

# ZG\_VERWALTUNGSGERICHT S 2021 16 vom 12. Januar 2023

ZG Verwaltungsgericht, 2023-01-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zg\\_verwaltungsgericht\\_S\\_2021\\_16](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zg_verwaltungsgericht_S_2021_16)

FR: ZG\_VERWALTUNGSGERICHT S 2021 16 du 12 janvier 2023

IT: ZG\_VERWALTUNGSGERICHT S 2021 16 del 12 gennaio 2023

## Regeste

Sozialvers.rechtl. Kammer — Invalidenversicherung (Rente) — Beschwerde

## Erwägungen

### E. 2

Urteil S 2021 16 A. Der 1967 geborene Versicherte, A.\_\_\_\_\_, meldete sich nach Anmeldungen vom Oktober 2007, August 2010 und Mai 2014 im September 2017 erneut bei der IV- Stelle Zug zum Leistungsbezug an (IV-act. 1, 47, 91, 125). Die IV-Stelle tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Im August 2019 sprach sie dem Versicherten Arbeitsvermittlung und Abklärung der beruflichen Eingliederung zu (IV-act. 178); die ursprünglich vom 4. November 2019 bis 3. Mai 2020 geplante berufliche Abklärung bei der C.\_\_\_\_\_ wurde per 16. Februar 2020 abgebrochen, worauf die Eingliederung abgeschlossen wurde (IV-act. 190; 193-195). Gestützt auf die Stellungnahme des RAD vom 13. August 2020 stellte die IV-Stelle dem Versicherten am 25. August 2020 die Abweisung des Leistungsbegehrens (Rente) in Aussicht (IV-act. 208 f.). Am 18. Dezember 2020 verfügte die IV-Stelle wie vorbeschrieben (BF-act. 1). B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 1. Februar 2021 liess der Beschwerdeführer die Aufhebung der Verfügung vom 18. Dezember 2020 und Rückweisung der Angelegenheit an die IV-Stelle zwecks Ergänzung des Sachverhaltes beantragen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der IV-Stelle. In prozessualer Hinsicht liess er die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Verbeiständung beantragen (act. 1). C. Mit Verfügung vom 22. März 2021 bewilligte das Verwaltungsgericht das beschwerdeführerische Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und bestellte dem Beschwerdeführer für das Beschwerdeverfahren antragsgemäss einen unentgeltlichen Rechtsbeistand in der Person von RA lic. iur. B.\_\_\_\_\_ (act. 6). D. Mit Vernehmlassung vom 6. Mai 2021 beantragte die IV-Stelle die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 7). Das Verwaltungsgericht erwägt: 1. Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten, geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Am 1. Januar 2022 ist weiter das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung in Kraft getreten (IVG;

### E. 3

Urteil S 2021 16 SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020). Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt ab; in zeitlicher Hinsicht sind, vorbehältlich abweichender Übergangsbestimmungen, diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes

Geltung hatten (vgl. etwa BGE 147 V 278 E. 2.1; 144 II 326 E. 2.1.1; 131 V 9 E. 1; 129 V 354 E. 1, je mit Hinweisen). Die hier angefochtene Verfügung erging am 18. Dezember 2020; die zu beurteilende Beschwerdewurde am 1. Februar 2021 der Post übergeben. Anwendbar sind nach Art. 82a ATSG die ab 1. Januar 2021 gültigen Normen des ATSG und die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Normen des IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201). 2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungs- rechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 Abs. 1 lit. a des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [EG AHVIVG; BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG gegeben. Die IV-Stelle erliess die strittige Verfügung am 18. Dezember 2020. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 1. Februar 2021 der Post übergeben und ging am 3. Februar 2021 beim Verwaltungsgericht ein. Die gemäss Art. 60 Abs. 1 i.V.m. 38 Abs. 4 lit. c ATSG vorgesehene 30-tägige Beschwerdefrist wurde somit gewahrt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen Antrag und eine Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerden einzutreten ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

### **E. 3.1**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung, die ihre Erwerbstätigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8

### **E. 3.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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. 3.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und

bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 115 V 133 E. 2 mit Hinweisen).

