

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00853 vom 20. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00853

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00853 du 20 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00853 del 20 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

3. Januar 2017 beantwortete der Gutachter sodann von der IV-Stelle gestellte Rückfragen (Urk. 10/76; Urk. 10/79; Urk. 10/85).

Die Suva hatte die von ihr erbrachten Leistungen per 31. Dezember 2013 ein gestellt (Urk. 10/21).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/88; Urk. 10/92; Urk. 10/95) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. Juni 2017 (Urk. 10/98 = Urk. 2) einen Leistungsanspruch des Versicherten.

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 ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit

Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein renten ausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

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

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungs hindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und wider spruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.6

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 22. August 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 21. Juni 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm von Mai 2014 bis und mit Mai 2016 eine ganze sowie ab Juni 2016 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Ausserdem seien ihm Eingliederungsmassnahmen zu gewähren (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 13. November 2017 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 22. November 2017 zur Kenntnis gebracht und gleichzeitig antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, dass der erlittene Unfall ohne bleibende gesundheitliche Einschränkung verheilt sei. Die polymorphe psychotische Störung sei weitgehend remittiert und es sei von guten Ressourcen auszugehen. Die Therapieoptionen seien noch nicht ausgeschöpft und eine Suchtmittelabstinenz sei weiterhin notwendig. Mit diesen Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit weiter gesteigert werden. Eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt sei dem Beschwerdeführer zumutbar. Aufgrund der vorgenommenen Indikatorenprüfung lägen somit keine relevanten gesundheitlichen Einschränkungen vor, welche Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung generieren könnten (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), die Diagnose falle nicht unter die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen, weshalb die Indikatoren nicht zu prüfen seien. Ausserdem seien keine Hinweise aktenkundig, dass sich die Arbeitsfähigkeit mit einer Therapie massgeblich steigern lasse oder er die zumutbaren Therapiemöglichkeiten bislang unzureichend

ausgeschöpft habe. Vielmehr werde eine konsequente antipsychotische Medikation erwähnt und darauf hingewiesen, dass die Arbeitsfähigkeit nur bei gutem Verlauf respektive gegebenenfalls steigerbar sei. Auf die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei abzustellen, weshalb er ab Mai 2014 Anspruch auf eine ganze und ab Juni 2016 auf eine halbe Invalidenrente habe (S. 6 ff.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente sowie auf berufliche Massnahmen hat. Dabei umstritten ist insbesondere das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens. 3. 3.1

Laut Unfallmeldung vom 31. Mai 2013 stürzte der Beschwerdeführer am 24. Mai 2013 und erlitt ein Blackout. Als betroffener Körperteil wurde der Schädel erwähnt; der Beschwerdeführer

habe eine starke Hirnblutung erlitten (vgl. Urk. 10/11/3). 3.2

Mit Austrittsbericht vom 27. Mai 2013 (Urk. 10/11/28-30; vgl. auch den gleichentags erstellten Operationsbericht, Urk. 10/22/6-7) informierten die Ärzte des Z.____, Klinik für Unfallchirurgie, über die stationäre Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 24. Mai bis 3. Juni 2013 und erwähnten als Diagnose nebst einem chronischen C2-Abusus ein Schädelhirntrauma mit grossem Epiduralhämatom frontal rechts, Kalottenfraktur parietooccipital rechts sowie

Orbitabodenfraktur rechts mit hohem Frakturausläufer frontoparietal und

subgalealem Hämatom frontal rechts. Am 25. Mai 2013 sei das frontale rechte epidurale Hämatom evakuiert worden. Der Beschwerdeführer sei bis zum 9. Juli 2013 vollständig arbeitsunfähig (S. 1 f.). 3.3

Anschliessend

hielt sich der Beschwerdeführer bis zum 9. Juli 2013 stationär in der Rehaklinik A.____ auf (vgl. Austrittsbericht vom 9. Juli 2013, Urk. 10/5). Als Diagnosen nannten die Ärzte (S. 1): - traumatische Hirnverletzung aufgrund eines Unfalles vom 24. Mai 2013 (unbeobachtet auf der Beifahrerseite aus einem stehenden Lastwagen gefallen) mit/bei: - grossem Epiduralhämatom frontal rechts - Kalottenfraktur

parietooccipital rechts - Orbitabodenfraktur rechts mit hohem Frakturausläufer frontoparietal - subgalealem Hämatom frontal rechts - Alkoholabhängigkeit mit gegenwärtiger Abstinenz in beschützender Umgebung (ICD-10 F10.21)

