

Valeur probante d'une expertise psychiatrique, pronostic d'amélioration de la capacité de travail aux termes d'un traitement médical, mesures de réadaptation

Art. 7 al. 2 let. d, 7a, 8 al. 3 et 28 al. 1 let. a LAI

L'office AI recourt contre un arrêt ayant reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité sur la base d'une expertise judiciaire psychiatrique ayant conclu à une capacité de travail réduite de 50 % et à un pronostic de capacité de travail à 80-100 % dans les quatre à six mois moyennant une thérapie adéquate (c. 3.1).

Le TF rejette le premier grief de l'office AI ayant trait à la **valeur probante de l'expertise**. Même si la perspective du recouvrement d'une pleine capacité de travail aurait théoriquement dû être évaluée à l'aide des indicateurs développés à l'ATF 141 V 281, **la jurisprudence admet parfois qu'un examen approfondi sur la base des indicateurs est superflu**, lorsque l'existence d'une incapacité de travail a été établie de manière claire par l'expert et qu'il n'existe pas d'évaluations contraires probantes (c. 4).

Le TF rejette également le second grief de l'office AI qui se prévalait de l'ATF 148 V 397 pour nier l'invalidité compte tenu de la perspective d'une amélioration de la capacité de travail moyennant traitements. Le TF rappelle que les **mesures de réadaptation raisonnablement exigibles** qui excluent le droit à la rente visées à l'art. 28 al. 1 let. a LAI sont uniquement les mesures énumérées exhaustivement à l'art. 8 al. 3 LAI et réglées par les art. 12 ss LAI. **Il ne s'agit en revanche pas des traitements médicaux** au sens de l'art. 25 LAMal susceptibles de favoriser la réadaptation auxquels la personne assurée doit se soumettre conformément à son obligation de réduire son dommage (art. 7 al. 2 let. d et 7a LAI) (c. 5.1.2). **Le fait qu'une atteinte à la santé soit théoriquement traitable, comme cela peut être le cas d'un état dépressif léger à moyen, n'exclut pas d'emblée son caractère invalidant** (c. 5.1.3).

Par ailleurs, les démarches nécessaires à la **réadaptation par soi-même** en tant qu'expression de l'obligation générale de diminuer le dommage permettent d'exclure une invalidité **uniquement dans le cas où la personne assurée est en mesure, de sa propre initiative, d'augmenter notablement sa capacité de travail sans l'aide de tiers** (par exemple en prenant les médicaments prescrits ; ATF 148 V 397). **En revanche, si la personne n'est pas en mesure d'améliorer son état par elle-même, le droit à la rente doit être admis de manière illimitée**, tant que l'incapacité perdure et que les mesures n'ont pas atteint leur but. Ce n'est qu'en cas de succès des traitements médicaux, respectivement de la violation par la personne assurée de son obligation de réduire son dommage en se soumettant aux traitements préconisés au terme d'un délai de mise en œuvre, que le droit à la rente peut être revu aux conditions de la révision (art. 17 al. 1 LPGA) (c. 5.1.4).

Auteure : Emilie Conti Morel, avocate à Genève

Beschwerde gegen das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 12. Mai 2023 (IV.2019.00389).

Sachverhalt:

A.

A., geb. 1994, meldete sich im Februar 2013 wegen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und einer depressiven Erkrankung bei der Invalidenversicherung an. Er durchlief

berufliche Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (Potenzialabklärungen im Rahmen der Berufswahl, Aufbautraining, erstmalige berufliche Ausbildung zum Kaufmann EFZ). Nachdem er die Ausbildung per Ende März 2015 abgebrochen hatte, hielt die IV-Stelle des Kantons Zürich fest, er sei derzeit aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, eine berufliche Ausbildung zu absolvieren; die Arbeitsfähigkeit sei an einem geschützten Arbeitsplatz zu entwickeln. Im Oktober 2016 erteilte die IV-Stelle eine Kostengutsprache für die Mehrkosten der Vorbereitung auf eine erstmalige berufliche Ausbildung zum Fachmann Betriebsunterhalt EFZ. Im Juni 2017 stellte sie fest, aufgrund häufiger Absenzen hätten die Voraussetzungen zum Bestehen einer Berufslehre nicht geschaffen werden können, weshalb keine weiteren beruflichen Massnahmen in Betracht gezogen würden.

Mit Verfügung vom 6. September 2017 sprach die IV-Stelle A. ausgehend von einer 50-prozentigen Arbeitsfähigkeit mit Wirkung ab August 2017 eine halbe Invalidenrente zu, nachdem sie den Versicherten am 25. Juli 2017 unter dem Titel der Schadenminderung verpflichtet hatte, eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung weiterzuführen.

A. führte Beschwerde und beantragte, es sei ihm eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich wies den Versicherten auf eine mögliche Schlechterstellung (reformatio in peius) hin und gab ihm Gelegenheit zum Rückzug der Beschwerde. Mit Urteil vom 20. März 2018 hob es die Verfügung vom 6. September 2017 auf und wies die Sache an die IV-Stelle zurück, damit diese ein psychiatrisches (eventuell psychiatrisch-neurologisches resp. -neuropsychologisches) Gutachten einhole und über den Leistungsanspruch neu entscheide. Gestützt u.a. auf ein bi-disziplinäres Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) B. vom 11. Dezember 2018 verneinte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch (Verfügung vom 12. April 2019).

