

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00573 vom 14. August 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-08-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00573

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00573 du 14 août 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00573 del 14 agosto 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 September 2020 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab März 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. 1.2

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

E. 1.3

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.

E. 1.4

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).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4) .

Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 1.5

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

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1).

Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Hinweis). Die Anerkennung eines rentenbe gründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 1.7

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

4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

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

E. 2

Der Versicherte erhob am 10. Oktober 2024 Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. September 2024 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht beantragte er die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung sowie die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels und eventualiter die Anordnung eines Gerichtsgutachtens (Urk. 1 S. 2 f.).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. November 2024 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 18. November 2024 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht und gleichzeitig wurde der beantragte weitere Schriftenwechsel als nicht erforderlich erachtet. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Wesentlichen mit der Begründung, dass diesem gestützt auf die gutachterliche Beurteilung eine Tätigkeit im Metallbau noch zu 60 %

und eine angepasste Tätigkeit zu 70 % zumutbar sei. Nach Vornahme des Einkommensvergleichs resultiere kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Auch mit dem ab Januar 2024 zu gewährenden Abzug von 10 %

ergebe sich kein Rentenanspruch. Sowohl der regionale ärztliche Dienst

(RAD) als auch die neuropsychologische Gutachterin hätten sich zum neuropsychologischen Bericht vom Mai 2020 geäußert. Zudem habe sich der psychiatrische Gutachter zur neuropsychologischen Testung geäußert. Ein Obergutachten sei nicht notwendig (vgl. Urk. 2 S. 1 ff.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), der psychiatrische Teilgutachter habe die aus neuropsychologischer Sicht gezogenen Schlussfolgerungen in keiner Weise aufgegriffen, und die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, ihm diesbezüglich zumindest Rückfragen zu stellen und ihn mit den Erhebungen der neuropsychologischen Begutachtung zu konfrontieren. Der rechtserhebliche Sachverhalt sei mithin erst unvollständig abgeklärt. Eine neuropsychologische Testung im März 2020 sei zu den gleichen Ergebnissen gelangt, ohne diese als unplausibel zu werten. Da folglich zwei sich widersprechende Gutachten vorlägen, sei ein Obergutachten zu veranlassen (S. 6 f. Ziff. 9-11).

Anhand der Akten ergebe sich nicht, inwiefern die neuropsychologische Einschätzung vom März 2020 fachübergreifende Inkonsistenzen aufweise. Zudem sei nicht ersichtlich, weshalb ein Eintrittszeitpunkt sowie ein ätiologischer Zusammenhang der Defizite vorliegen müssten. Weiter sei unklar, weshalb die anlässlich der Begutachtung erhobenen

neuropsychologischen Befunde als nicht valide angesehen würden. Es werde nicht dargelegt, inwiefern die Testergebnisse inkonsistent und nicht plausibel seien. Die neuropsychologische Gutachterin bestätige, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht von einer bewusstseinsnahen Verdeutlichung auszugehen sei, sondern vielmehr von einer Überlagerung durch die psychischen Beschwerden (S. 10 f. Ziff. 23-26).

Der rechtserhebliche Sachverhalt bezüglich der psychischen Beschwerden sei allerdings nicht vertieft und gehörig abgeklärt worden. Die neuropsychologischen Defizite hätten mit Blick auf die psychische Gesundheitsstörung evaluiert und in die Berechnung des Invaliditätsgrades miteinbezogen werden müssen (S. 11 Ziff. 27-29). Der Umstand, dass neuropsychologische Defizite vorlägen, könne nicht mit der Behauptung abgetan werden, dass der Beschwerdeführer nicht in der Lage sei, eine ausreichend konstante Leistungsbereitschaft zu zeigen (S. 12 Ziff. 34).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die erneute Anmeldung des Beschwerdeführers eingetreten, weshalb es zu prüfen gilt, ob und in welchem Ausmass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten leistungsabweisenden Verfügung vom 30. Juni 2014 (Urk. 7/56) verändert haben, und ob dem Beschwerdeführer infolge dessen ein Anspruch auf eine Invalidenrente zukommt (vorstehend E. 1.4). 3. 3.1

Die erstmalige Leistungsabweisung vom 24. Juli 2009 (Urk. 7/34) basierte in medizinischer Hinsicht auf den folgenden, wesentlichen Berichten: 3.2

Mit Bericht vom 4. Dezember 2007 (Urk. 7/5) informierten die Ärzte des Spitals Y.____ über einen Status nach Patella- und Femurfraktur rechts am 8. August 2007 mit Cerclage und Schraubenosteosynthese in Z.____. Der Beschwerdeführer habe diese Verletzungen bei einem Autounfall in Z.____ erlitten und sei vor Ort mit einer Osteosynthese versorgt worden. Aktuell erfolgte Physiotherapie. Der Beschwerdeführer fühle sich jedoch noch nicht ganz genesen. Eine Metallentfernung sei derzeit

verfrüht. 3.3

Am 17. April 2008 erfolgte im Spital Y.____ die Osteosynthesematerialentfernung (OSME) von Cerclage und Schraube in der Patella bei Status nach osteosynthetischer Versorgung einer Patella- und distaler Femurfraktur rechts mit Cerclage und Schraubenosteosynthese im August 2007. Das Osteosynthesematerial im Bereich des distalen Femurs (drei Schrauben) sei belastet worden, da die Fraktur noch nicht konsolidiert sei.

