

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00970 vom 21. März 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-03-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00970

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00970 du 21 mars 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00970 del 21 marzo 2011

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medi kamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetre ten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheits schadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkun gen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbständi ger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störun gen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a): Wo die Gutachter im Wesent lichen nur Befunde erheben, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklä rung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich ent sprechend verringern) würde (Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1 unter Hinweis auf 8C_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.1 und 9C_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1).

Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c; Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz 51 zu Art. 4 IVG) ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen invalidenversicherungs rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen invalidenversicherungs rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Drogensucht – einem Symptom gleich – Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 28 E. 3b); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittel abhängigkeit aufrechterhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.2 unter Hinweis auf 8C_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.2 und 9C_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.2).

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.4

Die regionalen ärztlichen Dienste (nachfolgend: RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethoden können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der

gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7) .

E. 2

S. 2).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene

Verfügung im Wesentlichen damit, dass die Arbeitsunfähigkeit vor allem durch das Abhängigkeitsverhalten begründet sei, weshalb keine Invalidität im Sinne des IVG vorliege (Urk. 2 S. 1). Der Beschwerdeführer setze seinen Suchtmittelkonsum nach wie vor fort. Die fehlende Zumutbarkeit einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei nicht durch eine psychische Erkrankung begründet, sondern auf die fehlende Ausbildung und Berufserfahrung zurückzuführen. Es seien keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Diagnosen gestellt worden, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigen (Urk.

E. 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer zusammengefasst entgegen, gemäss dem Feststellungsblatt für den Beschluss vom 13. Juli 2017 habe die IV-Stelle für ihren Entscheid einzig auf die Einschätzung von med. pract. D.____, Facharzt für Neurologie und Arzt ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes, abgestellt. Dessen Aussage betreffend Heroinkonsum sei nicht nachvollziehbar, da er, der Versicherte, mindestens seit dem Anfang des Jahres abstinent sei. In Widerspruch zu den medizinischen Akten habe der RAD-Arzt festgehalten, dass es keine Hinweise für eine primäre psychische Erkrankung gebe. Sowohl die Fachärzte der E.____ (nachfolgend: E.____) als auch die behandelnden Ärzte der A.____ gingen von einer primären psychischen Erkrankung mit massiver Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 1 S. 9). Das Vorliegen von Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe med. pract. D.____ einzig aufgrund einer Aktenwürdigung verneint. Dies habe er damit begründet, dass die Suchterkrankung und zahlreiche psychosoziale Belastungsfaktoren im Vordergrund stünden. Diesbezüglich sei auf die Stellungnahme der A.____ vom 8. September 2017 zu verweisen. Danach bestünden ausgeprägte funktionale Einschränkungen mit unmittelbarer Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. So sei seine Belastbarkeit niedrig, und seine Konzentrationsfähigkeit sei ebenso eingeschränkt wie die Fähigkeit zu adäquatem sozialem Kontakt in Belastungssituationen. Die geschilderten Flashbacks rührten wohl kaum von psychosozialen Faktoren her. Soweit der RAD-Arzt einzig psychosoziale Faktoren und die Suchterkrankung für die

Arbeitsunfähigkeit verantwortlich mache, vermöge dies nicht zu überzeugen. Sowohl die E.____ als auch die A.____ gingen von einer zurzeit fehlenden Arbeitsfähigkeit auf dem

ersten Arbeitsmarkt aus. Dies sei durch die Persönlich keitsstruktur, die rezidivierende depressive Störung sowie die komplexe Trauma folgestörung bedingt (Urk. 1 S. 10 f.). Damit stehe fest, dass es sich bei seinen psychiatrischen Leiden um selbständige, von der zeitweise bestandenen Suchter krankung unabhängige Erkrankungen handle (Urk. 1 S. 11).

E. 2.3

Dazu führte die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort aus , diverse psychosoziale Faktoren hätten einen grossen Einfluss auf das psychische Leidens bild und die Drogensucht des Beschwerdeführers. Daran vermöge auch die in den Berichten der E.____ sowie der F.____ aufgeführte Diagnose einer post traumatischen Belastungsstörung nichts zu ändern. Diese Diagnose

sei ebenso wenig nachvollziehbar und objektivierbar nach dem ICD-10-System hergeleitet worden , wie die im Bericht der A.____ vom 24. April 2017 genannte andauernde Persönlichkeitsänderung nach einer Extrembelastung (Urk. 8 S. 2 f.).

