
psychiatrischen
Behandlung.
Wenn
man
allein
die
subjektiven
Angaben
würdige,
könne
der
Eindruck
einer
regel rechten
depressiven
Störung
entstehen.
Die
objektiven
Kriterien
da für
sein
jedoch
klar
nicht
erfüllt.
Der
Beschwerdeführer

zeige
nur
in
einzelnen,
sehr
wenigen
Parametern
äusserst
diskret
pathologisch
ausgelenkte
Befunde.
Die
bestehende
gewisse
Diskrepanz
zwischen
den
subjektiven
Angaben
und
den
objektiven
Untersuchungsbefunden
rühre
hauptsächlich
daher,
dass
der
Beschwerdeführer
vor
dem
Hintergrund
seines

nun
inhaltslos
gewordenen
Alltags
mehr
Zeit
und
Raum
zur
Verfügung
habe,
um
über
seine
schwierige
psychosoziale
Situation
nachzudenken.
So
sei
es
auch
nachvollziehbar,
wenn
seine
Grundstimmung
bedrückt
sei
im
Sinne
einer
subdepressiven,
nicht
aber

einer
regel rechten
depressiven
Störung
(S.
7).
Die
gesamte
Situation
scheine
psycho sozial
überlagert
zu
sein.
Sowohl
der
Beschwerdeführer
als
auch
seine
Frau
hätten
keine
Arbeitsstelle,
sie
stunden
mit
zwei
kleinen
Kindern
vor
einer
ungewissen
psychosozialen

Zukunft.
Dies
sei
mit
ein
Grund,
weshalb
er
zwischendurch
auch
eine
gewisse
Bedrücktheit
erlebe.
Diese
psychosozialen
Faktoren
seien
aber
alle samt
invaliditätsfremd,
insbesondere,
da
sie
auch
nicht
zu
einer
unterdessen
autonomisierten
psychiatrischen
Hauptdiagnose
geführt
hätten.

Aufgrund
dieser
Beurteilung
könnten
beim
Beschwerdeführer
aus
psychiatrischer
Sicht
keinerlei
qualitative
Funktionseinbussen
attestiert
werden
(S.

E. 2

Entsprechend
den
allgemeinen
intertemporalrechtlichen
Grundsätzen
(vgl.
BGE
144
V
210
E.
4.3.1)
ist
nach
der
bis
zum
31.

Dezember
2021
geltenden
Rechtslage
zu
beurteilen,
ob
bis
zu
diesem
Zeitpunkt
ein
Rentenanspruch
entstanden
ist.
Steht
ein
erst
nach
dem
1.
Januar
2022
entstandener
Rentenanspruch
zur
Diskussion,
findet
darauf
das
seit
diesem
Zeitpunkt
geltende

Recht
Anwendung
(vgl.
Urteil
des
Bundesgerichts
9C_452/2023
vom
24.
Januar
2024
E.
3.2.1
mit
Hinweisen).
Auf
Grund
der
im
August
2020
anhängig
gemachten
Anmeldung
bei
der
Invaliden versicherung
könnten
allfällige
Leistungen
frühestens
ab
Februar
2021

ausgerichtet
werden
(vgl.
Art.
29
Abs.
1
IVG).
In
dieser
übergangsrechtlichen
Konstellation
ist
die
bis
31.
Dezember
2021
gültig
gewesene
Rechtslage
massgebend,
die
im
Folgenden
soweit
nichts
anderes
vermerkt
ist
jeweils
in
dieser
Version

wiedergegeben,
zitiert
und
angewendet
wird.

E. 2.1

Die
Beschwerdegegnerin
verneinte
in
der
angefochtenen
Verfügung
vom
29.
August
2024
(Urk.
2)
einen
Anspruch
des
Beschwerdeführers
und
führte
aus,
es
bestehe
aus
medizinischer
Sicht
keine
Diagnose,
welche

eine
dauerhafte
Arbeits unfähigkeit
begründe.
Die
zuletzt
ausgeübte
Tätigkeit
sei
wie
auch
andere
Arbeiten
in
der
freien
Wirtschaft
uneingeschränkt
zumutbar
(S.
1).
Zur
Beurteilung
der
gesundheitlichen
Situation
könne
auf
das
Z.____ -Gutachten
vom
24.
Juni
2024

abgestellt
werden ,
wobei
leichte
Einschränkungen
mit
Minderleistungen
in
Teilbereichen
des
Gedächtnisses
festgestellt
worden
seien ,
welche
zu
einer
Arbeitsunfähigkeit
von
15
%
in
der
angestammten
Tätigkeit
als
Chauffeur
führten.
In
der
bisherigen
Tätigkeit
habe
das

Einkommen

im

Jahre

2019

Fr.

50'902. -

betragen

und

es

sei

dem

Beschwerdeführer

zumutbar,

ein

Einkommen

in

glei cher

Höhe

zu

erzielen

(S.

2) .

E. 2.2

Demgegenüber

beantragte

der

Beschwerdeführer

die

Zusprache

einer

ganzen

Rente

ab

Februar

2021,
eventuell
sei
diese
zu
befristen.
Subeventualiter
beantragte
er
eine
erneute
polydisziplinäre
Begutachtung
(Urk.
7
S.
2).
Die
Beschwerde gegnerin
habe
ihren
Entscheid
einzig
auf
das
polydisziplinäre
Z. ___ Gutachten
vom
24.
Juni
2024
abgestellt,
welches
jedoch

aufgrund
von
näher
aus geführten
Gründen
die
Anforderungen
an
ein
beweiskräftiges
Gutachten
nicht
erfülle
(Urk.
1
S.

E. 2.3

Strittig
und
zu
prüfen
ist
demnach ,
ob
sich
der
Gesundheitszustand
des
Beschwerde führers
seit
der
letzten
rechtsgenüglichen
materiellen

Anspruchs prüfung

im

September

2013

(Urk.

10/60 ;

vgl.

vorstehend

E.

E. 7

Abs.

2

ATSG).

E. 7.1

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

aus geglichener

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
Einkommens vergleichs;
BGE
130
V
343
E.
3.4.2,
128
V
29
E.
1).

Ein
Rentenanspruch
entsteht
gemäss
Art.
29
Abs.
1
IVG
frühestens
nach
Ablauf
von
sechs
Monaten
nach
Geltendmachung
des
Leistungsanspruchs.
Angeichts
der
bei
der
Beschwerdegegnerin
am
21 .
August
2020
eingegangenen
Anmeldung
(Urk.
10 / 74)
besteht
damit

ein
allfälliger
Rentenanspruch
frühestens
ab
dem
1.
Februar
2021.
Für
die
Vornahme
des
Einkommensvergleiches
ist
grundsätzlich
auf
die
Gegebenheiten
im
Zeitpunkt
des
hypothetischen
Rentenbeginns,
mithin
auf
das
Jahr
2021,
abzustellen
(BGE
128
V
174,

BGE

129

V

222).

E. 7.2

Gemäss

bundesgerichtlicher

Rechtsprechung

ist

für

die

Ermittlung

des

Valideneinkommens

entscheidend,

was

die

versicherte

Person

im

Zeitpunkt

des

frühestmöglichen

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
Einkommens entwicklung
angepassten
Verdienst
angeknüpft,
da
es
empirischer
Erfahrung
entspricht,
dass
die
bisherige
Tätigkeit
ohne
Gesundheitsschaden
fort gesetzt
worden
wäre.
Ausnahmen

müssen
mit
überwiegender
Wahrscheinlichkeit
erstellt
sein
(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).
Weist
das
zuletzt
erzielte
Einkommen
der
versicherten

Person
starke
und
verhältnis mässig
kurzfristig
in
Erscheinung
getretene
Schwankungen
auf,
ist
auf
den
während
einer
längeren
Zeitspanne
erzielten
Durchschnittsverdienst
abzu stellen.
Ist
der
zuletzt
bezogene
Lohn
überdurchschnittlich
hoch,
ist
er
nur
dann
als
Valideneinkommen
heranzuziehen,

wenn
mit
überwiegender
Wahrscheinlichkeit
feststeht,
dass
er
weiterhin
erzielt
worden
wäre
(Urteil
des
Bundesgerichts
8C_329/2021
vom
27.
Oktober
2021
E.
4.3.2
mit
Hinweisen).
Entscheidend
ist,
was
die
versicherte
Person
im
massgebenden
Zeitpunkt
als
Gesunde

tatsächlich
verdienen
würde
und
nicht,
was
sie
bestenfalls
verdienen
könnte
(BGE
135
V
58
E.
3.1).
Der
Beschwerdeführer
war
vom
18.
September
2017
bis
Ende
Juli
2020
als
Chauf feur
bei
der
S.____
GmbH
angestellt,

wobei
der
letzte
Arbeitstag
der
30.
Januar
2020
war
(Urk.
10/103
Ziff.
2.1).
Gemäss
dem
Auszug
aus
dem
individuellen
Konto
(IK-Konto,
Urk.
10/141)
erzielte
er
dabei
im
Jahre
2018
ein
Einkommen
in
der
Höhe

von
Fr.
63'491. --
sowie
von
Fr.
50'902. --
im
Jahre
201 9.
Zu
Gunsten
des
Beschwerdeführers
ist
damit
von
einem
durchschnittlichen
Einkommen
von
Fr.
57'196. --
auszugehen .
Unter
Berücksichtigung
der
Nominallohner höhung
(Schweizerischer
Lohnindex
insgesamt
[1939
=
100],

Männer,
Stand
2019 :
2279,
Stand
2021 :
2281 ;
www.bfs.admin.ch,
Arbeit
und
Erwerb,
Löhne/Erwerbseinkommen,
detaillierte
Daten,
Lohnentwicklung;
T39)
ergibt
sich
damit
für
das
Jahr
2021
ein
durchschnittliches
Valideneinkommen
in
der
Höhe
von
rund
Fr.
57'246.--
(Fr.

57'196 .--

:

22 7 9

x

2281).

E. 7.3

Für

die

Bestimmung

des

Invalideneinkommens

können

nach

der

Rechtsprechung

Tabellenlöhne

gemäss

den

vom

Bundesamt

für

Statistik

periodisch

herausgegebenen

Lohnstrukturerhebungen

(LSE)

herangezogen

werden

(BGE

139

V

592

E.

2.3,

135

V

297

E.

5.2,

129

V

472

E.

4.2.1).

Dabei

sind

grundsätzlich

die

im

Verfügungszeitpunkt

aktuellsten

veröffentlichten

Tabellen

der

LSE

zu

verwenden

(BGE

143

V

295

E.