Der Beschwerdeführer sei vom 16. bis 17. April 2008 hospitalisiert gewesen. Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet mit rascher Mobilisation (vgl. Operationsbericht vom 17. April 2008, Urk. 7/8; vgl. auch Austrittsbericht vom 17. April 2008 in Urk. 7/7). 3.4

Dem durch RAD-Ärztin Dr. med. A.____, praktische Ärztin, am 3. März 2009 erstellten Gesprächsprotokoll (Urk. 7/17) mit Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ist zu entnehmen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund eines im August 2007 erlittenen Autounfalls mit distaler Femurfraktur und Patellafraktur rechts mit chirurgischer Versorgung in Z.____ und im April 2008 erfolgter OSME (Cerclage und Schrauben) im Spital Y.____ beeinträchtigt sei. Aktuell lägen eine Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks sowie belastungsabhängige Schmerzen

vor. Es entwickelte sich eine posttraumatische Arthrose. Behandlungsmassnahmen seien keine geplant. Bei der Physiotherapie bestehe eine mangelnde Compliance. Dem Beschwerdeführer sei eine angepasste körperlich leichte bis mittelschwere, gelegentlich sitzende Tätigkeit

ohne dauerndes Hocken oder Knien, ohne regelmässiges Klettern auf Leitern oder Gerüste beziehungsweise Treppensteigen und ohne Heben oder Tragen von schweren Lasten ganztags zu 100 % zumutbar (S. 1). Es bestehe ein dauernder Gesundheitsschaden des rechten Kniegelenks. Der Beschwerdeführer werde zukünftig die volle (ursprüngliche) Arbeitsfähigkeit nicht wieder erreichen (S. 2).

Am 16. März 2009 hielt Dr. A.____ zusätzlich fest, dass der Hausarzt des Beschwerdeführers das Gesprächsprotokoll mit der Bemerkung ergänzt habe, dass anamnestisch ein Morbus Bechterew erwähnt werde. Diese Diagnose scheine jedoch derzeit keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu haben, weshalb weiterhin auf die Beurteilung vom

3. März 2009 abgestellt werden könne (vgl.

Urk. 7/35) . 4 . 4.1

Bei der letztmaligen leistungsabweisenden Verfügung vom 30. Juni 2014 (Urk. 7/56) lagen in medizinischer Hinsicht die folgenden, wesentlichen Berichte vor:

4.2

Der im Dezember 2012 eingereichten Neuanmeldung zum Leistungsbezug wurde ein ärztliches Zeugnis von Dr. B.____ vom 7. März 2008 (Urk. 7/36/3) beigelegt. Darin hielt dieser fest, dass der Beschwerdeführer am 8. August 2007 in Z.____ einen Autounfall und als Folge davon eine Patella- und Femurfraktur rechts erlitten habe. Die Fraktur sei mittels Schraubenosteosynthese in Z.____ operiert worden. Wahrscheinlich als Folge der Immobilisierung des rechten Beines habe der Beschwerdeführer im September 2007 eine Lungenembolie erlitten. Der Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Als Folge des Unfalles mit erlittener Kniegelenksverletzung bestehe eine Flexionsblockierung ab 90°. Das Kniegelenk sei leicht verdickt, jedoch bestünden keine Entzündungszeichen. Im April 2008 sei das Metall

teilweise entfernt worden. In der bisherigen Tätigkeit auf dem Bau und in der Schwimmbadmontage sei der Beschwerdeführer aufgrund der Bewegungsbehinderung vollständig arbeitsunfähig. In einer leichten Tätigkeit ohne Tragen von schweren Lasten bestehe dagegen seit Januar 2008 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. 4. 3

Mit RAD-Stellungnahme vom 9. Mai 2014 diagnostizierte

med. pract. C.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, einen Status nach Patellafraktur und distaler Femurfraktur rechts vom August 2007 als mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die gesundheitliche Beeinträchtigung bestehe in einer Kniegelenksverletzung anlässlich eines im August 2007 erlittenen Autounfalles. Dabei habe der Beschwerdeführer eine Fraktur der Patella und des distalen Femurs rechts erlitten, welche durch eine Osteosynthese und anschliessende OSME versorgt worden sei. Als Folge einer Patellafraktur könne eine sekundäre Arthrose des vorderen Kniegelenks abschnitts entstehen. Bei einem optimalen Operationsergebnis sei jedoch auch eine folgenlose Ausheilung der Verletzung möglich. Anhand der vorhandenen

Akten sei nicht sicher nachvollziehbar, ob eine sekundäre Arthrose vorliege. Die vorliegende Einschätzung gehe vom Bestehen einer solchen Schädigung aus. Eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten entsprechend dem Belastungsprofil sei nicht ausgewiesen. Aufgrund des degenerativen Charakters des Gesundheitsschadens sei eine Besserung nicht wahrscheinlich. Es könne weiterhin auf die Stellungnahme des RAD Ostschweiz vom 3. März 2009 einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit abgestellt werden (vgl.