E. 2.4

Der Beschwerdeführer hielt dem in der Replik entgegen , dem Austrittsbericht der E.____ vom 10. Februar 2017 sei zu entnehmen, dass seine Flashbacks eine starke Intensität aufwiesen und vor allem durch den Geruch von Männer schweiss ausgelöst würden. Obschon er seit zwei Jahren abstinent sei, habe keine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt festgestellt werden können (Urk. 13 S. 2).

E. 3.1

Die Ruptur eines Aneurysmas der Arteria

Carotis - interna- Bifurkation rechts führte beim Beschwerdeführer am 25. November 2007 zu einer Subarachnoidalblutung . Diese wurde mittels eines am 28. November 2007

durchgeführten Clippings behandelt . Am 30. April 2013 trat der Beschwerdeführer zur Durchführung einer Embolisation des partiell rekanalisierten , geclippten Aneurysmas sowie eines bisher nicht behandelten Aneurysmas der Carotis - interna-Bifurkation

links in die G.____ ein (Urk. 9/40/5).

Dieser operative Eingriff wurde am 2. Mai 2013 erfolgreich durchgeführt, so dass der Beschwerdeführer am 4. Mai 2013 entlassen werden konnte (Urk. 9/40/1, 9/40/6) . Am 8. Oktober 2015

zeigte sich bei einer magnetresonanztomographischen Untersuchung des Gehirns im G.____ erneut ein Aneurysma an der rechten ICA-Bifurkation sowie eine Hirngewebsschädigung im Gyrus

frontalis inferior und Caput nuclei

caudati (Urk. 9/69/1, 9/69/9).

E. 3.2

Am 24. April 2017 (Urk. 9/96/1-9) berichtete die A.____

aus psychiatrischer Sicht der Beschwerdegegnerin über die ambulante Behandlung des Beschwerdeführers. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (komplexe Trauma

folgestörung ; ICD-10: F62.0), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) sowie akutenanamnestisch eine organische Impulskontrollstörung nach Subarachnoidalblutung (ICD-10: F07.8) genannt . Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit massen die behandelnden Arzt personen den Diagnosen einer psychischen - und Verhaltensstörung durch Opiode

(Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinente unter Substitution mit Sevre -Long) sowie erworbener zerebraler Aneurysmen (ICD-10: I67.10) bei (Urk. 9/96/1). Sie wies auf die Frage nach der Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit darauf hin, dass der Beschwerdeführer weder über eine abgeschlossene Ausbildung noch über einen erlernten Beruf verfüge und attestierten eine seit mindestens 2014 bestehende, anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/96/5).

E. 4

f.) zugrunde .

Diese r wies auf fehlende Hinweise für eine primäre psychische Erkrankung hin . Die fehlenden Chancen, auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuss zu fassen , seien durch die psychosozialen Faktoren und den Suchtmittelkonsum begründet (Urk. 9/99/5) . Aus den im Beschwerdeverfahren neu eingereichten psychiatrischen Berichten geht hervor, dass der Beschwerdeführer offenbar bereits im Jugendalter „zeit weise“ Heroin konsumiert hatte (Urk. 14/1 S. 6). Dies steht im Widerspruch zu den Annahmen im A.____ -Bericht vom 24. April 2017

(Erstkonsum nach den Aufgehalten in Heimen und der B.____ in den Jahren 1993 bis 1996 beziehungsweise vor dem Antritt einer Freiheitsstrafe ; (Urk. 9/96/3) sowie im Austrittsbericht der E.____ vom 10. Februar 2017 (2003 erstmals Heroin; Urk. 9/96/11). Der für die hier wichtige, zu entscheidende Frage nach einer primären Suchterkrankung ausschlaggebende Beginn der Heroinabhängigkeit kann aufgrund der vorliegenden Unterlagen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bestimmt werden (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 m.w.H .), weshalb diesbezüglich weitere Abklärungen erforderlich sind.

