

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00207 vom 7. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00207

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00207 du 7 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00207 del 7 settembre 2019

Erwägungen

E. 01

in die Schweiz ein und war vom 18. März 2002 bis

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es

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 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). 1.2

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit: 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.

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).

E. 1.2

Am 15. November 2017 reichte der Versicherte ein Gesuch um

« berufliche Massnahmen und Eingliederungsmassnahmen »

ein und begründete dies mit einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation

(Urk. 13/60).

Mit Vorbescheid vom 27. November 2017 (Urk. 13/62) stellte die IV-Stelle die Verneinung eines Anspruchs auf berufliche Massnahmen in Aussicht. Nachdem der

Versicherte am 18. Januar 2018 Einwände erhoben hatte (Urk. 13/64), wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 25. Januar 2018 das Begehren um «Berufliche Massnahmen» ab (Urk. 2). 2.

Gegen die Verfügung vom 25. Januar 2018

liess der Versicherte am 26. Februar 2018 Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen (Urk. 1 S. 2): 1. Die Verfügung vom 25. Januar 2018 sei aufzuheben und es seien Leistungen nach IVG, namentlich Eingliederungsmassnahmen in Form von Integrationsmassnahmen sowie nach erfolgter beruflicher Eingliederung gegebenenfalls eine Rente zu gewähren. 2. Eventuell seien eine berufliche Abklärung der Eingliederungsfähigkeit nach Art. 69 und 78 Abs. 3 IVV sowie daran anschliessend ein unabhängiges interdisziplinäres psychiatrisches/ somnologisches Gutachten i.S.v. Art. 44 ATSG betreffend Arbeitsfähigkeit zu veranlassen.

In prozessualer Hinsicht ersuchte er um unentgeltliche Prozessführung und um die Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes in der Person von Rechtsanwältin Martin Hablützel, Zürich.

Die IV-Stelle beantragte in der Beschwerdeantwort vom 19. April 2018 (Urk. 12) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 20. April 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 14). Am 23. Oktober 2018 (Urk. 15 und Urk. 16) reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen zu den Akten, die der Beschwerdegegnerin zugestellt wurden (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 1.3

Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) sind, haben Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Integrationsmassnahmen), sofern dadurch die Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen beruflicher Art geschaffen werden können (Art. 14a Abs. 1 IVG). Als Integrationsmassnahmen gelten gemäss Abs. 2 gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation (lit. a) und Beschäftigungsmassnahmen (lit. b). Es geht darum, bei denjenigen Versicherten, die aktuell nicht eingliederungsfähig sind oder deren Eingliederungsfähigkeit verloren zu gehen droht, die Eingliederungsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten. Ist aber jemand in einer anderen zumutbaren Tätigkeit arbeitsfähig, so ist er (in dieser anderen Tätigkeit) bereits eingliederungsfähig; er braucht keine Integrationsmassnahmen mehr, um die Eingliederungsfähigkeit herzustellen. Es gibt keinen Grund, Massnahmen zur Ermöglichung einer beruflichen Eingliederung durchzuführen, wenn auch ohne solche Massnahmen eine berufliche Eingliederung bereits umgesetzt werden kann (BGE 137 V 1 E. 7.2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Gesetz und Verordnung enthalten keine Vorschriften über die materielle rechtliche Revision von Eingliederungsleistungen wegen einer seit ihrer Zusprechung eingetretenen Veränderung der Verhältnisse. Ebenso wenig ist geregelt, unter welchen Voraussetzungen im Falle einer vorangegangenen Verweigerung von Eingliederungsleistungen ein neues Gesuch entgegenzunehmen und zu prüfen ist. In BGE 105 V 173 hat das Bundesgericht entschieden, dass Eingliederungsleistungen gleich wie Renten und Hilflosenentschädigungen zu behandeln sind und dass demzufolge Art. 17 ATSG sowie die

dazugehörigen Verordnungsbestimmungen in analoger Weise auch auf die Revision von Eingliederungsleistungen angewendet werden müssen. Art. 87 Abs. 3 IVV

betrifft – trotz seiner Stellung im Abschnitt E «Die Revision der Rente und der Hilflosenentschädigung» – zwar nicht die eigentliche materiellrechtliche Revision laufender Leistungen, sondern einen anderen Sachverhalt, nämlich die Neuprüfung nach vorangegangener Leistungsverweigerung. Es rechtfertigt sich aber, die vorerwähnte Rechtsprechung auch auf Art. 87 Abs. 3 IVV

auszudehnen und diese Bestimmung ebenfalls in analoger Weise auf Eingliederungsleistungen anzuwenden

(vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2 mit Hinweisen).

Anlass zur Revision gibt damit jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Anspruch zu beeinflussen. Dies ist insbesondere bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes der Fall. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.5

Die regionalen ärztlichen Dienste (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 der Verordnung über die Invalidenversicherung (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).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4).

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). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Begehrens um berufliche Massnahmen damit (Urk. 2) , dass das Leistungsbegehren bereits am 16. November 2016 abgewiesen worden sei, da die Beschwerden keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet hätten und eine Arbeitstätigkeit bereits damals zumutbar gewesen sei. Die seither eingereichten medizinischen Unterlagen seien zur Beurteilung dem RAD

vorgelegt worden und es habe sich ergeben, dass sich der Gesundheitszustand insgesamt nicht verändert habe. Ein Anspruch auf Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung durch die IV-Stelle bestehe nicht ;

dafür sei das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) zuständig.

