

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00133 vom 22. Mai 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00133](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00133)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00133 du 22 mai 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00133 del 22 maggio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Im Zusammenhang mit der Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 des Anhangs zur Verordnung über Geburtsgebrechen ( GgV Anhang) sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, X.\_\_\_\_, geboren

1991, vom 6. Januar 2000 bis

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; 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 aus schliesslich 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. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 1.3**

Invalide oder von einer Invalidität (Art.

### **E. 1.4**

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). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

## 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2/1) damit, beim Beschwerdeführer liege kein Gesundheitsschaden vor, der die Arbeitsfähigkeit langdauernd und erheblich einschränke. Aus medizinischer Sicht sei lediglich die Tätigkeit als Auslandsmonteur ungünstig. In einer inländischen, regelmässig strukturierten Arbeit bestehe weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, und eine Invalidität im Sinne des Gesetzes liege nicht vor (S. 2). 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, er leide an einer pathologischen Schlafstörung, an Tagesmüdigkeit sowie an migräneartigen Kopfschmerzen. Dieses Krankheitsbild wirke sich erweislich in erheblichem Masse auf die gelernte Tätigkeit als Polymechaniker/Auslandsmonteur aus, so dass er diese angestammte Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen habe aufgeben müssen. Konkret sei aus medizinischer Sicht festgestellt, dass die Faktoren Reisetätigkeit, unregelmässige Arbeitseinsätze sowie die Lärm- und Staubexposition einen gesundheitsschädigenden Einfluss mit direkter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausübten. Zudem sei ihm bereits in der Kindheit psychotherapeutische Unterstützung gewährt worden. Es liege damit ein invalidisierendes Leiden vor, und er habe Anspruch auf berufliche Massnahmen (S. 4 Ziff. 5). 3.

## E. 3

1. Mai 2011 medizinische Massnahmen zu (Urk. 10/1, Urk. 10/5, Urk. 10/13, Urk. 10/16, Urk. 10/20-21, Urk. 10/28, Urk. 10/36).

Im Juli 2012 schloss der Versicherte erfolgreich die Lehre als Polymechaniker ab (vgl. Urk. 10/41).

Am 15. März

2016 meldete sich der Versicherte, welcher

zuletzt vom 1. Juni 2014 bis 31. Dezember

2015 als Auslandsmonteur bei Y. AG, angestellt war (vgl. Urk. 10/51

Ziff. 2.1 und Ziff. 2.7), unter Hinweis auf eine

Adynamie, Spannungskopfschmerzen und Herzrhythmusstörungen erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/42 Ziff. 6.3).

Die IV-Stelle klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/57; Urk. 10/62, Urk. 10/65) mit Verfügung vom 15. November

2016 einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 10/67 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 31. Januar 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. November 2016 (Urk. 2/1) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Sache sei zur Durchführung beruflicher Massnahmen sowie allenfalls zur Prüfung der Rentenfrage an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Am 24. Februar 2017 (Urk. 5) reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen (Urk. 6/1-2) ein, welche der IV-Stelle am 28.

Februar 2017 zur Kenntnis gebracht wurden ( Urk. 7).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 5. April 2017 ( Urk. 9 ) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 6. April 2017 zur Kenntnis gebracht ( Urk. 11 ). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Leitender Arzt Pneumologie, Spital A.\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 25. März 2013 ( Urk. 10/49/5-6) folgende Diagnosen (S. 1): - Non-REM- Parasomnie - stereotype Arm-Nasenbewegungen rechts - fehlende REM-Atonie - leichtes Restless legs Syndrom - saisonale Rhinokonjunktivitis

Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, die Zuweisung des Patienten sei aufgrund einer anamnestic ausgeprägten Hypersomnie erfolgt. Initial sei der Ausschluss eines Schlafapnoe/ Hypopnoe-Syndroms sowie eines Periodic

limb

movement-Syndroms in der Langzeitdokumentation des Schlaf/ Wach-Rhythmus erfolgt.

Der Beschwerdeführer habe über eine subjektiv gute Schlafqualität berichtet. Die Tagesmüdigkeit sei gemäss Epworth

scale in score mit 13/24 Punkten pathologisch (S. 1) .

In der Videoaufzeichnung hätten wiederholt stereotype Armbewegungen mit Nasenkratzen dokumentiert werden können, was ein Hinweis für eine Non-REM- Parasomnie sei.