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin legte der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht die Stellungnahmen von

med. pract . D.____ , Facharzt für Neurologie und RAD- Arzt vom 17. Oktober 2015 (Urk. 9/73/5), vom 18. April 2016 (Urk. 9/73/6) sowie vom 6. Juli 2017 (Urk. 9/99/

E. 4.2

4

Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer über starke Flashbacks geklagt habe , welche durch Gerüche - insbesondere Männer schweiss - ausgelöst würden (vgl. den Austrittsbericht E.____ vom 10. Februar 2017; Urk. 9/96/11). Dabei handle es sich um Nachhallerinnerungen an traumatische Kindheitserlebnisse: Das Auffinden der Leiche seines Onkels in Südafrika

(Urk. 9/96/2) sowie den erlebten Missbrauch durch männliche, der Familie nahe stehende Personen (Urk. 9/96/11).

Entsprechende Hinweise darauf finden sich bereits im Bericht des Psychologen H.____, welcher in der Zusammenfassung der interdisziplinären Besprechung vom 26. Juli 1995 wiedergegeben wurde (Urk. 14/1 S. 2): « Andererseits erschien X.____ in seiner Phantasiefähigkeit eingeeignet. Er lieferte zwar viel Material, dies aber inhaltlich aus einem eng beschriebenen Themenkreis. Auf der emotionalen Ebene bietet Herr X.____ zwar viel an, dem steht im inneren Erleben wenig Differenziertheit gegenüber. Wiederkehrend war das Erkennen von Schädel, Lachen, Gesichtern und Blut. Die Bedeutung ist unklar, könnte auf frühe Traumatisierung hindeuten. » Dem Bericht der E.____ vom 4. März 2015 lässt sich entnehmen, dass im November 2014 erstmals eine stationäre psychiatrische Behandlung erfolgte. Jedoch geht daraus ebenfalls hervor, dass der Beschwerdeführer während seiner Heimaufenthalte vom 14. bis zum 19. Altersjahr von Heimpsychiatern behandelt worden sei (Urk. 9/58/2; vgl. auch den Bericht von Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. August 1995; Urk. 14/1). Entgegen der Beschwerdegegnerin wurde auch von Schwierigkeiten in der Schule berichtet: 1991 wurde er wegen auffälligen Verhaltens und schlechter schulischer Leistungen von der Regelschule ins Schulheim J.____ versetzt (Urk. 9/96/3). Die Schule beendete er ohne Abschluss (Urk. 9/58/2).

Während seiner Heimaufenthalte flüchtete er immer wieder und fing an, Straftaten zu verüben (Urk. 9/96/3). Nachdem er eine Lehre zum Maler nach zwei Jahren ohne Abschluss abgebrochen

hatte (Urk. 9/7/5, 9/96/11), begann er während einer Freiheitsstrafe die Handelsschule. Diese brach er nach zwei Semestern ebenfalls ab

(Urk. 9/96/11). Dem Auszug aus dem Individuellen Konto des Beschwerdeführers ist zu entnehmen, dass er bisher nur äusserst bescheidene Erwerbseinkünfte erzielt hat (maximal Fr. 7'555.-- pro Jahr; Urk. 9/32). Zudem bestand bis September 2016 (Urk. 9/96/11) eine Heroinabhängigkeit. In den psychiatrischen Berichten werden zudem Schlafstörungen und Alpträume (Urk. 9/58/3, 9/66/2, 9/68/2, 9/96/4) genannt sowie eine Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis (Urk. 9/68/1, 7/96/1) diagnostiziert. Da mit bestehen Anhaltspunkte für das Bestehen eines posttraumatischen Leidens, weshalb die der angefochtenen Verfügung zugrunde liegende Verneinung der Diagnosen einer PTBS beziehungsweise einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung allein gestützt auf die Aktenbeurteilung des RAD-Arztes, welcher Neurologe und nicht Psychiater ist, nicht überzeugt.

E. 4.2.1

In den Berichten der E.____ vom 4. März (Urk. 9/58/1) und vom 15. Juli 2015 (Urk. 9/66/1) sowie der F.____ vom 24. Dezember 2015 (Urk. 9/68/1) wurde die Diagnose einer PTBS gestellt. Die A.____

nannte am 24. April 2017 (Urk. 9/96/1) die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (komplexe Traumafolgestörung; ICD-10: F62.0).

