

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00418 vom 17. Dezember 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00418

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00418 du 17 décembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00418 del 17 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1983, schloss eine Lehre als Polymechaniker mit technischer Berufsmaturität ab (Urk. 6/2/2-3). Ein Studium in Maschinenbau brach er ab (Urk. 6/17 S. 1 oben). Zuletzt war er vom 1. Juli 2012 bis 30. November 2013 bei der Z.____ AG angestellt (Urk. 6/15/1 Ziff. 2.1). Unter Hinweis auf ADHS und Depressionen meldete sich der Versicherte am 3. April 2014 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/3 Ziff. 6.2).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, veranlasste eine Potenzialabklärung des Versicherten (Urk. 6/21) und erteilte am 18. Mai 2015 für die Zeit vom 19. Mai bis 15. November 2015 Kostengutsprache für ein Arbeitstraining (Urk. 6/37). Die Massnahme wurde am 25. November bis zum 31. Januar 2016 verlängert (Urk. 6/45). Am 4. Februar 2016 sprach die IV-Stelle dem Versicherten eine Arbeitsvermittlung zu (Urk. 6/55), die sie am 7. September 2016 für beendet erklärte (Urk. 6/61). In der Folge tätigte sie medizinische Abklärungen (Urk. 6/65, Urk. 6/67) und erliess am 10. April 2017 den Vorbescheid (Urk. 6/73). Der Versicherte brachte dagegen Einwände (Urk. 6/79) vor.

Mit Verfügung vom 28. März 2018 (Urk. 6/85 = Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf IV-Leistungen.

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte

Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E.

6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend 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 objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 4. Mai 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. März 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente zuzusprechen. Eventuell sei die Angelegenheit an die IV-Stelle zur fachärztlichen Abklärung und anschliessenden Neuprüfung des Leistungsanspruches zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-3 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 13. Juni 2018 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 25. Juni 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin vertrat den Standpunkt, der Beschwerdeführer habe ein Arbeitspensum von 80 % am Ende des Arbeitstrainings gut verrichten können (Urk. 2 S. 1). Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die im Verlauf gestellten Diagnosen unter Berücksichtigung der Befunde, der Abklärungsberichte und der fremdanamnestischen Angaben nicht plausibel erschienen. Neurologische Untersuchungen hätten keine eindeutigen Diagnosen ergeben. Aufgrund der nicht eindeutigen neurologischen Untersuchung könne dem Beschwerdeführer eine um 20 % reduzierte Arbeitsfähigkeit zugestanden werden (Urk. 2 S. 2 oben). Die reduzierte Leistungsfähigkeit berücksichtige eine leichte Reduktion der Aufmerksamkeit und der Konzentrationsspanne (Urk. 2 S. 2 Mitte).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte vor, verschiedentlich sei erwähnt worden, dass er bei der A.____ AG eine 80%ige Tätigkeit ohne Einschränkung ausüben könne. Dem werde widersprochen. Während vieler Monate habe er lediglich zu 50 % gearbeitet, da ihm eine Steigerung des Arbeitspensums nicht zumutbar gewesen sei. Erst in den letzten zwei Monaten vor Abschluss der Eingliederung sei eine Anwesenheit von 80 % realisiert worden (Urk. 1 S. 7 Ziff. II f). Eine Stellungnahme zur Leistungsfähigkeit während der zwei letzten Monate fehle in den Protokollen der Eingliederungsberatung. Es sei daher unklar, woher der RAD und die Beschwerdegegnerin auf eine Leistungsfähigkeit von 80 % schliessen wollten (Urk. 1 S. 8 Ziff. II g). Zur Klärung der Inkonsistenzen hätte eine externe Abklärung vorgenommen werden müssen (Urk. 1 S. 12).

E. 2.3

Streitig ist, ob ein Rentenanspruch besteht. Zunächst ist zu prüfen, ob die vorliegenden Akten eine Beurteilung des Gesundheitszustands und damit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zulassen.

Nachfolgend ist auf die medizinische Aktenlage einzugehen. 3. 3.1

B.____, Neuropsychologin, und Dr. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, Sanatorium D.____, berichteten am 26. August 2010 (Urk. 6/67/9-13) über eine ADHS-Abklärung im Sanatorium D.____. Sie stellte die Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (S. 1). Weiter wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei in der Schulzeit mehrfach schulpsychologisch abgeklärt worden. Bereits in der Primarschule sei er beim Bearbeiten von Aufgaben immer langsamer gewesen als die anderen Schüler (S. 2 oben). Eigenanamnestisch bestünden seit der Kindheit rezidivierende depressive Episoden. Eine erstmalige psychiatrische Behandlung sei im Jahr 2006 erfolgt (S. 3 unten).