Urk. 7/53 S. 2 f.). 5.5.1

Seit her sind die folgenden, wesentlichen medizinischen Berichte zu den Akten genommen worden: 5.2

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Schreiben vom 31. Mai 2016 (Urk. 7/58) eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, narzisstischen und dissozialen Anteilen (ICD-10 F61.0) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.00; richtig: F32.1). Eine Unterstützung bei der Eingliederung des Beschwerdeführers wäre wünschenswert. Bei fehlenden Perspektiven sei davon auszugehen, dass sich die depressive Erkrankung verschlimmere. Der Beschwerdeführer wünsche sich

eine Ausbildung zum Taxifahrer. Dabei handle es sich um eine angepasste Tätigkeit. Die medizinischen Mindestanforderungen der zweiten Gruppe, Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport, seien aus psychiatrischer Sicht erfüllt. Auch organisch fänden sich soweit keine Hinderungsgründe für die Erteilung einer solchen Zulassung (S. 1 f.). 5.3

Am 2. März 2020 erfolgte eine neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dipl.-Psych. Dipl.-Inf.-Wiss. E.____. Mit Bericht vom 16. Mai 2020 (Urk. 7/74/6-18) hielt dieser fest, dass insgesamt mittel schwere kognitive Funktionsstörungen der visuellen Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit und Konzentration, der Belastbarkeit, des figuralen und verbalen Lernens und Gedächtnisses sowie der Exekutivfunktionen vorlägen. Das kognitive Leistungsvermögen des Beschwerdeführers sei gegenwärtig mittelschwer beeinträchtigt (S. 10 f. Ziff. 4). In den durchgeführten Symptomvalidierungsverfahren hätten sich keine Hinweise auf eine bewusstseinsferne Verdeutungstendenz ergeben, und es hätten auch keine Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Aggravation oder auf eine Simulation festgestellt werden können. Insofern seien die erbrachten Testleistungen als valide zu betrachten. Die basalen kognitiven Leistungen (Wahrnehmung, Lesen, Rechnen) seien auffällig vermindert. Die Leistungen im Bereich Aufmerksamkeit und Konzentration seien leicht vermindert. Die figuralen und verbalen Lern- und Gedächtnisleistungen entsprächen alters- und bildungsbezogen einem leicht bis mittelschwer beeinträchtigten Leistungsvermögen. Bei der Überprüfung der Exekutivfunktionen hätten sich mittelgradige Auffälligkeiten im Hinblick auf die divergente Denkleistung, Konzepterkennung, das planerische Denken und Handeln sowie auf die Interferenzkontrolle ergeben. Die neuropsychologischen Defizite hätten mit hoher Wahrscheinlichkeit einschränkende Auswirkungen auf die erfolgreiche Bewältigung der alltäglichen kognitiven Anforderungen. Die Funktionsfähigkeit sei im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen deutlich eingeschränkt. Es könnten nur noch einfachere Arbeiten ausgeführt werden. Der Beschwerdeführer falle auch in seinem sozialen Umfeld deutlich auf. Das kognitive Störungsprofil sei unter Berücksichtigung der explorativen Angaben, speziell des

Autounfall mit vermutlich zerebraler Beteiligung in Form eines Schädelhirntraumas, hinsichtlich der genannten Defizite prinzipiell plausibel erklärbar. Eine genauere ätiologisch-pathogenetische Zuordnung der kognitiven Defizite sei jedoch aufgrund fehlender relevanter Informationen nicht möglich (S. 1 f. Ziff. 5). Zusammenfassend bestünden insgesamt mittelschwere kognitive Funktionsstörungen in den Bereichen Aufmerksamkeit und Konzentration, Lernen und Gedächtnis sowie in den Exekutivfunktionen. Es ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (S. 1 f. Ziff. 6). 5 .4

Mit Bericht vom 8. Juni 2020 (Urk. 7/74/1-5 = Urk. 7/108) gab Dr. D. ___ an, dass er den Beschwerdeführer seit Januar 2016 behandle, gegenwärtig einmal pro Monat (S. 2 Ziff. 1.1-1.2), und folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne (S. 3 Ziff. 2.5): - organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F33.00 ; richtig: F07.0) - organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns (ICD-10 F06.9)

Der Beschwerdeführer habe im Jahr 2007 einen Autounfall in Z. ___ erlitten und leide seit her an kognitiven und affektiven Einschränkungen, an einer Affektinkontinenz mit sozial teils inadäquatem Verhalten bis zur Körperverletzung und an wiederholt inadäquaten Interaktionen (S. 3 Ziff. 2.2). Dem Beschwerdeführer sei en weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit zumutbar (S. 5 Ziff. 4.1-4.2). Die Prognose zur Eingliederung sei schlecht (S. 5 Ziff. 4.3-4.4). Die neuropsychologische Abklärung sei im Mai 2020 erfolgt. Die MRI-Abklärung habe keinen klaren Befund ergeben. Gemäss ICD-10 seien die Diagnosen F07.0 und F06.9 auch ohne klares organisches Korrelat bei neuropsychologisch gesicherter Einschränkung möglich (S. 5 Ziff. 5). 5 . 5

Dr. med. F. ___ , Fachärztin für Neurologie, sowie Dipl. med. G. ___ , Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, führten mit RAD-Stellungnahme vom 9. November 2020 aus , dass der Beschwerdeführer als Folge eines im August 2007 erlittenen Autounfalles über fortbestehende Schmerzen im rechten Knie und über eine reduzierte Belastbarkeit nach Patella- und Femurfraktur rechts klag e . Seit Januar 2016 werde der Beschwerdeführer mit wechselnden psychiatrischen Diagnosen durch