E. 4.2.2

Diese Diagnosestellung erachtete die Beschwerdegegnerin als nicht nachvollziehbar: Sie führte in ihrer Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2017 zur PTBS-Diagnose aus, die Flashbacks seien zu ungenau beschrieben worden und deren Intensität nicht erkennbar. Zudem sei in den klinisch-diagnostischen Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation für

psychische Störungen eine Latenzzeit von maximal sechs Monaten vorgesehen. Beim Beschwerdeführer habe diese jedoch dreissig Jahre betragen. Die Diagnose sei erstmals im Jahr 2014, also im Alter von 37 Jahren gestellt worden. Zudem habe sich der Beschwerdeführer nicht bereits als Kind in psychiatrischer Behandlung befunden (Urk. 8 S. 2). In Bezug auf die Diagnose einer Persönlichkeitsänderung nach einer Extremlastung führte sie aus, diese erfordere ein Vergleichsbild des Patienten vor der besagten Extremlastung. Ein solcher Vergleich fehle jedoch im Bericht der A.____ vom 24. April 2017 (Urk. 8 S. 3).

E. 4.2.3

Nach der Definition im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 entsteht eine posttraumatische Belastungsstörung als verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischer Ausmasses (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), oder in Träumen vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Üblicherweise findet sich Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die den Leidenden an das ursprüngliche Trauma erinnern könnten. Selten kommt es zu dramatischen akuten Ausbrüchen von Angst, Panik oder Aggression, ausgelöst durch ein plötzliches Erinnern und intensives Wiedererleben des Traumas oder der ursprünglichen Reaktion darauf. Gewöhnlich tritt ein Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermässigen Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Drogenaufnahme oder übermässiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen. Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann (doch selten mehr als sechs Monate nach dem Trauma). Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine dauernde Persönlichkeitsänderung über (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage 201

E. 4.3

Aus den medizinischen Akten geht zudem in somatischer Hinsicht hervor, dass der Beschwerdeführer an wiederkehrenden Aneurysmen der Arteria

carotis

interna leidet (vgl. E. 3.1). Entgegen der Beschwerdegegnerin kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich aus den Berichten keine neurologischen Symptome ergäben, weshalb neurologische Einschränkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

nicht erkennbar seien (Urk. 8 S. 2; vgl. Urk. 9/73/5): Im letzten , undatierten Bericht der G.____ (Eingang bei der IV-Stelle: 22. Januar 2016; Urk. 9/69) wurde davon ausgegangen, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit während sechs bis acht Monaten nicht zumutbar sei (Urk. 9/69/2). Angaben darüber, welche Arbeitsfähigkeit nach diesem Zeitraum und bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (Juli 2017; Urk. 2) bestand , fehlen ebenso wie eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Es bleibt damit unklar, ob und allenfalls wie sich dieses Leiden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt e .

E. 4.4

Damit weist der Beschwerdeführer gesundheitliche Befunde auf, deren gesamt hafte Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit ungeklärt ist . Ergänzende Abklärungen sind daher notwendig. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ist Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche schwegewichtig auf der Stufe des Administrativverfahrens zu führen und nicht im gerichtlichen Prozess (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Rückwei sung an die Verwaltung vorzunehmen, wenn sie in der notwen di gen Erhebung einer bisher vollständig ungek lärten Frage begründet ist (BGE 139 V 99 E. 1.1 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Dies ist hier der Fall. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin die fehlenden medizinischen Abklärungen im Rahmen einer mehrdisziplinären Begutachtung mit Gesamt beurteilung vorzuneh men, um die Wechselwirkungen zwischen allfälligen somatischen und psychiat rischen Einschränkungen zu berücksichtigen.

E. 4.5

Damit ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfü gung aufzuheben und die Sache zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägun gen und zum neuen Entscheid über berufliche Massnahmen respektive den Renten anspruch an die Beschwerdegeg nerin zurückzuweisen ist .

E. 5

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenver siche rung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit . a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrens aufwand und unabhän gig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festge setzt. Vorlie gend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als ange messen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückwei sung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfü gung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 13. Juli 2017 aufgehoben und die Sache

an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über berufliche Massnahmen und den Rentenanspruch des Beschwer defüh rers neu verfü ge. 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 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Klemmt

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