In der ausführlichen neuropsychologischen Untersuchung hätten sich Defizite in der phasischen Alertness gezeigt (Fähigkeit auf einen Warnreiz hin, das Aktivierungsniveau zu erhöhen). Zudem sei eine leichtgradige Beeinträchtigung des verbalen Arbeitsgedächtnisses festgestellt worden und die adaptive Flexibilität habe sich als grenzwertig erwiesen. Die übrigen geprüften kognitiven Funktionsbereiche hätten sich als unauffällig erwiesen (S. 4 f.). Insgesamt könnten die Befunde der neuropsychologischen Untersuchung als kognitiver Normalbefund gewertet werden. Die grösstenteils unauffälligen Leistungen im Bereich Aufmerksamkeit stünden nicht in Widerspruch zur Diagnose eines ADS. Die Diagnosekriterien für eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität seit der Kindheit seien höchstwahrscheinlich erfüllt (S. 5). 3.2

Am 8. Juni 2012 erfolgte eine weitere neuropsychologische Untersuchung im Institut E.____.

Dr. F.____, Psychologin FSP, Stellvertretende Leiterin Neuro psychologie, und Dr. G.____, Leiter Neuropsychologie, E.____, nannten im Untersuchungsbericht vom 12. Juni 2012 (Urk. 6/67/1-6) als neuropsychologische Diagnosen eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeits störung (ICD-10 F90.0), vorwiegend unaufmerksamer Subtypus, und eine Lese störung (Verdacht auf Störung der lexikalisch semantischen Routine) bei fehlen der Rechtschreibstörung (ICD-10 F81.8, S. 1).

Weiter wurde ausgeführt, die Untersuchungsergebnisse spiegelten die aktuelle Leistungsfähigkeit wieder und seien als valide anzusehen (S. 2 unten). Zusammen fassend verfüge der Beschwerdeführer über ein gut durchschnittliches, allgemeines kognitives Leistungsniveau. Zudem habe er ein gutes Abstraktions vermögen und eine hohe mentale Flexibilität sowie intakte Wahrnehmungs- und Gedächtnisfunktionen gezeigt. Dazu diskrepanz hätten Auffälligkeiten im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen bestanden. Bei einer ansonsten effizienten und raschen Arbeitsweise sei die Bearbeitung von Durchstreichtests mit hohen Anforderungen an die selektive Aufmerksamkeit verlangsamt und erhöht störanfällig erfolgt (S. 4 unten). Weiter hätten sich ausgeprägte Defizite in der langfristigen und stabilen Aufmerksamkeitszuwendung manifestiert, insbesondere unter monotonen Bedingungen oder bei repetitiven Anforderungen. Der Beschwerdeführer habe in diesen Situationen wenig Beharrlichkeit und Ehrgeiz aufgebracht, um das Maximum zu leisten und er sei die Aufgaben vereinzelt etwas minimalistisch angegangen (S. 4 f.). 3.3

Der Beschwerdeführer ist seit dem 8. Februar 2011 bei Dr. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Urk. 6/14 S. 1 Ziff. 1.2). Dr. H.____ attestierte in einem nicht datierten ärztlichen Zeugnis seit dem 1. Oktober 2013 bis zum 21. Februar 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 6/11/3 Ziff. 8). 3.4

Dr. H.____ nannte im Bericht vom 2. Juni 2014 (Urk. 6/14) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität, eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode, und einen Verdacht auf eine soziale Phobie (S. 1 Ziff. 1.1).