2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1

S. 16 Ziff. 40) , die Beschwerdegegnerin stelle einzig auf die Einschätzung von Dr. Z.____ (vom RAD) ab. Diese wiederum stütze sich massgeblich auf ihre eigene Untersuchung im April 2016 ab und zu den

aktuellen Berichten und Diagnosen äussere sie sich lediglich mit pauschaler Kritik, sodass auf ihre Ausführungen nicht abgestellt werden könne. Stattdessen sei mit sämtlichen anderen involvierten Fachleuten davon auszugehen, dass auch in einer angepassten Tätigkeit erhebliche Einschränkungen bestünden und daher die Arbeitsfähigkeit noch ca. 30 % betrage.

Das geforderte Mindestpensum für Eingliederungsmassnahmen entspreche acht Stunden pro Woche. Die Erfahrungen aus dem sozialen Integrationsprogramm hätten gezeigt, dass er in der Lage sei , mit einem solchen Pensum einsteigen zu können , gleichzeitig aber Hilfe im Aufbau seiner Arbeitsfähigkeit benötige (Ziff. 44). Zudem sei er seit mehreren Jahren aus dem Arbeitsleben ausgeschieden und entsprechend sei von einer Dekonditionierung auszugehen. Es reiche nicht aus, ihn einfach auf den « freien Markt zu entlassen» , damit er sich dort selbst eingliedere (Ziff. 46). Im Vordergrund stehe

ein niederschwelliger Einstieg mittels eines Belastbarkeitstrainings

gefolgt von einem Aufbautraining und je nach Verlauf könnten später auch Beschäftigungsmassnahmen in Betracht fallen (Ziff. 49). Im Nachgang zu diesen Integrationsmassnahmen seien berufliche Massnahmen durchzuführen und zuletzt die Rentenfrage zu prüfen (Ziff. 49) . Angesichts der voneinander abweichenden medizinischen Einschätzungen könne auch ein Arbeitsversuch Klarheit über seine Leistungsfähigkeit geben (Ziff. 51). Allenfalls sei zunächst eine berufliche Abklärung zur Eingliederungsfähigkeit durchzuführen und daran anschliessend ein Gutachten zu veranlassen (Ziff. 55). 2.3

Strittig und zu prüfen ist ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen und dabei vorrangig ein Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung .

Dabei ist vorab die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit und das hierbei zumutbare medizinische Belastungsprofil zu klären , wobei die Verhältnisse im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheid massgebend sind .

Im Weiteren ist zu beachten, dass die Beschwerdegegnerin mit rechtskräftiger Verfügung vom 16. November 2016 (Urk. 13/52)

bereits über den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entschieden hat. Mit Blick auf eine revisionsrechtlich relevante Tatsachenänderung (E. 1.4 hiervor) sind damit auch die diesem Entscheid zugrunde gelegten medizinischen Berichte sowie die damalige medizinische Situation zu berücksichtigen .

Kein Streitgegenstand im vorliegenden Verfahrens bilden demgegenüber Rentenleistungen aus der Invalidenversicherung, da die Beschwerdegegnerin darüber in der angefochtenen Verfügung nicht entschieden hat. 3.

E. 1.7

und Ziff. 5.3 , Urk. 13/40) . Zuzufolge Einstellung der Produktion in der Schweiz wurde das Arbeitsverhältnis durch den Arbeitgeber gekündigt (Urk. 13/ 30). Am 16. März 2015 meldete er sich unter Hinweis auf eine psychische Erkrankung bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 13/1 Ziff.

E. 3

0. September 2015 bei der Y.____ als Maschinist im 3-Schichtbetrieb angestellt (Urk. 13/1 Ziff.

E. 3.1

Der rechtskräftigen Verfügung vom 16. November 2016 (Urk. 13/52) lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte zugrunde:

E. 3.1.1

Im Bericht vom 18. April 2016 (Urk. 13/44/1-8) über die Untersuchung vom 15. April 2016 nannte

RAD -Ärztin

Dr. med. Z.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen (S. 6) : Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - leichtgradige depressive Episode

(ICD-10 F32.0) Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - n arzisistische Persönlichkeitszüge (ICD-10 F73.1) Der Beschwerdeführer berichte , dass es ihm schon seit 2003 nicht mehr gut gegangen sei. Er habe Schlafstörungen bekommen. Vom Hausarzt habe er Schlafmittel bekommen und sei zu einem Psychiater geschickt worden. Er sei etwa ein Jahr wegen Schlafstörungen, Verlust von Freude und Lust, Stimmungstief, Motivationslosigkeit und innerer Unruhe im A.____

(B.____) behandelt worden. Es sei befunden worden, dass er zu einem türkischsprachigen Therapeuten gehen solle, damit die Ehefrau nicht immer mitkommen müsse, um zu übersetzen und er sei zu Dr. C.____ gekommen. Es seien verschiedene antidepressive Medikamente ausprobiert worden, die er aber allesamt nicht vertragen habe. Nachdem die Psychiaterin pensioniert worden

sei , sei er im A.____ behandelt worden. Seit September 2014 sei er bei Dr. D.____ und Dr. E.____ in Behandlung. In der ganzen Zeit sei es ihm nie wirklich besser

gegangen , eher sogar schlechter, vor allem nach der Kündigung Ende 2014, die ihn sehr gekränkt habe. Im August 2014 sei zudem seine Grossmutter verstorben. Auch der zusätzliche Tagesklinikaufenthalt im A.____ seit bald einem Jahr, zuerst einen Nachmittag, dann zwei halbe Tage, habe zu keiner Verbesserung geführt.

Er verspüre weiterhin weder Freude noch Lust, habe keine Motivation und die Stimmung sei schlecht. Er sei schnell gereizt, aber

auch traurig, zudem verspüre er eine innere Unruhe und vergesse Vieles . Er klag e über Grübeln, gleichzeitig aber auch über einen leeren Kopf. Eine stationäre Behandlung käme aber absolut nicht in Frage, und wenn er müsste, würde er sich suizidieren . Er wolle nicht, dass die Kinder mitbekämen wie krank er sei.