Andererseits zeige sich eine fehlende REM-Atonie, so dass eine neurologische Weiterbeurteilung notwendig sei (S. 2) .

### **E. 3.2**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 15. April 2013 ( Urk. 10/49/7-10) folgende Diagnosen (S. 1) : - Müdigkeit/Adynamie ohne/mit höchstens leichtgradiger

Tages schlaf rig keit - unklarer Ätiologie - Polysomnographie : erhöhte nicht-periodische Beinbewegungen überwiegend in der REM-Schlafphase, wiederholte stereotype Armbegebungen - keine klinischen und radiologischen Hinweise für eine strukturell-kompressive oder entzündlich- demyelinisierende

cerebrale Erkrankung - überlagerte funktionell-somatoforme Komponente möglich

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer sei ihm zwecks einer neurologischen Standortbestimmung bei den anlässlich einer durchgeführten Polysomnographie festgestellten Befunden zugewiesen worden (S. 1).

Auf Befragen habe der Patient eine erhöhte subjektive Tagesschläfrigkeit verneint, selbst beim Autofahren über längere Strecken frühmorgens oder spät abends. Die Leistung im beruflichen Bereich (Elektromonteur, sei häufig im Ausland tätig) sei unverändert, so auch die körperlichen Leistungen bei den sporadisch durchgeführten sportlichen Tätigkeiten (S. 1) .

Dr. B.\_\_\_\_ führte in seiner Beurteilung aus, die seit einem Jahr ohne eruierbaren Auslöser in schleichender Weise aufgetretene, bislang persistierende Müdigkeit/Adynamie mit einer erhöhten Tagesschläfrigkeit höchstens leichtgradigen Ausmasses (aktuell Epworth im Normbereich), könne ursächlich nicht definitiv definiert werden. Anamnestisch und klinisch, sowie auch unter Berücksichtigung des durchgeführten MRI, bestünden keine Hinweise für eine darunter liegende cerebrale Affektion, insbesondere strukturell-kompressiver, konstitutionell-erworbener/kongenitaler, entzündlich-demyelinisierender oder metabolischer Art. Auch eine primär epileptische Störung inklusiv nächtlicher epileptischer Anfälle habe sowohl klinisch als auch elektroencephalographisch nicht untermauert werden können (S. 2 unten).

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, die von Dr. Z.\_\_\_\_ erhobenen Befunde könnten seiner Ansicht nach nicht im Sinne eines einheitlichen und darunterliegenden Krankheitsbildes beziehungsweise einer klar definierbaren Diagnose oder Schlafstörung zugeordnet werden, auch in Anbetracht der Diskrepanz mit den anamnestischen Angaben einer „ganz ruhigen“ Schlafphase. In diesem Sinne könne er die Diagnose einer (differenzialdiagnostisch möglichen) Non-REM- oder REM- Parasomnie nur aufgrund der vorliegenden polysomnographischen Befunde nicht definitiv bestätigen, auch nicht diejenige eines Restless

legs Syndroms oder von therapeutisch relevanten periodischen Beinbewegungen im Schlaf. Allfällige internistische Ursachen der Müdigkeit/Adynamie seien bereits extensiv überprüft worden (S. 2 f.).

### E. 3.3

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 29. März 2016 (Urk. 10/49/1-4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - somatoforme Störung (ICD-10 F45.0), bestehend seit 2005 - Spannungskopfschmerzen - Non-REM- Parasomnie - myofasciales Syndrom lumbal - Verdacht auf Reizdarm - subjektive Herzrhythmusstörungen

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. C.\_\_\_\_ einen Verdacht auf ein Carpal tunnel syndrome links mit Ulnar compression, eine Leistenhernie rechts, wahrscheinlich asymptomatisch (Dezember 2013), eine Sulcus

nervi

ulnaris Reizung rechts 2013, eine Pharyngitis Differentialdiagnosesyndrom descendans (Ziff. 1.1).

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 12. August 2003 bei ihm in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 19. Februar 2016 erfolgt (Ziff. 1.2).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit habe vom 17. bis 26. August

2013, vom

6. Dezember 2013 bis 15. Januar 2014

und

vom 29. September bis 6. Oktober 2014 sowie vom

8. bis 12. Juni

2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden ( Ziff. 1.6) , was mit den Angaben in der erneuten Anmeldung (Urk. 10/42 Ziff. 4.3) übereinstimmt .