Zur Anamnese wurde ausgeführt, in den Jahren 2006 und 2010 seien Abklärungen wegen eines ADHS getätigt worden. Schliesslich sei die Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität gestellt worden. Er, Dr. H.____, habe den Patienten erstmals am 8. Februar 2011 gesehen. Zu diesem Zeitpunkt hätten massive Probleme bestanden, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrecht zu erhalten. Weiter hätten Probleme mit dem Arbeitsgedächtnis, mit der Arbeitsplanung und -organisation und der Durchführung der Arbeit bestanden und es hätten wiederholt depressive Stimmungsschwankungen, Einschlafstörungen, die seit klein auf bestünden, und soziale Ängste vorgelegen. Diese Probleme hätten zu einer massiven Behinderung der Studierfähigkeit geführt. Im Frühjahr 2012 habe der Beschwerdeführer das Studium in Maschinenbau FH abgebrochen. Zirka seit Juli 2012 habe er eine Stelle als Konstruktionsprojektleiter innegehabt (S. 2 Ziff. 1.4 oben). Mitte 2013 habe er sich nach mehrmonatiger Pause erneut bei seinem Psychiater gemeldet. Nach der Kündigung der Arbeitsstelle per Ende September 2013 sei es rasch zu einer weiteren Verschlechterung des depressiven Zustandsbildes gekommen. Der Beschwerdeführer sei daher ab dem 1. Oktober 2013 zu 100 % krankgeschrieben worden (S. 2 Ziff. 1.4 Mitte).

Dr. H.____ führte zu den erhobenen Befunden aus, der Patient sei im Kontakt offen und zugänglich. Affektiv sei er gut spürbar. Die Konzentration sei jedoch vermindert. Ebenso seien die Merkfähigkeit und das Kurzzeitgedächtnis subjektiv vermindert. Das formale Denken sei kohärent, aber verlangsamt. Weiter bestehe eine Grübelneigung und der Antrieb sei spürbar gehemmt. Der Beschwerdeführer müsse sich zu allem zwingen. Hinweise auf Wahn oder Sinnestäuschungen bestünden nicht. Stimmungsmässig sei er deprimiert, traurig und hoffnungslos. Er habe berichtet, dass er aus nichts eine Befriedigung ziehen könne. Weiter sei er ängstlich, innerlich unruhig und manchmal gereizt. Zudem bestünden Schuldgefühle, Insuffizienzgefühle und ein Rückzug von sozialen Kontakten, ausser von der Partnerin, sowie Schlafstörungen (S. 2 Ziff. 1.4 Mitte).

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Konstrukteur/Projektleiter mit einem abgebrochenen Studium in Maschinenbau FH habe vom 1. Oktober 2013 bis 20. März 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Seit dem 21. März 2014 bestehe bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (S. 3 Ziff. 1.6). Als Einschränkungen bestünden Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, eine depressive Verstimmung, Antriebslosigkeit, Schwankungen der Leistungsfähigkeit sowie eine Minderung der Anpassungsfähigkeit und der Flexibilität. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit, in welcher die erwähnten Einschränkungen toleriert würden, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (S. 3 Ziff. 1.7).
3.5

Dr. H.____ nannte im Verlaufsbericht vom 20. Oktober 2016 (Urk. 6/65) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität, eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte Episode, einen Verdacht auf eine soziale Phobie und eine Lesestörung (Verdacht auf eine Störung der lexikalisch-semanticen Routine) bei fehlender Rechtschreibstörung (S. 1 Ziff. 1.2). Dr. H.____ bezeichnete den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als leicht verbessert (S. 1 Ziff. 1.1).

Er führte zu den Befunden aus, in psychiatrischer Hinsicht habe die Etablierung von Lithium einen entscheidenden Fortschritt gebracht. Das Medikament sei verwendet worden zur Augmentation des bestehenden Antidepressivums und zur Stabilisierung der Stimmung. Es sei zu einer deutlichen Aufhellung der depressiven Verstimmung gekommen und auch der Antrieb sei positiv beeinflusst worden, auch wenn dieser noch immer mangelhaft sei. Der nach wie vor eingeschränkte Antrieb stelle bei der Arbeit und der Alltagsbewältigung immer noch ein beträchtliches Hindernis dar (S. 1 Ziff. 1.3 Mitte). Der Beschwerdeführer sei affektiv besser spürbar und die Mimik und Gestik hätten deutlich zugenommen. Er habe aber oft Mühe, sich auszudrücken und benötige dafür mehr Zeit. Die Konzentration sei vermindert. Subjektiv werde sodann eine starke Beeinträchtigung des Arbeitsgedächtnisses beklagt. Das Langzeitgedächtnis sei gut. Das formale Denken sei kohärent, aber subjektiv und objektiv verlangsamt. Stimmungsmässig sei der Beschwerdeführer euthym und weniger pessimistisch als früher. Er sei deutlich weniger ängstlich und es komme nur noch selten zu einer inneren Unruhe und Gereiztheit. In Bezug auf soziale Kontakte sei er aber nach wie vor sehr passiv (S. 1 Ziff. 1.3 unten).

Eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer während vier Stunden pro Tag zumutbar. Er sei aber nicht imstande, die Arbeit konkurrenzfähig zu bewältigen, da er im Arbeitsfluss stark verlangsamt sei. Diese Einschränkung bestehe unabhängig von der Art der Arbeit in seinem Bereich. Die Leistungsfähigkeit sei um zirka 70 % reduziert. Konkret verbleibe damit eine Leistungsfähigkeit von zirka 30 % (S. 2 Ziff. 2.1).
3.6

Dr. I. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regional ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 4. November 2016 (Urk. 6/72 S. 4 ff.) Stellung zu den Akten. Er führte aus, im Bericht vom 12. November 2014 über eine Arbeitsdiagnostik (vgl. E. 4.1) würden Schwierigkeiten bezüglich der Unterordnung unter eine Arbeitshierarchie beschrieben. Unklar blieben die häufigen Verspätungen und unentschuldigtem Fehltage des Beschwerdeführers während der Massnahme. Der Hinweis, dass er wegen seiner Freundin sehr früh aufstehen müsse und er am Morgen dann längere Zeit benötige, um in den Alltag zu finden, wirke krankheitsmässig nicht überzeugend (S. 4 f.). Im Bericht vom 16. November 2015 (vgl. E. 4.3) werde angegeben, dass der Beschwerdeführer ein Pensum von 50 % gut habe verrichten können. Ein 80% Pensum sei ihm zunächst physisch und psychisch nicht möglich gewesen. Nach dem die Massnahme verlängert worden sei, habe er doch noch ein Arbeitspensum von 80 % erreicht. Das Unternehmen, bei dem er eingesetzt worden sei, habe ihn aber nicht übernommen.

Aus den Berichten über berufliche Massnahmen ergebe sich im Überblick kein zusammenfassendes Bild. Die angegebenen Schwierigkeiten mit der Unterordnung unter eine Arbeitshierarchie erreichten nicht den Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung und seien daher IV-rechtlich nicht relevant. Die von Dr. H. ____, wiederholt postulierte Diagnose einer mittelgradigen Depression passe sodann nicht zu den Angaben im Bericht der J. ____, GmbH vom 19. Mai 2015 (vgl. E. 4.2), wonach man spüre, dass der Beschwerdeführer gerne zur Arbeit komme und er eine gute Unterstützung im Betrieb sei. Auch das im Bericht erwähnte gute Engagement, die gute Konzentration, die gute Ausdauer und die sehr gute Kommunikationsfähigkeit würden der Diagnose widersprechen (S. 5 Mitte). Die umfangreichen und wochenlangen Beobachtungen während der Massnahmen zeigten, dass nicht von einem niedrigen Funktionsniveau ausgegangen werden könne. Der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung könne daher nicht gefolgt werden. Dr. H. ____, habe zudem den Verdacht auf eine soziale Phobie geäussert. In den Berichten betreffend berufliche Massnahmen seien jedoch keine derartigen Symptome beschrieben worden. Vielmehr seien die Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit des Beschwerdeführers als sehr gut und die Teamfähigkeit als gut bezeichnet worden. Der Verdacht auf eine soziale Phobie könne daher nicht bestätigt werden. Von Seiten des behandelnden Psychiaters sei auch eine Lesestörung diagnostiziert worden. Das Ausmass der Lesestörung und die eventuellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien jedoch unklar (S. 5 unten). Im Überblick bestünden grosse Zweifel, ob die genannten Diagnosen in einem arbeitsrelevanten Ausmass vorhanden seien (S. 6 oben). 3.7

K. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, nahm am 23. Februar 2017 zu den neu eingeholten Berichten über neuro psychologische Untersuchungen im Sanatorium D. ____, und im E. ____, Stellung (Urk. 6/72 S. 6 ff.). Er führte aus, die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers im Bericht vom 8. Juni 2012 zu Leistungen in der Schulzeit würden den Fakten gemäss dem Schulzeugnis vom 20. Juni 2003 widersprechen. Es sei jedoch angegeben worden, dass in bestimmten Situationen wenig Beharrlichkeit und Ehrgeiz des Beschwerdeführers vorgelegen hätten, um das Maximum zu leisten, und dass Aufgaben vereinzelt etwas minimalistisch angegangen worden seien (S. 6 Mitte). K. ____, nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ADHS, am ehesten unaufmerksamer Subtypus. Hinsichtlich der bisherigen Tätigkeit als Polymechaniker seien die Aufmerksamkeit und die Konzentrationsspanne vermindert. Dies führe zu reduzierten Lern- und Anpassungsleistungen. Tätigkeiten und Aufgaben, die Verantwortung für

Personen und die Überwachung von Maschinen beinhalteten, sowie Tätigkeiten und Aufgaben mit hohen Anforderungen an das Konzentrationsvermögen sowie an die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit sollten vermieden werden (S. 7 oben).