Dr. D. ___ behandelt . Beweise, welche eine Gehirnschädigung nach dem erlittenen Autounfall ausweisen würden, seien bisher trotz Aufforderung nicht vorgelegt worden. Die Kriterien von ICD-10 F06.9 seien nicht erfüllt. Die im Mai 2020 erfolgte neuropsychologische Untersuchung habe eine mittelschwere neuropsychologische Störung ergeben. Es bestünden diesbezüglich Inkonsistenzen in der Verhaltensbeobachtung, der Würdigung der Angaben aus der Anamnese und der Interpretation der Ergebnisse. Während der vierstündigen Untersuchung werde der Beschwerdeführer

im Verhalten als unauffällig beschrieben. Dies entgegen gesetzt zu den Angaben des Psychiaters. Er erscheine pünktlich, sei gepflegt und kooperativ. Obwohl dem Untersucher Beeinträchtigungen im Instruktionsverständnis aufgefallen seien , finde die Untersuchung ohne Dolmetscher statt. Somit bestünden Zweifel an den Ergebnissen. Zudem lägen unauffällige Ergebnisse im Bereich Belastbarkeit vor .

In der Zusammenfassung würden diese aber als auffällig aufgeführt. In der Anamneseerhebung werde eine Lese- und Rechtschreibstörung in der Kindheit deutlich. Trotz Lernschwäche in der Kindheit und fehlender beruflicher Ausbildung sei der Beschwerdeführer in einem Vollzeitpensum erwerbstätig gewesen. Die Aussage des Neuropsychologen, wonach das kognitive Störungsprofil mit vermutlich zerebraler

Beteiligung in Form eines Schädelhirn traumas erklärbar sei, sei spekulativ . Hierfür lägen keine Beweise vor. Es würden Eintrittszeitpunkt und ätiologischer Zusammenhang der Defizite fehlen. Ob ein dauerhafter Schaden vorliege, könne nicht abschliessend beurteilt werden (vgl.

Urk. 7/84 S. 2 f.). 5 . 6

Mit Verlaufsbericht vom 25. März 2022 (Urk. 7/107) informierte Dr. D.____ über einen stationären Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Der letzte Kontakt sei am 7. September 2021 erfolgt (S. 1 Ziff. 1.1-1.3). Der Befund habe sich nicht verändert (S. 1 Ziff. 2.1). 5 . 7

Am 7. Dezember 2023 erstatteten die Ärzte der H.____ ihr polydisziplinäres Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/139 /3-111). Dabei konnten sie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) als mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren (Urk. 7/139/20

Ziff. 4.3.1). Ausserdem erwähnten sie die folgenden – hier gekürzt aufgeführten - Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/139/20-21

Ziff. 4.3.2): - Vorderarm links: Status nach offener Vorderarmfraktur und open reduction internal fixation (ORIF) vor Jahren - Knie rechts: posttraumatische Femoropatellargelenksarthrose bei Status nach ORIF mit Patellacerclage und femoraler Schraubenosteosynthese 2007 sowie Status nach OSME 2007 - Halswirbelsäule (HWS) -Syndrom - unzureichend kontrollierter Diabetes mellitus Typ 2 ohne bekannte diabetische Folgeerkrankungen - Verdacht auf arterielle Hypertonie bei im Rahmen der aktuellen Begutachtung hypertensiven Blutdruckwerten - chronischer Nikotinabusus - Höhenphobie (ICD-10 F40.2) - akzentuierte dissoziale Persönlichkeitszüge

(ICD-10 Z73), Differential diagnose (DD) : dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2)

Aus internistischer Sicht liege keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor . Der vorbekannte Diabetes mellitus Typ 2 werde medikamentös therapiert, wobei der aktuelle Wert zeige, dass dieser unzureichend kompensiert werde. Eine medikamentöse Exazerbation der antidiabetischen Therapie werde empfohlen. Hinweise für eine fortgeschrittene diabetische Retinopathie, Nephropathie, Vaskulopathie oder Polyneuropathie lägen nicht vor. Aufgrund der deutlich hypertensiven Blutdruckwerte sei sodann der Verdacht auf eine arterielle Hypertonie zu äussern. Ausserdem bestehe ein ausgeprägter Nikotinabusus. Eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Pneumopathie ergebe sich zurzeit jedoch nicht (Urk. 7/139/22

Ziff. 4.3.3 ; Urk. 7/139/45

Ziff.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

). Der Beschwerdeführer verfügt über eine angefangene Ausbildung zum Schweisser, dies jedoch ohne Abschluss. Aufgrund seiner fehlenden Ausbildung sieht er sich selbst nicht in

der Lage, einer geregelten Arbeit nachzugehen. Bisher war es ihm in der Schweiz allerdings ohne weiteres möglich, als ungelernter Hilfsarbeiter in unterschiedlichen Bereichen zu arbeiten

(vgl. Urk. 7/139 / 23 Ziff. 4.5, Urk. 7/139/ 57 Ziff. 3.2.9). Er lebt alleine in einer Einzimmerwohnung. Die Beziehung zu seiner Freundin wird als oftmals problematisch beschrieben

(vgl. Urk. 7/139 / 98 Ziff. 3.2.7). Zu seinen Kindern hat der Beschwerdeführer kaum Kontakt, wobei der Gutachter diesbezüglich festhielt, dass der Beschwerdeführer dies zwar bedauere, aber nicht stark darunter zu leiden scheine (vgl. Urk. 7/139 / 104 Ziff. 6.1). Die Motivation des Beschwerdeführers erscheint reduziert, und er ist auch im häuslichen Umfeld sehr passiv. Die Ressourcenlage ist sicherlich reduziert. Der Gutachter hielt hierzu fest, dass der Beschwerdeführer für ein «gutbürgerliches Leben» in der Schweiz zu wenig Voraussetzungen gelernt habe. Positiv sei jedoch, dass er sich letztlich immer wieder durchgeschlagen habe und teils auch lange an einem Arbeitsplatz halten können (vgl. Urk. 7/139 / 23 Ziff. 4.5, Urk. 7/139/ 107 Ziff. 7.2).