4.1.3;

zur

Verwendung

der

aktuellsten

statistischen

Daten
bei
Rentenrevisionen
vgl.
BGE
143
V
295
E.
4.2.2,
142
V
178
E.
2.5.8.1,
133
V
545
E.
7.1).
Die
Verwendung
der
Tabellenlöhne
ist
subsidiär,
das
heisst
deren
Beizug
erfolgt
nur,
wenn
eine

Ermittlung
des
Invalideneinkommens
aufgrund
und
nach
Massgabe
der
konkreten
Gegebenheiten
des
Einzelfalles
nicht
möglich
ist
(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,
Rn
55
und
89
zu
Art.
28a,
mit
weiteren
Hinweisen
auf
die
Rechtsprechung).
Nachdem
der
Beschwerdeführer
aktuell
keiner
Tätigkeit
nachgeht,
ist
das
Invaliden einkommen
gestützt
auf
die

Tabellenlöhne
zu
ermitteln.
Gemäss
der
Beurteilung
im
Z.____-Gutachten
kann
dem
Beschwerdeführer
jede
kognitiv
nicht
beanspruchende
Tätigkeit
mit
geregelten
Abläufen,
bei
welcher
das
Pensum
ungestört
abgearbeitet
werden
kann,
uneingeschränkt
zugemutet
werden
(E.
5.3).
Im
Jahre

202 0
belief
sich
der
Tabellenlohn
für
Männer,
die
einfache
Tätigkeiten
körperlicher
oder
handwerklicher
Art
ausführen,
auf
Fr.
5' 261 .--
monatlich
(LSE
202 0 ,
Tabelle
TA1,
Total,
Niveau
1),
mithin
Fr.
63' 132 .--
im
Jahr
(Fr.
5' 261 .--
x

12).

Unter

Berücksichtigung

einer

durchschnittlichen

wöchentlichen

Arbeitszeit

von

41.7

Wochenstunden

(betriebsübliche

Arbeitszeit

nach

Wirtschaftsabteilungen,

Total;

www.bfs.admin.ch,

Arbeit

und

Erwerb,

Erwerbstätigkeit

und

Arbeitszeit,

detaillierte

Daten)

und

unter

Anpassung

an

die

Nominallohnentwicklung

(Entwicklung

der

Nominallöhne,

der

Konsumentenpreise
 und
 der
 Real löhne,
 2010-2023,
 T39)
 ergibt
 sich
 für
 das
 Jahr
 202 1
 ein
 Invalideneinkommen
 von
 rund
 Fr.
 65'328 .--
 (Fr.
 63' 132 .--
 :
 40
 x
 41.7
 :
 2298
 x
 2281).

E. 7.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person

die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Der

Beschwerdeführer

ist

in

jeder

kognitiv

nicht

beanspruchenden

Tätigkeit

mit

geregelten

Abläufen,

bei

welcher

das

Pensum

ungestört

abgearbeitet

werden

kann,

uneingeschränkt

arbeitsfähig

(E.

5.3).

Weitere

Beeinträchtigungen ,
welche
das
Spektrum
an
zumutbaren
Verweistätigkeiten
auf
dem
freien
Arbeitsmarkt
zusätzlich
einschränken,
liegen
nicht
vor
und
ein
Abzug
vom
Tabellenlohn
ist
nicht
gerechtfertigt.
Selbst
wenn
jedoch
zugunsten
des
Beschwerdeführers
vom
Maximalabzug
von
25

%

ausgegangen

würde,

führte

dies

–

wie

nachfolgend

zu

zeigen

ist

–

nicht

zu

einem

Rentenanspruch.

E. 7.5

U nter

Berücksichtigung

des

Maximalabzuges

von

25

%

(vgl.

vorstehend

E.

7.4)

würde

das

Invalideneinkommen

damit

rund

Fr.

48'996. --

betragen

(Fr.

65'328 . --

x

0.75;

vgl.

vorstehend

E.

7.3).

Bei

einem

Valideneinkommen

von

Fr.

57'246 . --

(vorstehend

E.

7.2)

läge

damit

eine

Einkommenseinbusse

von

Fr.

8'250. --

vor,

was

einem

rentenausschliessenden

Invaliditätsgrad

von

rund

14

%
entspricht.
Die
angefochtene
Verfügung
vom
29.
August
2024
erweist
sich
damit
als
rechtens,
was
zur
Abweisung
der
Beschwerde
führt. 8.
Da
es
im
vorliegenden
Verfahren
um
die
Bewilligung
oder
Verweigerung
von
IV-Leistungen
geht,
ist

das
Verfahren
kostenpflichtig.
Die
Gerichtskosten
sind
nach
dem
Verfahrensaufwand
und
unabhängig
vom
Streitwert
festzulegen
(Art.
69
Abs.
1 bis
IVG)
und
auf
Fr.
800.--
anzusetzen.
Entsprechend
dem
Ausgang
des
Verfahrens
sind
sie
dem
Beschwerdeführer
aufzuerlegen,

zufolge
Gewährung
der
unentgeltlichen
Prozessführung
jedoch
einstweilen
auf
die
Gerichtskasse
zu
nehmen. 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.
Zustellung
gegen
Empfangsschein
an: - Stadt
Zürich
Soziale
Dienste - Sozialversicherungsanstalt
des
Kantons
Zürich,
IV-Stelle - Bundesamt
für
Sozialversicherungen sowie
an: - Gerichtskasse
(im
Dispositiv
nach

Eintritt
der
Rechtskraft) 4.
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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin Grieder-MartensKübler-Zillig
E. 9
f.).
Sowohl
in
der

ange stammten
als
auch
in
einer
Verweistätigkeit
bestehe
demnach
eine
vollständige
Arbeitsfähigkeit
(S.

E. 10

Ziff.

6

und

7).

Dementsprechend

hielten

Dr.

A.____

und

Dr.

B.____

in

ihrer

bidisziplinären

Zusammenfassung

vom

E. 13

Juni

2013

fest,

es

könnten
weder
psychiatrische
noch
rheumatologische
Diagnosen
gestellt
werden
und
der
Beschwerdeführer
sei
in
jeglicher
Tätigkeit
zu
100
%
arbeitsfähig.
Auch
habe
aus
bidisziplinärer
Sicht
nie
eine
längerfristige
Einschränkung
der
Arbeitsfähigkeit
bestanden
(Urk.
10/51). 3. 2
Gestützt

auf
diese
Aktenlage
verneinte
die
Beschwerdegegnerin
mit
Verfügung
vom
27.
September
2013
einen
Rentenanspruch
des
Beschwerdeführers
und
ging
davon
aus,
dass
eine
über
längere
Zeit
dauernde
Einschränkung
der
Arbeitsfähigkeit
nicht
ausgewiesen
sei.
Es
sei

dem
Beschwerdeführer
zumutbar,
die
zuletzt
ausgeübte
Tätigkeit
vollzeitlich
auszuüben,
ein
invalidisierender
Gesundheits schaden
liege
nicht
vor
(Urk.
10/60
S.
1).
4. 4.1
Im
Nachgang
der
Neuanmeldung
vom
E. 17
August
2020
(Urk.
10/74)
wurde n
die
folgenden
medizinischen

Berichte
eingereicht. 4.2
Der
behandelnde
Psychiater
Dr.
med.
C.____ ,
Facharzt
für
Psychiatrie
und
Psychotherapie,
diagnostizierte
in
seinem
Bericht
vom
3.
Januar
2021
eine
rezidi vierende
depressive
Störung,
gegenwärtig
schwergradige
depressive
Episode
ohne
psychotische
Symptome
(ICD-10
F33.2),

sowie
eine
chronische
Schmerzstörung
mit
somatischen
und
psychischen
Faktoren
(ICD-10
F45.41)
mit
Auswirkung
auf
die
Arbeitsfähigkeit
(Urk.
10/111/13-

E. 18

S.

4

Ziff.

3) .

Der

Beschwerdeführer

stehe

bei

ihm

seit

Februar

2017

in

Behandlung

(S.

2

Ziff.

2).

Es

liege

eine

relevante

Antriebsstörung

im

Sinn

einer

depressiven

Hem mung

vor.

Das

formale

Denken

sei

verlangsamt,

umständlich,

schwerfällig,

gehemmt,

verarmt

und

gesperrt.

Inhaltlich

sei

das

Denken

negativistisch,

nihilis tisch,

phobisch

und

misstrauisch

und
durch
Insuffizienzgefühle,
Hilflosigkeit,
Resignation,
Zukunftsperspektivlosigkeit
und
unterschiedliche
Schmerzen
geprägt
(S.
1) .
Hinweise
auf
Halluzinationen,
Verfolgungs-,
Bedeutungs-
und
Beeinträchtigungswahn
oder
Ich-Störungen
bestünden
keine.
Während
der
Untersuchung
wirke
er
apathisch,
unkonzentriert,
müde,
erschöpft
und
niedergeschlagen.

Öfter
könne
er
nicht
auf
die
gestellten
Fragen
eingehen.
Alt-
wie
auch
Neugedächtnis
sowie
die
Aufnahme,
Speicherung
und
Wiedergabefähigkeit
einfacher
und
komplexer
Sinninhalte
sein
leicht -
bis
mittelgradig
beeinträchtigt.
Auch
die
Erlebnis-
und
Bewertungsebenen
sein

beeinträchtigt.

Im

Lebensalltag

stelle

sich

eine

vermehrte

Reizbarkeit

heraus,

bei

welcher

der

Beschwerdeführer

zu

explosiven

Gefühlsausbrüchen

neige.

Die

Intelligenzleistungen

entsprächen

dem

Ausbildungsstand

des

Beschwerdeführers.

Es

handle

sich

bei

ihm

um

eine

sehr

schlichte

Primärpersönlichkeit.

Frei
flottierende
oder
situativ
beziehungsweise
interpersonell
ausgelöste
Ängste
habe
der
Beschwerdeführer
nicht
geschil dert
(S.
1
f.) .
Hinweise
auf
das
Vorliegen
von
Handlungs-,
Kontroll-
oder
Gedanken zwängen
lügen
nicht
vor.
Die
Ernährungsgewohnheiten
sein
unregel mässig,
der
Appetit

werde
als
wenig
beschrieben.
In
der
Exploration
hätten
keine
bewusstseinsnahe
simulative
oder
aggravative
Tendenzen
festgestellt
werden
können.
Weder
Kritikfähigkeit
noch
Urteilkraft
sein
beeinträchtigt,
die
Geschäftsfähigkeit
sei
nicht
aufgehoben.
Es
bestünden
Interessen-
und
Lustlosigkeit,
Verlust

der
Lebensfreude,
Zukunftsperspektivlosigkeit,
Versagensgefühle,
ein
vermindertes
Selbstwertgefühl,
Suizidgedanken,
eine
Störung
der
Vitalität
sowie
unterschiedliche
Schmerzen,
die
teilweise
körperlich,
teilweise
psychisch
bedingt
sein
(S.
2).
Der
Beschwerdeführer
berichte,
er
fühle
sich
in
kleinsten
Konfliktsituationen
schnell

beleidigt,
angegriffen
und
nicht
erwünscht.
Aufgrund
von
Schlaf-
und
Konzentrationsstörungen
habe
er
häufig
Mühe
mit
ihm
erteilten
Aufgaben,
da
er
oft
nicht
verstehe,
was
zu
tun
sei
(S.
3
unten).
Er
werde
medikamentös
mit

Escitalopram

E. 20

mg

und

Quetiapin

E. 25

mg

behandelt

und

besuche

ein-

bis

zweimal

monatlich

eine

Psychotherapie

(S.

4

Ziff.

4).