Zum Tagesablauf werde angegeben , er stehe zwischen 9 und 10 Uhr auf , nehme einen Kaffee und eine Zigarette und dusche . Dann schaue er fern, lese die Zeitung oder sitze am Computer. Wenn die Ehefrau das

Mittagessen gekocht habe, esse er zusammen mit der Familie etwas. Am Nachmittag und Abend mache er wieder das gleiche, wie am Morgen. Er helfe der Ehefrau nicht im Haushalt, nicht mal einkaufen gehe er mit ihr. Er gehe auch nicht nach draussen, da er sich dort unsicher fühle. Zwischen 21 und 24 Uhr gehe er ins Bett. Mit

Seroquel könne er gut einschlafen, in der Nacht wache er aber meist einmal auf (S. 2).

Vor den Schlafstörungen, die wegen der Schichtarbeit aufgetreten seien, sei es ihm gut gegangen. Generell sei es am Arbeitsplatz mit dem türkischen Vorgesetzten schwierig und die Arbeit

mit Tragen einer Schutzkleidung den ganzen Tag lang stressig gewesen .

Zum psychopathologischen Befund hielt die Ärztin fest (S. 4 f.) , der Beschwerdeführer erscheine gepflegt und sei alleine mit dem Auto und zehn Minuten verspätet wegen Staus zur Untersuchung gekommen. Zu Beginn habe er sich dysphorisch und angespannt gezeigt und der Blickkontakt sei vermieden worden . Das Gespräch sei von einem professionellen Dolmetscher übersetzt worden und trotzdem habe er immer wieder in gebrochenem Deutsch geantwortet. Im Verlauf habe sich die Anspannung gelöst und er sei zugänglicher geworden , habe mitgeschwungen, Blickkontakt aufgenommen

und diesen aufrechterhalten. Er präsentiere sich bewusstseinsklar, in allen Modalitäten voll orientiert und habe die Aufmerksamkeit aufrechterhalten können. Die Konzentration und Gedächtnisleistungen seien im Gespräch nicht eingeschränkt, Hinweise auf formale Denkstörungen

hätten sich keine ergeben und er habe sich sachlich ausdrücken können. Es seien auch keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen oder Phobien, Ich-Störungen, Wahrnehmungsstörungen/

Sinnestäuschungen vorhanden. Der affektive Rapport sei herstellbar, die Schwingungsfähigkeit habe sich zu Beginn teilweise eingeschränkt

im Verlauf aber uneingeschränkt gezeigt und insgesamt sei der Beschwerdeführer gut spürbar.

Der Antrieb und die Psychomotorik seien, bis auf eine Anspannung zu Beginn, unauffällig. Die Sprache sei deutlich und klar und die Krankheitseinsicht vorhanden. Es hätten sich keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung ergeben, wobei der Beschwerdeführer immer wieder davon gesprochen habe, dass er sich suizidieren möchte.

Der Affekt habe aber nicht dem Gesagten entsprochen und er habe auch gemeint, dass er sich dies wegen den Kindern nicht antun würde. Zwangsgedanken und -handlungen, Ängste seien verneint worden, wobei er im Gespräch auch gemeint habe, dass ihm alles Angst mache und er vor allem auch Angst um die Kinder habe. Zirkadiane Besonderheiten seien verneint worden und dem Gespräch sei zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer regelmässig auswärts mit Kollegen treffe und kein sozialer Rückzug bestehe. Er beklage sich über sporadisch auftretende Kopfschmerzen, vor allem in Stresssituationen.

Auch sei der Appetit schlecht und trotzdem esse er mehr und glaube, es komme von den Medikamenten, wobei er innerhalb von zwei Jahren von 85 auf 100

kg zugenommen habe bei einer Grösse von 184

cm. Er

beurteile sich selber als sehr krank und arbeitsunfähig.

In ihrer Beurteilung (S. 6) hielt Dr. Z. ___ fest, es sei von einer Remission der vorgängig mittelgradig- bis schwergradig depressiven Episode und von einer leichten depressiven Störung auszugehen.

Die anfängliche Schlafstörung könne aufgrund des 3-Schichtbetriebes gut nachvollzogen werden. Im Weiteren seien es jedoch der Druck am Arbeitsplatz, Schwierigkeiten mit dem Vorgesetzten und die Kündigung, die für den Beschwerdeführer sehr kränkend gewesen seien. Eine Tätigkeit im Schichtbetrieb sei nicht mehr

zumutbar. Die Schlafstörungen könnten exazerbieren und zu einer Zunahme der depressiven Symptomatik führen. Das Belastungsprofil in einer angepassten Tätigkeit entspreche der bisherigen Tätigkeit, mit Ausnahme des Schichtbetriebs. In angepasster Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit per sofort 60%. Aus psychiatrischer Sicht sei kein dauerhafter Gesundheitsschaden auszuweisen, eine 60%ige Arbeitsfähigkeit mit stufenweiser Erhöhung auf 100% sei innerhalb der nächsten drei Monate medizinisch-theoretisch

ab sofort gegeben und um das Rückfallrisiko zu minimieren seien berufliche Massnahmen sinnvoll (S. 8 f.).