In der bisherigen Tätigkeit als Polymechniker bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 80 %. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 7 Mitte). Die im Verlauf gestellten Diagnosen seien unter Berücksichtigung der psychopathologischen Befunde, der Abklärungsberichte und der fremdanamnestischen Angaben nicht plausibel. Die neuropsychologischen Untersuchungen sprächen nicht eindeutig für ein ADS/ADHS. Wiederholt seien bei bestimmten Situationen wenig Beharrlichkeit und Ehrgeiz angemerkt worden, um das Maximum zu leisten. Bei häufigen Fehlzeiten im Arbeitstraining und einem verzögerten Lernbeginn bei Prüfungen sei in erster Linie ein Mangel an Motivation in Betracht zu ziehen. Unter Berücksichtigung der nicht eindeutigen neuropsychologischen Untersuchungen könne dem Beschwerdeführer jedoch eine reduzierte Arbeitsfähigkeit zugestanden werden (S. 7 unten).

Der RAD-Arzt korrigierte seine Angaben zur Arbeitsfähigkeit nach einer Rückfrage der Beschwerdegegnerin dahingehend, dass sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestehe (S. 8 oben). 3.8

Dr. H.____ bestätigte in einer Stellungnahme vom 12. Juni 2017 (Urk. 6/83) die im Bericht vom 20. Oktober 2016 gestellten Diagnosen (S. 1 Ziff. 2). Er führte aus, seine diagnostische Einschätzung basiere auf einer Verlaufsbeobachtung und Therapie von mehr als sechs Jahren. Dabei zeige sich eine grosse Stabilität in der diagnostischen Beurteilung und im Verlauf. Die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei bei guter Intelligenz mal stärker, mal schwächer eingeschränkt. So sei es schliesslich trotz adäquater Behandlung zum Abbruch des Studiums gekommen (S. 2 Ziff. 2 oben). Die im Arztbericht geschilderten Probleme stünden nicht nur im Zusammenhang mit einer Diagnose. Dabei handle es sich vielmehr um die Auswirkungen der Interferenz der verschiedenen komorbid auftretenden Störungen. Die depressive Störung habe sich erst nach jahrelanger Behandlung und unter einer Langzeittherapie mit Lithium gebessert, ohne dass eine Remission erreicht worden sei. Die depressive Störung verstärke sich zudem regelhaft, sobald der Beschwerdeführer Stress ausgesetzt sei. Hinzu komme, dass er bis heute ausserstande sei, ohne starke sedierende Medikamente einzuschlafen (S. 2 Ziff. 2 Mitte).

Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf dem freien Arbeitsmarkt sei erheblich eingeschränkt. Er, Dr. H.____, gehe unverändert davon aus, dass in einer angepassten Tätigkeit eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe. Der Beschwerdeführer habe grosse Probleme mit dem Einschlafen und Aufwachen. Er habe ein starkes Morgentief und grosse Mühe aufzustehen und für den Tag «in die Gänge zu kommen». Dies sei auch der Grund, weshalb er im Arbeitstraining am Morgen jeweils erst um 10 Uhr habe anfangen können (S. 2 Ziff. 3). Im Alltag fielen eine ausgeprägte Konzentrationsstörung auf und das Kurzzeitgedächtnis sei stark beeinträchtigt. Allgemein sei er sehr verlangsamt und ablenkbar und unfähig zu Multitasking, wobei sich alles noch verstärke, wenn er unter Druck komme (S. 3 Ziff. 3). 3.9

K.____ nahm am 8. September 2017 (Urk. 6/84 S. 2 ff.) erneut Stellung zu den Akten. Er gab an, es lägen Inkonsistenzen und Inplausibilitäten vor. Ein bewusst manipulativ und berechnendes Verhalten des Beschwerdeführers könne nicht ausgeschlossen werden. Die Kündigung vom September 2013 sei vom Arbeitgeber ausgesprochen worden. Die