B.

A. gelangte wiederum an das kantonale Gericht. Im Verlauf des Beschwerdeverfahrens reichte er eine Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin Dr. C. und des Prof. D. vom 3. Juni 2019 ein und beantragte, die Verwaltung sei zu verpflichten, ihm die Kosten dieses fachärztlichen Berichts von Fr. 2'520.20 zu ersetzen. Die IV-Stelle legte eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vor. Das Sozialversicherungsgericht beauftragte die Psychiatrischen Dienste E. mit einer Begutachtung. Die Expertise wurde am 17. Dezember 2021 erstattet. Der Beschwerdeführer äusserte sich unter Beilage eines Berichts von Dr. C. vom 15. Juni 2022. Die Gerichtsgutachter beantworteten am 2. und 21. Dezember 2022 ergänzende Fragen der Vorinstanz.

Das Sozialversicherungsgericht hiess die Beschwerde von A. teilweise gut. Es stellte fest, er habe mit Wirkung ab August 2017 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente, und wies die IV-Stelle an, die Eingliederung des Versicherten in die Wege zu leiten. Ausserdem verpflichtete das kantonale Gericht die Verwaltung u.a. dazu, dem Versicherten die Kosten des ärztlichen Berichts vom 3. Juni 2019 zu ersetzen (Urteil vom 12. Mai 2023).

C.

Die IV-Stelle führt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten. Sie beantragt, das angefochtene Urteil sei aufzuheben und die Verfügung vom 12. April 2019 dahin zu bestätigen, dass weder ein Rentenanspruch noch ein Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen bestehe. Der Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zuzuerkennen. Der Beschwerdegegner ersucht um unentgeltliche Rechtspflege.

Erwägungen:

1.

1.1. Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, BBl 2017 2535). Die strittige Verfügung (vom 12. April 2019) erging vor dem 1. Januar 2022. Nach allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und zum zeitlich massgebenden Sachverhalt (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (BGE 148 V 174 E. 4.1).

1.2. Mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann unter anderem die Verletzung von Bundesrecht gerügt werden (Art. 95 lit. a BGG). Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Indessen überprüft das Bundesgericht tatsächliche Feststellungen der Vorinstanz, die für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein können, auf qualifizierte Rüge hin (Art. 106 Abs. 2 BGG) oder auch von Amtes wegen, wenn jene Feststellungen offensichtlich unrichtig (willkürlich) sind oder auf einer Rechtsverletzung im Sinn von Art. 95 BGG beruhen (Art. 97 Abs. 1 BGG und Art. 105 Abs. 2 BGG). Die Rechtsanwendung erfolgt von Amtes wegen (Art. 106 Abs. 1 BGG). Unter Berücksichtigung der Pflicht zur Begründung der Beschwerde (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG) überprüft das Bundesgericht das angefochtene Urteil grundsätzlich nur anhand der erhobenen Rügen, sofern die rechtlichen Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 234 E. 1).

2.

Strittig ist, ob die Vorinstanz zu Recht den Gerichtsgutachtern folgend angenommen hat, bis zum Abschluss von (noch durchzuführenden) therapeutischen Massnahmen sei der - unter diesem Vorbehalt praktisch uneingeschränkt arbeitsfähige - Beschwerdeführer zu 50 Prozent arbeitsunfähig; weiter, ob auf dieser Grundlage die Zusprechung einer halben Invalidenrente bundesrechtskonform ist (vgl. E. 4.3 und 6 des angefochtenen Urteils).

3.

3.1. Die Vorinstanz würdigt neben dem Gerichtsgutachten der Psychiatrischen Dienste E. vom 17. Dezember 2021 u.a. das Administrativgutachten der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) B. vom 11. Dezember 2018 und die Stellungnahmen von Dr. C. und Prof. D. vom 3. Juni 2019 sowie des RAD vom 10. Dezember 2019 (dazu im Einzelnen E. 3 des angefochtenen Urteils). Sie stellt auf die Schlussfolgerungen der gerichtlich beigezogenen Sachverständigen ab. Diese diagnostizierten als für die Arbeitsfähigkeit relevant: eine rezidivierende (gegenwärtig leichtgradige) depressive Störung mit/bei ausgeprägter Tag-/Nachtumkehr bei fehlender Tagesstruktur und eine Agoraphobie vor allem in Bezug auf die Wegefähigkeit (Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel). Hingegen wirkten sich u.a. ein schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden, eine (teilremittierte) Spielsucht, eine Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen und narzisstischen wie auch leicht dissozialen sowie selbstunsicheren Zügen und ein grenzwertiges ADHS im Kindesalter nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Aktuell bestehe eine leicht- bis mittelgradige unbehandelte depressive Episode (Gerichtsgutachten S. 33). Die Sachverständigen erläuterten in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 2. Dezember 2022 die Diagnosestellung dahin, aufgrund des ausgeprägten subjektiven Leidensdrucks sei (abweichend von der Angabe im Diagnosenkatalog) von einer leicht- bis tendenziell mittelgradigen Depression auszugehen, auch um dem Versicherten die Option einer erneuten suffizienten antidepressiven Behandlung offenzuhalten.