#### **E. 3.4**

Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Arztes begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). Der Arzt muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (BGer 9C\_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.2 mit Hinweisen). Diesen Anforderungen genügende Berichte Regionaler Ärztlicher Dienste (RAD) können einen vergleichbaren Beweiswert haben wie ein Gutachten (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich fest stehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt

#### **E. 4**

Urteil S 2021 16 ATSG) sind (lit. c). Bei einer Invalidität von 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe, ab 60 % auf eine Dreiviertels- und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 4.1**

Der Beschwerdeführer war vom 7. Januar 2015 bis 31. August 2017 bei der D. \_\_\_\_\_ AG als Fahrzeugreiniger angestellt; der Bruttomonatslohn betrug Fr. 4'383.–. Der letzte effektive Arbeitstag war der 27. März 2017 (IV-act. 133).

#### **E. 4.2**

Doktor med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, führte im Bericht an den Krankentaggeldversicherer vom 2. August 2017 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Erkrankung, aktuell mittelschwere bis schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), auf. Weiter gab er an, dass regelmässig psychiatrische Konsultationen in Abständen von ca. zwei bis drei Wochen stattfänden. Er habe dem Patienten aufgrund der unregelmässigen Medikamenteneinnahme vorgeschlagen, in die Klinik F. \_\_\_\_\_ einzutreten. Es gäbe keine andere, der Symptomatik angepasste Arbeitstätigkeit; seit dem 28. März 2017 (bis auf weiteres) sei der Patient am aktuellen Arbeitsplatz zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 129/2 ff.).

#### **E. 4.3**

Vom 15. September 2017 bis 20. Januar 2018 war der Beschwerdeführer (zum zweiten Mal) in der Klinik F. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Die Ärzte diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), und gingen von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis 31. Januar 2018 aus (IV-act. 138/1 ff.).

#### **E. 4.4**

RAD-Arzt G.\_\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 19. Oktober 2017 aus, mit dem Bericht von Dr. E.\_\_\_\_\_ sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen; er empfehle Eintreten und das Einholen der entsprechenden Berichte (IV-act. 130).

#### **E. 4.5**

Doktor med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, gab im Bericht vom 7. November 2017 an, in seiner Sprechstunde (seit 23. November 1998) seien ausser Bagatellbeschwerden keine für die IV relevanten Krankheiten besprochen bzw. behandelt worden (IV-act. 134/1 f.)

#### **E. 4.6**

Vom 9. bis 16. März 2018 war der Beschwerdeführer (zum dritten Mal) in der Klinik F.\_\_\_\_\_ hospitalisiert (Übertritt aus der offenen Akutstation). Bei suizidalen Gedanken aufgrund sozialer Belastungsfaktoren wurde die (psychiatrische) Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), gestellt und von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (Weiterbeurteilung durch den Nachbehandler) (IV-act. 148/7 ff.).

#### **E. 4.7**

Im Bericht vom 25. März 2018 führte Dr. E.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: - rezidivierende depressive Erkrankungen, aktuell mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F33.1) - St.n. sehr komplizierter Unterarmfraktur links und seither stark reduzierter Bewegungseinschränkung und Belastbarkeit der betroffenen Extremität - konsekutives Schmerzsyndrom In der Anamnese führte Dr. E.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen Folgendes aus: Grundsätzlich herrsche beim Patienten eine schlechte Medikamenten-Compliance. Bereits im Mai 2008, als sich der Patient notfallmässig vorgestellt hatte, habe sich ein schweres depressives Zustandsbild gezeigt. Ende September 2010 sei sodann eine schleichende Verschlechterung eingetreten; Ende Juni 2011 habe sich die Stimmung des Patienten erneut deutlich eingetrübt. Nach dem Tod des Bruders 2013 sei das Leben des Patienten immer mehr aus dem Ruder gelaufen; im April 2014 habe er einen Suizidversuch

