

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00953 vom 21. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00953](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00953)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00953 du 21 mai 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00953 del 21 maggio 2019

## 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 Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall 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).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Das An stellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungs träger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465

E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch 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 versicherungs in ternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

#### **E. 1.4**

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 Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

#### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 31. Oktober 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 1. Oktober 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Rente, zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 10. Dezember 2018 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 3. Januar 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

Über die im Verfahren UV.2017.00289 hängige Beschwerde wurde mit Urteil vom heutigen Datum entschieden. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung vom 1. Oktober 2018 (Urk. 2) wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren ab mit der Begründung, eine abschliessende medizinische Beurteilung sei nicht möglich, weshalb dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 29. Mai 2017 eine Massnahme auferlegt worden sei. Die Abklärungen hätten ergeben, dass er die Behandlung nicht wahrgenommen habe, obwohl ihm dies aus medizinischer Sicht zumutbar gewesen wäre. Aufgrund der vorliegenden Akten könne der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung nicht abschliessend beurteilt werden (S. 1). Der Beschwerdeführer habe sich für einen kurzen Zeitraum in fachpsychiatrischer Behandlung befunden, in deren Rahmen eine stationäre Therapiemassnahme zur intensiveren fachspezifischen Betreuung empfohlen worden sei. Eine solche Therapie sei bisher nicht umgesetzt worden und der Beschwerdeführer habe die ihm auferlegte Massnahme nicht erfüllt (S. 2).

#### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes werde nicht bestritten (Urk. 1 S. 3 Rz 5). Gemäss den Akten würden genügend Hinweise vorliegen, welche eine volle Arbeitsunfähigkeit im bisherigen und im zumutbaren Bereich belegten (S. 4 Rz 6). Die invalidenversicherungsrechtlich

relevante Erwerbsunfähigkeit sei ausgewiesen und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen (S. 5 oben). Im Weiteren sei festzuhalten, dass es die Beschwerdegegnerin unterlassen habe, den Sachverhalt hinreichend abzuklären. Dr. B.\_\_\_\_ habe aufgrund der komplexen Thematik ein polydisziplinäres Gutachten verlangt und auch der RAD-Arzt habe sinngemäss ausgeführt, ein Gutachten sei notwendig. Die Argumentation der Beschwerdegegnerin, wonach das Leistungsbegehren abzuweisen sei, weil eine abschliessende Beurteilung nicht möglich sei, erscheine nicht nachvollziehbar (S. 5 f).

Rz 7). Dass er zudem seiner Mitwirkungs- beziehungsweise Schadenminderungs- pflicht nicht nachgekommen sei, werde mit aller Vehemenz bestritten und entspreche nicht den Tatsachen. Er sei in einem derart schlimmen Gesundheitszustand, dass ihm keine Pflichtverletzung vorgeworfen werden dürfe und könne. Tatsächlich stehe nicht nur eine ambulante Therapie zur Diskussion, sondern sogar ein stationärer Aufenthalt. Er sei eben gerade aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage gewesen, sämtliche Termine wahrzunehmen (S. 6 f. Rz 8). Hinzu komme, dass das Mahn- und Bedenkzeitverfahren nicht durchgeführt worden sei (S. 7 Rz 10).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist demnach der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers und dabei insbesondere die Frage, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt wurde. 3. 3.1

Der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 5. Januar 2017 folgende Diagnosen (Urk. 7/97 /1-2 S. 1): - residuale obere Plexusparesse rechts nach Oberlin -Transfer bei Status nach Motorradunfall im Jahr 2011 - Status nach Suizidversuch im Jahr 2012 - posttraumatisches Belastungssyndrom - depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit wahrscheinlich somatischem Syndrom