Unter der Reise-, Schicht- und lokalen Belastung komme es zu Spannungskopfschmerzen, Schlafstörungen und anderen Spannungs- und Reizzuständen . Der Beschwerdeführer breche wegen der Symptome zunehmend die Arbeit ab . Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zu mutbar ( Ziff. 1.7). Für eine inländische stationäre, regelmässige strukturierte Arbeit sollte eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehen . Wegen der häufigen Lärm- und Staubbelastung im bisherigen Beruf als Polymechaniker wäre allenfalls auch eine Tätigkeit zum Beispiel im Lehrbetrieb anzuschauen ( Ziff. 1.9).

Es bestünden belastungsabhängig multifokale und multimodale Beschwerden , welche klinisch als somatoformer Ausdruck des Gestresstseins imponierten ( Ziff. 1.4).

### **E. 3.4**

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Anästhesiologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 31. Mai

2016 ( Urk. 10/56/3) aus, dass die bisherige Stelle habe der Kunde selbst gekündigt. Längere Zeiten von Arbeitsunfähigkeit seien durch

Dr. C.\_\_\_\_ nicht ausgewiesen. Er beurteile die bisherige Tätigkeit als Polymechaniker insofern ungünstig, als sie mit Reise-, Schicht- und lokalen Belastungen verbunden gewesen sei.

In einer inländisch stationären, regelmässig strukturierten Arbeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % . Die bisherige Tätigkeit könnte zum Beispiel im Lehrbetrieb wieder aufgenommen werden. Auch die Arbeitslosenkasse des Kantons Zürich halte am 7. April

2016 an einer Vermittlungsfähigkeit von 100 % fest. Dr. D.\_\_\_\_ führte zusammenfassend aus, es bestehe kein Gesundheitschaden , welcher eine dauerhafte invalidenversicherungsrelevante Arbeitsunfähigkeit begründen könnte. 3.5

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, Kopfwehzentrum F.\_\_\_\_ , stellte in seinem Bericht vom 31. August

2016 ( Urk. 10/61) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1): - chronische Migräne, seit etwa 2013 - episodische Migräne, seit der Kindheit - Non-REM- Parasomnien - Herzrhythmusstörungen, vor allem bei körperlicher Belastung

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. E.\_\_\_\_ einen Lendenwirbelsäulen-Schmerz ( Ziff. 1.1).

Dr. E.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 29. September 2014 bei ihm in Behandlung , und die letzte Kontrolle sei heute erfolgt ( Ziff. 1.2). Vom 29. September bis 5. Oktober

2014 und vom 8. bis 11. Juni

2015 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestanden ( Ziff. 1.6).

Reduzierende Belastungsfaktoren seien das Reisen, der Schichtdienst, der Lärm und die Staubexposition. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer aus medizinischer

Sicht nicht mehr zumutbar. Eine behinderungsan gepasste Tätigkeit sei ihm noch im Umfang von sechs Stunden zumutbar ( Ziff. 1.7). Im Moment bestehe keine Arbeitsunfähigkeit ( Ziff. 1.9). Empfohlen werde eine strukturierte, immissionsarme Arbeit, so ein Bürojob ( Ziff. 3).

### **E. 3.6**

Dr. E.\_\_\_\_ führte auf Anfrage des Beschwerdeführers vom 6. Januar

2017 ( Urk. 6/1) in seinem Bericht vom 11. Januar 2017 ( Urk. 6/2) aus, diesem sei seine angestammte Tätigkeit als Elektromonteur (gelernter Polymechaniker) nicht mehr zumutbar. Ein Arbeitsversuch bei Y.\_\_\_\_ von Oktober bis Dezember 2016 an verschiedenen Arbeitsplätzen sei aufgrund von Migräne attacken , Müdigkeit, verminderte r Konzentration und Magenproblemen we gen Medikamenteneinnahme nicht toleriert worden . Eine angepasste Tätig keit unter immissionsfreien Bedingungen wäre in einem reduzierten Pensum von 60 % zumutbar , vorschlagsweise als Berufschullehrer (S. 1 f.).