#### **E. 4.8**

In der Stellungnahme vom 22. Juni 2018 schloss RAD-Arzt G.\_\_\_\_\_, von einer dauerhaften Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht ausgegangen werden. In der Behandlung zeige sich der Versicherte unzuverlässig, nicht krankheitseinsichtig (Kokainkonsum), und mit fehlender Compliance. Eine dauerhaft die Arbeitsfähigkeit als Werkstatt-Mitarbeiter einschränkende psychische Störung im IV-relevanten Sinne liege nicht vor. Die als rezidivierende depressive Störung beschriebene Symptomatik müsse vielmehr als depressiver Verstimmungszustand/Anpassungsstörung im Rahmen der psychosozialen Belastungsfaktoren (zuletzt räumliche Trennung von Ehepartner aufgrund Eheproblematik) angesehen werden. Welchen Einfluss eine zuletzt nachgewiesene Drogenproblematik (Kokain) spiele, sei unklar. Eine Unterstützung durch die IV könne er nicht empfehlen. Voraussetzung für eine nochmalige Prüfung wäre der Nachweis einer kontinuierlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit mind. zwei Konsultationen pro Monat, regelmässiger Blutspiegelkontrollen und einer vollständigen Abstinenz von illegalen Drogen; alles über einen Zeitraum von mind. sechs bis acht Monaten (IV-act.

149).

#### **E. 4.9**

Vom 28. Oktober bis 17. Dezember 2018 war der Beschwerdeführer im Nachgang zu einer ärztlich angeordneten fürsorgerischen Unterbringung aufgrund akuter Suizidgedanken zum vierten Mal in der Klinik F. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Bei der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) gingen die Behandler von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit (Weiterbeurteilung durch den Nachbehandler) aus (IV- act. 173/5 ff.).

#### **E. 4.10**

Im Bericht vom 12. Februar 2019 stellte Dr. E. \_\_\_\_\_ (weiterhin) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelschwere Episode (ICD-10 F33.2). Vom 29. März bis 27. Oktober 2018 sei es zu insgesamt acht Konsultationen gekommen;

#### **E. 4.11**

Vom 26. April bis 18. Juni 2019 war der Beschwerdeführer zum fünften Mal in der Klinik F. \_\_\_\_\_ hospitalisiert; dem Aufenthalt war abermals eine ärztlich angeordnete fürsorgerische Unterbringung nach Suizidversuch (mittels Tablettenintoxikation und Alkoholintoxikation) vorausgegangen. Bei der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), wurde von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (Bericht vom 10. Juli 2019; IV-act. 173/1 ff.).

#### **E. 4.12**

In der Stellungnahme vom 24. Juni 2019 stellte RAD-Arzt I. \_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, fest, die Abstinenzauflagen seien erfüllt. Unter nachgewiesener Abstinenz habe sich eine depressive Störung bestätigt, welche die Arbeitsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit Beginn der Arbeitsfähigkeitsattestierung durch Dr. E. \_\_\_\_\_ ab 28. März 2017 beeinträchtigt und auch weiterhin beeinträchtigen werde. Insofern sei der Versicherte künftig auf Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung durch die IV-Stelle angewiesen. Grundsätzlich müsse man bei der zuletzt von Dr. E. \_\_\_\_\_ dokumentierten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode im Sinne von ICD-10 F33.1, von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgehen (IV-act. 170).

#### **E. 4.13**

Seit 20. März 2019 war der Beschwerdeführer einmal pro Woche in Behandlung bei Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie. Dieser sah bei

#### **E. 4.14**

RAD-Arzt I. \_\_\_\_\_ bestätigte am 26. Juli 2019 auf Grundlage der Neuakten die Einschätzung vom 24. Juni 2019, forderte angesichts der Alkoholintoxikation vor der fürsorgerischen Unterbringung im April 2019 jedoch den Nachweis der Suchtmittelabstinenz vor Inangriffnahme einer beruflichen Massnahme (IV-act. 175).

#### **E. 4.15**

Eine ursprünglich von 4. November 2019 bis 3. Mai 2020 geplante berufliche Abklärung bei der C. \_\_\_\_\_ (IV-act. 190) wurde per 16. Februar 2020 abgebrochen (IV- act. 193 f.). Dem Bericht der C. \_\_\_\_\_ vom 18. Februar 2020 ist zu entnehmen, dass eine Steigerung