Es liege eine minime kognitive Leistungsminderung infolge einer neuropsychologischen Funktionsstörung vor, welche teilweise Folge einer primär hirnorganischen Schädigung sei. Der Beschwerdeführer sei derzeit in der bisherigen Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig (S. 2). 3.4

Mit Bericht vom 24. Juli 2013 (Urk. 10/11/50-51) informierten die Ärzte des Z.____, Klinik für Neurochirurgie, über die neuroradiologisch regelrechte Verlaufskontrolle mit vollständiger Resorption des Epiduralhämatoms (S. 2). 3.5

Ein Abklärungsgespräch in der B.____ Klinik erfolgte am 20. September 2013. Mit Bericht vom 25. September 2013 (Urk. 10/19/13-16) nannten die Ärzte folgende Diagnosen (S. 1):
- Alkoholabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F10.2) -
Cannabisabhängigkeit, abstinenter seit Sommer 2011 (ICD-10 F12.20) -
Nikotinabhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.2) - Status nach Schädelhirntrauma mit epiduralem Hämatom frontal rechts, Mai 2013 - Status nach Peroneuslähmung rechts

Beim Beschwerdeführer bestehe seit vielen Jahren eine Suchtproblematik, wobei sich die Alkoholabhängigkeit in den letzten Monaten stark akzentuiert habe. Es bestünden bereits soziale, körperliche und psychische Folgeerkrankungen. Vor dem Eintritt in die Entwöhnungsbehandlung sollte ein Entzug erfolgen, welcher aufgrund der erhöhten Wahrscheinlichkeit eines erneuten epileptischen Krampfanfalls im körperlichen Entzug bestenfalls in einem somatischen Spital durchzuführen sei (S. 4). 3.6

Der stationäre Alkoholentzug fand vom 3. bis 21. Oktober 2013 im Spital C.____ statt. Mit Austrittsbericht vom 21. Oktober 2013 (Urk. 10/19/8-9) berichteten die Ärzte darüber, dass die Entzugssymptome unter Substitution mit Benzodiazepinen gut beherrscht werden können. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand zur weiteren Entwöhnungsbehandlung in die B.____ Klinik entlassen werden können (S. 1 f.). 3.7

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab mit Bericht vom 15. November 2013 (Urk. 10/19/5-6) an, dass er den Beschwerdeführer seit November 1989 behandle (S. 1 Ziff. 1.2) und folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne (S. 1 Ziff. 1.1): - Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2) - Cannabisabhängigkeit (ICD-10 F12.20) - Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.2) - Status nach Schädelhirntrauma mit epiduralem Hämatom frontal rechts, Mai 2013 - Status nach Peroneuslähmung - depressive Entwicklung unter Alkoholabusus mit Angst und Panikattacken

Der Beschwerdeführer habe sich vom Unfall gut erholt. Allerdings habe er im August 2012 einen Rückfall mit dem Alkoholkonsum erlitten (S. 1 Ziff. 1.4). Seit dem 24. Mai 2013 sei er in der bisherigen Tätigkeit als Betriebspraktiker vollständig arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6). Nach erfolgreicher Therapie sei eine schrittweise Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit zu erwarten und mit einer vollen Einsatzfähigkeit im erlernten Beruf gerechnet werden (S. 2 Ziff. 1.7-1.9). 3.8

Dem Bericht der Ärzte des Z.____, Klinik für Neurologie, vom 10. Dezember 2013 (Urk. 10/26/8-10) sind die folgenden – hier gekürzt aufgeführten – Diagnosen zu entnehmen (S. 1): - Parästhesien der rechten Körperhälfte seit 2010 - Schädelhirntrauma vom 24. Mai 2013 - psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, aktuell abstinenter - Status nach Peroneusparese rechts