Hinsichtlich der Kategorie « Konsistenz » ergibt sich schliesslich, dass gemäss der gutachterlichen Beurteilung die Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung schlüssig gewirkt hätten (vgl. Urk. 7/139 / 106 Ziff. 6.2). Der geschilderte Tagesablauf zeigt eine eher passive Tagesgestaltung, wobei der Beschwerdeführer sehr spät aufstehe, nicht viel mache ausser TV schauen und sich oft wieder hinlege. Er gehe auch mal vor die Tür, nachher aber wieder zurück. Ab und zu komme seine Freundin. Diese putze die Wohnung und hole die Wäsche zum Waschen. Einkäufe erledige er ab und zu selbst (vgl. Urk. 7/139 /99-100

Ziff. 3.2.9). Andernorts berichtete der Beschwerdeführer dar über, dass er den Reifenwechsel am Auto seiner Tochter durchgeführt habe (vgl. Urk. 7/139 / 64 Ziff. 6.2). Der ebenfalls zur Kategorie «Konsistenz» gehörende Aspekt des «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidens drucks» betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Gemäss Einschätzung des Gutachters wäre sowohl eine Dosiserhöhung der Pharmakotherapie als auch eine verhaltenstherapeutische Behandlung des Beschwerdeführers zu empfehlen, womit die Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft sind (vgl. Urk. 7/139 / 25 Ziff. 4.9, Urk. 7/139/ 108 Ziff.

E. 6.2

,
Urk. 7/139/105-107), kann dieser Einschätzung ebenfalls gefolgt werden. In den Akten finden sich keine Angaben zu einem erlittenen Schädelhirntrauma auf Grund des Unfalles im Jahr 2007. Der Beschwerdeführer gab überdies an, dass er die Vergesslichkeit und Aggressivität seit der Schulzeit respektive seit Kindheitstagen kenne. Er sei nicht intelligent gewesen, habe mit Lesen und Schreiben immer Probleme gehabt. Freunde würden sagen, dass er die Sachen vergesse, das kenne er seit der Schulzeit. Die Aggressivität habe seit dem Unfall zwar zugenommen, er kenne sie jedoch bereits aus Kindheitstagen (vgl. Urk. 7/139 / 77 oben,

Urk. 7/139/85-86

Ziff. 6.1).

Die

durch den psychiatrischen Gutachter aufgrund der auffälligen Persönlichkeitsstruktur d
emgegenüber festgehaltenen akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73) können den
Gesundheitszustand und das Leistungsvermögen schliesslich

zwar beeinflussen, fallen als solche jedoch nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich
erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_787/2021
vom 23. März 2022 E. 14.1 und 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3).

Aus neuropsychologischer Sicht konnte aufgrund der mangelnden Validität keine relevante
Aussage gemacht werden (vgl. Urk. 7/139/86-87

Ziff. 6.2). Die gutachterlich vorgenommene diagnostische Einordnung des psychischen
Leidens ist nach dem Gesagten schlüssig und nachvollziehbar.

E. 6.3

In psychischer Hinsicht erscheint die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode
(ICD-10 F32.1) in Anbetracht des erhobenen psychopathologischen Befundes (vgl. Urk.
7/139/101-103

Ziff. 4.3.1) als plausibel.

Sodann wurde zwar eine auffällige Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers erkannt.
Dabei ergaben sich allerdings kaum schlüssige

Hinweise auf eine pathologische Persönlichkeitsentwicklung bis in die Adoleszenz (vgl.
Urk. 7/139/104

Ziff. 6.1, Urk. 7/139/107 Ziff. 6.4).

Hierzu ist festzuhalten, dass Persönlichkeitsstörungen häufig erstmals in der Kindheit oder
in der Adoleszenz in Erscheinung treten und sich endgültig im Erwachsenenalter

manifestieren (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], internationale Klassifikation
psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, klinisch diagnostische Leitlinien, 10.
überarbeitete Auflage, Bern 2015, S. 274). Entsprechend ist die gutachterliche
Beurteilung, wonach keine Persönlichkeitsstörung ausgewiesen ist, als plausibel und
nachvollziehbar zu werten. Wie der psychiatrische Gutachter sodann zutreffend erkannt
hat, kann die durch Dr. D. ___ im Mai 2016 zunächst diagnostizierte gemischte
Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, narzisstischen und dissozialen Anteilen
(ICD-10 F61.0) mangels Befunderhebung nicht nachvollzogen werden (vgl. Urk. 7/58 S. 1;
Urk. 7/139/105). Auch nahm der psychiatrische Gutachter zu der durch Dr. D. ___ gestützt
auf die im März 2020

durchgeführte neuropsychologische Testung erfolgte Diagnosestellung einer organisch
bedingten psychiatrischen Störung ausführlich Stellung (vgl. Urk. 7/108

Ziff. 2.5-2.6; Urk. 7/139/105). Soweit er eine solche Störung (ICD-10 F06.9 oder ICD-10
F07) aufgrund der nicht validen neuropsychologischen Testergebnisse sowie einer nicht
ausgewiesenen Gehirnschädigung als nicht belegt erachtete (vgl. Urk. 7/139/86-87

Ziff.