Aufgrund

der

genannten

Störungen

seien

die

Fähigkeiten

zur

Kompetenz-

und

Wissens anwendung

sowie

zur

Entscheidungs-

und
Urteilsfähigkeit
voll ständig
beeinträchtigt.
Die
Fähigkeiten
zur
Anpassung
an
Regeln
und
Routinen,
zur
Planung
und
Strukturierung
von
Aufgaben,
zu
Proaktivität
und
Spontanaktivitäten
sein
erheblich
eingeschränkt,
diejenigen
zur
Widerstands-
und
Durchhaltefähigkeit
sowie
zur
Selbstbehauptungs-
und

Gruppenfähigkeit

sein

erheblich

beeinträchtigt.

Aufgrund

dieser

Störungen

sei

der

Beschwerdeführer

nicht

in

der

Lage,

eine

leichte

Tätigkeit

auszuführen,

es

liege

keine

Arbeitsfähigkeit

mehr

vor

(S.

5

Ziff.

5).

Die

Prognose

sei

schlecht

und

werde

durch
die
Chronifizierung
der
Störungen,
ein
geringes
Mass
an
Allgemeinwissen,
Introspektionsfähigkeit,
Resilienz,
Ressourcen
und
Motivation
sowie
vielfältige
widrige
Umstände
negativ
beeinflusst.
Bei
diesen
Faktoren
sei
es
sehr
schwer,
eine
Besserung
zu
erreichen
(S.

Ziff.

6).

Eine

Wiederaufnahme

der

Arbeit

sei

derzeit

nicht

möglich,

auch

nicht

teilweise

(S.

5

Ziff.

7).

Vor

der

Einreise

in

die

Schweiz

habe

der

Beschwerde führer

in

einem

Hotel

in

der

Türkei

gearbeitet.

Danach

sei
er
in
unterschiedlichen
Bereichen
tätig
gewesen,
seit
Ende
Januar
2020
sei
er
arbeitsunfähig
(S.
3
Mitte). 4. 3
Im
D.____
wurde
a m
11.
sowie
12.
März
2021
im
Auftrag
des
Krankentaggeldversicherers
eine
funktions orientierte
medizinische
Abklärung

(Evaluation
der
funktionellen
Leistungs fähigkeit,
EFL)
durchgeführt.

In
ihrem
Bericht

vom
22.

März
2021

(Urk.
10/118)

vermochten
med.

pract.

E.____ ,

Fachärztin

für

Physikalische

Medizin

und

Rehabilitation ,

sowie

PD

Dr.

med.

F.____ ,

Facharzt

für

Physikalische

Medizin

und
Rehabilitation
sowie
für
Rheumatologie,
keine
Diagnose
mit
Auswirkung
auf
die
Arbeitsfähigkeit
zu
stellen .

Als
solche
ohne
Auswirkung
auf
die
Arbeitsfähigkeit
nannten

sie
sodann
folgende
(S.

2

Ziff.

1): - Sulcus-ulnaris-Syndrom

links - Zervikalgien

linksbetont,

am

ehesten

muskuläre

Genese - Gonalgie - Sprunggelenkschmerzen

beidseits,

anamnestisch

Fersensporn

links - anamnestisch

Asthma

bronchialis - arterielle

Hypertonie - Arrhythmie - anamnestisch

Fibromyalgie-Syndrom

Als

Fremddiagnosen

nannten

med.

pract.

E.____

sowie

Dr.

F.____

sodann

die

rezidivierende

depressive

Störung,

gegenwärtig

schwergradige

depressive

Episode

ohne

psychotische

Symptome

sowie

die

chronische

Schmerzstörung

mit
soma tischen
und
psychischen
Faktoren
(S.
2
Ziff.
1).
Subjektiv
habe
der
Beschwerde führer
Schmerzen
im
Nackenbereich,
linksseitige
Ellenbogenschmerzen,
Taubheits gefühle
im
Bereich
der
Finger
III
bis
V
links,
Gelenkschmerzen,
dies
vor
allem
im
Bereich
des

Knies
und
der
oberen
Sprunggelenke
beidseits
mit
Zunahme
der
Schmerzsymptomatik
bei
Belastung
und/oder
Bewegung
beschrieben .
Bei
der
aktuellen
klinischen
Untersuchung
seien
objektiv
ein
druckschmerzhafter
Epicondylus
ulnaris
links
sowie
eine
Sensibilitätsminderung
des
linken
Beins
aussen seitig

eruiert
worden .
Es
sei
eine
schmerzhaft
verminderte
Belastungs toleranz
des
linken
Arms,
Nacken,
Lendenbereich
rechts
sowie
beiden
Füssen
festgestellt
worden.
Zusammengefasst
bestehe
ein
chronifiziertes
generalisiertes
Schmerzverhalten
bei
(am
ehesten)
Erkrankung
aus
dem
psychiatrischen
Formen kreis
mit

einer
chronischen
Schmerzstörung
ohne
relevanten
Befund
(S.
2
f.
Ziff.
2).
Das
arbeitsbezogene
relevante
Problem
bestehe
in
einer
schmerzhaft
verminderten
Belastungstoleranz
im
Bereich
des
linken
Armes,
akzentuiert
im
Ellbogen,
Handgelenk
und
dem
3.
bis

5.

Finger

(«Einschlafen»),

im

Nacken

links

sowie

im

rechten

Knie

und

beiden

Füssen

(links

mehr

als

rechts)

sowie

im

unteren

Rücken

rechts.

Im

Vordergrund

stehe

ein

Schmerz-

und

Schonverhalten,

dadurch

habe

der

Beschwerdeführer

in

relevanten

Tests

nicht

bis

an

das

sichere

funktionelle

Limit

herangeführt

werden

können.

Die

Leistungsbereitschaft

werde

als

nicht

zuverlässig

beurteilt.

Die

Beobachtungen

bei

den

Tests

würden

auf

eine

deutliche

Selbstlimitierung

hinweisen.

Die

Konsistenz

bei

den

Tests
sei
mässig,
die
demonstrierte
Belastbarkeit
minimal.
Infolge
beobachteter
erheblicher
Symptomausweitung
sind
die
Resultate
der
Belastbarkeitstests
für
die
Beurteilung
nicht
verwertbar.
Es
sei
davon
auszugehen,
dass
der
Beschwerdeführer
bei
gutem
Effort
mehr
leisten
könne,

als
er
bei
den
Leistungstests
gezeigt
habe
(S.
3
Ziff.
3.1).
Die
Zumutbarkeit
sowohl
der
angestammten
als
auch
anderer
beruf lichen
Tätigkeiten
könne
nach
der
Evaluation
der
funktionellen
Leistungs fähigkeit
aufgrund
des
Schmerz-
und
Schonverhalten
nicht

beurteilt
werden
und
müsse
aus
ärztlich-medizinischer
Sicht
erfolgen
(S.
3
Ziff.
3.2-3).
Die
ange stammte
Tätigkeit
als
Chauffeur
sei
als
leicht
bis
mittelschwer
und
nur
manchmal
bis
schwer
zu
taxieren.
Aus
rein
rheumatologisch-orthopädischer
Sicht
sowie

medizinisch-theoretisch
bei
fehlendem
Befund
sei
die
angestammte
Tätigkeit
funktionell
gesehen
ganztags
zumutbar
bei
einer
Arbeitsfähigkeit
von
100
%
(S.
4
Ziff.
6.1).
Aus
rein
rheumatologisch-orthopädischer
Sicht
und
unabhängig
vom
Verhalten
bei
der
EFL
sei

dem
Beschwerdeführer
eine
wechselpositionierende
und
wechselbelastende,
mindestens
mittelschwere
berufliche
Tätigkeit
ganztags
zumutbar,
es
bestehe
eine
Arbeitsfähigkeit
von
100
%
(S.
4
Ziff.
6.2).
4. 4
Im
Auftrag
des
Krankentaggeldversicherers
wurde
der
Beschwerdeführer
am

E. 30

April

2021
im
Rahmen
eines
versicherungsmedizinischen
funktions-
und
ressourcenorientierten
Assessments
psychiatrisch-psychopathologisch
sowie
verhaltensneurologisch-leistungspsychologisch
untersucht.

In
ihrem
Bericht
vom
19.
Juni
2021
(Urk.
10/128/2-17)
hielten
Dr.
med.
G.____ ,
Facharzt
für
Psychiatrie
und
Psychotherapie,
und
Dr.
med.

H.____ ,
Fachärztin
für
Neurologie,
fest,
es
bestünden
leichte
bis
mittelschwere
neurokognitive
Funktions defizite
als
residuelle
Folgen
der
affektpathologischen
Störung
und
medikamentösen
Faktoren.
Zudem
sei
der
Beschwerdeführer
im
Rahmen
einer
mittelschweren
affektbetonten
Zeichnung
beziehungsweise
F3-Episode
funktionsbeeinträchtigt.

Die
Schmerzproblematik
sei
im
Sinne
einer
F45.4-Störung
zu
operationalisieren
(S.
11
Ziff.
V).
Der
Beschwerdeführer
leide
seit
zirka
zehn
Jahren
unter
einer
Schmerzsymptomatik,
die
initial
leicht
ausgeprägt
gewesen
sei,
im
Verlauf
aber
kontinuierlich
an

Intensität
zugenommen
habe .
Im
Ver lauf
habe
er
sich
wegen
der
starken
Schmerzen
auch
psychisch
nicht
gut
gefühlt,
sodass
die
fachpsychiatrische
Behandlung
intensiviert
worden
sei.
Derzeit
werde
vor
allem
aus
psychiatrischer
Sicht
eine
Arbeitsunfähigkeit
attestiert

(S.
3
Mitte).
Im
Vordergrund
der
berufs-
und
arbeitslimitierenden
Defizite
beklage
der
Beschwerde führer
in
der
freien
Schilderung
Schmerzen,
es
gebe
keine
Region
am
Körper,
die
nicht
schmerze.
Durch
Bewegung
und
Belastung
komme
es
zu

einer
Zunahme
der
Schmerzsymptomatik.
Tagsüber
bestehe
zudem
eine
Müdigkeit.
Kognitive
Einschränkungen,
insbesondere
eine
verminderte
Konzentrationsfähigkeit
oder
Gedächtnisprobleme ,
stunden
nicht
im
Vordergrund.
Psychisch
fühle
er
sich
vor
allem
wegen
der
Schmerzen
nicht
gut
(S.

f.).

Aktuell

werde

er

medikamentös

behandelt,

wobei

er

keine

Antidepressiva

einnehme,

und

Besuche

einmal

monatlich

eine

Psychotherapie

(S.

4

oben).

Im

Rahmen

der

Befunderhebung

wirke

der

Beschwerdeführer

müde

und

erschöpft.

Die

affektive

Modulations-

und

Resonanzfähigkeit

sei

mittelschwer

vermindert.

Im

Übrigen

seien

die

klinisch-objektiven

Befunde

unauffällig

(S.

6

f.

Ziff.

III).