In der klinischen Untersuchung finde sich eine mittig begrenzte Hypästhesie der rechten Körperhälfte. Die letzte kraniale Bildgebung vom Juli 2013 habe eine regelrechte Resorption des Epiduralhämatoms

gezeigt. Eine Frakturdislokation oder eine neuartige Pathologie sei nicht ersichtlich gewesen. Die Ursache der Symptomatik bleibe weiterhin unklar. Eine direkte Zuordnung der diffusen Ausfälle zu einem peripheren Hauptnerv, einer Nervenwurzel oder einem zentralen Repräsentationsgebiet bestehe nicht (S. 3). 3.9

Mit Bericht vom 21. Januar 2014 (Urk. 10/26/6-7) informierten die Ärzte des Z.____ , Klinik für Neurologie, über die durchgeführten Somatosensibel evozierten Potentiale (SEP) des Medianus , welche beidseits normale Latenzen sowie Amplituden und somit einen unauffälligen Befund gezeigt hätten. Die Ursache der Symptome bleibe weiterhin unklar (S. 1). 3.10

Med. pract . E.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitende Ärztin, B.____ Klinik, informierte mit Bericht vom 9. Juni 2015 (Urk. 10/48) über die stationären Hospitalisationen des Beschwerdeführers vom 21. Oktober 2013 bis 14. April 2014 sowie vom 5. Januar bis 13. Mai 2015 (S. 3 Ziff. 1.3) . Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte sie ein seit mehreren Jahren bestehendes Cannabisabhängigkeitssyndrom, schizo phrenieforme Störung (ICD-10 F12.50), sowie als Differentialdiagnose (DD) eine Schizophrenie (ICD-10 F20.0). Sodann nannte sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1): -

Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent aber in beschüt zender Umgebung (ICD-10 F10.21) - Cannabisabhängigkeitssyndrom, seit 2012 abstinent (ICD-10 F12.2) - Tabakabhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.25) - Status nach Schädelhirntrauma mit Blutung im April 2013, Total remission

Die Prognose bezüglich der Erlangung einer Arbeitsfähigkeit in geschütztem Rahmen bei entsprechend psychiatrisch-psychotherapeutischer Unterstützung und medikamentöser Behandlung sei derzeit nur vorsichtig positiv (S. 4 Ziff. 1.4). Beim Beschwerdeführer habe sich eine ausgeprägte psychotische Symptomatik mit ausgeprägten Denkstörungen, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, einem ängstlich-depressiven Affekt mit starkem sozialen Rückzug und ausgeprägten Ängsten sowie Schlafstörungen gezeigt. Im Verlauf der stationären Behandlung und unter neuroleptischer Medikation habe sich eine schrittweise Reduktion und Remission der psychotischen Symptomatik gezeigt (S. 5 Ziff. 1.5). Der Beschwerdeführer sei seit dem 2. August 2012 in der bis herigen Tätigkeit als Betriebspraktiker vollständig arbeitsunfähig. Er werde im geschützten Umfeld eine Belastungserprobung durchführen, da im stationären Setting keine sichere Aussage darüber getroffen werden könne, wie belastbar er in einer angepassten Tätigkeit sei (S. 5 Ziff. 1.6-1.7). 3.11

Mit Schreiben vom 14. Oktober 2015 (Urk. 10/57) beantwortete med. pract . E.____ die vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) gestellten Rückfragen in dem Sinne, dass der Beschwerdeführer eine dreijährige Lehre zum Betriebs praktiker abgeschlossen und nach einer langen Arbeits losigkeit schliesslich Arbeiten auf Stundenlohnbasis , zuletzt als Lagerist und Gelegenheitsarbeiter, a usgeführt habe. Am Wochenende habe er zudem ehrenamtlich in einem Tier heim geholfen. Er habe bis zuletzt ni e in einem Pensum von 100 % gearbeitet. Das Tätigkeitsprofil, welches nicht dem Ausbildungsniveau entspreche, spiegle bereits deutlich die reduzierte Arbeitsfähigkeit wieder. Seit dem 1. Dezember 2014 bestehe nachweislich eine Abstinenz von Alkohol und Cannabis. Bis heute liege allerdings eine Tabakabhängigkeit vor (S. 1). 3.12