Das kantonale Gericht entnimmt dem Gerichtsgutachten resp. der ergänzenden Stellungnahme, die depressive Störung bedürfe einer konsequenten integrierten psychiatrischen Behandlung; das Setting sei zu optimieren und die Medikamenten-Compliance sicherzustellen. Die zunächst 50-prozentige Tätigkeit (vier bis fünf Stunden täglich in der zweiten Tageshälfte) solle erst über drei bis vier Monate

hinweg im geschützten Rahmen resp. an einem adaptierten Arbeitsplatz stabilisiert werden. Innerhalb von vier bis sechs Monaten sei sodann eine sukzessive Steigerung des Pensums auf bis zu achteinhalb Stunden pro Arbeitstag vorstellbar. Bei ausreichender medikamentöser Behandlung der Depression sowie anhaltender THC-Abstinenz und kontrollierter Spielsucht sei zu erwarten, dass sich die allgemeine Belastbarkeit und das Funktionsniveau einschliesslich der Konzentration verbesserten und der Beschwerdeführer wieder an sein intellektuelles Leistungsvermögen herankommen werde. Im Fall von Konzentrationsstörungen und rascher Ermüdbarkeit könnten allenfalls zu Beginn einfache, geistig wenig anstrengende repetitive Tätigkeiten sinnvoll sein.

Die Vorinstanz schliesst, das Gerichtsgutachten mitsamt ergänzenden Stellungnahmen erfülle die Anforderungen und sei beweiskräftig. Es werde schlüssig dargelegt, weshalb die Diagnose eines ADHS nicht bestätigt werden könne. Die gerichtlich bestellten Sachverständigen stimmten indessen mit der behandelnden Ärztin überein, dass der Beschwerdegegner zum Zeitpunkt der Begutachtung in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei. Dem Gerichtsgutachten folgend sei davon auszugehen, dass er grundsätzlich in der Lage sei, eine Tätigkeit im Umfang von (80 bis) 100 Prozent auszuüben. Dies setze jedoch eine Besserung des Gesundheitszustands voraus; bei adäquater Therapie - und einer Abstinenz von Cannabinoiden - könne dies innert vier bis sechs Monaten erreicht werden. Für den Beurteilungszeitraum ab August 2017 bis zum Abschluss der erforderlichen Vorkehren sei von einer 50-prozentigen Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt auszugehen.

3.2. Die beschwerdeführende IV-Stelle rügt, es sei bundesrechtswidrig, bis zum Abschluss der für eine Besserung des Gesundheitszustands vorausgesetzten adäquaten Therapie davon auszugehen, es bestehe eine 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit sei bei grundsätzlich allen psychischen Erkrankungen in einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu beurteilen (BGE 143 V 418). Dies sei nicht allein Sache der Medizin; die ärztliche Einschätzung unterliege einer freien juristischen Beurteilung. Die gutachterliche Würdigung beruhe hier aber nicht auf den einschlägigen normativen Vorgaben. Die Vorinstanz habe auch nicht (selbst) geprüft, ob die aufgrund der psychischen Leiden attestierte Arbeitsunfähigkeit (von 50 Prozent bis zum Abschluss von medizinischen und beruflichen Massnahmen) den betreffenden Vorgaben standhalte. Deswegen habe sie auch keine rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit annehmen dürfen.

Im Einzelnen wendet die Beschwerdeführerin ein, die für die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig leichte Episode) massgebenden objektiven Befunde wögen, soweit überhaupt vorhanden, nicht schwer; auch liege kein (akutes) Suchtgeschehen (THC, Spiele) mehr vor. Eine Persönlichkeitsakzentuierung falle rechtsprechungsgemäss nicht unter die IV-rechtlich erheblichen Gesundheitsschädigungen. Es finde derzeit keine antidepressive Medikation statt. Weiter konsultiere der Beschwerdegegner seine Psychiaterin nicht regelmässig. Damit sei einerseits kein hoher Leidensdruck ausgewiesen, andererseits liege ein grosses Behandlungspotential brach. Wenn mit den gutachterlich umschriebenen Massnahmen (Optimierung der Medikation; Behandlungssetting im Rahmen einer kurzen Hospitalisierung im Hinblick auf Tagesstruktur, Aufbau von Sozialkontakten und Verbesserung der Belastbarkeit; ambulante Psychotherapie im wöchentlichen Intervall) die Leistungsfähigkeit schon innert nur vier bis sechs Monaten auf 100 Prozent erhöht werden könne, so spreche auch dies klar für eine bloss leichte Einschränkung. Die zu Beginn gute Motivation und Performance bei den beruflichen Massnahmen habe alsbald nachgelassen (zunehmende Fehlzeiten, Mangel an Durchhaltevermögen). Der Beschwerdegegner habe die Ausbildung denn auch nicht krankheitsbedingt abgebrochen, sondern aufgrund einer seit 2014 zunehmend schwindenden Motivation. Spätestens seit 2016 sei keine Anstrengungsbereitschaft mehr ersichtlich. Nach Zusprechung der halben Invalidenrente (Verfügung vom 6. September 2017) habe er sich nicht mehr weiter um Eingliederung bemüht. Offensichtliche Schwierigkeiten in den Exekutivfunktionen (Einhaltung von Terminen, Pünktlichkeit, Compliance) seien Ausdruck einer seit Jahren fehlenden Tagesstruktur und mangelnden Motivation. Diese hätten keinen Krankheitswert. Nach jahrelanger Beschäftigungslosigkeit sei von einer allgemeinen Dekonditionierung auszugehen. Die ausgeprägte Tag-/Nachtumkehr sei sozialtherapeutisch