Bezüglich

der

neuropsychologisch-verhaltensneurologischen

Testbefunde

hätten

sich

leichte

Einschränkungen

bezüglich

Aufmerksamkeit,

Gedächtnis

und

kognitiven

Frontalhirnfunktionen

ergeben ,

wobei

sich

hier

zusätzlich
erhebliche
Strukturierungs schwierigkeiten
gezeigt
hätten
(S.
7
Ziff.
4).
Aus
psychopathologisch-verhaltensneuro logischer
Sicht
lasse
sich
insgesamt
eine
affektbetonte
mittel schwere
depressive
Zeichnung
feststellen.
Die
berufsbezogene
neuropsychologisch-leistungspsychologische
Abklärung
ergebe
im
kognitiven
Bereich
unter
Berücksichtigung
eines
prämorbid
mittleren

Leistungsprofils
eine
leichte
verbale
anterograde-anamnestische
Störung
sowie
ein
dysattentionales
Syndrom
als
residuelle
Folge
der
affektpathologischen
Störung
sowie
medikamentöse r
Fak toren.
Zu
bemerken
sei
zudem,
dass
die
aktuelle
Untersuchung
unter
sehr
strukturierten
und
störrarmen
Bedingungen
erfolgt

sei.
Unter
weniger
vorgegebener
Arbeitsstruktur
sowie
in
Stress-
und
Belastungssituationen
sei
aktuell
aufgrund
verminderter
kognitiver
Ressourcen
von
einer
Aggravation
der
genannten
Befunde
und
von
einer
erhöhten
Wahrscheinlichkeit
einer
Leistungsabnahme
mit
relevanter
Auswirkung
auf
die

Fehlerkontrolle
und
die
Effizienz
der
beruflichen
Tätigkeit
auszugehen
(S.
9
unten).
Aktuell
lasse
sich
in
der
angestammten
Tätigkeit
als
Kurierfahrer
unter
Berücksichtigung
der
limitierten
Belastbarkeit
eine
leichte
bis
mittelschwere
Beeinträchtigung
des
geistig-mental/neurokognitiven
Leistungsprofils
feststellen.

Insgesamt
liessen
sich
leichte
bis
mittelschwere
neuro kognitive
Einschränkungen
der
im
angestammten
Beruf
gestellten
Anforde rungen
an
die
kognitive
Belastbarkeit,
die
kognitive
Flexibilität
und
die
Fehler kontrolle
ableiten.
Die
Befunde
qualifizierten
objektiv-kriterienorientiert
anhand
der
ICF Modalitäten
für
relevante

Beeinträchtigungen
des
psychosozialen
Funktionspotenzials,
korrelierend
zum
erfragten
subjektiv
geschilderten
globalen
Alltagsaktivitätsspektrum.
Unter
Berücksichtigung
des
im
Rahmen
der
angestammten
beruflichen
Tätigkeit
als
Kurierfahrer
geforderten
intellektuellen
Anspruchsniveaus
mittleren
Grades
sei
von
leichten
bis
mittelschweren
Einschränkungen
auszugehen

(S.

10

oben).

Die

kontextgebundene

Entscheidungs-

und

Urteilsfähigkeit

sei

nicht

beeinträchtigt.

Es

bestehe

dennach

leistungspsychologisch

eine

leichte

Diskrepanz

zwischen

der

subjektiven

Einschätzung

der

Arbeitsfähigkeit

und

den

objektiv

leistungseinschränkenden

Befunden.

Die

normativ-kriterien-/ressourcenorientierte

Beurteilung

der

Arbeitsfähigkeit

für
die
zuletzt
ausgeübte
Tätigkeit
als
Kurierfahrer
sowie
für
jede
andere
bildungsangepasste
Tätigkeit
im
Rahmen
der
funktions-
und
ressourcenorientierten
Perspektive
ergebe
aktuell
medizinisch-theoretisch/abstrakt
eine
(30)-50%ige
Einschränkung
des
arbeitsbezogenen
Funktionspotenzials ,
welche
als
passender/verbesserungsfähig
zu
beurteilen

sei
(S.
10
unten).
Prognostisch
sei
unter
Berücksichtigung
klinisch
empirischer
Erfahrungswerte
von
einer
Erholung
im
Verlauf
und
einer
Steigerung
der
Arbeitsfähigkeit
innerhalb
der
nächsten
acht
bis
zehn
Wochen
auszugehen
(S.
11
Ziff.
V).
Nach

der
angeplanten
stationären
Rehabilitation
sei
eine
Reevaluation
vorzusehen
(S.
11
Ziff.
V).
Aus
leistungpsychologischer
Sicht
besteht
keine
Diskrepanz
zwischen
der
subjektiven
Einschätzung
der
Arbeitsfähigkeit
und
den
objektiv
leistungseinschränkenden
Befunden
(S.
11
Ziff.
VII) . 4. 5
In

ihrem
Bericht
vom
22.
Februar
2022
nannte
die
Hausärztin
Dr.
med.
I.____ ,
Fachärztin
für
Rheumatologie
sowie
für
Allgemeine
Innere
Medizin,
folgende ,
hier
verkürzt
wiedergegebene
Diagnosen
mit
Auswirkung
auf
die
Arbeitsfähigkeit
(Urk.
10/135/6-13
Ziff.
2.5): - chronische

Fersenschmerzen
rechts
bei
Verdacht
auf
Plantarfasziitis - depressive
Störung - leichte
bis
mittelschwere
neurokognitive
Einschränkung
Als
Diagnosen
ohne
Auswirkung
auf
die
Arbeitsfähigkeit
nannte
Dr.
I.____
im
Wesentlichen
folgende
(Ziff.
2.6): - chronisches
multifokales
Schmerzsyndrom,
am
ehesten
Fibromyalgie syndrom - chronisches
Panvertebralsyndrom - chronische
Epicondylitis
humeri

ulnaris
links - chronische
Knieschmerzen
beidseits - brennendes
Gefühl
des
linken
Fusses
unklarer
Genese - chronische
Parästhesien
vom
linken
Arm/Hand - chronische
gastrointestinale
Beschwerden - Asthma
bronchiale
Aus
rheumatologischer
Sicht
sowie
medizinisch-theoretisch
sei
die
Prognose
günstig.
Beim
Beschwerdeführer
bestünden
aber
Kontextfaktoren
wie
Migrations hintergrund,
depressive

Störung
und
finanzielle
Probleme,
welche
die
Prognose
negativ
beeinflussten
(Ziff.
2.7).
Aufgrund
des
aktuellen
Zustandsbildes
sei
der
Beschwerdeführer
für
die
bisherige
Tätigkeit
zu
100
%
arbeitsunfähig
(Ziff.
4.1).
Eine
dem
Leiden
angepasste
Tätigkeit
könne

ihm
aus
rheumatologischer
Sicht
initial
bis
zwei
Stunden
täglich
zugemutet
werden
(Ziff.
4.2).
4. 6
Nach
einem
Aufenthalt
vom
17.
März
bis
7.
April
2022
in
der
Klinik
J.____ ,
nannten
die
Ärzte
im
Austrittsbericht
vom

6.

April

2022

neben

den

bekannten

Diagnosen

eine

Leukopenie

sowie

ein

Post-Covid-Syndrom

(Urk.

10/138

S.

1

f.) .

Der

Beschwerdeführer

fühle

sich

sehr

erschöpft

und

energielos

und

gebe

eine

Schlafproblematik

nach

erhöhter

Aktivität

aufgrund

von

verstärkten
Schmerzen
an.
Er
klage
über
Schmerzen
beidseits
über
den
Sprunggelenken,
den
Knieen,
Fingergrundgelenken
sowie
dem
Rücken.
Zudem
bestünden
rezidivierende
Kopfschmerzen
sowie
gastrointestinale
Beschwerden.
Die
belastende
Situation
aufgrund
der
aktuellen
Arbeitsunfähigkeit
verstärkte
die
depressionen

Verstimmungen

(S.

3

oben).

Die

Beschwerden

würden

im

Sinne

eines

chronischen

Panvertebralsyndroms

bewertet.

Es

sei

eine

multimodale

Behandlung

auf

der

interdisziplinären

Schmerztherapieabteilung

erfolgt,

wobei

der

Beschwerdeführer

einen

guten

Einstieg

gefunden

und

motiviert

daran

gearbeitet

habe,
Lösungsansätze,
Entspannungsverfahren
und
Copingstrategien
zu
entwickeln.

Während
des
Aufenthalts
sind
die
Rückenschmerzen
im
Vordergrund
gestanden,
welche
die
Teilnahme
an
den
Therapien
erschwert
hätten

(S.
5). 4. 7

Dr.
I.____

hielt
am

5.
Dezember
2022

bei

unveränderten

Diagnosen

sowie

Befunden

(Urk.

10/154

Ziff.

E. 34

Ziff.

4.1).

Der

Beschwerdeführer

beklage

insbesondere

brennende

Schmerzen

am

gesamten

Körper,

etwa

zwei-

bis

dreimal

pro

Woche

zusätzlich

auftretende

halbseitige

Kopfschmerzen,

einmal

links,

einmal

rechts,

eine

allgemeine
Kraftlosigkeit,
Ein-
und
Durchschlafstö rungen
und
eine
oft
vorhandene
Traurigkeit
sowie
Schwäche
in
Armen
und
Beinen.
Aufgrund
seiner
Beschwerde n
vermöge
er
sich
keine
berufliche
Tätigkeit
vorstellen.
Aus
allgemeininternistischer
Sicht
stelle
sich
die
Frage,
ob

ein
Long-Covid-Syndrom
vorliegen
könne.
Die
Schmerzsymptomatik
sei
bereits
seit
dem
Jahre
2012
vorhanden
und
habe
sich
nach
den
Covid-Infektionen
verstärkt.
In
der
IV-Anmeldung
im
August
2020
habe
er
vor
allem
eingeschränkte
Nerven
und
Muskelfunktionen

an
beiden
Armen,
eine
Kraftlosigkeit
und
Taubheitsgefühl
in
Fingern
und
Händen
beidseits
angegeben,
welche
nicht
auf
ein
Post-Covid-Syndrom
zurückgeführt
werden
könnten.
Vielmehr
sei
aus
psychiatrischer
Sicht
im
Januar
2021
eine
schwergradige
depressive
Episode
sowie

eine
chronische
Schmerzstörung
mit
somatischen
und
psychischen
Faktoren
postuliert
worden.
Die
EFL-Abklärung
im
März
2021
habe
passend
hierzu
eine
nicht
zuverlässige
Leistungsbereitschaft
ergeben.
Sowohl
für
die
depressive
Stimmung
wie
auch
für
die
Schmerzsymptomatik
sein

somit
andere
Diagnosen
als
ein
Long-Covid-Syndrom
verantwortlich.
Aus
internistischer
Sicht
liege
ein
Asthma
bronchiale
bei
fortgesetztem
Nikotinkonsum
vor,
wobei
eine
Lungenfunktionsprüfung
normale
Befunde
ergeben
habe.
Diese
Diagnose
verunmöglich e
jedoch
körperlich
anstren gende
Tätigkeiten
oder
solche

mit
Nässe,
Feuchtigkeit
oder
Staub - exposition.
Wei tere
internistische
Diagnosen
könnten
nicht
gestellt
werden
(S.
35).
4.9.3
Die
psychiatrische
Gutachter in
Dr.
med.
L.____ ,
Fachärztin
für
Psychiatrie
und
Psychotherapie,
führte
aus
(Urk.
10/190/39-50) ,
der
Beschwerde führer
sei
allseits

orientiert
und
bewusstseinsklar.
Die
Konzentration
könne
für
die
Dauer
der
Untersuchung
bis
auf
eine
kurze
Störung
aufrechterhalten
werden.
Der
Beschwerdeführer
könne
dem
Gesprächsverlauf
folgen
und
seine
Aufmerksamkeit
adäquat
zwischen
Dolmetscherin
und
Referentin
teilen.
Formal gedanklich

sei
er
klar
und
kohärent,
es
gebe
keine
Auffälligkeiten,
insbesondere
keine
Verlangsamung.
Es
bestünden
keine
Hinweise
auf
psychotisches
Erleben
wie
Wahn,
Sinnestäuschungen
oder
Ich-Störungen,
Befürchtungen
im
engeren
Sinn,
Zwangsgedanken
oder
Zwangshandlungen
seien
nicht
explorierbar.