E. 3.1.2

Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nannte im Bericht vom 22. August 2016 die folgenden Diagnosen (Urk. 13/47 S. 2):

Chronische depressive Störung, mittelgradig bis schwer ausgeprägt (ICD 10 F33.2) bei langjährig vorbestehender depressiver Störung, Dysthymia oder Persönlichkeitsproblematik mit depressiven, ängstlich-abhängigen Anteilen. Der Beschwerdeführer habe bisher bei allen zumutbaren Behandlungsoptionen kooperativ mitgearbeitet und in den letzten beiden Jahren der Behandlung habe sich eine vertrauensvolle Beziehung entwickelt. Es sei intensiv an einer Verbesserung der Selbständigkeit und Autonomie gearbeitet worden. Durch die Schwere der depressiven Symptomatik sowie durch zusätzliche Angstsymptome sei dies jedoch nur sehr langsam und begrenzt möglich gewesen. Genauso sei als Intensivierung der Behandlung die Stabilisierungsgruppe des A.____

initiiert worden, da er für die reguläre tagesklinische Behandlung psychisch nicht ausreichend stabil gewesen sei. Eine stationäre Behandlung sei mehrmals abgewogen und besprochen worden, aber da grosse Ängste beständen die Familie auch nur kurze Zeit zu verlassen, sei dies aktuell keine zumutbare Option.

Im aktuellen psychischen Befund zeigten sich weiterhin ausgeprägte kognitive Störungen in Form von Konzentrationsstörungen, eine deutlich reduzierte Aufmerksamkeit,

eine deprimierte Stimmungslage, teilweise verzweifelt, da er selbst merke, dass die Leistungsfähigkeit für ein Aufstocken der Belastung nicht vorhanden sei. Es seien weiterhin massive Antriebsstörungen vorhanden und dadurch eine Verstärkung von Selbstzweifeln, sozialem Rückzug und Gefühlen von Hoffnungslosigkeit. Formale Denkstörungen seien vorhanden in Form von Gedankenkreisen, Grübelneigung. Es bestehe eine ausgeprägte Anhedonie und die Angstsymptome hätten sich verstärkt. Inhaltliche Denkstörungen und Wahrnehmungsstörungen seien keine vorhanden. Es beständen weiterhin Schlafstörungen, ausgeprägte Vitalstörungen, ausserdem lebensmüde Gedanken bei Distanzierung von Suizidabsichten.

Beim Beschwerdeführer beständen ausgeprägte Defizite in der Aktivität und Partizipation am Alltagsleben. Massiv eingeschränkt sei die Durchhaltefähigkeit, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit und es koste ihn störu ngsbedingt grösste Überwindung die Wohnung alleine zu verlassen, um allfällige Termine alleine wahrzunehmen. Stark eingeschränkt sei auch die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten, zum einen durch die Antriebsstörung und Tagesmüdigkeit, zum anderen durch die Angstsymptome und Panikattacken im Kontakt mit Fremden. Aufgrund der Einschränkungen sei die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen eben falls sehr eingeschränkt. Angesichts der massiven leistungsreduzierenden Symptome durch einen Gesundheitsschaden, der bereits sicher länger als ein Jahr anhalte, sei eine Arbeitsfähigkeit aktuell sicher nicht gegeben und offensichtlich auch nicht in einer optimal angepassten Tätigkeit.

E. 3.1.3

Zum Bericht von Dr. D.____ hielt RAD-Ärztin

Dr. Z.____ in ihrer Stellungnahme vom 6. Oktober 2016 fest (Urk. 13/51/4-5), im psychopathologischen Befund werde der Beschwerdeführer als schwer depressiv mit ausgeprägten kognitiven Störungen und ausgeprägten Defiziten in der Aktivität und Partizipation beschrieben. Weiter werde angegeben, dass er wegen Ängsten bisher nicht habe hospitalisiert werden können und zudem bei Medikamentenwechsel jeweils eine Verschlimmerung der depressiven Symptomatik eingesetzt habe. In der Untersuchung vom 15. April 2016 habe sich jedoch ein ganz anderes Bild gezeigt

und insgesamt schienen die Befunde und Aussagen diametral auseinander zu gehen.

Eine Beurteilung könne somit nur aufgrund der im RAD durchgeführten Untersuchung gemacht werden.

In einem Arztbericht des A.____ vom 2. September 2015 (vgl. Urk. 13/27) sei auch festgehalten, dass aus sprachlichen Gründen keine hochfrequente tagesklinische Behandlung habe durchgeführt werden können, und nicht wegen des schlechten Zustandes des Beschwerdeführers. Es werde deshalb an der RAD- Berichterstattung vom 18. April 2016 festgehalten. 3.2

Im Zusammenhang mit dem Gesuch vom 15. November 2017 (Urk. 13/60) um «berufliche Massnahmen und Eingliederungsmassnahmen» in

dem der Beschwerdeführer ausführte, am 16. November 2016 sei sein Anspruch auf IV - Leistungen abgelehnt worden und seine gesundheitliche Situation habe sich in der Zwischenzeit verbessert, weshalb er erneut ein Gesuch um berufliche Massnahmen/ Eingliederungsmassnahmen stelle, ergibt die medizinische Aktenlage

Folgendes : 3.2.1

Dr. med. F.____, leitender Arzt Pneumologie am G.____ berichtete am 2. Februar 2017 über die Konsultation vom 24. Januar 2017 (Urk. 13/65/1-2). Er diagnostizierte ein Schichtarbeiter-Syndrom mit circadianer Tag-Wach-Rhythmusstörung, eine nicht-organische Insomnie aufgrund von Medikamenten und einen Bruxismus. Die Zuweisung sei zur somnologischen Beurteilung bei lang andauernden Schlafstörungen erfolgt. Der Beschwerdeführer berichte seit Jahren über Ein- sowie Durchschlafstörungen, welche während der Schichtarbeiten angefangen hätten. Aktuell sei er seit zwei Jahren arbeitsunfähig. In der Regel gehe er zwischen 22 und 24 Uhr zu Bett und schlafe mit einer Latenz von ein bis drei Stunden, je nach Medikamentenwirkung, ein. Durchgeschlafen werde nie und er stehe zwischen 6 und 8 Uhr auf. Seine Schlafqualität beurteile der Beschwerdeführer als schlecht. Nachts könne er nicht abschalten, wälze er seine Probleme und am Morgen fühle

er sich müde, nervös, antriebsarm und während des Tages sei das Befinden noch schlechter. Ein Mittagsschlaf werde nicht abgehalten. Jedoch sei er antriebslos und möge nicht. Es würden Parasomnie-Episoden angeben, wobei hypnagogische Halluzinationen und kataplektische Episoden nicht erfragt werden könnten. Nächtliche Myoklonien im Sinne eines Restless