und durch eine geregelte Tätigkeit gut anzugehen. Eigentliche Komorbiditäten seien nicht gegeben. Was die persönlichen Ressourcen angehe, verfüge der Beschwerdegegner über gute intellektuelle Voraussetzungen und Sozialkompetenz. Die Auffälligkeiten in der Persönlichkeit beeinträchtigen die Funktionsfähigkeit nicht massgeblich. Unter Gesichtspunkten der Konsistenz (des Verhaltens) sei auf die gutachterliche Feststellung hinzuweisen, wonach die Einschränkungen nicht auf alle Aktivitäten gleichmässig verteilt seien; der Beschwerdegegner konzentriere sich auf Tätigkeiten, die ihn interessierten, wie etwa stundenlanges Spielen am PC.

Insgesamt könnten die geltend gemachten gesundheitsbedingten Einschränkungen und eine daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden. Im Rahmen von Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG sei daher von der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen und eine invalidisierende Wirkung des diagnostizierten Gesundheitsschadens zu verneinen, ohne dass noch eine Besserung infolge adäquater Therapie und Abstinenz von Cannabinoiden abzuwarten wäre. Der strittige Rentenanspruch bestehe nicht.

4.

Nach dem Gesagten wirft die beschwerdeführende IV-Stelle dem kantonalen Gericht im Wesentlichen vor, es sei einer gutachterlichen Einschätzung gefolgt, die nicht auf den spezifischen normativen Rahmenbedingungen für die Festlegung der Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Erkrankungen beruhe (vgl. BGE 143 V 418 E. 6 und 7; 141 V 281 E. 5.2.2). Diese Rüge ist mit Blick auf die strittige Fragestellung unbegründet: Die Feststellung der Vorinstanz, das Gerichtsgutachten sei beweiskräftig und es sei auf dessen Ergebnisse abzustellen (angefochtenes Urteil E. 4), bezieht sich zunächst auf die (von der Beschwerdeführerin nicht infrage gestellte) Einschätzung der Sachverständigen, nach durchgeführter Behandlung sei grundsätzlich eine vollständige Arbeitsfähigkeit erreichbar. An sich wäre diese perspektivische Arbeitsfähigkeit zwar anhand des Prüfungsrasters nach BGE 141 V 281 zu evaluieren; indessen nimmt die Rechtsprechung mitunter an, eine eingehende Prüfung anhand der einschlägigen Indikatoren sei entbehrlich, wenn das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit fachärztlich mit nachvollziehbarer Begründung verneint werde und keine beweismässigen gegenteiligen Einschätzungen vorlägen (Urteil 8C_270/2019 vom 5. September 2019 E. 4.2.2). Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Vorinstanz habe die gutachterliche Beurteilung, dass das (medizinisch-theoretische) Leistungspotential erst nach Durchführung von bestimmten therapeutischen Massnahmen realisierbar sein werde und bis dahin eine hälftige Arbeitsunfähigkeit bestehe (oben E. 3.1), zu Unrecht als anspruchserheblich eingestuft. Diesbezüglich ist zu beachten, dass das "strukturierte Beweisverfahren" nach BGE 141 V 281 - als Leitlinie für eine rechtsgleiche und objektivierbare Herleitung der IV-rechtlich erheblichen Arbeitsunfähigkeit - gerade für Fälle konzipiert ist, in denen ein qualitativer und quantitativer Zusammenhang zwischen medizinischem Befund und funktionalem Ausfall (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2) nur schwer feststellbar ist. Solche Sachverhalte bedingen einen entsprechend grösseren Beweisführungsaufwand (zur amtl. Publ. vorgesehene Urteil 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 5.11; BGE 143 V 418 E. 7 und 141 V 281 E. 3.7.2).

Hier beschränkt sich der Beweisgegenstand darauf, ob und wie weit gesundheitliche Faktoren die Umsetzung der (durch geeignete Therapie erreichbaren) vollständigen Leistungsfähigkeit noch behindern. Die Gerichtsgutachter begründen ihre Auffassung, die Arbeitsfähigkeit sei vorläufig um die Hälfte reduziert, mit einer ausführlichen und konkreten Beschreibung des gegenwärtigen Gesundheitszustands (u.a. rezidivierende depressive Störung, agoraphobische Angstproblematik und Begleitfaktoren wie PC-Spielsucht und Auffälligkeiten in der Persönlichkeit) sowie der ausstehenden therapeutischen Interventionen, von denen der prognostizierte günstige Verlauf abhängt (integrierte psychiatrische Behandlung; stabilisierende und verhaltenstherapeutische Massnahmen etwa mit Bezug auf Tag-/Nachtumkehr, Spielsucht und beeinträchtigte Exekutivfunktionen). Die Auswirkungen des gegenwärtigen, nicht abschliessend therapierten Gesundheitszustands auf das funktionale Leistungsvermögen, aus denen sich die 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit zusammensetzt, ergeben sich direkt und nachvollziehbar aus der gutachterlichen Umschreibung des Therapiebedarfs und der