Die
beschrieben
«Attacken,
Zusammenbrüche»
würden
Ähnlichkeiten
mit
Panikattacken
aufweisen,
dies
insofern,
als
dass
sie
plötzlich
auftreten
und
offenbar
mit
gewissen
somatischen
Beschwerden
wie
Taubheitsgefühle
oder
Schwäche
einhergehen.
Affektiv
sei
der
Beschwerdeführer
euthym,
die
Schwingungsfähigkeit

sei
unauffällig.
Er
lächle
situationsadäquat
mehrfach
während
der
Untersuchung
und
sei
psychomotorisch
ruhig,
der
Rapport
sei
herstellbar.
Selbstverletzendes
Verhalten
verneine
er,
es
bestehe
keine
Selbst-
oder
Fremdgefährdung
(S.
45
f.
Ziff.
4.3).
Es
bestünden

Inkonsistenzen

bezüglich

der

Medikamenteneinnahme

sowie

das

Autofahren

(S.

40

f.

Ziff.

3.2,

S.

46

f.

Ziff.

6.2.1).

Anhand

der

Angaben

zu

Tages ablauf

und

Aktivitäten

mit

regelmässigem

Tagesablauf,

Verrichten

von

Aufgaben

im

Haushalt,

Kochen,

Einkaufen,

Autofahren,
Betreuung
der
Kinder
inklusive
Hausaufgabenhilfe
sowie
Ausflüge n
am
Wochenende
sein
keine
relevanten
Einschrän kungen
festzustellen
(S.
47
Ziff.
6.2.2).
Der
gutachterlichen
Einschät zung
aus
dem
Jahre
2013
könne
gefolgt
werden.
Der
behandelnde
Psychiater
habe
im

Jahre
2021
eine
schwere
depressive
Episode
aufgeführt.
Diese
könne
zumindest
für
den
damaligen
Zeitpunkt
nachvollzogen
werden.
Im
Folgebericht
vom
April
2023
beschreibe
er
interessanterweise
eine
mittelgradige
depressive
Störung,
bei
ansonsten
absolut
identischen
Angaben.
Die

zusätzlichen
Diagnosen
einer
Angststörung
mit
Panikattacken
habe
er
zudem
nicht
explizit
diskutiert.
Seine
Einschätzung
einer
vollen
Arbeitsunfähigkeit
könne
damit
nicht
nachvoll zogen
werden.
Zum
Zeitpunkt
der
versicherungsmedizinischen
Untersuchung
im
Juni
2021
habe
offenbar
noch
eine

mittelgradige
depressive
Symptomatik
bestanden,
im
Vergleich
dazu
sei
eine
Verbesserung
eingetreten,
im
aktuellen
Untersuchungszeitpunkt
habe
diese
Symptomatik
nicht
mehr
festgestellt
werden
können.
Bei
der
grundsätzlich
guten
Prognose
einer
affektiven
Störung
sei
eine
Verbesserung,
gerade

unter
antidepressiver
Behandlung,
zu
erwarten.
Vorüber gehend
könne
jedoch
die
beschriebene
Einschränkung
der
Arbeitsfähigkeit
von
30
bis
50
%
bestanden
haben
(S.
47
Ziff.
6.2.3).
Es
sei
das
Vorliegen
einer
rezidivierenden
depressiven
Störung
anzunehmen,
diesbezüglich

sein
in
der
Vergangenheit
mindestens
mittelschwere
Episoden
aufgetreten.
Aktuell
könne
jedoch
kein
depressives
Syndrom
festgestellt
werden.
Somit
sei,
auch
mit
lediglich
antidepressiver
Behandlung
von
60
mg
Cymbalta,
von
einer
Remission
der
offenbar
zuletzt
noch

bestehenden
mittelgradigen
Episode
auszugehen,
wie
es
auch
in
einem
regulären
Krankheitsverlauf
zu
erwarten
sei.
Eine
eigenständige
Angsterkrankung
könne
nicht
festgestellt
werden,
insbesondere
könne
die
vom
behandelnden
Psychiater
postulierte
Angststörung
mit
Panikattacken
nicht
bestätigt
werden.

Der
Beschwerdeführer
berichte
von
vereinzelt
auftretenden
Attacken,
die
wohl
Symptome
beinhalten
würden,
welche
auch
bei
einer
Panikstörung
auftreten
könnten.
Die
Diagnosekriterien
der
ICD-10
für
eine
Panikstörung
würden
jedoch
nicht
erfüllt.
Die
aktuellen
Beschwerden
lägen

hauptsächlich
im
psycho sozialen
Bereich,
so
mit
finanziellen
Sorgen,
Beziehungsproblemen
und
sozialem
Abstieg
(S.
47
f.
Ziff.
6.3
lit.
a).
In
den
letzten
Monaten
sei
keine
Psychotherapie
erfolgt,
der
Beschwerdeführer
habe
jedoch
weiterhin
60
mg

Duloxetin
eingenommen ,
wobei
der
Laborspiegel
auf
eine
unregelmässige
Einnahme
hinweise
(S.
48
Ziff.
7.1).
Der
Beschwerdeführer
verfüge
über
verschiedenste
Fähigkeiten
und
Ressourcen.
Er
führe
den
Haushalt,
kümmere
sich
um
die
Kinder
inklusive
Hilfe
bei

den
Hausaufgaben,
unternehme
Ausflüge
und
Aktivitäten
mit
den
Kindern,
sei
sozial
gut
eingebunden,
fahre
Auto
und
unternehme
Fernreisen.
Demge gegenüber
beständen
verschiedene
psychosoziale
Belastungen,
so
Arbeitslosigkeit
mit
Sozialhilfeabhängigkeit
und
finanzielle
Probleme
(S.
48
f.
Ziff.

7.2).
Sowohl
in
der
bisherigen
als
auch
jeder
anderen
Tätigkeit
sei
der
Beschwerdeführer
voll ständig
arbeitsfähig,
wobei
im
Jahre
2021
vorübergehend
eine
Einschränkung
der
Arbeitsfähigkeit
von
30
bis
50
%
vorgelegen
habe
(S.
49
Ziff.

8.1
und
8.2).
4.9.4
Dr.
med.
M.____ ,
Facharzt
für
Allgemeine
Innere
Medizin
sowie
für
Rheumatologie,
hielt
in
seinem
Teilgutachten
(Urk.
10/190/51-64)
fest,
die
Kooperation
bei
Anamnese
und
Status
sei
insgesamt
sehr
gut,
die
Kommunikation

ebenfalls
ideal.
Der
detaillierte
segmentale
Wirbelsäulenstatus
ergebe
keinerlei
Dysfunktionen,
es
bestehe
eine
eher
überdurchschnittlich
gute
und
völlig
normale
Bewegungsfähigkeit.
Die
muskulären
Befunde
seien
in
keiner
Art
und
Weise
relevant
pathologisch,
es
bestünden
nur
geringfügige

Myogelosen
im
Nacken-Schultergürtel
bei
jedoch
Schilderung
von
lokal
deutlichen
Schmerzen,
dies
bei
minimaler
Kompression
der
Weichteilstrukturen
subokzipital
und
am
Trapezius
links ,
periskapulär
rechts ,
entlang
der
thorakalen
lumbalen
Muskulatur
auf
der
linken
Seite
sowie
tieflumbal

rechts.

Im

Weiteren

falle

eine

diffuse

Druck empfindlichkeit

bei

minimalem

Palpationsdruck

auf

verschiedene

ossäre

Strukturen

an

der

HWS,

BWS

sowie

gesamten

LWS

auf,

ebenso

eine

Druckempfindlichkeit

bei

minimalem

Palpationsdruck

der

Weichteile

zirkulär

am

Oberarm

rechts,

Unterarm
rechts,
am
Beckengürtel,
am
Ober-
und
Unterschenkel
auf
der
rechten
Seite.
Der
detaillierte
Gelenkstatus
der
oberen
Extremitäten
sei
unauffällig,
es
bestünden
keinerlei
Bewegungseinschränkungen
und
eine
sehr
gute
Kraftentwicklung
der
Handmuskulatur.
Der
Status
im

Bereich
der
Hüft-
und
Kniegelenke
sei
völlig
adäquat.
An
den
Füßen
bestehen
eine
gewisse
Fußfehlstatik
bei
funktionell
völlig
normaler
Bewegungsfähigkeit.
Die
imponierende
und
somatische
nicht
nachvollziehbare
Druckempfindlichkeit
bei
minimalem
Palpationsdruck
sei
bei
fehlenden
Hinweisen

für
entzündliche
Veränderungen
und
funktionell
normaler
Bewegungsfähigkeit
somit
nicht
eindeutig
zuordenbar.
Insgesamt
besteht
eine
ganz
erhebliche
Diskrepanz
zwischen
den
subjektiven
und
seit
knapp
zwölf
Jahren
beklagten,
zum
Teil
multilokulär
imponierenden
Beschwerden
am
gesamten
Bewegungsapparat

und
den
effektiv
klinisch
objektivierbaren
Befunden.
Der
gesamte
Status
könne
als
völlig
unauffällig
interpretiert
werden.
In
diesem
Sinne
bestünden
aus
klinisch-rheumatologischer
Sicht
keinerlei
Diagnosen,
welche
die
Arbeits-
und
Leistungsfähigkeit
für
jegliche
Tätigkeiten
im
freien

Arbeitsmarkt
negativ
beeinflussen
würden
(S.
59
f.
Ziff.
6.1).
4.9.5
In
seinem
Teilgutachten
(Urk.
10/190/65-71)
führte
Dr.
med.
N.____ ,
Facharzt
für
Neurologie,
aus,
der
Beschwerdeführer
klage
über
Schmerzen
im
ganzen
Körper,
ein
Schwächegefühl
sowie

Müdigkeit
und
Erschöpfung.
Die
aktuelle
neurologische
Untersuchung
falle
diesbezüglich
völlig
regelrecht
aus.
Hinweise
für
eine
proximale
oder
periphere
Nervenaffektion
würden
sich
nicht
ergeben,
die
angegebenen
Gefühlsstörungen
sein
nicht
auf
einen
organischen
Nenner
zu
bringen.