E. 6.4

).

Zur im März 2020 erfolgten neuropsychologischen Testung (vorstehend E. 5.3) haben sich die RAD-Ärzte sodann bereits ausführlich geäußert und die Ergebnisse als nicht plausibel gewertet. So bestünden Inkonsistenzen in der Verhaltensbeobachtung, der Würdigung der Angaben aus der Anamnese und der Interpretation der Ergebnisse. Während der vierstündigen Untersuchung werde der Beschwerdeführer

im Verhalten als unauffällig beschrieben. Dies entgegengesetzt zu den Angaben des Psychiaters. Er erscheine pünktlich, sei gepflegt und kooperativ. Obwohl dem Untersucher Beeinträchtigungen im Instruktionsverständnis aufgefallen seien, finde die Untersuchung ohne Dolmetscher statt. Somit bestünde der Zweifel an den Ergebnissen. Zudem lägen unauffällige Ergebnisse im Bereich Belastbarkeit vor. In der Zusammenfassung würden diese aber als auffällig aufgeführt. In der Anamneseerhebung werde eine Lese- und Rechtschreibstörung in der Kindheit deutlich. Trotz Lernschwäche in der Kindheit und fehlender beruflicher Ausbildung sei der Beschwerdeführer in einem Vollzeitpensum auf dem Bau und in der Schwimmbadmontage erwerbstätig gewesen. Die Aussage des Neuropsychologen, wonach das kognitive Störungsprofil mit vermutlich zerebraler Beteiligung in Form eines Schädelhirntraumas erklärbar sei, sei spekulativ. Hierfür lägen keine Beweise vor. Es würden Eintrittszeitpunkt und ätiologischer Zusammenhang der Defizite fehlen. Ob ein dauerhafter Schaden vorliege, könne nicht abschliessend beurteilt werden (vgl. Urk. 7/84 S. 2 f.). Ein Anlass für eine Oberbegutachtung besteht demnach nicht. 6 . 6

Nach dem Gesagten ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gestützt auf das beweiskräftige Gutachten der H. ___ sowohl in der bisherigen als auch in jeglicher angepassten Tätigkeit gemäss Zumutbarkeitsprofil vollständig arbeitsfähig ist. Das psychische Leiden ist nicht invalidisierend. Die Beschwerdegegnerin hat folglich einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach im Ergebnis als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7 . 7 . 1

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 unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. 7 . 2

Zu prüfen bleibt das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung (vgl. Urk. 1 S. 2). Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Vertretung notwendig oder doch geboten ist (Art. 29 Abs. 3 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, BV; BGE 135 I 1 E. 7.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_686/2020 vom 11. Januar 2021 E. 1).

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann und die Verbeiständung geboten ist, ist dem bedürftigen (vgl. Urk. 3) Beschwerdeführer die

unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung zu bewilligen. Die dem Beschwerdeführer auferlegten Gerichtskosten sind daher einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) . 7 .3

Mit Honorarnote vom 3. Juni 2025 (Urk. 10) machte Rechtsanwältin Soraya Schneider, Zürich, einen Aufwand von 12.80 Stunden sowie eine Auslagenpauschale von 3 % und insgesamt eine Entschädigung von Fr. 4'275.55 (inkl. Barauslagen und MWST) geltend, dies bei einem Stundenansatz von Fr. 300.--. Der Aufwand erscheint unter Berücksichtigung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 GSVGer) gerade noch als angemessen, anzuwenden ist jedoch der für unentgeltliche Rechtsvertretungen praxisgemäss massgebliche Stundenansatz von Fr. 220.--, weshalb Rechtsanwältin Soraya Schneider, Zürich, mit insgesamt Fr. 3'135.-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 10. Oktober 2024 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwältin Soraya Schneider, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und 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 Soraya Schneider, Zürich, wird mit Fr. 3'135.-- (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 Soraya Schneider - 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

E. 8

Mit RAD-Stellungnahme vom 21. Dezember 2023 empfahl Dr. F.____, es sei für die Beurteilung auf das polydisziplinäre Gutachten abzustellen. Als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lägen ein Status nach offener Vorderarmfraktur links, eine posttraumatische Femoropatellargelenksarthrose des rechten Knies bei Status nach Schraubenosteosynthese im Jahr 2007, ein HWS-Syndrom, ein unzureichend kontrollierter Diabetes mellitus Typ 2, ein chronischer Nikotinabusus sowie eine Höhenphobie und akzentuierte Persönlichkeitszüge, DD: dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2), vor. In der bisherigen Tätigkeit als Hilfsarbeiter im Metallbau bestehe seit dem Jahr 2016 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit mit der Möglichkeit für Positionswechsel und ohne erhöhten Anspruch an kniende oder kauende Positionen sowie ohne erhöhten Anspruch an Daueraufmerksamkeit und Konzentration sei der Beschwerdeführer seither zu 70 % arbeitsfähig. Es liege gesamthaft ein leichtes Störungsbild vor. Die Behandlung sei nicht adäquat und die Compliance fraglich. Der Beschwerdeführer gehe beispielsweise trotz Beschwerden seit Jahren nicht zum Orthopäden, und es erfolge lediglich eine unregelmässige Konsultation beim Psychiater. Psychopharmaka nehme er keine