erzielbaren Verbesserungen. Bezüglich der daraus abgeleiteten hälftigen Arbeitsunfähigkeit besteht somit kein spezifischer Beweisbedarf, zu dessen Deckung auf den Beurteilungsraster nach BGE 141 V 281 E. 4 zurückgegriffen werden müsste. Es ist auch ohne beweisrechtliche Weiterungen substantiiert dargetan, inwiefern die therapeutisch anzugehenden gesundheitlichen Defizite die Umsetzung des Leistungspotentials erheblich behindern. In diesem Sinn ist es hier weder nötig, die funktionalen Ausfälle mit der Schwere der Gesundheitsschädigung abzugleichen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3), noch stellt sich die Frage, ob die Einschränkungen im Lebenskontext und krankheitsanamnestisch als konsistent erscheinen (a.a.O. E. 4.4). Es ist nicht erkennbar, inwiefern die bestrittene Einschätzung der Gerichtsgutachter nicht im Rahmen ihres pflichtgemässen sachverständigen Ermessens liegen sollte. Unter den gegebenen Umständen hat die Vorinstanz kein Bundesrecht verletzt, indem sie darauf verzichtet hat, die Herleitung der attestierten Arbeitsunfähigkeit anhand der massgebenden Indikatoren eingehend zu überprüfen.

5.

Zu klären bleibt die Bundesrechtskonformität der vorinstanzlichen Entscheidung, dem Beschwerdegegner (auf Zusehen hin) eine halbe Invalidenrente zuzusprechen, nachdem die Gerichtsgutachter die prognostizierte vollständige Arbeitsfähigkeit von der Durchführung bestimmter therapeutischer Massnahmen abhängig machten.

5.1. Diese Ausgangslage ist mit Blick auf die Rechtsprechung zur Frage der Behandelbarkeit im Rahmen der Invaliditätsbemessung folgendermassen einzuordnen:

5.1.1. Die Beschwerdeführerin beruft sich auf BGE 148 V 49. Gemäss diesem Entscheid lässt sich eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Bestehe dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so sei insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. In einem solchen Fall müssten gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden könne (BGE 148 V 49 E. 6.2.2; dazu JÖRG JEGER, BGE 148 V 49: Ist das Bundesgericht rückfällig geworden?: Gedanken aus medizinischer Sicht, in: Jusletter 10. Oktober 2022; CERLETTI/EBNER/HERZOG-ZWITTER/MAGER/ROTA/SAUVANT, Stellungnahme der SIM sowie der betroffenen Fachgesellschaften SGVP und SGPP/FMPP zum aktuellen Leiturtel BGE 148 V 49, in: Jusletter 19. Dezember 2022).

Die zitierten Erwägungen zielen in erster Linie auf die Frage, ob eine attestierte Arbeitsunfähigkeit mit Blick auf die Schwere der zugrundeliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigung nachvollziehbar und schlüssig erscheint. Sie betreffen insoweit nicht die hier interessierende Frage nach dem Einfluss der medizinischen Behandelbarkeit eines Gesundheitsschadens auf eine (vorläufige) Erwerbsunfähigkeit.

5.1.2. Den koordinationsrechtlichen Grundsatz "Eingliederung vor/statt Rente" (vgl. Art. 1a IVG) tangiert der vorinstanzlich bejahte Rentenanspruch nicht. Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG statuiert eine Prioritätenordnung für gesetzliche Leistungen: Der Anspruch auf eine Invalidenrente setzt voraus, dass die Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder hergestellt, erhalten oder verbessert werden kann. Nur wenn keine entsprechenden Massnahmen (mehr) in Frage kommen, kann ein Rentenanspruch bejaht werden; andernfalls sind vorab geeignete Eingliederungsmassnahmen anzuordnen (vgl. nunmehr auch Art. 28 Abs. 1bis IVG [in Kraft seit 1. Januar 2022]; Urteil 8C_24/2024 vom 23. Dezember 2024 E. 5.2.1). Ist die versicherte Person grundsätzlich eingliederungsfähig, kann der Rentenanspruch somit unabhängig vom Eingliederungserfolg erst nach Beendigung dieser Massnahmen entstehen (BGE 148 V 397 E. 6.2.4; Urteil 9C_380/2021 vom 31. Januar 2022 E.5.1; vgl. BGE 121 V 190 E. 4). Der rentenausschliessende Eingliederungsvorbehalt nach Art. 28 Abs.1 lit. a IVG bezieht sich auf die in Art. 8 Abs. 3 IVG abschliessend aufgezählten (BGE 119 V 250 E. 1b; ERWIN MURER, Invalidenversicherungsgesetz [Art. 1-27 bis IVG], 2014, N. 71 zu Art. 8 IVG) gesetzlichen Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 ff. IVG. Er erfasst nicht die medizinischen Behandlungen im Sinn

von Art. 25 KVG mit Eingliederungswirkung, zu deren schadenmindernder Inanspruchnahme die versicherte Person verpflichtet ist (Art. 7 Abs. 2 lit. d und Art. 7a IVG; MURER, a.a.O., N. 81 zu Art. 7 IVG), und die den gesetzlichen Eingliederungsmassnahmen vorgehen (MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl. 2022, N. 23 zu Art. 7-7b IVG; nachfolgende E. 5.1.3).