des Arbeitspensums von 50 auf 60 % per 16. Dezember 2019 vollzogen wurde. Der Versicherte habe sich damit schwer getan und die Erhöhung habe immer wieder Diskussionen ausgelöst. Per Mitte Januar 2020 sei die Präsenzzeit auf Wunsch des Versicherten auf 7 bis 12 Uhr verlegt worden. Der Versicherte habe angegeben, dass er am Nachmittag Ruhe und Zeit brauche, sich zu erholen. Die neue Arbeitszeitregelung habe nur bedingt geklappt, da er am Morgen mehrmals zu spät zur Arbeit erschienen sei. Auf eine weitere Steigerung des Pensums, wie vorgesehen, habe sich der Versicherte nicht eingelassen. Er habe mitgeteilt, dass sein Arzt ihm gesagt habe, er müsse nicht steigern. Das Arbeitsverhalten sowie die Arbeitsleistung wurden (sehr) positiv bewertet. Zu den persönlichen Kompetenzen wurde was folgt angegeben: die Arbeitsmotivation war nicht erkenn- oder spürbar; Pensumssteigerungen waren schwierig und der Versicherte schien nicht gewillt, diese gemäss dem Eingliederungsplan umzusetzen; wir konnten uns nicht auf die Pünktlichkeit verlassen; bei Krankheit meldete er sich nicht korrekt ab; er hielt sich nicht an Pausenregelungen und machte vermehrt Rauchpausen; er konnte sich gut konzentrieren; teilweise war er nicht gewillt, alle anfallenden Arbeiten auszuführen, erst nach gewissen Diskussionen erledigte er diese; das Einhalten der Regeln war für ihn schwierig und er liess sich ungerne etwas sagen; er ordnete sich nicht gerne unter, was zu Diskussionen führte. Die sozialen Kompetenzen wurden folgendermassen beschrieben: der Versicherte hat sich im Team integriert; er zeigte sich nicht kooperativ und die Zusammenarbeit war schwierig. Zusammenfassend wurde festgehalten, trotz guter Arbeitsleistungen habe sich die Zusammenarbeit schwierig gestaltet. Der Versicherte habe vermehrt gesagt, dass er diese Integrationsmassnahme machen müsse; seine mangelnde Motivation sei spürbar gewesen. Öfters habe er geäussert, dass er etwas probieren

#### **E. 4.16**

Vom 26. Februar bis 18. März 2020 war der Beschwerdeführer erneut in der Klinik F.\_\_\_\_\_ hospitalisiert: Er sei freiwillig aufgrund der Exazerbation der depressiven Symptomatik bei chronischer depressiver Verstimmung zur Stabilisierung auf die Akutstation K.\_\_\_\_\_ eingetreten. Bei Eintritt habe er berichtet, dass er mit der ihm auferlegten Arbeitsmassnahme der IV und deren Vorgabe an ein Stellenpensum von 70 % überfordert gewesen sei. Zusammenfassend wurde festgehalten, es handle sich um die freiwillige 7. Hospitalisation in der Klinik F.\_\_\_\_\_ aufgrund zunehmender psychischer Dekompensation vor dem Hintergrund psychosozialer Belastungsfaktoren bei seit 2014 bestehender chronisch depressiver Verstimmung mit Energielosigkeit, Schlafstörungen und Grübeln. Im stationären Setting habe sich der Patient rasch deutlich entlastet und stimmungsaufgeheitert gezeigt sowie in regem Kontakt mit Mitpatienten, weshalb die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig nicht erfüllt seien und am ehesten von einer anhaltenden Depression im Sinne einer Dysthymia mit einzelnen abgrenzbaren depressiven Episoden nach akuter Belastung ausgegangen werde (Bericht vom 25. März 2020; IV-act. 201).

#### **E. 4.17**

Doktor J.\_\_\_\_\_ gab im Verlaufsbericht vom 17. März 2020 an, der Gesundheitszustand seit dem 19. Juli 2019 habe sich bei unveränderter Diagnose verschlechtert. Die Arbeitsbelastung über 50 % hinaus in der Integrationsmassnahme habe zu einer Zunahme der Symptome und dem Abbruch der Massnahme geführt. Am Anfang der Integrationsmassnahme sei der Patient noch stabil gewesen, mit der Belastungszunahme sei er zunehmend erschöpft, depressiv und hoffnungslos, auch unzufrieden und dysphorisch

geworden; die psychosoziale Situation habe sich verschlechtert. Es sei eine erneute stationäre Stabilisation nötig. Die Prognose sei mittelfristig wenig günstig. Zur Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft führte Dr. J. \_\_\_\_\_ aus, die Integrationsmassnahme sei seines Erachtens insofern nicht gescheitert, als sich ergeben habe, dass der Patient ein 50%iges Pensum recht gut habe