abgesehen von Trichtico zum Schlafen. Es sei wahrscheinlich, dass sich der Gesundheitszustand wesentlich ändere. Eine Verbesserung des psychischen Leidens sei durch eine störungsspezifische Behandlung im Verlauf möglich. Der Leidensdruck sei nicht plausibel nachvollziehbar. Die subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung sowie die Sprachbarriere und die fehlende Ausbildung würden eine erfolgreiche Eingliederung limitieren. Massgeblich sei das psychische Leiden. Der Beschwerdeführer werde seit dem Jahr 2008 nicht mehr orthopädisch behandelt, und das Aktivitätsniveau sei erhalten. Aufgrund des nicht nachvollziehbaren Leidensdrucks und der erhaltenen Aktivität trotz Knieleiden sei diesbezüglich keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Die neuropsychologischen Befunde seien gesamthaft nicht valide. Eine organische Hirnstörung könne mangels verwertbarer neuropsychologischer Testergebnisse nicht belegt werden. Frühere Untersuchungsergebnisse sowie die durch Dr. D.____

abgeleitete Diagnosen seien als fraglich valide einzuordnen. Ein längerdauernder Gesundheitsschaden sei ausgewiesen. Eine vorzeitige Neuurteilung sei nicht erforderlich (vgl. Urk. 7/144 S. 5 ff.). 6.6.1

Zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erfolgte eine eingehende Begutachtung durch die Ärzte der H.____

(vorstehend E. 5.7) mit den notwendigen Untersuchungen in internistischer, orthopädischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Hinsicht mit jeweils ausführlicher Befundaufnahme (vgl. Urk. 7/139/39-40

Ziff. 4.3.1, Urk. 7/139//58-63

Ziff. 4.3.1, Urk. 7/139/81-84

Ziff. 4.3, Urk. 7/139/101-103

Ziff. 4.3.1). Das in Kenntnis (vgl. Urk. 7/139 /30-31) und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellte Gutachten erweist sich als umfassend, wobei auch die geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 7/139 /36-37

Ziff. 3.1-3.2 , Urk. 7/139/53-57

Ziff. 3.1-3.2 , Urk. 7/139/76-77

Ziff. 3.2, Urk. 7/139/ 95 Ziff. 3.2.1) in angemessener Weise berücksichtigt wurden. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers wurden umfassend sowie in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise dargelegt. Damit erfüllt das Gutachten die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.8) vollumfänglich, weshalb – der RAD - Stellungnahme folgend (vorstehend E. 5.8) – darauf abgestellt werden kann. Die Gutachter hielten dabei unter anderem ein seit dem Jahr 2016 bestehende affektive Störung

fest , welche zu einer reduzierten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers führt

(vgl. Urk. 7/139 / 20 Ziff. 4.3.1, Urk. 7/139/ 23 Ziff. 4.6 , Urk. 7/139/ 109

Ziff.

E. 8.3

). Entsprechend erkannte auch

RAD- Ärztin Dr. F.____ , dass eine Verbesserung des psychischen Leidens durch eine störungsspezifische Behandlung im Verlauf möglich und der Leidensdruck nicht plausibel nachvollziehbar sei (vgl. Urk. 7/144 S. 6).

Gesamthaft betrachtet fehlt es der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers am vorausgesetzten funktionellen Schweregrad , und die Konsistenzprüfung lässt bei zwar eher eingeschränktem Aktivitätsniveau

nicht auf einen erheblichen Leidensdruck schliessen.

Eine im invalidenversicherungrechtlichen Sinne hinreichende funktionelle Leistungseinschränkung in psychiatrischer Hinsicht ist daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass obwohl anlässlich der psychopathologischen Befunderhebung weder eine Gedächtnis- noch eine Konzentrationsstörung festgestellt wurde und der Beschwerdeführer auch der langen Exploration problemlos folgen konnte (vgl. Urk. 7/139 /101-102

Ziff. 4.3.1), das Fehlen jeglicher Konzentrations- und Aufmerksamkeitsnotwendigkeit bei der Erstellung des Belastungsprofils berücksichtigt wurde (vgl. Urk. 7/139 / 108 Ziff. 8.2).
6. 5

Daran ändern die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts . So ergaben sich aus neuropsychologischer Sicht auf mehreren Ebenen Inkonsistenzen und nicht plausible Befunde. Dabei erklärte die neuropsychologische Gutachterin unter anderem , dass mehrere Performancevalidierungsaufgaben eingesetzt wurden und sich deutliche Auffälligkeiten ergaben . Aufgrund der mangelnden Validität der neuropsychologischen Befunde konnte keine relevante Aussage gemacht werden. Entsprechend sind denn auch keine neurokognitiven Defizite zweifelsfrei ausgewiesen , welche in die Berechnung des

Invaliditätsgrades hätten zusätzlich mit einbezogen werden müssen (vgl. Urk. 7/139 /86-87 Ziff. 6.2-6.3). Im Übrigen ist zu erwähnen, dass eine neuropsychologische Testung beziehungsweise eine neuropsychologische Abklärung nach der Rechtsprechung lediglich eine Zusatzuntersuchung darstellt, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_11/2021 vom 16. April 2021 E. 4.2 mit Hinweisen). Es bleibt grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen oder allenfalls des neurologischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (Urteil des Bundesgerichts 8C_380/2022 vom 27. Dezember 2022

E. 10.2.1).

Vorausgesetzt ist nach der Rechtsprechung daher, dass der psychiatrische oder neurologische Facharzt die neuropsychologischen Testergebnisse würdigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_605/2019 vom 12. November 2019 E. 3.2.2 mit Hinweis). Dies ist insofern erfolgt, als der psychiatrische Gutachter die nicht validen neuropsychologischen Testergebnisse zur Kenntnis genommen hat und gestützt hierauf die zuvor vom behandelnden Psychiater diagnostizierten organisch bedingten psychischen Störungen nachvollziehbar als nicht belegt erachtete (vgl. Urk. 7/139 /105-107

Ziff. 6.1, Ziff.