Am 25. April 2016 erstattete Dr. med. F.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sein psychiatrisches Gutachten zuhanden der Beschwerde gegnerin (Urk. 10/69 /1-11). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähig keit führte er Folgendes auf (S. 10 Ziff. 5.1): - Status nach akuter polymorpher psychotischer Störung mit Symptomen einer Schizophrenie, aktuell weitgehend remittiert unter antipsychoti scher Medikation, DD:

schizoaffektive Störung, DD: im Rahmen des Suchtgeschehens, DD: organische Halluzinose bei Status nach Schädel hirntrauma 2013 (ICD-10 F23.1)

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachtete er einen Status nach Alkohol- und Cannabisabhängigkeit, aktuell abstinent (ICD-10 F10.20, F12.20; S. 10 Ziff. 5.2). Im Zeitpunkt der Untersuchung bestehe aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt. Es sei ein massives langjähriges Sucht geschehen mit Alkohol und Cannabis bekannt, welche s an amnestisch sistiert worden sei . Der Beschwerde führer habe ab dem Jahr 2013 akustische Halluzinationen wahrgenommen, welche sich unter antipsychotischer Medikation gebessert hätten. In der Vorge schichte würden klare Hinweise auf eine psych otische Grunderkrankung fehlen und i n den dokumentierten Behandlungen dominiere das Suchtgeschehe n . Auch seine vielseitigen sozialen Aktivitäten einschliesslich der intensiven Reisetätig keit würden sich eher nicht mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vereinbaren lassen. Es sei denkbar, dass die beschriebenen Halluzina tionen im Rahmen des Alkoholkonsums aufgetreten seien, obwohl dies vom Be schwerdeführer bestritten werde.

Differentialdiagnostisch denkbar wäre auch eine bipolare oder schizoaffektive Störung mit gutem Funktionsniveau und psy chotisch- maniformen Phasen. Dafür würden sich allerdings die Beschwerden zeitlich zu wenig scharf begrenzen lassen. Da die psychotischen Beschwerden erst nach dem Jahr 2013 aufgetreten seien, sei auch eine halluzinatorische Symptomatik als Folge des erlittenen Schädelhirntraumas denkbar. Aus neu ropsychologischer Sicht seien jedoch keine erheblichen Spätfolgen des Unfalles festgestellt worden, was eher gegen ein chronisches organisches Psychosyndrom spreche. Es sei aber davon auszugehen, dass die fraglich psychotischen Be schwerden unter antipsychotischer Medikation weitgehend remittiert seien. Deshalb seien berufliche Massnahmen zur Eingliederung indiziert, zuerst in einem Pensum von 50 % , welches bei gutem Verlauf steigerbar sei (S. 10 f.

Ziff. 6). 3.13

Mit Schreiben vom 18. Juli 2016 (Urk. 10/76) beantwortete Dr. F.____ die vom RAD gestellten Rückfragen. Dabei gab er an, dass im Zeitpunkt der gutachterli chen Untersuchung gemäss den Angaben des Beschwerdeführers und in Übe reinstimmung mit den umfangreichen Unterlagen der B.____ Klinik kein Sucht mittelkonsum mehr vorgelegen habe, weshalb auf eine laborchemische Überprüfung verzichtet worden sei. Eine solche könne bei Bedarf nachgeholt werden. Auch eine Serumspiegelprobe könne bei Bedarf nachgeholt werden. Die psycho tischen Symptome seien gemäss Angaben des Beschwerdeführers ers t nach Ende des Cannabiskonsums, zirka ab dem Jahr 2013 , aufgetreten. In den älteren Vorakten stehe das Suchtgeschehen im Vordergrund. Im Austrittsbericht der B.____ Klinik vom Februar 2016 werde unter anderem auch die Diagnose einer Schizophrenie (ICD-10 F20.0) gestellt. Die Diagnose einer Schizophrenie wiege weit schwerer als die einer polymorphen psychotischen Störung und habe eine viel schlechtere Prognose. Der Beschwerdeführer werde auch konsequent anti psychotisch mediziert . Die Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit stelle keinen abschliessenden Wert dar, sondern sei die Ausgangslage für die berufli che Eingliederung. Die Ergebnisse dieser Eingliederung seien abzuwarten, bevor die abschliessende Arbeitsfähigkeit festgelegt werden könne (S. 2 f.). 3.14