Letztlich
seien
diese
wie
auch
die
Ganzkörperschmerzen
Teil
einer
Somatisierungsstörung,
was
in
das
psychiatrische
Fachgebiet
falle.
Unklar
blieben
auch
die
mitangegebene
Müdigkeit
und
Erschöpfung
nach
einer
Coronainfektion.
Diesbezüglich
würden
sich
allerdings
erhebliche
Inkonsistenzen
ergeben,

wenn
der
Beschwerdeführer
von
einer
Infektion
Mitte
Januar
2020
sprache,
als
gerade
die
ersten
solcher
Fälle
in
Europa
berichtet
worden
sein
und
eine
PCR-Testung
noch
nicht
verfügbar
gewesen
sei.
In
der
Gesamtschau
ergebe
sich

auf
neurologischem
Gebiet
keine
die
Arbeitsfähigkeit
wesentlich
einschränkende
Erkrankung
(S.
68
Ziff.
6.1).
4.9.6
M .
Sc .
O.____ ,
Fachpsychologin
für
Neuropsychologie,
hielt
fest
(Urk.
10/190/72-81) ,
es
bestehe
eine
leichte
bis
mittelgradige
neuropsychologische
Hirnfunktionsstörung
mit
Einschränkungen

in
den
Bereichen
Gedächtnis
(nonverbal),
Wahrnehmung,
räumliche
Verarbeitung
und
exekutive
Funktionen.
Ausserdem
liege
der
nonverbale
IQ
mit
einem
Wert
von
82
im
unterdurchschnittlichen
Bereich
(S.
77
Ziff.
6).
Wenn
der
Beschwerdeführer
unter
einem
selbstbestimmten

Arbeitsrhythmus

arbeiten

könne,

weise

er

ein

durchschnitt liches

Arbeitstempo

auf

und

zeige

keine

Ermüdungserscheinungen.

Müsse

er

sich

äußeren

Tempovorgaben

anpassen,

zeige

er

unterdurchschnittliche

Reaktions zeiten.

Bei

verbalen

und

nonverbalen

Anforderungen

entspreche

das

Arbeits tempo

der

Norm.

Ermüdungserscheinungen

beziehungsweise
eine
Abnahme
der
Leistungen
sein
auch
bei
einem
von
aussen
vorgegebenen
Arbeitsrhythmus
nicht
objektivierbar
(S.
78).
In
der
klinischen
Beobachtung
habe
der
Beschwerdeführer
während
der
mehrständigen
Untersuchung
eine
durchwegs
konzentrierte
und
motivierte
Mitarbeit

gezeigt.

In

allen

durchgeführten

Beschwerden-

und

Performancevalidierungs verfahren

hätten

sich

keine

auffälligen

Resultate

erge ben ,

d ie

Kriterien

für

das

Vorliegen

einer

definitiven,

wahrscheinlichen

oder

mögli chen

Simulation

von

kognitiven

Störungen

sein

nicht

erfüllt.

Es

hätten

sich

allerdings

einzelne
Diskrepanzen
zwischen
dem
neuropsychologischen
Profil
und
den
Schilderungen
des
Beschwerdeführers
gezeigt ,
welche
aus
neuropsychologischer
Sicht
nicht
erklärbar
sein,
auch
nicht
durch
allfällige
ungünstige
kognitive
Nebenwirkungen
der
Medikation
mit
Psychopharmaka.
Das
bei
einem
nonverbalen

IQ
von
82
unterdurchschnittliche
intellektuelle
Potenzial
decke
sich
nicht
mit
den
biographisch-anamnestischen
Informationen
bezüglich
Ausbildung
und
früherer
Tätigkeit.
Der
Beschwerdeführer
müsse
prämorbid
über
eine
mindestens
gut
durchschnittliche
Intelligenz
verfügt
haben,
um
seinen
schulischen
und

beruflichen
Werdegang
erfolgreich
gemeistert
zu
haben.
Eine
Ursache
für
eine
Verschlechterung
des
(nonverbalen)
intellektuellen
Potenzials
ergebe
sich
aus
neuropsychologischer
Sicht
nicht.
Weiter
berichte
der
Beschwerdeführer
selbst
von
einer
verminderten
Konzentrationsleistung
im
Alltag ,
wobei
sich

eine
solche
während
der
dreistündigen
neuropsychologischen
Untersuchung
nicht
habe
beobachtet
oder
objektivieren
lassen.
Auch
nach
einer
90-minütigen
Anreise
hätten
sich
in
allen
Aufmerksamkeitsbereichen
gut
durchschnittliche
Leistungen
gezeigt.
Das
vorliegende
neuropsychologische
Leistungsprofil
weise
im

Vergleich
zu
demjenigen
aus
dem
Jahre
2021
eine
Verslechterung
in
den
Bereichen
visuelle
Wahrnehmung
und
räumliche
Verarbeitung
auf ,
was
ohne
ein
hirnorganisches
Korrelat
nicht
erklärbar
sei .
Als
eine
mögliche
Ursache
für
die
vom
Beschwerdeführer

gezeigten
neuropsychologischen
Minderleistungen
könne
die
psychische
und
somatische
Problematik
angesehen
werden,
die
bei
ihm
wahrscheinlich
zu
einem
aggravierenden
Verhalten
führe
(S.
79
Mitte).
Gemäss
dem
aktuell
gezeigten
Stärken-Schwächen -Profil
sei
die
Arbeitsfähigkeit
aus
neuropsychologischer
Sicht

bei
einem
100%-Pensum
formal
leicht
bis
mittelgradig
eingeschränkt.
Die
Funktionsfähigkeit
sei
im
Alltag
und
unter
den
meisten
beruflichen
Anforderungen ,
zu
denen
auch
seine
zuletzt
ausgeübte
Tätigkeit
als
Chauffeur
gezählt
werden
könne,
leicht
eingeschränkt ,
i n

Berufen
oder
bei
Aufgaben
mit
hohen
Anforderungen
mittelgradig.
In
einer
angepassten
Tätigkeit
sei
bezüglich
der
neuropsychologischen
Voraussetzungen
nicht
von
Einschränkungen
der
Arbeitsfähigkeit
auszugehen.
Die
gesamte
prozentuale
Einschätzung
erfolge
im
Hauptgutachten
(S.
79
f.
Ziff.

8.1).

Die

Arbeitsunfähigkeit

bestehe

mindestens

seit

der

verhaltensneurologisch-leistungspsychologischen

Untersuchung

vom

April

2021

(S.

80

Ziff.

8.2).

Das

vorliegende

neuropsychologische

Leistungsprofil

decke

sich

dahingehend

mit

den

Beschreibungen

des

Leistungsprofils

vom

April

2021,

als

dass

die

aktuell
objektivierbaren
Minderleistungen
weiterhin
einer
leichten
bis
mittelgradigen
neuropsychologischen
Hirnfunktions störung
entsprechen.

Die
Verlagerung
der
Minderleistungen
sei
nicht
durch
neuropsychologische
Faktoren
erklärbar
(S.

80

Ziff.

9).

4.9.7

Dr.

med.

P.____ ,

Fachärztin

für

Dermatologie

und

Venerologie ,

beschrieb
in
ihrem
Teilgutachten
(Urk.
10/190/82-89)
einen
nahezu
unauffälligen
Hautbefund.
Lediglich
eine
minimale
Tüpfelung
eines
Fingernagels ,
eine
Xerosis
Cutis
und
eine
Schuppung
von
Ellenbogen
und
Knien
könnten
auf
eine
Minimalvariante
einer
Psoriasis
hindeuten.
Es

fänden
sich
keine
Korrelate
für
die
angegebene
ausgeprägte
Berührungsempfindlichkeit
sowie
den
rezidivierenden
Juckreiz.
Lediglich
am
Rücken
zeigten
sich
fokal
Hyperpigmentierungen,
die
für
eine
Notalgia
parästhetica
typisch
sein.
Insgesamt
zeige
sich
eine
Diskrepanz
zwischen
angegabenen

Beschwerden
und
aktuellem
Hautbefund
(S.
86
Ziff.
6.2.1).
Aus
dermatologischer
Sicht
bestehe
in
der
bisherigen
Tätigkeit
keine
Einschränkung
der
Leistungsfähigkeit
(S.
87
Ziff.
8.1.2).
Aufgrund
der
atopischen
Diathese
mit
Neigung
zu
trockener
Haut
und

anamnestisch
Neigung
zu
Handkzemen
sein
Tätigkeiten
mit
Feuchtkontakten
beziehungsweise
direktem
Kontakt
zu
Reinigungsmitteln
zu
vermeiden.
Ansonsten
bestehe
keine
Einschränkung
der
Arbeitsfähigkeit
(S.
88
Ziff.
8.2.1
und
8.2.3). 4. 10
Am
3.
Juli
2024
hielt
Dr.
med.

Q.____ ,
Fachärztin
für
Orthopädie,
regionale
ärztlicher
Dienst
(RAD) ,
bezüglich
das
Z.____ -Gutachten s
fest,
die
somatischen
Teilgutachten
könnten
nachvollzogen
werden,
spezifische
Nachfragen
würden
sich
nicht
ergeben .
Dr.
med.
R.____ ,
Facharzt
für
Psychiatrie
und
Psychotherapie,
RAD,
führte

sodann
aus,
die
psychiatrischen
und
neuropsychologischen
Teilgutachten
erfüllten
die
formalen
Qualitätskriterien
und
sein
insgesamt
nachvollziehbar
und
in
ihren
medizinischen
Schlussfolgerungen
plausibel.
Das
neuropsychologische
Teilgutachten
stelle
bei
unauffälliger
Performancevalidierung
eine
leichte
bis
mittelgradige
neuropsychologische
Hirnfunktionsstörung

fest,
welche
seit
August
2020
in
einer
15%igen
Arbeitsunfähigkeit
in
der
angestammten
Tätigkeit
und
in
keiner
Einschränkung
der
Arbeitsfähigkeit
in
angepasster
Tätigkeit
resultiere.
Aus
psychiatrischer
Sicht
hätten
die
Gutachter
Diskrepanzen
zwischen
den
subjektiven
Schilderungen

und
den
objektiven
Befunden
festgestellt
und
könnten
derzeit
keine
sich
auf
die
Arbeitsfähigkeit
auswirkende
Diagnose
feststellen.
Es
werde
retrospektiv
eine
depressive
Störung
für
das
Jahr
2021
postuliert,
welche
remittiert
sei.
In
der
Konsensbeurteilung
werde

explizit
ausgeführt,
diese
transiente
depressive
Störung
habe
keine
dauerhafte
Auswirkung
auf
die
Arbeitsfähigkeit
gehabt.
Insgesamt
könne
aus
psychiatrischer
Sicht
auf
die
Teilgutachten
abgestellt
werden
(Urk.
10/200
S.
6). 4.11
Dr.
med.
Q.____,
Fachärztin
für
Orthopädie,

RAD,
hielt
am
6.
Juli
2024
fest,
auf
das
Z.____ -Gutachten
könne
abgestellt
und
den
Empfehlungen
gefolgt
werden.
Insgesamt
liege
ein
Gesundheitsschaden
vor,
welcher
sich
längerfristig
auf
die
Arbeitsfähigkeit
in
der
angestammten
Tätigkeit
auswirke.
Die

funktionell
sehr
geringen
Befunde,
die
in
den
somatischen
Begutachtungen
erhoben
worden
seien,
führten
zu
keiner
relevanten
Einschränkung
des
Gesundheitszustandes
und
zu
keiner
längerfristigen
Arbeitsunfähigkeit.
Aufgrund
der
leichten
bis
mittelgradigen
neuropsychologischen
Hirnfunktionsstörung
besteht
in
der

angestammten
Tätigkeit
eine
Arbeitsunfähigkeit
von
15
%
(Urk.
10/200
S.
8). 4. 1 2
Die
weiteren
bei
den
Akten
liegenden
medizinischen
Akten
(Urk.
10/93/7-9,
Urk.
10/93/23,
Urk.
10/97,
Urk.
10/104 ,
Urk.
10/133 ,
Urk.
10/135/14-19 ,
Urk.
10/154/9-10 ,
Urk.