#### **E. 4.18**

In der Stellungnahme vom 13. August 2020 führte RAD-Arzt I. \_\_\_\_\_ im Rahmen der versicherungspsychiatrischen Beurteilung aus, in der durchgeführten beruflichen Eingliederungsmassnahme habe sich hauptsächlich eine Motivationslosigkeit des Versicherten gezeigt. Er habe unentschuldig gefehlt, ohne Absprache seine (Rauch-)Pausen ausgedehnt und sich mit viel Diskussion dagegen gewehrt, mehr als sein Wunschpensum von 50 % zu absolvieren. Ob für dieses Verhalten auch ein Suchtmittelkonsum verantwortlich sei, lasse sich nicht genau nachvollziehen, da der behandelnde Psychiater der Meinung sei, dass eine Klärung, ob ein behandelbarer Überkonsum durch den Versicherten vorliege, nicht notwendig sei, was aus psychiatrischer und versicherungspsychiatrischer Sicht sehr zu bedauern sei. Unabhängig von der defensiven Haltung des Behandlers sei anlässlich der stationären Behandlung in der Klinik F. \_\_\_\_\_ keine depressive Störung gemäss ICD-10 F32/33 objektiviert worden, sodass die gezeigte Motivationslosigkeit nicht im Rahmen einer ausgeprägten depressiven Störung erklärt werden könne. Insgesamt sei kein schwerwiegender Gesundheitsschaden mit dauerhafter Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Ein evtl. vorliegendes schädliches Suchtverhalten des Versicherten sei therapeutisch angehend und könne keine dauerhafte, nicht mehr korrigierbare Arbeitsunfähigkeit begründen. Ausserhalb von (tatsächlich nachgewiesenen temporären) depressiven Episoden, welche durch stationäre psychiatrische Behandlung belegt seien, liege allenfalls eine Dysthymie vor, mit welcher eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit möglich sei. Die gescheiterten beruflichen Eingliederungsbemühungen seien letztendlich der fehlenden Motivation und Bedürfnislage des Versicherten (Lebenskünstler sein wollen) geschuldet (IV-act. 208).

#### **E. 4.19**

Am 15. November 2020 fügte sich der Beschwerdeführer in suizidaler Absicht multiple Schnittverletzungen zu, worauf er vom Rettungsdienst ins Spital L. \_\_\_\_\_ eingeliefert wurde. Bei der Suizideinschätzung habe er geäussert, dass er zwar mit einer Therapie in der Klinik F. \_\_\_\_\_ einverstanden sei, aber nicht versprechen könne, dass er sich bis dahin nichts antue, da er sich von akuter Suizidalität nicht distanzieren könne. Er habe den Wunsch zu sterben und würde sich wieder verletzen wollen. Nach

#### **E. 5**

Urteil S 2021 16 (BGer 8C\_119/2012 vom 30. März 2012 E. 4). Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen des RAD (BGer 9C\_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1 mit Hinweisen). Bei der Würdigung von RAD-Stellungnahmen ist zu berücksichtigen, dass die Funktion derartiger interner Berichte darin besteht, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder

aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (BGer 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherunginterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 135 V 465 E. 4.4). 4. In medizinischer und erwerblicher Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

#### **E. 5.1**

Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes kann zusammenfassend festgehalten werden, dass beim Beschwerdeführer rezidivierende depressive Störungen (unterschiedlicher Ausprägung: ICD-10 F32.1, F33.1, F33.2) resp. eine anhaltende Depression im Sinne einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) diagnostiziert worden sind (vgl. E. 4).

#### **E. 5.2**

Unbestritten und ausweislich der Akten als erstellt zu betrachten ist, dass der Beschwerdeführer ab März 2017 während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig war (vgl. IV-act. 170). Angesichts der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer im September 2017 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug angemeldet hatte, endete das Wartejahr somit Ende Februar 2018 (vgl. E. 3.1).

#### **E. 5.3.1**

Die IV-Stelle stützte sich bei ihrem rentenablehnenden Entscheid auf die Stellungnahme von RAD-Arzt I. \_\_\_\_\_ vom 13. August 2020, wonach bei einer Dysthymie in einer adaptierten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit möglich sei (vgl. E. 4.18).