5.1.3. Die Erwerbsunfähigkeit, die der rentenbegründenden Invalidität zugrundeliegt, ist als gesundheitsbedingter Verlust von Erwerbsmöglichkeiten definiert, die "nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung" verbleiben (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Das heisst indessen nicht, dass Durchführung und Abschluss einer als zumutbar erkannten Therapie ein begriffsnotwendiges Element bereits der Erwerbsunfähigkeit als solcher wären. Die frühere bundesgerichtliche Rechtsprechung fasste die Behandelbarkeit im Zusammenhang mit bestimmten gesundheitlichen Störungen (Suchterkrankungen, Adipositas) zwar noch als Frage des (fehlenden) Krankheitswerts auf. Diese Praxis ist indessen aufgegeben worden (BGE 145 V 215 [Abhängigkeitssyndrome]; zur amtl. Publ. bestimmtes Urteil 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 [Adipositas]). Ferner ist die Rechtsprechung hinsichtlich der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit früher davon ausgegangen, leicht- und mittelgradige depressive Störungen seien - weil definitionsgemäss bloss minderschwere Beeinträchtigungen - regelmässig gut behandelbar; sie wirkten sich daher nur bei erwiesener Therapieresistenz invalidisierend aus. Auch diese Betrachtungsweise ist mittlerweile überholt (Änderung der Rechtsprechung durch BGE 143 V 409; ANDREAS TRAUB, Behandelbarkeit der Adipositas und rentenbegründende Invalidität, in: SZS 2025 S. 56 f.). Die grundsätzliche Behandelbarkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung schliesst eine Erwerbsunfähigkeit und damit eine rentenbegründende Invalidität begrifflich also nicht von vornherein aus (erwähntes Urteil 8C_104/2024 E. 5.9 und 5.11; BGE 145 V 215 E. 8.2; 143 V 409 E.4.4; 127 V 294 E. 4c; Urteil 9C_327/2022 vom 10. Oktober 2023 E. 4.2; BRUNNER/VOLLENWEIDER, in: Basler Kommentar, ATSG, 2020, N. 101 zu Art. 21 ATSG).

5.1.4. Bedeutsam bleibt die Therapierbarkeit des Leidens in folgenden Zusammenhängen:

Im Rahmen der Einschätzung der Arbeits- resp. Erwerbsunfähigkeit kann die Behandelbarkeit ein Element für die Bestimmung der Funktionseinschränkung bilden, indem sie den Schweregrad der gesundheitlichen Beeinträchtigung indiziert; das Scheitern einer fachgerechten Therapie legt eine negative Prognose nahe (BGE 143 V 409 E. 4.4; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; vgl. für den vorliegenden Fall aber oben E. 4).

Bei der Invaliditätsbemessung darf ein Behandlungserfolg unter dem Titel der Pflicht zur Selbsteingliederung - einer Anspruchsvoraussetzung - vorweggenommen, d.h. unmittelbar angerechnet werden, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren (Art. 7b Abs. 1 IVG und Art. 21 Abs. 4 ATSG) durchgeführt werden müsste, wenn der Erfolg direkt vom Verhalten der versicherten Person abhängt, indem diese selbst ohne (weitere) Hilfe von Fachleuten die Leistungskapazität realisieren könnte (BRUNNER/VOLLENWEIDER, a.a.O., N. 99 zu Art. 21 ATSG; MEIER/LIENHARD, Urteil des Bundesgerichts, I. sozialrechtliche Abteilung, vom 13. Oktober 2022 [8C_326/2022] [BGE 148 V 397], in: Pfliegerrecht 2023 S. 111; MONIKA WEHRLI, Selbsteingliederung durch medizinische Behandlungen in der Invalidenversicherung, 2015, Rz. 29 ff.). Dies trifft dann zu, wenn therapeutische Vorkehren, die eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erwarten lassen (z.B. Einnahme verschriebener Medikamente), aus Eigeninitiative umsetzbar sind. Insoweit geht die Selbsteingliederung dem Rentenanspruch (und auch gesetzlichen Eingliederungsleistungen) vor (BGE 148 V 397 E. 7 mit Hinweisen).