10/156-158,
Urk.
10/160 ,
Urk.
10/186)
enthalten
keine
für
die
Beurteilung
der
vorliegend
strittigen
Fragen
relevanten
Angaben
und
insbeson dere
keine
Beurteilung
der
Arbeitsfähigkeit,
weshalb
auf
eine
detaillierte
Wiedergabe
verzichtet
werden
kann. 5. 5.1
Das
Z. ___ -Gutachten
vom
24.

Juni
2024,
auf
welches
sich
die
Beschwerdegegnerin
zur
Beurteilung
des
Leistungsanspruches
stützte,
vermag
den
praxisgemässen
Anforderungen
(vgl.
vorstehend
E.
1.5)
vollumfänglich
zu
genügen.
Es
erging
unter
Berücksichtigung
der
Akten,
beruht
auf
einer
sorgfältigen
Erhebung

der
Anamnese
sowie
allseitigen
Untersuchungen
und
ist
ausführlich
und
schlüssig
begründet,
weshalb
grundsätzlich
darauf
abzustellen
ist. 5.2
Was
zunächst
die
somatischen
Beschwerden
betrifft,
so
konnten
die
Gutachter
weder
aus
internistischer
noch
aus
rheumatologischer,
neurologischer
oder

dermatologischer
Sicht
Diagnosen
mit
Auswirkung
auf
die
Arbeitsfähigkeit
stellen.
Der
rheumatologische
Gutachter
Dr.
M.____
stellte
vielmehr
eine
sogar
überdurchschnittlich
gute
und
völlig
normale
Bewegungsfähigkeit
der
Wirbelsäule
fest,
die
muskulären
Befunde
waren
in
keiner
Art

und
Weise
relevant
pathologisch
und
die
Kraftentwicklung
der
Handmuskulatur
sehr
gut.
Insgesamt
beschrieb
Dr.
M.____
eine
ganz
erhebliche
Diskrepanz
zwischen
den
subjektiven
Beschwerden
am
ganzen
Bewegungsapparat
und
den
objektiven
Befunden
(E.
4.9.4).
Auch
die

neurologische
sowie
dermatologische
Untersuchung
ergab
keine
relevanten
Befunde
(E.
4.9.5-6).
Zu
dieser
Beurteilung
passt
sodann
der
Bericht
der
EFL
vom
22.
März
2021,
gemäss
welchem
das
Schmerz-
und
Schonverhalten
im
Vordergrund
stand,
die
Leistungsbereitschaft

als
nicht
zuverlässig
beurteilt
und
auf
eine
deutliche
Selbstmitteilung
hingewiesen
wurde
(E.
4.3).
Selbst
die
Hausärztin
Dr.
I.____
ging
aus
rheumatologischer
Sicht
von
einer
mindestens
teilweise
bestehenden
Restarbeitsfähigkeit
aus
(E.
4.5
und
4.7).
Bezüglich

der
vom
Beschwerdeführer
in
den
Raum
gestellten
Diagnose
eines
Long
Covid-Syndroms
legte
der
internistische
Gutachter
Dr.
K.____
überzeugend
dar,
dass
bereits
im
Jahre
2012
eine
Schmerzsymptomatik
vorgelegen
habe,
welche
sich
nach
den
Covid-Infektionen
verstärkt

habe.
Die
im
Rahmen
der
erneuten
Anmeldung
im
Jahre
2020
genannten
Symptome
von
eingeschränkter
Nerven-
und
Muskelfunktionen
sowie
Kraftlosigkeit
und
Taubheit
könnten
nicht
auf
ein
Long
Covid-Syndrom
zurückgeführt
werden
(E.
4.9.2).
Dieser
Beurteilung
steht

auch
der
Bericht
der
Klinik
J.____
vom
6.
April
2022
nicht
entgegen.
Die
Ärzte
hatten
in
der
Diagnoseliste
zwar
ein
Post-Covid-Syndrom
aufgeführt,
gingen
jedoch
in
der
weiteren
Beurteilung
nicht
weiter
darauf
ein,
empfehlen
weder

weiterführende
Abklärungen
noch
Therapien
und
bewerteten
die
Beschwerden
in
der
Zusammenfassung
im
Sinne
eines
chronischen
Panvertebralsyndroms
(E.
4.6). 5. 3
Auch
bezüglich
der
psychischen
beziehungsweise
neuropsychologischen
Beschwerden
kann
auf
die
Gesamtbeurteilung
im
Z.____-Gutachten
abgestellt
werden.
Dr.

L.____
legte
ausführlich
und
überzeugend
begründet
dar,
dass
grundsätzlich
keine
psychiatrischen
Diagnosen
mit
Auswirkung
auf
die
Arbeitsfähig keit
gestellt
werden
können.
Dabei
verwies
sie
auch
auf
bestehende
Widersprüche,
insbesondere
in
Bezug
auf
Autofahrten,
Medikamenteneinnahme
sowie

das
allgemeine
Aktivitätsniveau
des
Beschwerdeführers
(E.
4.9.3).
Soweit
der
Beschwerdeführer
dagegen
einwendet,
die
von
ihm
geklagten
Schmerzen
seien
insbesondere
von
der
psychiatrischen
Gutachterin
ignoriert
worden
(Urk.
1
S.
9
Ziff.
4),
kann
dem
nicht

gefolgt
werden.
Dr.
L. ____
listete
die
vom
Beschwerde führer
beschrieben
Schmerzen
im
Rahmen
der
Befragung
auf
(Urk.
10/190/42)
und
bezog
diese
in
ihre
Beurteilung
mit
ein.
So
diskutierte
sie
explizit
das
Vorliegen
einer
somatoformen
Schmerzstörung,

verneinte
eine
solche
jedoch
unter
Hinweis
auf
einen
fehlenden
zeitlichen
Zusammenhang
zwischen
psychosozialen
Beschwerden
und
dem
Wiederauftreten
beziehungsweise
der
Exazerbation
der
Beschwerden
(Urk.
10/190/48
oben).
Bezüglich
der
Argumentation
des
Beschwerdeführers,
es
sei
keine
Mini-ICF-APP-Testung

durchgeführt
worden
und
die
psychiatrische
Untersuchung
habe
ledig lich
80
Minuten
gedauert
(Urk.
1
S.
10
Ziff.
5) ,
ist
auf
die
bundesgerichtliche
Rechtsprechung
zu
verweisen,
welche
für
die
Annahme
eines
psychischen
Gesund heitsschadens
einzig
eine
fachärztlich

(psychiatrisch)
gestellte
Diagnose
nach
einem
wissenschaftlich
anerkannten
Klassifikationssystem
verlangt
(BGE
130
V
398
ff.
E.
5.3
und
E.
6),
den
Fachärzten
jedoch
nicht
vorschreibt,
wie
sie
bei
der
Exploration
vorzugehen
haben.
Ausschlaggebend
ist
die

klinische
Untersuchung
mit
Anamneseerhebung,
Symptomerfassung
und
Verhaltensbeobachtung,
wobei
Testverfahren
höchstens
eine
ergänzende
Funktion
zukommt
(Urteil
des
Bundesgerichts
8C_787/2021 vom
23.
März
2022
E.
9.2.2
mit
Hinweis).
Weiter
hängt
dies
für
eine
psychiatrische
Untersuchung
zu
betreibende

zeitliche
Aufwand
stets
von
der
Fragestellung
und
der
zu
beurteilenden
Psychopathologie
ab
(Urteil
des
Bundesgerichts
8C_47/20 16
vom
15.
März
2016
E.
3.2.2).
Der
Beschwerdeführer
bringt
weiter
vor,
die
Frage,
ob
seit
dem
Jahre
2013

eine
Veränderung
eingetreten
sei,
werde
im
Gutachten
widersprüchlich
beantwortet
(Urk.
1
S.
10
Ziff.
5) .
Dr.
L.____
führte
hierzu
aus,
der
behandelnde
Psychiater
habe
im
Jahre
2021
eine
schwere
depressive
Episode
aufgeführt,
was
zumindest

für
den
damaligen
Zeitpunkt
nachvollzogen
werden
könne.
Im
Folgebericht
vom
April
2023
beschreibe
er
interessanterweise
eine
mittelgradige
depressive
Störung,
bei
ansonsten
absolut
identischen
Angaben.
Seine
Einschätzung
einer
vollen
Arbeitsunfähigkeit
könne
damit
nicht
nachvollzogen
werden.

Zum
Zeitpunkt
der
Untersuchung
im
Juni
2021
habe
offenbar
noch
eine
mittelgradige
depressive
Symptomatik
bestanden,
im
aktuellen
Untersuchungszeitpunkt
könne
diese
Symptomatik
nicht
mehr
festgestellt
werden.
Bei
der
grundsätzlich
guten
Prognose
einer
affektiven
Störung
sei

eine
Verbesserung,
gerade
unter
antidepressiver
Behandlung,
zu
erwarten.
Vorübergehend
könne
jedoch
die
beschriebene
Einschränkung
der
Arbeitsfähigkeit
von
30
bis
50
%
bestanden
haben
(E.
4.9.3).
Hierzu
ist
zunächst
festzuhalten,
dass
der
Bericht
des
behandelnden

Psychiaters

Dr.

C.____

vom

3.

Januar

2021

nicht

zu

überzeugen

vermag.

Die

von

ihm

genannte

Diagnose

einer

schweren

depressiven

Episode

kann

unter

verschiedenen

Blick winkeln

nicht

nachvollzogen

werden.