#### **E. 5.3.2**

Der Beschwerdeführer lässt einwenden, er habe sich bereits mehrmals suizidieren wollen. Bereits im Jahr 2014 habe er versucht, sich mit 80 Tabletten Valium und Kokain das Leben zu nehmen. Im Jahre 2018 sei es nach dem Konsum von 2 g Kokain zu einer Einweisung gekommen. Ebenfalls zu einer Einweisung sei es am 25. April 2019 nach einer Mischintoxikation in suizidaler Absicht (Einnahme von 1 mg Temesta und 100 mg Trittico mit Alkohol, 1.14 Promille) sowie am 15. November 2020 mit multiplen Schnittverletzungen volarseitig links (abdominal) gekommen. Vorliegend würden nun offensichtlich schwerwiegende Anhaltspunkte für das Vorhandensein von Abhängigkeitssyndromen bestehen, sei es nun Alkohol-, Drogen- oder

#### **E. 5.3.3.1**

Der Beschwerdeführer verkennt, dass der im Verwaltungsverfahren geltende Untersuchungsgrundsatz nicht verlangt, dass der Gesundheitsstatus einer Person ohne Anlass vom Versicherungsträger abzuklären wäre (vgl. SVGer ZH IV.2017.00375 vom 6. September 2018 E. 4.2). Zwar ist der Substanzmissbrauch des Beschwerdeführers aktenkundig (vgl. IV-act. 148/9; 162/3; 173/1), namentlich eine F-Diagnose nach ICD-10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) wurde jedoch nie gestellt. Der zuletzt behandelnde Psychiater führte gar aus, der Beschwerdeführer habe sich

stets vom Konsum von Drogen distanziert; aus therapeutischer Sicht sei eine Überwachung der Drogen-Abstinenz nicht indiziert (IV-act. 198/2). Somit bestand auch für die IV-Stelle keine Pflicht, diesbezüglich weitere Nachforschungen zu tätigen und Abklärungen durchzuführen. Daran ändert auch nichts, dass der RAD-Arzt die Einschätzung des Psychiaters nicht teilte resp. bedauerte (IV-act. 208/1).

#### **E. 5.3.3.2**

RAD-Arzt I. \_\_\_\_\_ begründete seine Einschätzung in der Stellungnahme vom

#### **E. 6**

Urteil S 2021 16

#### **E. 7**

Urteil S 2021 16 unternommen, worauf er drei Monate in der Klinik F. \_\_\_\_\_ verbracht habe (IV-act. 98). Zwischen 2014 und 2017 hätten keine Konsultationen stattgefunden. Aufgrund des bisherigen Verlaufs ging Dr. E. \_\_\_\_\_ von einer eher ungünstigen Prognose aus. Von einer konsequenten psychiatrischen Behandlung versprach er sich aber einen Anstieg der Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Behandlung der Depression. Seit 28. März 2017 ging er von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (IV-act. 142).

#### **E. 8**

Urteil S 2021 16 vom 28. Oktober bis 17. Dezember 2018 sei der Patient in der Klinik F. \_\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen, wovon er [Dr. E. \_\_\_\_\_] per Zufall erfahren habe; nach der Entlassung habe sich der Patient erstmals am 17. Januar 2019 gemeldet, da er eine Fortsetzung der Krankschreibung benötigt habe. Die Arbeitsunfähigkeit sei bis heute und bis auf Weiteres bei 100 %, was auch die Klinik F. \_\_\_\_\_ so beurteile. Der Patient sei in den vergangenen Jahren insgesamt vier Mal über längere Zeiträume psychiatrisch hospitalisiert gewesen. In dieser Zeit sei er u.a. mindestens zwei Mal auf der spezifischen Depressionsabteilung der Klinik F. \_\_\_\_\_ gewesen, die sich vor allem durch ein psychotherapeutisches Behandlungsprogramm auszeichne. Im letzten Austrittsbericht sei der Patient als leidend und gleichzeitig fordernd beschrieben worden bei gleichzeitig insgesamt wenig Eigeninitiative. Im Grunde genommen erlebe er [Dr. E. \_\_\_\_\_] den Patienten ähnlich, es sei bei bestehender Arbeitslosigkeit, massiven finanziellen Problemen und Partnerproblemen schwierig, so etwas wie eine konstruktive Perspektive zu erarbeiten (IV-act. 162).

#### **E. 9**

Urteil S 2021 16 rezidivierenden depressiven Episoden bei chronifizierter depressiver Grundstimmung, St. n. mehreren Suizidversuchen, mittelfristig eine 50%ige Arbeitsfähigkeit mit leicht verminderter Leistung/Zeiteinheit als realistisch an, jedoch nicht ohne "Aufbautraining" in geschütztem Rahmen (Bericht vom 18. Juli 2019; IV-act. 174/2 ff.).