Legs-Syndroms seien nicht vorhanden, jedoch bestehe seit Jahren ein Bruxismus und geschnarcht werde ebenfalls. Eine depressive Komponente werde seit 2004 behandelt. Die Stimulantienanamnese

sei bis auf zwei Tassen Kaffee sowie eine Tasse Schwarztee und 20 Zigaretten täglich unergiebig. Täglich würden

Cymbalta

sowie Seroquel und Temesta eingenommen.

In der nächtlichen Polysomnographie vom 23. November 2016 habe sich in der gesamten Analysezeit von 387 min eine Schlafperiode von 364 min sowie eine gesamte Schlafzeit von 226 min gezeigt. Die Schlafeffizienz liege gerade mal bei 58 % und die Einschlaflatenz zu N1 sei mit 24 min verzögert vorhanden. Es sei schlechter geschlafen worden als zu Hause und die subjektive Einschlaflatenz liege bei 60 min.

Einerseits liege ein Schichtarbeiter-Syndrom im Sinne einer circadianen Tag-Wach-Rhythmusstörung vor und weiter eine nicht-organische Insomnie, welche sicherlich medikamentös akzentuiert sei, und ein Bruxismus, bei welchem

eine Anpassung mittels einer Bruxismus-Schiene zu empfehlen sei. Des Weiteren sei ein Schlaf-Coaching zu empfehlen. Bei keiner Verbesserung im ambulanten Setting sollte an ein stationäres Insomnieprogramm gedacht werden. 3.2.2

Im H. _____ wurde der Beschwerdeführer am 30. Oktober 2017 erstmals durch Diplompsychologin I. _____, Oberpsychologin/ Somnologin, untersucht. Sie diagnostizierte im Bericht vom 20. November 2017 (Urk. 13/65/9-11) Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus ICD-10 G47.2

Delayed - Sleep - Phase - Syndrome (DSPS) und eine rezidivierende depressive Störung (mittelgradig) ICD-10 F33. 1. Der Beschwerdeführer berichte, dass er 15 Jahre Schichtdienst gearbeitet habe. Dadurch sei es zu einer Verschiebung des Schlaf- und Wachrhythmus bis gegen den Morgen hin gekommen. Er versuche um 23 Uhr zu Bett zu gehen, könne aber erst gegen 2 bis 3 Uhr einschlafen. Er schlafe dann meist bis in den Mittag hinein, stehe mit Kopfschmerzen auf und sei häufig gegenüber seiner Frau und den Kindern gereizt. Daneben würden auch Stimmungsschwankungen auftreten und er fühle sich, als wenn er nur noch neben seiner Familie herlaufe. Gemeinsame Unternehmungen würden auch aufgrund seiner Müdigkeit und der Kopfschmerzen nicht mehr stattfinden. Arbeiten oder eine Anstellung finden,

könne er unter diesen Voraussetzungen nicht mehr.

Es sei in der schlafmedizinischen Behandlung bereits eine Konsolidierung des Schlafrhythmus angestrebt und Bettzeiten von 23 bis 6 Uhr eingeführt worden. Im Schlafprotokoll zeige sich unter der schlafunterstützenden Medikation weiter hin ein « Delayed - Sleep - Phase - Syndrom ».

Es sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen. 3.2.3

Im Bericht des J. _____ vom 22. November 2017 (Urk. 16/4) hielt der zuständige Kardiologe fest, in der klinischen Untersuchung präsentiere sich der Beschwerdeführer kardiopulmonal kompensiert, knapp normoton und leicht übergewichtig (Grösse 1.86

m 94 kg). In der Fahrrad-Ergometrie könne er trotz reduzierter Leistungsfähigkeit genügend ausgelastet werden und es zeigten sich keine Hinweise für eine Myokardischämie und auch das Blutdruckverhalten sei nicht auffällig. Zusammenfassend bestünden keine Hinweise für

eine relevante koronare Herzkrankheit und echokardiographisch keine pulmonale Drucksteigerung. 3.2.4

Dr. F.____ führte im Bericht vom 28. Dezember 2017 zusätzlich die Diagnose einer Depression auf. Schlafregulierende sowie schlafrelaxierende Massnahmen hätten bis aktuell nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Aufgrund der chronifizierten Situation sei künftig ein Arbeiten im Schichtbetrieb nicht mehr möglich. Aktuell sei zudem ebenfalls ein strukturiertes Arbeiten schwer möglich (Urk. 13/73). 3.2.5

Im Verlaufsbericht zu Händen der IV-Stelle am 11. Januar 2018 (Urk. 13/66) hielt Dr. D.____

fest, seit der Ablehnung von Leistungen im Juli 2016 seien einige Diagnosen und Befunde hinzugekommen, welche belegten, dass eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht gegeben sei. Als Diagnosen bestünden eine Doppeldepression bei chronischer depressiver Störung, mittelgradig bis schwer ausgeprägt (ICD-10 F33.2) und eine langjährig vorbestehende depressive Störung, Dysthymia (ICD-10 F34.1) und eine Persönlichkeitsproblematik mit ängstlich-abhängigen Anteilen sowie ein Delayed - Sleep - Phase - Syndrom (DSPS; ICD-10 G47.2).