Einerseits

erscheint

diese

Diagnose

wenig

plausibel,

nachdem

die
psychotherapeutische
Behandlung
gemäss
Dr.
C.____
lediglich
ein-
bis
zweimal
monatlich
stattfand
(E.
4.2).
Der
Beschwerde führer
selbst
hielt
anlässlich
der
Untersuchung
durch
Dr.
G.____
und
Dr.
H.____
im
April
2021
–
mithin
lediglich
drei

Monate
nach
der
Berichterstattung
durch
Dr.
C.____
-
fest,
er
besuche
einmal
monatlich
eine
Psychotherapie
(E.
4.4).
Eine
solche
Behandlungsfrequenz
erscheint
bei
Vorliegen
einer
schweren
depressiven
Episode
nicht
als
ausreichend.
Ebenso
wenig
passt
es

ins
Bild,
wenn
der
Beschwerdeführer
Anfang
März
2021
und
damit
gut
zwei
Monate
nach
dem
Bericht
von
Dr.
C.____ ,
trotz
einer
diagnostizierten
schweren
depressiven
Episode
an
einer
EFL
teilnehmen
k o n n t e .
In
ihrem
Bericht
vom

22.

März

2021

erwähnten

die

an

der

EFL

beteiligten

Ärzte

zwar

die

(Fremd) Diagnose

einer

rezidivierenden

depressiven

Störung,

gegenwärtig

schwere

depressive

Episode,

es

ergeben

sich

jedoch

keine

Hinweise

darauf,

dass

sie

im

Rahmen

der

Untersuchung

entsprechende
Krankheits zeichen
festgestellt
hätten
(E.
4.3).
Weiter
diagnostizierte
Dr.
C.____
in
seinem
Bericht
vom
15.
April
2023
bei
im
Übrigen
praktisch
identischen
Befunden
eine
gegenwärtig
mittelschwere
depressive
Episode ,
ohne
weiter
darzulegen,
inwiefern
sich
der

Gesundheitszustand

verbessert

hätte

(E.

4.8) .

Ebenfalls

unklar

bleibt,

inwiefern

sich

der

Gesundheitszustand

des

Beschwerdeführers

ab

Behandlungsbeginn

im

Jahre

2017

verändert

hatte

und

welche

Gründe

im

Jahre

2020

schliesslich

zur

Arbeitsunfähigkeit

geführt

hatten .

Die

Berichte

des
behandelnden
Psychiaters
Dr.
C.____
erweisen
sich
damit
insgesamt
als
nicht
überzeugend .
In
Bezug
auf
Berichte
von
Hausärztinnen
und
Hausärzten
wie
überhaupt
von
behandelnden
Arztpersonen
beziehungsweise
Therapeuten
ist
auf
die
Erfahrungstatsache
hinzuweisen,
dass
diese

mitunter
im
Hinblick
auf
ihre
auftragsrechtliche
Vertrauensstellung
in
Zweifelsfällen
eher
zu
Gunsten
ihrer
Patientinnen
und
Patienten
aussagen
(BGE
135
V
465
E.
4.5,
125
V
351
E.
3b/cc).
Auch
die
Einschätzung
von
Dr.
G.____

und
Dr.
H.____ ,
welche
eine
Arbeitsun fähigkeit
von
(30)-50
%
festgehalten
hatten
(E.
4.4),
vermag
nicht
rest los
zu
überzeugen .
Die
attestierte
Arbeits un fähigkeit
erscheint
angesichts
der
zu
grössten
Teilen
unauffälligen
psychiatrischen
Befunde
(vgl.
Urk.
10/128
S.

6
f.)
und
der
weitestgehend
lediglich
leichtgradigen
neuropsychologischen
Einschränkungen
(vgl.
Urk.
10/128
S.
7
Ziff.
4)
zumindest
fraglich .
Der
Beschwerdeführer
selbst
hatte
im
Rahmen
der
Untersuchung
denn
auch
festgehalten,
er
nehme
keine
Antidepressiva
mehr

ein
und
besuche
einmal
monatlich
eine
Psychotherapie
(E.
4.4).
Hinzu
kommt,
dass
Dr.
G.____
und
Dr.
H.____
zunächst
eine
leichte
Diskrepanz
zwischen
subjektiver
Einschätzung
und
objektiven
Befunden
beschrieben
(Urk.
10/128
S.
10
Mitte),
wohingegen

sie
im
Rahmen
der
Konsistenzprüfung
von
keiner
Diskrepanz
mehr
ausgingen
(Urk.
10/128
S.
11
Ziff.
VII).
Soweit
die
Gutachterin
die
Berichte
von
Dr.
C.____
sowie
von
Dr.
G.____
und
Dr.
H.____
anders
beurteilt,
kann

ihr
damit
nicht
gefolgt
werden.
Immerhin
beurteilten
die
Gutachter
in
ihrer
Gesamtbeurteilung
unter
Einbezug
aller
fachmedizinische r
Teilgutachten
den
psychischen
Gesundheitszustand
des
Beschwerdeführers
dahingehend,
als
dass
eine
depressive
Störung
im
Jahre
2021
möglicherweise
intermittierend
aufgetreten

sei,
eine
solche
jedoch
nicht
als
dauerhaft
höhergradig
zugeordnet
werden
könne
im
Sinne
einer
invalidisierenden
Erkrankung.
Darauf
kann
abgestellt
werden.
Zweck
interdisziplinärer
Gutachten
ist
nämlich
,
alle
relevanten
gesundheitlichen
Beeinträchtigungen
zu
erfassen
und
die

sich
daraus
je
einzel
ergebenden
Einschränkungen
der
Arbeitsfähigkeit
in
ein
Gesamtergebnis
zu
fassen.
Dasselbe
gilt
mit
Blick
auf
die
mitunter
schwierige
Abgrenzung
der
im
Sinne
von
Art.
4
Abs.
1
IVG
versicherten
Zustände
von

invaliditätsfremden

Faktoren.

Der

abschliessenden,

gesamthaften

Beurteilung

von

Gesundheitszustand

und

Arbeitsfähigkeit

kommt

damit

dann

grosses

Gewicht

zu,

wenn

sie

auf

der

Grundlage

einer

Konsensdiskussion

der

an

der

Berücksichtigung

mitwirkenden

Fachärzte

erfolgt.

Eine

solche

zusammenfassende

Beurteilung

auf
der
Grundlage
einer
Konsensdiskussion
der
einzelnen
Gutachter
oder
unter
Leitung
eines
fallführenden
Arztes
zur
Zusammenführung
und
Darlegung
der
Ergebnisse
aus
den
einzelnen
Fachrichtungen
ist
ideal,
aber
nicht
zwingend.
Das
Abstellen
auf
ein
polydisziplinäres

Gutachten
ist
daher
nicht
bereits
deshalb
bundesrechtswidrig,
weil
keine
abschliessende
Konsensdiskussion
stattgefunden
hat.
Die
Frage,
ob
ein
Gutachten
beweiskräftig
ist
oder
nicht,
beurteilt
sich
im
konkreten
Einzelfall
danach,
ob
sich
gestützt
auf
die
Expertise

die
rechtsrelevanten
Fragen
beantworten
lassen
oder
nicht.
Mit
anderen
Worten
ver letzt
das
Abstellen
auf
ein
polydisziplinäres
Gutachten
Art.
43
Abs.
1
ATSG
nicht
allein
schon
deshalb,
weil
einem
Teilgutachten
der
Beweiswert
abgesprochen
wird.
Dies

hat
auch
umgekehrt
zu
gelten,
wenn
sich
die
Schlussfolgerungen
im
Hauptgutachten,
das
nicht
in
einer
interdisziplinären
Konsensbesprechung
der
beteiligten
Fachärzte
entstand,
nicht
nachvollziehen
und
sich
nicht
mit
den
Teilgutachten
vereinbaren
lassen,
die
Beurteilungen
in

allen
Teilgutachten
jedoch
als
schlüssig
zu
bezeichnen
sind.
Eine
Beweiswürdigung,
welche
überzeugenden
Teilkonsilien
vollen
Beweiswert
zuerkennt,
kann
somit
nicht
allein
deshalb
als
bundesrechtswidrig
bezeichnet
werden,
weil
einem
weiteren
Teil
des
Gutachtens
die
Beweiskraft
fehlt

(BGE
143
V
124
E.
2.2.4;
Urteil
des
Bundesgerichts
8C_54/2021
vom
10.
Juni
2021
E.
2.2,
je
m it
weiteren
Hinweisen). Die
neuropsychologische
Beurteilung
durch
M.
Sc.
O.____
sodann
vermag
in
allen
Teilen
zu
überzeugen
und

deckt
sich
im
Übrigen
auch
mit
der
Einschätzung
durch
Dr.
G.____
und
Dr.
H.____ ,
welche
ebenfalls
leichte
bis
mittel schwere
neurokognitive
Einschränkungen
festgestellt
hatten
(E.
4.4). 5. 4
Insgesamt
ist
damit
mit
dem
Z.____ -Gutachten
davon
auszugehen,
dass

sich
der
Gesundheitszustand
des
Beschwerdeführers
seit
der
rentenverneinenden
Verfügung
vom
27.
September
2013
dahingehend
verschlechtert
hat,
als
nun
eine
leichte
bis
mittelgradige
neuropsychologische
Hirnfunktionsstörung
besteht ,
welche
sich
auf
die
Arbeitsfähigkeit
auswirkt .
Nachdem
keine
psychiatrischen

Diagnosen
mit
Auswirkung
auf
die
Arbeitsfähigkeit
gestellt
werden
können,
ist
jedoch
auf
die
Durchführung
einer
Prüfung
der
massgebenden
Standard indikatoren
(vgl.
BGE
143
V
418)
zu
verzichten. 5. 5
Der
medizinische
Sachverhalt
ist
zusammenfassend
als
dahingehend
erstellt

zu
betrachten,
das s
der
Beschwerdeführer
seit
der
Anmeldung
im
August
2020
auf grund
der
bestehenden
leichten
bis
mittelgradigen
neuropsychol ogische
Hirnfunktions störung
in
seiner
Leistungsfähigkeit
eingeschränkt
ist
und
ihm
die
bisherige
Tätigkeit
als
Chauffeur
während
acht
Stunden

täglich
zugemutet
werden
kann
bei
einer
leicht
reduzierten
Arbeitsfähigkeit
von
insgesamt
85
%.
In
einer
kognitiv
nicht
beanspruchenden
Tätigkeit
mit
geregelten
Abläufen,
bei
welcher
das
Pensum
ungestört
abgearbeitet
werden
kann,
ist
der
Beschwerde führer
uneingeschränkt

arbeitsfähig
(E.
4.9.1). 6.
Anspruch
auf
eine
Rente
haben
nur
Versicherte,
welche
während
eines
Jahres
ohne
wesentlichen
Unterbruch
durchschnittlich
mindestens
40
%
arbeitsunfähig
gewesen
und
nach
Ablauf
dieses
Jahres
zu
mindestens
40
%
invalid
sind

(vgl.
E.
1. 5).
In
der
angestammten
Tätigkeit
bestand
gemäss
der
Beurteilung
im
Z.____ -Gutachten
seit
der
IV-Anmeldung
im
August
2020
durchgehend
eine
Arbeitsfähigkeit
von
85
%
(vgl.
E.
5.3),
weshalb
das
Wartejahr
nicht
erfüllt
ist

und
ein
Rentenanspruch
ausser
Betracht
fällt .
Gemäss
den
nachfolgenden
Ausführungen
ergibt
sich
jedoch
selbst
unter
der
Annahme
eines
erfüllten
Wartejahres
kein
Rentenan spruch
des
Beschwerdeführers.
7.

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