#### **E. 10**

Urteil S 2021 16 werde, bei der Umsetzung habe er resigniert und gesagt, dass er es doch nicht probieren könne. Die Steigerung des Arbeitspensums von 50 auf 60 % habe er nicht konstant umsetzen können, es sei immer wieder zu Diskussionen sowie Krankheitsabsenzen und Verspätungen gekommen. Das Einhalten der Regeln sei für den Versicherten schwierig gewesen und er habe sich nicht konstant an die Rahmenbedingungen sowie

Betriebsvorschriften halten können. Daher sei die Integrationsmassnahme vorzeitig abgebrochen worden (IV-act. 194). Unter den genannten Umständen wurde eine Eingliederung zum aktuellen Zeitpunkt als nicht möglich erachtet (IV-act. 195/8).

#### **E. 11**

Urteil S 2021 16 bewältigen können und erst bei höheren Anforderungen dekompenziert habe. Der Patient habe sich stets von Drogenkonsum distanziert; aus therapeutischer Sicht sei eine Überwachung der Drogen-Abstinenz nicht indiziert und entsprechende Auflagen gebe es seines Wissens nicht. Mittelfristig erscheine ihm bei ca. 50%iger Präsenzzeit und nur leicht herabgesetzter Leistung, bei geeigneter Stelle, eine 40–50%ige Arbeitsleistung möglich (IV-act. 198).

#### **E. 12**

Urteil S 2021 16 Rücksprache mit der diensthabenden Psychiaterin der Klinik F. \_\_\_\_\_ sei er per fürsorglicher Unterbringung in die Klinik F. \_\_\_\_\_ verlegt worden (BF-act. 2). 5.

#### **E. 13**

August 2020 im Wesentlichen mit dem Ergebnis der (gescheiterten) beruflichen Eingliederungsmassnahme sowie damit, dass im Rahmen der anschliessend erfolgten Hospitalisation des Beschwerdeführers in der Klinik F. \_\_\_\_\_ keine depressive Störung gemäss ICD-10 F32/33 resp. eine Dysthymia (ICD-10 F34.1), die eine Restarbeitsfähigkeit von 100 % zulasse, diagnostiziert worden sei. Damit widersprach er namentlich der Einschätzung des zuletzt behandelnden Psychiaters, der den Verlauf der beruflichen Massnahme auf die depressive(n) Störung(en) zurückführte.

#### **E. 14**

Urteil S 2021 16 Zwar ist ausgewiesen, dass die berufliche Massnahme aufgrund des Verhaltens resp. der (auch früher schon festgestellten) Motivationslosigkeit des Beschwerdeführers abgebrochen und im Rahmen des zehn Tage danach angetretenen Aufenthalts in der Klinik F. \_\_\_\_\_ (nurmehr bzw. zu diesem Zeitpunkt) von einer anhaltenden Depression im Sinne einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) mit einzeln abgrenzbaren depressiven Episoden nach akuter Belastung ausgegangen wurde. Wieso allein ausgehend davon und im Ergebnis auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit – Angaben zum Zumutbarkeitsprofil wurden bezeichnenderweise nicht gemacht – zu schliessen ist, leuchtet indes nicht ein, stellte RAD-Arzt I. \_\_\_\_\_ selbst doch noch am 24. Juni 2019 (und bestätigend am 26. Juli 2019) eine depressive Störung fest, welche die Arbeitsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit Beginn der Arbeitsunfähigkeitsattestierung durch Dr. E. \_\_\_\_\_ ab 28. März 2017 beeinträchtigt und auch weiterhin beeinträchtigen werde, wobei er angesichts der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), grundsätzlich von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausging (IV-act. 170; 175). Auch der zuletzt behandelnde Psychiater ging im Bericht vom 18. Juli 2019 (und bestätigend am 17. März 2020) aufgrund der rezidivierenden depressiven Episoden mittelfristig grundsätzlich von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit mit leicht verminderter Leistung pro Zeiteinheit aus (IV-act. 174; 198). Ferner fand eine hinlängliche Würdigung weder der multiplen Hospitalisationen aufgrund suizidaler Gedanken noch des Suizidversuchs vom 26. April 2019 (jeweils mit den Diagnosen ICD-10 F33.1, F32.1 und F33.2; IV-act. 148/7 ff.; 173/5 ff.; 173/1 ff.) statt. Ergänzend ist anzumerken, dass auch der mit Beschwerde ins Recht gelegte