Nach dem Unfall und anschliessenden mehrmaligen Operationen habe der Beschwerdeführer ein Schmerzsyndrom im Bereich der rechten Thoraxhälfte mit Betonung im Bereich des rechten Armes mit diffusen brennenden Schmerzen und beinahe Funktionsausfall des Armes entwickelt. Aktuell klagt er über brennende und pochende Schmerzen im Bereich des rechten Armes. Im Nackenbereich und der rechten Thoraxhälfte spüre er weniger Schmerzen. Trotz intensiver psychiatrisch-psychologischer Betreuung sowie der Einnahme von Psychopharmaka klagt er über massivste Schlafstörungen, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Wertlosigkeit, diffuse Konzentration und Vergesslichkeit, Albträume, sozialen Rückzug sowie Pessimismus (S. 1). Er könne kaum aus der Wohnung gehen und habe kaum noch Kontakte zur äusseren Welt. Es sei immer wieder zu starken Suizidgedanken gekommen, wobei er sich aktuell klar von Suizid distanzieren wolle. Im aktuellen Zustand schätze er den Beschwerdeführer in der freien Wirtschaft weder arbeits- noch eingliederungsfähig. Er könne höchstens an einem geschützten Arbeitsplatz beschäftigt werden (S. 2). 3.2

Der behandelnde Psychiater Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt am 23. Januar 2017 fest, der Beschwerdeführer sei ihm vom Hausarzt aufgrund einer langjährigen depressiven Entwicklung zur psychiatrischen Betreuung zugewiesen worden. Aufgrund der richtungsweisenden Schmerzproblematik und erheblichen negativen Selbstwahrnehmung mit Selbstwertregulationsstörung, welche zu einem erheblichen sozialen Rückzug im Sinne einer Vita minima geführt hätten, seien die stützend-

supportiven Gespräche nach mehreren Sitzungen im November 2016 vorderhand sistiert worden. Es seien therapeutische Optionen beziehungsweise Alternativen hinsichtlich der subjektiv vor herrschenden Schmerzproblematik auszuschöpfen. Die komplexe Fragestellung hinsichtlich der medizinisch-theoretischen und sozial-praktischen Arbeitsfähigkeit im Kontext dieser mehrdimensionalen Schmerzproblematik mit konstitutiven psychosozialen Funktionsdefiziten und psychisch-emotionaler Belastung sei per se durch qualifizierte Fachkräfte polydisziplinär-gutachterlich zu klären (Urk. 7/97/3). 3.3

Am 11. Mai 2017 führte Dr. C.\_\_\_\_ bei ansonsten unveränderten Angaben ergänzend aus, die Prognose sei ungünstig. Die Belastbarkeit sei sowohl aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht massiv eingeschränkt (Urk. 7/106 Ziff. 1.4). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit seien keine sicheren Angaben möglich. Seit dem Unfall habe der Beschwerdeführer keiner Tätigkeit mehr nachgehen können. Seit Anfang beziehungsweise Mitte August 2016 hätten die Beschwerden stark zugenommen (Ziff. 1.6). Es könne nicht mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden (Ziff. 1.9). 3.4

Pract . med.

D.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, RAD, hielt am 22. Mai 2017 fest, es sei aktuell von einem instabilen Gesundheitszustand auszugehen, gegebenenfalls liege eine Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes vor. Der Beschwerdeführer sei erneut zur fachpsychiatrischen Behandlung bei Dr. B.\_\_\_\_ angemeldet. Es seien zunächst die empfohlenen medizinischen Massnahmen (Therapie zur Behandlung der vorherrschenden Schmerzproblematik, ergänzende fachpsychiatrische Behandlung) umzusetzen und der Fall in sechs Monaten zur medizinischen Neubeurteilung wiedervorzulegen (Urk. 7/117 S. 3 f.). 3.5

Mit Schreiben vom 23. September 2017 wies Dr. C.\_\_\_\_ auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hin. Fremdanamnestisch verlasse der Beschwerdeführer die Wohnung kaum, er lebe sehr isoliert. Mehrere für ihn organisierte Termine bei diversen Psychiatern und Institutionen habe der Beschwerdeführer nicht wahrgenommen. Um sich ein genaueres Bild zu machen, bitte er darum, beim Beschwerdeführer einen Hausbesuch zu veranlassen und die Situation persönlich zu beobachten (Urk. 7/116). 3.6