Besteht keine aus Eigeninitiative umsetzbare Selbsteingliederungspflicht, weil die versicherte Person es nicht ohne Weiteres selber in der Hand hat, Arbeitsfähigkeit herzustellen (vgl. erwähntes Urteil 8C_104/2024 E. 6.1) oder auf ihre Eingliederungsfähigkeit hinzuwirken (vgl. BGE 148 V 397 E. 6.2.4), kann bei einem noch nicht austherapierten Leiden ein Rentenanspruch entstehen (oben E. 5.1.3). Dies gilt auch, wenn das Behandlungspotential und die infrage kommenden therapeutischen Vorkehren

abklärungsbedürftig sind. Die versicherte Person ist bei der Abklärung und Durchführung der auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands abzielenden Therapie mitwirkungspflichtig (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG; ANNE-SYLVE DUPONT, in: Commentaire romand, LPGA, 2018, N. 54 zu Art. 21 ATSG). Die betreffenden Spielräume der Schadenminderung (Art. 7 IVG) müssen im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens definiert werden (zur amtl. Publ. bestimmtes Urteil 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 6.2). Ob eine geplante Behandlung erfolgreich sein wird, kann erst nach Abschluss der betreffenden Therapie beurteilt werden. Solange sie andauert, kommt ein unbefristeter Rentenanspruch infrage (BGE 145 V 215 E. 8.2; 143 V 409 E. 4.4); hat sich der prognostizierte Behandlungserfolg realisiert (oder die versicherte Person die Mitwirkungspflicht verletzt), wird die Invalidenrente gegebenenfalls auf dem Weg der materiellen Revision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) herab-gesetzt oder aufgehoben (BGE 127 V 294 E. 4b/cc). Wenn der prognostizierte Behandlungserfolg schon im Vorhinein absehbar und terminierbar ist, kann eine befristete Invalidenrente gesprochen werden (vgl. BGE 145 V 215 E. 8.2).

5.2. Gemäss gutachterlicher Prognose wird die vorläufig bestehende 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdegegners in eine vollständige Arbeitsfähigkeit übergehen, wenn die rezidivierende depressive Störung und die Begleitumstände (vgl. oben E. 4) mit den von den Gutachtern konkret umrissenen Massnahmen therapiert werden, dies allenfalls nach Durchführung von Eingliederungsmassnahmen.

5.2.1. Der vorliegend zu beurteilende Sachverhalt unterscheidet sich massgeblich von demjenigen in BGE 148 V 397 E. 7.2.3, was die Möglichkeiten einer Selbsteingliederung betrifft. Zwar sind nach Einschätzung der Gutachter sowohl die Depression als auch das (allfällige) ADHS medikamentös und psychotherapeutisch gut behandelbar. Dennoch gilt es, ein Bündel von ineinandergreifenden, planungsbedürftigen therapeutischen Vorkehrungen umzusetzen: So geht aus dem Gerichtsgutachten hervor, dass die bisherige antidepressive Medikation Fragen aufwirft und im Rahmen - allenfalls stationärer - psychiatrischer Interventionen zu regeln ist. Hinsichtlich der Sucht empfehlen die Sachverständigen eine regelmässige ambulante integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zur Aufrechterhaltung des Abstinenzverhaltens. Die agoraphobische Angstproblematik vor allem beim Benutzen des öffentlichen Verkehrs sei mittels kognitiver Verhaltenstherapie anzugehen. Voraussetzung für ein mittel- bis langfristig stabiles Funktionsniveau seien "insbesondere die Verbesserung der Compliance mit Aufbau einer ausreichenden Kontinuität der Einnahme der Psychopharmaka (ggf. kontrollierte Abgabe durch eine Spitex) im Rahmen einer engmaschigen integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit dem Ziel der leitliniengerechten Behandlung der Depression und Agoraphobie sowie Beibehaltung der THC-Abstinenz und Stabilisierung der kontrollierten teilremittierten Spielsucht" (Gutachten S. 31). Das Therapiekonzept muss auch auf nichtmedizinische Vorkehrungen abgestimmt sein: Nach Einschätzung der Sachverständigen kann das individuelle Leistungsvermögen "durch Verbesserung der Aussenstruktur (ggf. Internatsanbindung während einer Ausbildung, begleitetes Wohnen, Psychiatrie-Spitex, freiwillige Beistandschaft) mit dem Ziel der Optimierung der Tagesstruktur und damit Verbesserung der Tag-/Nachtumkehr sowie Aufnahme einer regelmässigen Tätigkeit [...] gefördert werden" (Gutachten S. 30 f.). Das chronifizierte Problem der Tag-/Nachtumkehr sei mit Vorteil anfänglich unter stationären Bedingungen anzugehen.

5.2.2. Dieses Behandlungskonzept fällt nicht mehr unter die rentenausschliessende Selbst-eingliederungspflicht der versicherten Person. Der Beschwerdegegner hat es nicht selber in der Hand, mittels einfacher, selbstverantwortlicher Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung vollständig arbeitsfähig zu werden. Die Folgen der Gesundheitsbeeinträchtigungen sind auch aus objektiver Sicht nicht im Sinn von Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG überwindbar. Insoweit ist die Vorinstanz zu Recht von einem vorläufigen Rentenanspruch des Beschwerdegegners ausgegangen. Dieser dauert bis zu einer allfälligen Revision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) nach Abschluss der im Gutachten umschriebenen

therapeutischen Massnahmen, hinsichtlich derer ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen ist (Art. 21 Abs. 4 ATSG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 2 lit. d und Art. 7b Abs. 1 IVG).

6.