Verlegungsbericht des Spital L. \_\_\_\_\_ vom 15. November 2020 nach erneutem Suizidversuch (BF-act. 2) unkommentiert geblieben ist. Schliesslich ist daran zu erinnern, dass gemäss Bundesgericht grundsätzlich in jedem Fall eines psychischen Leidens ein indikatorengeleitetes Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 durchzuführen ist (BGE 145 V 215 E. 5 und 6.2). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann jedoch dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo ein solches nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (BGE 143 V 409 E. 4.5.3). Die Frage der Notwendigkeit beurteilt sich dabei nach dem konkreten Beweisbedarf. Der Beschwerdeführer war in der Vergangenheit u.a. aufgrund mittel- und schwergradiger depressiver Störungen in unterschiedlichem Masse als arbeitsunfähig angesehen worden. Dass die psychischen Probleme Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hatten resp. haben, erachtete auch der RAD (bis Ende Juli 2019) als nachvollziehbar (siehe vorstehend). Die Notwendigkeit einer Indikatorenprüfung drängt(e)

#### **E. 15**

Urteil S 2021 16 sich vorliegend jedenfalls auf. Bei den RAD-Stellungnahmen resp. der Stellungnahme vom 13. August 2020 handelt es sich um eine rein aktengestützte Beurteilung. Den jüngeren (ärztlichen) Stellungnahmen lassen sich indes gar nicht genügend Angaben entnehmen, um den Schweregrad und die Konsistenz der funktionellen Auswirkungen der psychischen Beeinträchtigungen beurteilen zu können. Eine (hinreichende) Diskussion Standardindikatoren-relevanter Gesichtspunkte wurde denn auch gar nicht geführt. Unter diesen Umständen wäre der RAD gehalten gewesen, den Beschwerdeführer persönlich zu untersuchen oder zusätzliche (fach-)ärztliche Abklärungen zu empfehlen. Im Ergebnis kann der RAD-Stellungnahme vom 13. August 2020 kein hinreichender Beweiswert zuerkannt werden. Das Gleiche muss jedoch namentlich auch für den letzten Verlaufsbericht von Dr. J. \_\_\_\_\_ vom 17. März 2020 (IV-act. 198) gelten: Darin wurde insbesondere nicht schlüssig dargelegt, weshalb just eine Arbeitsbelastung von über 50 % zu einer Zunahme der Symptome führt resp. geführt hat. Zudem lassen sich auch dieser Einschätzung keine Indikatoren-relevante Gesichtspunkte herauslesen. Ein Zumutbarkeitsprofil wurde ebenso wenig festgelegt. Schliesslich ist bei der Würdigung des Berichts auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5). 6. Aus dem Vorstehenden folgt, dass die vorhandenen medizinischen Akten keine hinreichende Grundlage zur Klärung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers enthalten und mithin keine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (keine verlässliche medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit ab März 2018). Die IV-Stelle hat den Rentenanspruch des Beschwerdeführers mithin ohne rechtsgenügende medizinische Grundlage(n) verneint. Die Sache ist darum unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 18. Dezember 2020 an die Beschwerdegegnerin insbesondere zur psychiatrischen Verlaufsbeurteilung (unter Berücksichtigung einer allfälligen Substanzkonsumstörung), wobei zudem die Vorgaben von BGE 141 V 281 zu berücksichtigen sein werden, zurückzuweisen. Hernach ist über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung neu zu verfügen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 7. Das Verfahren ist gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG kostenpflichtig. Es ist demnach eine Spruchgebühr zu erheben, welche auf Fr. 800.– festgesetzt wird und entsprechend

#### **E. 16**

Urteil S 2021 16 dem Ausgang des Verfahrens von der Beschwerdegegnerin zu tragen ist. Praxisgemäss wird die Rückweisung einem Obsiegen gleichgestellt, womit dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zusteht. Dem Beschwerdeführer ist zu Lasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG auszurichten, welche ermessensweise auf Fr. 2'000.– (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt wird.

**E. 17**

Urteil S 2021 16 Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

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