Arbeitsunfähigkeit sei aber erst während der Kündigungsfrist bei Freistellung des Arbeitnehmers ein getreten. Die Arbeitsunfähigkeit sei durch den behandelnden Arzt zudem lange nach Ablauf der Kündigungsfrist attestiert worden. Gemäss der Stellungnahme des behandelnden Arztes bestünden die Einschränkungen vor allem in Form von Einschlafstörungen und den daraus resultierenden Schwierigkeiten, am Morgen aufzustehen (S. 3 unten). Die geltend gemachte ADHS und entsprechende Schwierigkeiten machten sich gewöhnlich früh im Leben bemerkbar. Gegen funktionelle Einschränkungen sprächen die offenbar problemlos abgeschlossene Lehrausbildung und der erfolgreiche Abschluss der Berufsmaturität. Für depressive Symptome gebe es in den vorliegenden Berichten keine Hinweise, auch nicht für eine soziale Phobie (S. 4 oben). 4. 4.1

Die Therapeuten der Psychiatrischen Klinik L.____ erstatteten am 12. November 2014 (Urk. 6/32) den Abschlussbericht über eine Potentialabklärung des Beschwerdeführers in der L.____ (S. 1 Ziff. 1). Sie gaben an, der Beschwerdeführer habe ein Studium in Maschinenbau abgebrochen. Bei seinen früheren Tätigkeiten seien nach seinen Angaben immer wieder Konflikte aufgetreten. Eine Schwierigkeit seien die Unterordnung unter die häufig vorgegebene Arbeitshierarchie und die Anpassung an bestimmte Vorgaben gewesen (S. 1 Ziff. 2). Der Beschwerdeführer habe jeweils zum Ende der Arbeitswochen eine erkennbar ansteigende Erschöpfung gezeigt. In diesem Zusammenhang hätten auch seine Verspätungen zugenommen (S. 4 Ziff. 4a). 4.2

Am 19. Mai 2015 (Urk. 6/42) erstattete die Verantwortliche der J.____ GmbH den Schlussbericht über ein Arbeitstraining des Beschwerdeführers bei der A.____ AG, das vom 19. November 2014 bis 18. Mai 2015 gedauert hatte (S. 1 Ziff. 2).

Sie führte aus, der Vorgesetzte des Beschwerdeführers bei der A.____ AG habe ihn als neuen Mitarbeiter geschätzt. Er sei im Betrieb eine gute Unterstützung gewesen. Morgens habe er Anlaufschwierigkeiten gehabt, was mit den Medikamenten zu tun habe. Dies sei dem Arbeitgeber aber bekannt gewesen und es sei flexibel damit umgegangen worden. Der Beschwerdeführer habe morgens jeweils um 10 Uhr angefangen und sei zwischen 6.5 bis 7 Stunden im Betrieb geblieben (S. 3 oben). Die Arbeitsleistung habe 70 % betragen (S. 4 Mitte). Der Beschwerdeführer habe sich im Team sehr wohl gefühlt und sei sehr gut aufgenommen worden. Er habe auch gut mit Kritik umgehen können. Die Motivation sei gut. Man spüre, dass der Beschwerdeführer gerne zur Arbeit komme (S. 4 oben). 4.3

Der Geschäftsstellenleiter der M.____ GmbH erstellte am 16. November 2015 (Urk. 6/44) den Abschlussbericht über ein Jobcoaching. Er führte aus, der Beschwerdeführer habe beim Einsatzunternehmen anfänglich ein Pensum von 50 % ausgeübt. Eine Steigerung des Arbeitspensums auf 80 % sei für August 2015 geplant gewesen. Er habe das höhere Arbeitspensum aber nach zwei Wochen wieder abgebrochen. Der Beschwerdeführer habe sich physisch und psychisch nicht in der Verfassung gefühlt, worauf das Pensum wieder auf 50 % gesenkt worden sei (S. 1 lit. A). Die Arbeitsleistung während des Arbeitsversuches sei als gut bewertet worden. Der Beschwerdeführer sei gern zur Arbeit gekommen, habe sich ins Team eingebracht und geholfen, Pendenzen abzubauen, was vom Team geschätzt worden sei (S. 1 lit. B). Die Arbeitgeberin sei grundsätzlich bereit, den Beschwerdeführer zu einem späteren Zeitpunkt als Arbeitnehmer zu übernehmen, allerdings nicht mit einem 50%-Pensum. Angestrebt sei immer noch ein Pensum von 80 %. Es werde deshalb ein nochmaliger Test des Beschwerdeführers vorge schlagen (S. 1 unten). 5. 5.1