Die IV-Stelle rügt die im angefochtenen Urteil vorgenommene Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG) unter den Titeln des Valideneinkommens (Erwerbseinkommen, das der Versicherte ohne Ausbildung als Nichtinvalid erzielen könnte; Art. 26 Abs. 1 IVV [in der bis Ende 2021 geltenden Fassung]) sowie der Kürzung des statistischen Invalideneinkommens ("Teilzeitabzug"; vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2).

Beide Punkte können hier offenbleiben. Die Vorinstanz bejaht eine rentenbegründende Invalidität für die Zeit von August 2017 bis zur Herstellung eines gesundheitlichen Zustands, der keine entsprechende Invalidität mehr begründet (vgl. angefochtenes Urteil E. 6). Es besteht hier die Besonderheit, dass die anspruchserhebliche Minderung der Erwerbsfähigkeit (Art. 7 ATSG) in den mit therapeutischen Mitteln und allfälligen Eingliederungsmassnahmen zu beseitigenden Defiziten begründet ist (oben E. 5.2); etwaige Unterschiede der mit und ohne Invalidität massgebenden Leistungsprofile, die sich in entsprechend unterschiedlichen Einkommensansätzen niederschlagen würden, stehen nicht im Vordergrund. Unter diesen Umständen drängt sich - anstelle eines ordentlichen Einkommensvergleichs mit beziffertem Validen- und Invalideneinkommen (vgl. Art. 28a Abs. 1 IVG und Art. 16 ATSG) - ein sog. Prozentvergleich auf. Der Invaliditätsgrad entspricht daher der Differenz zwischen dem auf 100 Prozent angesetzten hypothetischen Erwerbseinkommen ohne Invalidität und dem mit entsprechend kleinerem Prozentsatz (hier entsprechend der Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent) veranschlagten Invalideneinkommen (dazu BGE 114 V 310). Da das Bundesgericht über die Begehren der Parteien nicht hinausgehen darf (Art. 107 Abs. 1 BGG), ist die Frage nach einer Kürzung des Invalideneinkommens (BGE 135 V 297 E. 5.2; 126 V 75) nicht zu vertiefen (zur Zulässigkeit des sog. leidensbedingten Abzugs beim Prozentvergleich: Urteil 9C_380/2022 vom 25. September 2023 E. 4.4.4 mit Hinweisen). Die vorinstanzliche Invaliditätsbemessung ist jedenfalls im Ergebnis zutreffend.

7.

Die Vorinstanz erkennt, der Beschwerdegegner habe ab August 2017 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Da er grundsätzlich in der Lage wäre, nach Durchführung von medizinischen und beruflichen Massnahmen ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen, werde die IV-Stelle angehalten, die Eingliederung des Versicherten, nötigenfalls unter Androhung der Leistungseinstellung (Art. 21 Abs. 4 ATSG), umgehend in die Wege zu leiten (angefochtenes Urteil E. 6). Die Beschwerdeführerin rügt, diese Anweisung werde nicht begründet. Auch nach dem Gerichtsgutachten sei die Notwendigkeit weiterer Eingliederungsmassnahmen aus gesundheitlichen Gründen nicht ausgewiesen.

Zunächst bezieht sich die vorinstanzliche Anordnung, die IV-Stelle solle die Eingliederung des Beschwerdeführers in die Wege leiten, offenkundig auf die Durchsetzung der im Gerichtsgutachten vorgezeichneten schadenmindernden therapeutischen (und flankierenden erwerbsbezogenen) Vorkehrungen. Sollte sich nach Durchführung der schadenmindernden therapeutischen Vorkehrungen mit Blick auf Massnahmen beruflicher Art (Art. 15 ff. IVG) eine leistungsspezifische Invalidität (Art. 4 Abs. 2 IVG) ergeben, wäre die Prüfung eines solchen Anspruchs unter dem Titel "Eingliederung aus Rente" (vgl. Art. 7 Abs. 2 lit. e und Art. 8a Abs. 1 und 2 IVG; BGE 145 V 2) Gegenstand eines neuen Verfahrens.

8.

Die Vorinstanz hat der Beschwerdeführerin die Kosten der vom Beschwerdegegner beigebrachten ärztlichen Stellungnahme von Dr. C. und Prof. D. vom 3. Juni 2019 sowie des Gerichtsgutachtens vom 17. Dezember 2021 gestützt auf Art. 45 Abs. 1 zweiter Satz ATSG auferlegt (angefochtenes Urteil

E. 7.2.3 und 7.3; vgl. dazu BGE 143 V 269 E. 6.2.1 und Urteil 9C_608/2020 vom 18. Juni 2021 E. 4). Die Beschwerdeführerin rügt diese Anordnung nicht. Diesbezügliche Weiterungen erübrigen sich (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG).

9.

Das Gesuch um aufschiebende Wirkung wird mit dem vorliegenden Entscheid gegenstandslos.

10.

Dem Verfahrensausgang entsprechend trägt die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten (Art. 66 Abs.1 erster Satz BGG). Sie bezahlt dem Beschwerdegegner eine Parteientschädigung gemäss seinem ausgewiesenen Aufwand (Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG). Dessen Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist damit gegenstandslos.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

3.

Die Beschwerdeführerin hat den Beschwerdegegner für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 350.- zu entschädigen.

4.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Sozialversicherungen schriftlich mitgeteilt.