Am 11. September 2016 führte Dr. F.____ in Beantwortung der erneuten Rück frage des RAD aus, es sei schwierig , aus Reis e- und Freizeitaktivitäten eine Arbeitsfähigkeit auf

dem ersten Arbeitsmarkt abzuleiten. Auf einer Reise, die allenfalls auch körperlich und mental anstrengend sein könne, seien dem Reisenden viele Freiheiten gegeben, die er auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht besitze. Er könne den Zeitplan nach seinen Bedürfnissen gestalten, spontan Pausen machen, das Tempo anpassen oder die Reise bei Bedarf abbrechen, wie dies der Beschwerdeführer auch getan habe. Er habe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Steigerungspotential bei gutem Integrationsverlauf attestiert (vgl. Urk. 10/79 S. 2). 3.15

Die Analyse der am 22. November 2016 sichergestellten Haare des Beschwerdeführers zeigte, dass für den untersuchten Zeitraum von Anfang Juni bis Anfang November 2016 keine Konzentration von Ethylglucuronid (Alkohol-Marker) nachweisbar war (vgl. Bericht des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Zürich vom 2. Dezember 2016, Urk. 10/83 S. 2) . 3.16

In Beantwortung der gestellten Zusatzfrage hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verwies Dr. F.____ am 13. Januar 2017 auf sein Gutachten. Die darin enthaltene Beurteilung behalte ihre Gültigkeit. Die vom RAD veranlasste Haaranalyse habe keine Hinweise auf einen relevanten Alkoholkonsum erbracht. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der am 5. Februar 2016 erfolgten Untersuchung für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt zu 50 %

arbeitsunfähig gewesen. Als Beginn der 50%igen Arbeitsfähigkeit sei der am 29. Februar 2016 erfolgte Austritt aus der B.____ Klinik anzusehen. Davor habe aufgrund der aufeinanderfolgenden, teils längeren Klinikaufenthalte seit dem Unfall vom 24. Mai 2015 keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bestanden (vgl. Urk. 10/85 S. 2). 3.17

Mit Stellungnahme vom 24. Januar 2017 erklärte RAD-Arzt med. pract. G.____, Facharzt für Neurologie, dass Dr. F.____ die gestellten Rückfragen beantwortet habe. Der Beschwerdeführer sei vom 24. Mai 2013 bis 5. Februar 2016 vollständig arbeitsunfähig gewesen und im weiteren Verlauf bestehe aufgrund einer organischen psychotischen Störung nach Schädelhirntrauma eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt. Die weiteren Diagnosen seien ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Da die Arbeitsfähigkeit gegebenenfalls steigerbar sei, empfehle er eine Schadenminderungspflicht (SMP) hinsichtlich einer Suchtmittelabstinenz und einer regelmässigen psychiatrischen Behandlung für mindestens 12 Monate (vgl. Urk. 10/87 S. 7 f.). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte vorliegend entgegen den medizinischen Einschätzungen nach Prüfung der Standardindikatoren eine

relevante gesundheitliche Einschränkung

mit dem Hinweis darauf, dass der Beschwerdeführer über gute Ressourcen verfüge und ein psychisches Leiden rechtlich erst dann in Betracht falle, wenn es erwiesenermassen schwer und therapeutisch nicht mehr angebar sei, vorliegend die Therapieoptionen jedoch noch nicht ausgeschöpft seien (vgl. Urk. 2 S. 2 ; Urk. 10/87 S. 8 f.).

Diesem

Vorgehen kann nicht gefolgt werden. 4.2

So hatte im Zeitpunkt der Leistungsprüfung durch die Beschwerdegegnerin

bei den aus psychiatrischer Sicht gestellten Diagnosen

gar keine Prüfung der Standardindikatoren zu erfolgen, fiel ein

doch diese nicht unter die damals geltende Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. hierzu BGE 141 V 281). Dem Hinweis auf die fehlende Therapieresistenz durfte keine alleinige entscheidung relevante Bedeutung zukommen.