Im aktuellen psychischen Befund zeigten sich weiterhin ausgeprägte kognitive Störungen in Form von Konzentrationsstörungen und von deutlich reduzierter Aufmerksamkeit, eine deprimierte Stimmungslage, teilweise verzweifelt, da der Beschwerdeführer selbst merke, dass die Leistungsfähigkeit für ein Aufstocken der Belastung nicht vorhanden sei. Weiterhin seien massive Antriebsstörungen vorhanden und dadurch eine Verstärkung von Selbstzweifeln, sozialem Rückzug und Gefühlen von Hoffnungslosigkeit. Formale Denkstörungen seien in Form von Gedankenkreisen und

Grübelneigung vorhanden und es bestehe eine ausgeprägte Anhedonie. Angstsymptome, inhaltliche Denkstörungen und Wahrnehmungsstörungen seien nicht vorhanden während Schlafstörungen, ausgeprägte Vitalstörungen sowie lebensmüde Gedanken bei Distanzierung von Suizidabsichten vorhanden seien.

Beim Beschwerdeführer bestünden weiterhin ausgeprägte Defizite in der Aktivität und Partizipation am Alltagsleben und die Durchhaltefähigkeit, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien massiv eingeschränkt. Es koste ihn störendste Überwindung, die Wohnung alleine zu verlassen, um allfällige Termine alleine wahrzunehmen und auch die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten sei zum einen durch die Antriebsstörung und die Tagesmüdigkeit, zum anderen durch die Angstsymptome im Kontakt mit Fremden massiv eingeschränkt. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen seien ebenfalls sehr eingeschränkt.

Trotz dieser Einschränkungen habe der Beschwerdeführer versucht, in einem geschützten Rahmen zu arbeiten. Im geschützten Umfeld sei ab 28. Februar 2017 eine Tätigkeit von 20

-

30 % bis 18. September 2017 möglich gewesen, wobei nach einer Erhöhung auf 40 % ab 19. September 2017 jedoch eine Verschlechterung aufgetreten sei. Eine Erweiterung des Pensums sei aktuell nicht möglich.

Angesichts der massiv leistungsreduzierenden Symptome durch einen Gesundheitsschaden, der bereits sicher länger als ein Jahr anhält, sei eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aktuell sicher nicht gegeben, und offensichtlich auch nur bis 30 % in optimal angepasster Tätigkeit. 3. 2.

E. 6

RAD Dr. Z.____ führte in ihrer Aktenbeurteilung vom 24. Januar 2018 aus (Urk. 13/76/2-3), wie in der früheren RAD-Stellungnahme geschrieben, sei eine Tätigkeit im Schichtbetrieb nicht mehr

zumutbar. Die Schlafstörungen könnten exazerbieren und zu einer Zunahme der depressiven Symptomatik führen. Aufgrund des psychopathologischen Befundes im Bericht vom 20. November 2017 des H.____ könne keine mittel- oder schwergradige depressive Symptomatik erkannt werden. Die im Arztbericht von Dr. F.____ vom 2. Februar 2017 empfohlene

Bruxismusschiene sei gemäss Einsprache der Gemeinde K.____ vom 18. Januar 2018 erst in dieser Woche bestellt worden, was gegen einen Leidensdruck spreche. Dr. D.____ beschreibe im Bericht vom 11. Januar 2018 wieder die genau gleichen psychopathologischen Befunde wie in der Stellungnahme vom 22. August 2016, was etwas am Wahrheitsgehalt zweifeln lasse. Der Beschwerdeführer habe bei der Schlafuntersuchung angegeben, dass er zwischen 22 und 24 Uhr zu Bett gehe

und mit einer Latenz von 1 bis 3 Stunden, je nach Medikamentenwirkung einschlafe. Im Schlaflabor sei er nach 24 Minuten eingeschlafen und es sei keine Diagnose eines Delayed-Sleep-Phasen-Syndroms (DSPS) gestellt worden. Dass ein strukturiertes Arbeitsschwer möglich sein sollte, könne nicht wirklich nachvollzogen werden. Insgesamt könne nicht auf die Schlafabklärung abgestellt werden, da der Beschwerdeführer in dieser Zeit

Temesta eingenommen habe. Auch seien die Schlafstörungen schon bei der ursprünglichen RAD-Untersuchung bekannt gewesen und es hätten keine Einschränkungen der Funktionsfähigkeit erhoben werden können. Insgesamt könne nicht von einem veränderten Gesundheitszustand ausgegangen werden. 3. 2.

E. 7

In einem weiteren Verlaufsbericht vom 22. August 2018 (Urk. 16/1) hielt Dr. D.____ fest, im aktuellen psychischen Befund zeigten sich weiterhin ausgeprägte kognitive Störungen in Form von Konzentrationsstörungen. Die Aufmerksamkeit sei deutlich reduziert, die Stimmungslage deprimiert, teilweise verzweifelt, da der Beschwerdeführer selber merke, dass die Leistungsfähigkeit im L.____ eher bei 20 % als bei 30 % liege. Der psychische Zustand habe sich seit dem letzten Bericht verschlechtert und aktuell habe der Beschwerdeführer bis 2. September 2018 zu 100% krankgeschrieben werden müssen, weil er zuletzt über die psychische Belastungsgrenze gegangen sei. Im Vergleich zum Vorbericht sei tendenziell eine Verschlechterung festzustellen. 3. 2.