Am 30. Oktober 2017 führte pract . med. D.\_\_\_\_ aus, aus medizinischer Sicht sei aktuell keine Stellungnahme möglich. Der Beschwerdeführer befinde sich nicht in adäquater fachärztlicher Behandlung. Aus arbeitsmedizinischer Sicht wäre ihm abgestützt auf die vorliegenden Arztberichte eine fachärztlich psychiatrische Behandlung beziehungsweise eine Behandlung der Schmerzproblematik im Sinne der auferlegten Schadenminderungspflicht zumutbar. Falls von Seiten der Beschwerdeführerin eine medizinische Stellungnahme zum aktuellen Gesundheitszustand und zur aktuellen Leistungsfähigkeit (trotz nicht adäquater fachärztlicher Behandlung) gewünscht werde, wären weitere medizinische Abklärungen in Form eines Gutachtens notwendig (Urk. 7/117 S. 4). 3.7

Gemäss Behandlungsplan vom 1. Februar 2018 sahen die Ärzte des E.\_\_\_\_, F.\_\_\_\_, folgende Massnahmen vor (Urk. 7/130): - ambulante Psychotherapie mit regelmässigen ein- bis zweiwöchentlichen Behandlungsterminen; gegebenenfalls teilstationäre beziehungsweise stationäre Psychotherapie bei bestehender Therapiemotivation. Die voraussichtliche Dauer der Therapie bei fraglicher Chronifizierung und Überlagerung durch Persönlichkeitsakzentuierung beziehungsweise -störung sei aktuell schwer einschätzbar. -

gegebenenfalls supportive Phytotherapie oder Pharmakotherapie in Einverständnis mit dem Beschwerdeführer in Form einer antidepressiven Therapie. - körperorientierte Massnahmen zur Stärkung der Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Selbstakzeptanz und zum Stressabbau (Atemtherapie, valide Entspannungstherapie) 3.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **E. 8**

In ihrem Bericht vom 2. Februar 2018 nannten die Ärzte des E.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (Urk. 7/133 S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) mit somatischem Syndrom - Status nach Suizidversuch November 2012 im Rahmen von Diagnose 1 - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1; Differentialdiagnose ICD-10 F62.0) infolge Diagnose 5 - sensomotorische Lähmung des rechten Armes mit Hypästhesie und Missempfindungen bei Plexus brachialis -Läsion, eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts, orthopädische Limite bei oberer Plexusparese rechts nach Oberlin -Transfer bei Status nach Motorradunfall

Die Symptomatik äussere sich in gedrückt wirkender Stimmung, Anhedonie, Antriebsminderung mit gesteigerter Ermüdbarkeit, Aktivitätseinschränkung mit massivem sozialem Rückzug, reduzierter Konzentration, stark vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühlen von Schuld und Wertlosigkeit, pessimistischer Zukunftsperspektive sowie Schlafstörungen mit Tag-Nacht-Umkehr und erfülle damit die Kriterien einer schwergradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom ohne Hinweise auf eine bipolare Erkrankung. Ein eventuell bestehendes posttraumatisches Belastungssyndrom könne erst im Verlauf beurteilt werden. Bei anamnestic vorhandenen Suizidideen sei eine glaubhafte Distanzierung von akuter Suizidalität gegeben. Es bestünden keine Anhaltspunkte für eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung (S. 1). Therapeutisch werde die Durchführung einer stationären Psychotherapie empfohlen, welche eine intensive fachspezifische Betreuung ermöglichen würde. Im Fokus sollten verändert die Themen Aufbau von Ressourcen für die Entwicklung von Lebensperspektiven, Akzeptanz und Achtsamkeit, Methoden zum Stressabbau und Entspannung sowie Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeit und Interaktionsanalysen stehen. Auf telefonische Nachfrage hin habe sich der Beschwerdeführer einer stationären Zuweisung gegenüber erneut distanziert gezeigt. Er wünsche vordergründig die Fortführung der ambulanten Therapie (S. 2). Nach der Zuweisung bei seit Jahren zunehmendem depressivem Syndrom und mittlerweile völligem sozialen Rückzug sei der Beschwerdeführer nach mehreren versäumten Terminvereinbarungen seit November 2017 regelmässig zu den vereinbarten Terminen erschienen (S. 4). Im Rahmen der Gesprächspsychotherapie habe sich nur ganz allmählich eine minimale Verhaltensänderung des initial sehr scheuen Beschwerdeführers abgezeichnet. Beim Therapeutenwechsel habe er sich im Abschlussgespräch weniger distanziert gegenüber einem stationären Aufenthalt gezeigt und sei mit einer Terminanfrage in der G.\_\_\_\_ einverstanden gewesen. Ein Aufgreifen dieses Themas werde für den weiteren Therapieverlauf dringend empfohlen (S. 5).