4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die Einschätzung von RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ vom Mai

2016 (vgl. vorstehend E. 3.4) davon aus, dass beim Beschwerdeführer kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege und aus medizinischer Sicht lediglich die Tätigkeit als Auslandmonteur ungünstig , die gelernte Tätigkeit als Polymechaniker im Rahmen einer Inlandtätig keit ohne Schichtarbeit jedoch vollumfänglich zumutbar sei (vgl. vorstehend E. 2.1). 4.2

Auf die Einschätzung von RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_

kann abgestellt werden . Diese geht einher mit der Einschätzung des Hausarztes Dr. C.\_\_\_\_ vom März

2016 (vorstehend E. 3.3) . Auch konnte der Neurologe Dr. B.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.2) nach seiner Untersuchung des Beschwerdeführers im April 2013 weder die von Dr. Z.\_\_\_\_ im März

2013 (vgl. vorstehend E. 3.1) gestellte Diagnose einer Non-REM- Parasomnie , welche dieser aus den in de n Videoaufnahmen aufgezeichneten wiederholten Armbewegungen mit Nasenkratzen ab ge leite t hatte , noch das d iagnostizierte leichte Restless

legs Syndrom

bestätigen und sprach von einer Müdigkeit/Adynamie unklarer Ätiologie. Auch das Testergebnis zur Tagesmüdigkeit lag bei Dr. B.\_\_\_\_ im Gegensatz zum Test ergebnis bei Dr. Z.\_\_\_\_ im Normbereich. Im Übrigen geht aus dem Gesamt kontext des Berichtes von Dr. Z.\_\_\_\_ hervor, dass es sich eher um Ver dachts dia gno sen gehandelt hat , sah er doch in den Armbewegungen und dem Nasenkratzen lediglich einen Hinweis auf eine Non-REM-Parasomnie .

Weshalb Dr. C.\_\_\_\_ , welchem die Berichte der Fachärzte bekannt waren, diese Diagnosen im März 2016 übernommen hat, ist daher nicht nachvoll ziehbar. Jedoch erachtete er selbst mit die sen Diagnosen eine inländische, re gelmässig strukturierte Arbeit für zumutbar und

sah die vom Beschwerdeführer beschriebenen Symptome weitgehend im Zusammenhang mit den Belastungen mit der Ausland- und Schichtarbeit.

Die Herzrhythmusstörungen bezeichnete

Dr. C. \_\_\_ als subjektive Symptome. Fachärztliche Berichte, welche auf tatsächliche Herzrhythmusstörungen hinweisen würden, liegen nicht in den Akten.

Einhergehend mit diesen medizinischen Einschätzungen war der Beschwerdeführer auch bei der Arbeitslosenkasse als zu 100 % vermittlungsfähig gemeldet (Urk. 10/52/1).

Nach am 14. Juni 2016 ergangenen negativen Vorbescheid (Urk. 10/57) konsultierte der Beschwerdeführer Dr. E. \_\_\_ vom Kopfwehrzentrum F. \_\_\_, welcher ihm

in seinen Berichten vom August

2016 und Januar

2017 (vgl. vorstehend E. 3.5-6) selbst in einer inländischen regelmässig strukturierten Tätigkeit eine reduzierte Arbeitsfähigkeit bescheinigte.

Darauf kann jedoch nicht abgestellt werden. So führte Dr. E. \_\_\_ unter anderem als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die fachärztlich nicht belegten Herzrhythmusstörungen auf, und eine detaillierte Befunderhebung und Begründung, weshalb er den Beschwerdeführer selbst in einer geregelten Inlandtätigkeit auf dem erlernten Beruf nicht mehr für vollständig arbeitsfähig erachtet, fehlt. Insgesamt gilt es zu beachten, dass medizinisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden - wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet -, nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen sind (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.1). Wie aus der Telefonnotiz vom 9. Mai 2015 (Urk. 10/55) hervorgeht, war der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt seit eineinhalb Jahren nicht mehr im Kopfwehrzentrum in Behandlung. 4.3

Aufgrund des Gesagten liegt keine Invalidität vor, und der Beschwerdeführer ist auch nicht von der Invalidität bedroht. Es

besteht

demnach kein Anspruch auf berufliche Massnahmen und auch kein Rentenanspruch. Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Mosimann  
Schucan

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit (Abs. 1) : a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b.

die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind .

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis ).  
Nach Massgabe der Art.

#### **E. 13**

und 21 IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Abs. 2). Nach Massgabe von Art .

#### **E. 16**

Abs . 2 lit . c IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig davon, ob die Eingliederungsmassnahmen notwendig sind oder nicht, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern (Abs. 2 bis ).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Massnahmen ( lit . a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung ( lit . a bis ), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit . b) und in

der Abgabe von Hilfsmitteln ( lit .

d).

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