E. 8

Am 24. August 2018 hielt Dr. F.____ fest (Urk. 16/2), es liege ein leichtes, in Rückenlage mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-/Hypopnoe-Syndrom vor. Zur Vermeidung der Rückenlage sei eine Lagetherapie mittels weich gepolstertem Rucksack für zwei Monate durchzuführen und danach in jährlichen Abständen für einen Monat. Die morgendlichen

Kopfschmerzen könnten durch die Schlaf apnoe-/ Hypopnoe -Problematik deutlich akzentuiert sein. 4. 4.1

Zu untersuchen ist eine revisionsrechtlich relevante Tatsachena n derung seit der Verfügung vom 1 6. November 201 6. A us den Akten geht diesbezüglich hervor, dass RAD -Ärztin

Dr. Z.____ , welche den Beschwerdeführer am 1 5. April 2016 untersucht hatte (E. 3.1.1 hiervor) ,

ein en dauerhaften Gesundheitsschaden nicht als ausgewiesen

sah und den Beschwerdeführer als zu 60 %

arbeitsfähig beurteilte und eine stufenweise Erhöhung auf 100 %

innert drei Monaten als zumutbar erachtete. D er behan delnde Arzt Dr. D.____

attestiert demgegenüber bereits im Bericht vom 2 2. August 2016 keine ve rwertbare Arbeitsfähigkeit mehr, wobei er auf schwerwiegend e , l eistungsschädigend e

und seit mehr als einem Jahr bestehende

Symptome hinwies (E. 3.1.2). Mit diesem gegenüber dem in der RAD-Untersuchung gezeigten ganz anderen und aufgrund der Befunde und Aussagen entgegengesetzten Beschwerdebild setzte sich die Beschwerdegegnerin sodann einlässlich auseinander , wobei insgesamt die Einschätzung des Behandlers verworfen (vgl. E. 3.1.3) und in der Verfügung vom 1 6. November 2016 nicht darauf abgestellt wurde .

Eine praktisch identische Befunderhebung wie im Bericht vom 2 2. August 2016 findet sich im Bericht von Dr. D.____ vom 11. Januar 2018 (E. 3.2. 5). Dazu führte RAD -Ärztin

Dr. Z.____ aus, dies lasse etwas am Wahrheitsgehalt zweifeln (E. 3.5. 6), was jedenfalls insofern nicht zu beanstanden ist, als di e mitunter auch im Wortlaut identische Befundbe schreibung nichts N eues ausweist, als was nicht bereits anlässlich der Verfügung vom 1 6. November 2016 gewürdigt worden war .

RAD-Ärztin Dr. Z.____ wies zudem zu Recht darauf hin, d ass das in den Berichten des H.____ vom 2 0. November 2017 und von Dr. D.____ vom 1 1. Januar 2018 fest gehaltene Delayed - Sleep -Phase-Syndrom e bei der Untersuchung im Schlaflabor vom 2 3.

November 2016 nicht fest stellbar gewesen war. Durch den Facharzt Dr. F.____ wurde dementsprechend keine entsprechende Diagnose gestellt, auch nicht im neuesten Bericht vom 2 9. August 2018 und dies obwohl der Beschwer deführer ihm gegenüber bereits am 2 4. Januar 2017 eine Einschlaf latenz von einer bis drei Stunden angegeben hatte (vgl. E. 3.2.1, E. 3.2.4 und E. 3.2.8) .

Dr. Z.____ ist auch darin zu folgen , dass die Schlafstörungen schon bei der ursprünglichen RAD-Untersuchung bekannt w aren, dabei

jedoch keine Ein schränkung der Funktion sf ähigkeit erhoben werden konnte und dieser Störung insofern Rechnung getragen wurde , als Tätigkeiten im Schichtbetrieb nicht als zumutbar erachtet wurden (vgl. E.

3.1.1). Insgesamt ist damit nicht zu beanstan den, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Angabe von Dr. Z.____

nicht auf eine relevante Veränderung (Verschlechterung) des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 1 6. November 2016 schloss. 4.2

Bezüglich insbesondere der Schlafstörungen ist ergänzend noch Folgendes festzuhalten: Bereits im Zeitpunkt der anspruchsverneinenden Verfügung vom 16. November 2016 war die schlafmedizinische Abklärung bei Dr. F.____ eingeleitet gewesen. Die Untersuchung im Schlaflabor fand nämlich bereits am 23. November 2016 statt. Damit ist anzunehmen, dass der Bericht von Dr. F.____ vom Februar 2017 die gesundheitliche Situation beschreibt, die schon im November 2016 vorgelegen hatte. Diese Situation entsprach sodann im Wesentlichen derjenigen ab Ende Oktober 2017; im Bericht des H.____ vom 20. November 2017 wird von einer Einschlaf latenz von drei bis vier Stunden, von einer schlechten Schlafqualität und einer erheblichen Tagesmüdigkeit berichtet (vgl. E. 3.2.2).

Eine weitergehende Behandlung der Schlafstörungen wurde erst Ende Oktober 2017 aufgenommen, obwohl Dr. F.____ bereits Anfang Februar 2017 eine Überweisung ans H.____ vorgenommen hatte.

Bis im Januar 2018 war die vom H.____ im Sinne eines nächsten Schrittes empfohlene stationäre

Insomnietherapie noch nicht durchgeführt worden

und war auch keine Anpassung einer Bruxismus schiene erfolgt (vgl. E. 3.2.1, E. 3.2.2, E. 3.2.4, E. 3.2.8; vgl. auch Urk. 13/69). Angesichts dessen kommt dem Hinweis von Dr. F.____ im Bericht vom 28. Dezember 2017, es liege eine chronifizierte Situation vor, keine entscheidende Bedeutung zu (vgl. E. 3.2.4).