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/bb/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_348/2016 vom 9. Dezember 2016 E. 2.4). 5.2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen habe, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen müsse. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit habe die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung bezweckt. Dieses Regel/Ausnahme-Modell werde durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenanprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) ändere sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) träten jedoch – vom Bundesgericht näher umschriebene – Standardindikatoren, die sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen liessen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität werde mit der Änderung der Rechtsprechung verzichtet. Der neu formulierte Prüfungsraster sei rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirkten sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisierten die in BGE 141 V 281 E. 4 und E. 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Das Bundesgericht hielt ferner fest, dass die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades nur zulässig sei, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchslage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen seien. Fehle es daran, habe die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6). 5.3

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 entscheidungsvante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

6. 6.1

Drs. F.____, G.____ und E.____, diagnostizierten nach der neuropsychologischen Untersuchung des Beschwerdeführers vom 8. Juni 2012 eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, vorwiegend unaufmerksam-subtypus, und eine Lesestörung bei fehlender Rechtschreibstörung (vorstehend E. 3.2). Dr. H.____ nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität, eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte Episode, einen Verdacht auf eine soziale Phobie und eine Lesestörung bei fehlender Rechtschreibstörung. Der behandelnde Psychiater attestierte im Verlaufsbericht vom 20. Oktober 2016 eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 70 % (E. 3.5). Der RAD der Beschwerdegegnerin konnte die von Dr. H.____ gestellten Diagnosen dagegen nicht bestätigen. Er attestierte für die angestammte und für eine angepasste Tätigkeit eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80 % (vorstehend E. 3.6). 6.2

Der Beschwerdeführer wies darauf hin, dass er während des Arbeitseinsatzes bei der A.____ AG erst gegen Ende der Massnahme ein Arbeitspensum von 80 % erreichen konnte (Urk. 1 S. 8 Ziff. II. g). Dies bestreitet auch die Beschwerdegegnerin nicht. Demzufolge bleibt unklar, ob dem Beschwerdeführer auch über einen längeren Zeitraum eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zugemutet werden kann. RAD-Arzt Dr. I.____ äusserte sich in der Stellungnahme vom 4. November 2016 nicht weiter dazu, weshalb gerade eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestehen soll (vorstehend E. 3.6). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass sich der RAD in seiner Beurteilung wesentlich auf die Abklärungsberichte zu den beruflichen Massnahmen stützte. Auch wenn den Abklärungsberichten ein Beweiswert beizumessen ist, beruhen diese nicht auf einer fachärztlichen Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Als Mangel erweist sich sodann, dass die Stellungnahmen des RAD nicht auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers beruhen.

Die Beschwerdegegnerin hat es weiter trotz der von Dr. H.____ gestellten psychiatrischen Diagnosen unterlassen, ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen (vgl. E. 5.2 hiervor). Bei den Berichten von Dr. H.____ fällt auf, dass er im Verlaufsbericht vom 20. Oktober 2016 zwar eine leichte Verbesserung des Gesundheitszustandes beschrieben hat. Verglichen mit dem Bericht vom 2. Juni 2014 attestierte er im Oktober 2016 jedoch eine tiefere Arbeitsfähigkeit von 30 % anstelle der zuvor attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 %. Damit kann auch nicht auf die Berichte des behandelnden Psychiaters abgestellt werden.

Nachdem die Einschätzungen durch Dr. H.____ und den RAD erheblich voneinander abweichen, drängt sich eine externe psychiatrische Begutachtung allenfalls unter Einbezug einer erneuten neuropsychologischen Abklärung auf. Da bislang kein externes Gutachten

vorliegt und Zweifel an den versicherungs internen Feststellungen des RAD bestehen, erweist sich der medizinische Sach verhalt als ungenügend abgeklärt. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine psychiatrische und gegebenenfalls eine neuro psy cho logische Begutachtung des Beschwerdeführers veranlasse. Danach hat sie über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers erneut zu verfügen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 7.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 700.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 7.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Bei einem Stundenansatz von Fr. 145.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer von 7.7 %) ist er mit Fr. 1'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 28. März 2018 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen 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.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 MosimannBrugger

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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