Mit Schreiben vom 13. Juli 2018 teilten die Ärzte des E. \_\_\_ mit, der letzte Behandlungstermin habe im April 2018 stattgefunden, es bestehe daher keine Möglichkeit für eine aktuelle Statuserhebung (Urk. 7/136). 3.

## E. 9

Am 24. Juli 2018 führte pract. med. D. \_\_\_ aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer die ihm auferlegte Schadenminderungspflicht nicht erfüllt habe. Der Beschwerdeführer habe sich nur für einen kurzen Zeitraum von November 2017 bis April 2018 in ambulanter fachpsychiatrischer Behandlung befunden. Im Rahmen dieser Behandlung sei ausserdem eine stationäre Therapiemassnahme zur intensiveren fachspezifischen Betreuung empfohlen worden. Eine solche Therapie sei abgestützt auf die vorhandenen Unterlagen bislang nicht umgesetzt worden. Weitere Stellungnahmen zum medizinischen Sachverhalt seien aufgrund der Aktenlage nicht möglich, der Beschwerdeführer befinde sich nicht in Behandlung. Falls der Rechtsanwender zum jetzigen Zeitpunkt weitere medizinische Stellungnahmen benötige, könne letztlich nur eine Medizinalbegutachtung empfohlen werden. Andernfalls er scheine es angezeigt, dass sich der Beschwerdeführer zunächst wieder in eine adäquate Behandlung begeben und der Verlauf abgewartet werde (Urk. 7/140 S. 3). 4. 4.1

Mit Schreiben vom 29. Mai 2017 (Urk. 7/108) wurde der Beschwerdeführer aufgefordert, sich für sechs Monate einer multimodalen Schmerztherapie sowie einer ergänzenden fachpsychiatrischen Behandlung zu unterziehen und bis zum 29. Juni 2017 mitzuteilen, bei welchem Arzt die Massnahmen durchgeführt würden. Angedroht wurde - unter Hinweis auf das nicht aktenkundige Informationsblatt -, dass aufgrund der Akten entschieden werde, wenn die Mitteilung des behandelnden Arztes nicht bis zum 29. Juni 2017 erfolge.

In der Folge teilte der Beschwerdeführer am 20. Juni 2017 mit, er werde sich in der H. \_\_\_ beziehungsweise im I. \_\_\_ des E. \_\_\_ den ihm auferlegten Behandlungen unterziehen (Urk. 7/109). Damit hat der Beschwerdeführer die ihm mit Schreiben vom 29. Mai 2017 (Urk. 7/108) auferlegte und mit einer Frist sowie der Androhung von Folgen versehene Auflage grundsätzlich erfüllt. 4.2

Unbestritten und aufgrund der Akten auch ausgewiesen ist jedoch, dass der Beschwerdeführer die ihm auferlegten und im E. \_\_\_

geplanten Massnahmen nicht in der von der Beschwerdegegnerin wie auch den behandelnden Ärzten vorgegebenen Art und Weise wahrgenommen hat. So hielt die J. \_\_\_ , E. \_\_\_ , mit Schreiben vom 18. August 2017 fest, der Beschwerdeführer sei zum angebotenen Termin nicht erschienen (Urk. 7/115), und auch der Hausarzt Dr. C. \_\_\_ wies am 23. September 2017 darauf hin, dass der Beschwerdeführer mehrere für ihn organisierte Termine bei diversen Psychiatern und Institutionen nicht wahrgenommen habe (E. 3. 5). Der Beschwerdeführer selbst machte sodann geltend, er sei gerade aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, sämtliche Termine wahrzunehmen (vgl. E. 2.2).