Hinsichtlich der Schlafstörungen ist zwischen November 2016 und Januar 2018 demgemäss – entsprechend der Beurteilung von Dr. Z.____ - keine relevante Veränderung und namentlich auch keine Chronifizierung ersichtlich. 4.3

Aus dem Zwischenbericht des M.____ vom 13. Dezember 2017 (Urk. 13/65/3-6) auf welchen der Beschwerdeführer Bezug nimmt (vgl. Urk. 1 Ziff. 54),

ergibt sich

ein Arbeitspensum vom 28. Februar

bis 7. August 2017 von 20 % ,

vom 8. August bis 18. September 2017 von 30 % und letztlich ab 19. September 2017 ein Pensum von 40 % , sowie ,

dass der Beschwerdeführer in dieser Zeit viele Absenzen aufgewiesen habe und krankgeschrieben worden sei.

Aufgrund der erfolgten Bewertung von Eigeninitiative und Arbeitsmotivation (vgl. Urk. 13/65/4) ist die Eingliederungsbereitschaft (subjektive Eingliederungsfähigkeit) zumindest fraglich. Dazu ist auch festzuhalten, dass der Beschwerdeführer bereits in einem früheren Verfahren als Unterstützung seiner Genesung eine Rente und «allenfalls» für einen späteren Zeitpunkt ein Belastungstraining für den Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt beantragt hatte

(Urk. 13/48). Im vorliegenden Verfahren wird nun über Integrationsmassnahmen und berufliche Eingliederungsmassnahmen die Rente beantragt (Urk. 1 S. 2). Dabei besteht

gemäss dem im Verfahren eingereichten aktuellsten Bericht von Dr. D.____

eine

zu 100% ige Arbeitsunfähigkeit (E. 3.2. 7). Vor diesem Hintergrund ist fraglich, ob berufliche Massnahmen zielführend durchgeführt werden könnten . Nachdem hiervor Gesagten sind die Kriterien jedoch bereits anderweitig nicht erfüllt, weshalb eine eingehendere Auseinandersetzung

unterbleiben kann. Diesbezüglich drängen sich auch keine weiteren medizinischen Abklärungen auf, da hiervon für den entscheiderelevanten Zeitraum keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b) . 4. 4 Zusammenfassend ist seit der Verfügung vom 16. November 2016

und bis zum 25. Januar 2018 keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen

und es ist weiterhin von der vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung fallen damit nicht in Betracht. Rentenleistungen der Invalidenversicherung sind nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

Die Beschwerde ist damit insgesamt unbegründet, was zu deren Abweisung führt. 5. 5.1

Die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind vorliegend erfüllt (vgl. insbesondere Urk. 3). Demzufolge ist dem Beschwerdeführer antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Rechtsanwalt

Martin Hablützel, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen. 5.2

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5.3

Rechtsanwalt Martin Hablützel machte mit Honorarnote vom 29. Mai 2019 (Urk. 19) einen Aufwand von insgesamt 24.9 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 164.34 geltend. Darin enthalten sind unter anderem Sammelpositionen bezeichnet als «Beschwerde, Sachverhalt, Aktenstudium, Rechtliches...», welche insgesamt mit 15.4 Stunden Aufwand veranschlagt wurden (vgl. Position vom 6., 8., 12., 13., 21. und 26. Februar 2018). Rechtsstudium bzw. Rechtskenntnisse werden grundsätzlich vorausgesetzt und können im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung nicht entschädigt werden. Sodann wurden zahlreiche Telefonate und Emailkorrespondenzen mit behandelnden Ärzten und Therapeuten aufgeführt (vgl. Positionen vom 13. und 20. Februar sowie 5., 20., und 28. März 2018), die einerseits keinen Eingang in die Akten gefunden haben und andererseits im Hinblick auf die im Sozialversicherungsverfahren geltende Untersuchungsmaxime sowie den Umstand, dass der Sachverhalt grundsätzlich im Verfügungszeitpunkt zu erheben ist und sich die gerichtliche Überprüfungsbefugnis auf diesen Zeitpunkt beschränkt,

auch nicht als zwingend notwendig erachtet werden können. Im Weiteren ist nach der Neuanmeldung vom 15. November 2017 und dem Gesuch um Eingliederungsmassnahmen festzustellen, dass sich die massgebenden Akten auf die Konsultation weniger Aktenstücke beschränkt. Nicht Prozessthema des vorliegenden Verfahrens sind

— wie gesagt — Rentenleistungen der Invalidenversicherung, weshalb die in diesem Zusammenhang geltend gemachten, zuweilen in Sammelpositionen in Rechnung gestellten

Aufwendungen im Zusammenhang mit der Ausfertigung der Beschwerdeschrift auch nicht im geltend gemachten Umfang vergütet werden können (vgl. etwa Positionen vom 26. Februar 2018).

Angesichts des

in Bezug auf das Prozessthema geringen Umfangs der zu studierenden Akten, der zwar rund 20 Seiten umfassenden Beschwerdeschrift, die sich jedoch mit Blick auf

den streitgegenständlich zu beurteilenden Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen auf wenige Seiten hätte beschränken können,

die notwendigen Aufwendungen für Instruktion und Abklärungen, der Bemühungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege sowie der in ähnlich gelagerten Fällen zugesprochenen Beträge ist die Entschädigung von Rechtsanwalt Martin Hablützel bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. 5.4

Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an Rechtsanwalt Martin Hablützel, Zürich, verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 26. Februar 2018 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Martin Hablützel, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Martin Hablützel, Zürich, wird mit Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Hablützel - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubNef

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