E. 8.4

). Da zuvor gestützt auf die vorhandenen Akten einzig ein somatisches Leiden vorlag (vorstehend E. 3-4), ist eine Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der letztmaligen materiellen Beurteilung eingetreten. In diesem Sinne ist von einem Revisionsgrund auszu gehen, weshalb der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend neu zu prüfen ist, wobei keine Bindung an die frühere Beurteilung besteht (vorstehend E. 1.4). 6.2

Die internistische Untersuchung erwies sich als unauffällig. Dem

bereits vorbekannten Diabetes mellitus Typ 2 ohne Hinweise für diabetische Sekundärkomplikationen wurde ebenso wie dem chronischen Nikotinabusus und dem Verdacht auf eine arterielle Hypertonie bei hypertensiven Blutdruckwerten nachvollziehbar keine Relevanz in Bezug auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beigemessen (vgl. Urk. 7/139 /44-47

Ziff. 6.3-6.4, Ziff. 8.1-8.2).

Aus orthopädischer Sicht wurde aufgrund des ausführlich erhobenen Untersuchungsbefundes sodann in schlüssiger Weise erkannt,

dass die Beschwerden am linken Vorderarm nach in den 1980er-Jahren erlittener offener Vorderarmfraktur bei freier und symmetrischer Beweglichkeit aller Gelenke an den oberen Extremitäten sowie ohne Diskrepanzen in der Umfangsmessung als gering zu werten sind und keine

funktionelle Einschränkungen bestehen. Die beklagten nuchalen Beschwerden wurden bei nur minimal festgestellter eingeschränkter Beweglichkeit der HWS ohne Ausstrahlungen im Sinne von Zervikobrachialgien als muskulär bedingt eingeordnet. Schliesslich ging der orthopädische Gutachter bei maximaler Kniegelenksflexion von 110° mit ausgeprägter femoropatellärer Krepitation auch ohne bildgebende Untersuchungen vo

m Bestehen einer posttraumatischen Femoropatellar gelenksarthrose aus

(vgl. Urk. 7/139 /64-66

Ziff. 6.2-6.4).

In Kenntnis der erhobenen Befunde überzeugt die aus orthopädischer Sicht getroffene Schlussfolgerung , wonach der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Hilfsarbeiter im Metallbau, unter der Voraussetzung, dass die Tätigkeit in stehender oder sitzender Position ausgeführt werden kann, vollständig arbeitsfähig ist und auch in einer angepassten, überwiegend sitzenden Tätigkeit mit der Möglichkeit zum Positionswechsel und unter Vermeidung von Tätigkeiten in kniender und kauender Position sowie auf unebenem Gelände und auf Treppen sowie Leitern ebenfalls eine vollständige Arbeitsfähigkeit vorliegt (vgl.

Urk. 7/139 / 68 Ziff. 8.1-8.2). Entsprechend ist aus somatischer Sicht bei Beachtung des Belastungsprofils eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie jeglicher angepassten Tätigkeit ausgewiesen. Dieser gutachterlichen Einschätzung steht keine anderslautende aktuelle Beurteilung von behandelnden Ärzten gegenüber, sind doch bereits seit Jahren keine orthopädischen Untersuchungen respektive Abklärungen mehr erfolgt (vgl.

Urk. 7/139 / 54 Ziff. 3.2.1; vgl. auch Urk. 7/40, Urk. 7/52, Urk. 7/ 105).

Die gutachterliche Beurteilung hinsichtlich der körperlichen Beschwerden wird im Übrigen

auch vom Beschwerdeführer selbst nicht gerügt.

E. 9

/ 100 Ziff. 3.2.10, Urk. 7/139/107-108

Ziff. 7.1, Ziff. 8.3).

Der Beschwerdeführer ist sodann bereits seit dem Jahr 2007 nicht mehr arbeits tätig und damit lange vor Eintritt des psychischen Leidens . Eingliederungsbe mühungen sind keine aktenkundig.

Als somatische Komorbidität ist die beste hende posttraumatische Femoropatellargelenksarthrose zu nennen, wobei aus orthopä discher Sicht festgehalten wurde, dass bei Beachtung des Belastungs profils ein ganztä g iges Pensum ausgeübt werden könne

(vgl. Urk. 7/139 /64-66

Ziff. 6.3-6.4, Urk. 7/139/ 68 Ziff. 8 .1-8.2). Eine relevante psychiatrische Komorbi dität ist nicht ausgewiesen.

Im Rahmen de r Komplexe «Persönlichkeit»

und «sozialer Kontext» ist den akzentuierten Persönlichkeitszügen des Beschwerdeführers sicherlich Rechnung zu tra gen. Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung wurde d agegen verneint (vgl. Urk. 7/139 /104-106

Ziff.

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