Insbesondere wurde keine leichte bis mittelgradige depressive Störung diagnostiziert, welche nach der damaligen Rechtsprechung lediglich dann als invalidisierende Krankheit in Betracht kam, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent war (BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Vielmehr

ist bei Beeinträchtigungen des psychischen Gesundheitszustandes gestützt auf Art. 7 Abs. 2 ATSG stets eine objektive Betrachtung des Forderbaren

vorzunehmen (vorstehend E. 1.1), was anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. F.____ erfolgt ist. Dabei gilt es insbesondere zu beachten, dass dieser lediglich eine weitgehende und keine komplette Remission der akuten polymorphen psychotischen Störung diagnostizierte. Die von RAD-Arzt med. pract. G.____ als gegeben erachtete organische psychotische Störung nach Schädelhirntrauma zog Dr. F.____ lediglich differentialdiagnostisch in Betracht, da aus neuropsychologischer Sicht keine erheblichen Spätfolgen des Unfalles festgestellt worden seien (Urk. 10/69/1-11 S. 10 f. Ziff. 5.1, Ziff. 6; Urk. 10/87 S. 7 f.).

Den Akten lassen sich keine Hinweise entnehmen, dass der Beschwerdeführer die Therapieoptionen bisher unzureichend ausgeschöpft hätte. Vielmehr wies Dr. F.____ sogar darauf hin, dass eine konsequente antipsychotische Medikation erfolge (vgl. Urk. 10/76 S. 2). Die durch Dr. F.____

attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit

erfolgte schliesslich unter Berücksichtigung der Ressourcen des Beschwerdeführers (vgl. hierzu insbesondere die Ausführungen in

Urk. 10/79 S. 2). Hierauf stellte letztlich auch RAD-Arzt med. pract. G.____ ab (vgl. Urk. 10/87 S. 7 f.), welcher gestützt auf Art. 59 Abs. 2 bis IVG die massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten festsetzt. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit wurde von beiden Ärzten erst nach Durchführung von Eingliederungsmassnahmen und gutem Integrationsverlauf als möglich erachtet, wobei Dr. F.____ ebenfalls angab, dass die definitive Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erst danach beurteilt werden könne (vgl. Urk. 10/69/1-11 S. 11 Ziff. 6; Urk. 10/76 S. 3; Urk. 10/79 S. 2; Urk. 10/87 S. 8). 4.3

Zwar hat sich die Rechtsprechung zwischenzeitlich geändert und die Standardindikatoren sind nun bei sämtlichen psychischen Leiden zu berücksichtigen (vorstehend E. 1.4).

Allerdings ist das Leistungsvermögen der versicherten Person unter Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren durch die sachverständige Person einzuschätzen und nicht einzig auf der Stufe der Sachbearbeitung der Beschwerdegegnerin. Die Rechtsanwendung prüft danach lediglich die betreffenden Angaben des Sachverständigen. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer

rechtlichen Arbeitsfähigkeit (BGE 141 V 281 E. 5.2.2-5.2.3).

Da im Zeitpunkt der Leistungsprüfung durch die Beschwerdegegnerin die nun mehr geltende Praxis betreffend psychische Leiden noch nicht bestanden hat und sich das Gutachten von Dr. F. ___ vor dem Hintergrund der geänderten Rechtsprechung als zu wenig aussagekräftig erweist, um die Auswirkungen des diagnostizierten Leidens auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers anhand der Standardindikatoren festlegen zu können, fehlt es vorliegend an einer verlässlichen medizinischen Grundlage. Eine gerichtliche Überprüfung der anwendbaren Standardindikatoren ist demnach nicht möglich. Insoweit hat die Beschwerdegegnerin ergänzende Abklärungen vorzunehmen. 4 .4

Nach dem Gesagten erweist sich die vorliegende Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt als unvollständig, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 21. Juni 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom 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

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 einzelne n 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 Erwerbs lebens 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).