Für die Zeit nach Auferlegung der Schadenminderungspflicht liegen lediglich zwei Berichte von behandelnden Ärzten vor. Dr. C. \_\_\_ beschrieb am 23. September 2017 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie eine zunehmende Isolierung des Beschwerdeführers (E. 3.5). Die Ärzte des E. \_\_\_ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 2. Februar 2018 unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, mit somatischem Syndrom und empfahlen die Durchführung einer stationären Psychotherapie zur intensiveren fachspezifischen

Betreuung. Aus dem Bericht ergibt sich sodann weiter, dass sich der Beschwerdeführer mittlerweile sozial völlig zurückgezogen und sich eine minimale Änderung des initial sehr scheuen Verhaltens nur ganz allmählich abgezeichnet hatte. Die Ärzte hielten einen stationären Aufenthalt für den weiteren Therapieverlauf denn auch als dringend angezeigt. Ein solcher wurde in der Folge jedoch nicht durchgeführt, vielmehr teilten die Ärzte des E.\_\_\_\_ im Juli 2018 mit, der letzte Behandlungstermin habe im April 2018 stattgefunden (E. 3.8).

Damit bestehen Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer die Behandlung möglicherweise krankheitsbedingt nicht aufgenommen beziehungsweise frühzeitig wieder abgebrochen hatte. Gestützt auf die vorliegenden Akten kann diese Frage jedoch nicht abschliessend beantwortet werden. 4.3

Aufgrund der vorliegenden Unterlagen bleibt zudem unklar, wie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nach dem erfolgreichen Abschluss der Umschulung zum Techniker HF Elektrotechnik am 19. November 2015 (Urk. 7/69) zu beurteilt ist beziehungsweise ob er seither Arbeitsbemühungen getätigt hat. Diesbezüglich äusserte sich lediglich der Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer im Januar 2017 in der freien Wirtschaft weder arbeits- noch eingliederungsfähig einschätzte und höchstens eine Beschäftigung an einem geschützten Arbeitsplatz für realistisch hielt (E. 3.1). Am 11. Mai 2017 führte Dr. C.\_\_\_\_ sodann aus, bezüglich der Arbeitsfähigkeit seien keine sicheren Angaben möglich, der Beschwerdeführer habe seit dem Unfall keiner Tätigkeit mehr nachgehen können (E. 3.3). Weitere Angaben finden sich nicht bei den Akten.

Bereits im Januar 2017 hatte der behandelnde Psychiater Dr. B.\_\_\_\_ auf die Notwendigkeit eines polydisziplinären Gutachtens hingewiesen (E. 3.2) und auch med. pract. D.\_\_\_\_, RAD, hielt im Oktober 2017 eine Begutachtung zur Feststellung des aktuellen Gesundheitszustandes sowie der aktuellen Leistungsfähigkeit für erforderlich (E. 3.6). Auf eine solche verzichtete die Beschwerdegegnerin jedoch, obschon sie auf die Neuanschuldung vom 1. Dezember 2016 eingetreten war und somit verpflichtet gewesen wäre, den Sachverhalt materiell abzuklären.

Damit liegen keine aussagekräftigen medizinischen Berichte vor, gestützt auf welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers schlüssig beurteilt werden kann. Darüber hinaus ist auch zu berücksichtigen, dass gemäss BGE 143 V 418 grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141

V 281 zu unterziehen sind (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Rechtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1).

Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweis belastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen) und ist damit auch vorliegend zu beachten. 4.4

Insgesamt erweist sich der medizinische Sachverhalt als zu wenig abgeklärt, als dass der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers abschliessend beurteilt werden könnte. Es sind daher weitere Abklärungen notwendig, um einerseits die Frage zu klären, ob der Beschwerdeführer die angezeigten Behandlungen krankheitsbedingt nicht aufgenommen beziehungsweise frühzeitig abgebrochen hat, und andererseits die verbleibende Restarbeitsfähigkeit - auch unter Berücksichtigung der sensomotorischen Lähmung des rechten Armes - zu beurteilen. Zu diesem Zweck ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, welche gestützt auf eine neue interdisziplinäre orthopädisch-psychiatrische Begutachtung über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen haben wird. Dabei ist je nach Ergebnis nicht auszuschliessen, dass der noch junge Beschwerdeführer gemäss dem Grundsatz «Eingliederung vor Rente» erneut Anspruch auf berufliche Massnahmen hat. 5. 5.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung einer Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 5.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

gegen die Verfügung vom 1. Oktober 2018 wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Entscheid aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Matthias Horschik - 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 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Kübler-Zillig

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