

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00345 vom 5. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00345](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00345)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00345 du 5 septembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00345 del 5 settembre 2019

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 2001, bereits früher bei der Invalidenversicherung auf Grund einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Sprachentwicklungsverzögerung aktenkundig (Urk. 7/5-12), meldete sich am 12. März 2018 bei der Invalidenversicherung zu m Leistungsbezug an (Urk. 7/13). Daraufhin holte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, medizinische (Urk. 7/16; Urk. 7/24-25) und berufliche/schulische Berichte (Urk. 7/19-21; Urk. 7/25) ein und hielt mit Schreiben vom 18. Januar 2019 (Urk. 7/27)

unter Hinweis auf s eine Mitwirkungspflicht den Versicherten an, während mindestens drei Monaten wöchentliche Therapie-sitzungen im Rahmen einer psychiatrisch-psychologischen Therapie zu absolvieren und zum Zwecke der Cannabisabstinenz alle zwei Wochen die Laborergebnisse einer Urinprobe abzugeben, unter Androhung, dass, falls er nicht bis zum 31. Januar 2019 den behandelnden Arzt mitteilen und bis 31. März 2019 erste negative Urinproben (Cannabis) einreichen sollte, das Dossier in der Berufsberatung geschlossen werde. Mit Vorbescheid vom 7. Februar 2019 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Gesuchs um berufliche Massnahmen, namentlich Unterstützung bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung, in Aussicht, da sich der Versicherte nicht mehr gemeldet habe (Urk. 7/29). Dagegen erhob der Versicherte am 22. Februar 2019 Einwand (Urk. 7/30). Die IV-Stelle entschied mit Verfügung vom 5. April 2019 entsprechend ihres Vorbescheids und lehnte das Leistungsbegehren ab (Urk. 7/38 = Urk. 2).

### 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**

Nach bisheriger und langjähriger höchstrichterlicher Rechtsprechung führten Suchterkrankungen als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Sie wurden im Rahmen der Invalidenversicherung erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt haben, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender, Gesundheitsschaden eingetreten war, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens waren, dem Krankheitswert zukam. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden fehlte demgegenüber, wo in der Begutachtung im Wesentlichen nur Befunde erhoben wurden, welche in der Sucht ihre hinreichende Erklärung fanden (Hinweise zur bisherigen Rechtsprechung im zur Publikation vorgesehenen Urteil des Bundesgerichts 9C\_724/2018 vom 11. Juli 2019 E. 4.1). Diese bisherige Rechtsprechung änderte das Bundesgericht mit zur Publikation vorgesehenem Urteil 9C\_724/2018 vom 11. Juli 2019 dahingehend, dass - fachärztlich einwandfrei diagnostizierten - Abhängigkeitssyndromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen nicht zum vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden kann (E. 5.3.3), sondern diese vielmehr als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht fallen (E.

6). Gemäss BGE 143 V 418 E. 6 f. ist die Frage nach den Auswirkungen sämtlicher psychischer Erkrankungen auf das funktionelle Leistungsvermögen grundsätzlich unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu beantworten. Hierzu gehören nach dem oben Ausgeführten auch Abhängigkeitssyndrome (E. 6.2). Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens kann und muss insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden. Diesem

kommt nicht zuletzt deshalb Bedeutung zu, weil bei Abhängigkeitserkrankungen - wie auch bei anderen psychischen Störungen - oft eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorliegt. Letztere sind selbstverständlich auch bei Abhängigkeitserkrankungen auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen (vgl. bezüglich der Depressionen BGE 143 V 409 ff. E. 4.5.2). Eine krankheitswertige Störung muss umso ausgeprägter vorhanden sein, je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Beschwerdebild mitprägen (E. 6.3). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann immerhin dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder geeignet ist. Es bleibt daher etwa dann entbehrlich, wenn für eine - länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) - Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweismässiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (E. 7).

#### **E. 1.4**

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.

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis). Nach Massgabe der Art. 13 und 21 IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Abs. 2). Nach Massgabe von Art. 16 Abs. 2 lit. c IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig davon, ob die Eingliederungsmassnahmen notwendig sind oder nicht, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern (Abs. 2 bis).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Massnahmen (lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b) und in

der Abgabe von Hilfsmitteln (lit. d).

#### **E. 1.5**

Gemäss Art. 7 Abs. 1 IVG muss die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Art. 21 Abs. 4 ATSG bestimmt, dass einer versicherten Person die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden können, wenn sie sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, entzieht oder widersetzt oder nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder

Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar. Die Regelungen von Art. 43 Abs. 3 ATSG (Nichteintreten oder Sachentscheid aufgrund der Akten) und Art. 7b Abs. 1 IVG (Kürzung oder Verweigerung der Leistung) sind grundsätzlich nebeneinander anwendbar. Die Sanktion bei verletzter Schadenminderungs- oder Mitwirkungspflicht hat sich an das Verhältnismässigkeitsprinzip zu halten und insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_370/2013 vom 22. November 2013 E. 3 mit Hinweisen).

### **E. 1.6**

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

Die Eltern des Versicherten erhoben am 14. Mai 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. April 2019 (Urk. 2) und beantragten sinngemäss, diese sei aufgehoben und es sei dem Versicherten Kostengutsprache für eine erstmalige berufliche Ausbildung ab Ausbildungsbeginn zu erteilen (Urk. 1). Die IV-Stelle schloss am 24. Juni 2019 (Urk. 5) auf Abweisung der Beschwerde. Am 20. August 2019 fand eine ergebnislos verlaufende Instruktionsverhandlung statt (Urk. 7), in deren Rahmen Laborberichte zu den Akten gereicht wurden (Urk. 9/1-6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere auf Massnahmen beruflicher Art in Form von Kostenübernahme für eine erstmalige berufliche Ausbildung.

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdegegnerin machte in ihrem Entscheid (Urk. 2) geltend, sie habe dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 18. Januar 2019 eine Schadenminderungspflicht (psychiatrische Therapie und Suchtmittelabstinenz) auferlegt und ihn auf die Folgen der Verweigerung dieser Massnahme aufmerksam gemacht. Sie habe ihn gebeten, nebst der Bekanntgabe des behandelnden Arztes samt Behandlungsplan die Laborergebnisse von Urinproben einzureichen. Diese Laborergebnisse habe sie innert Frist nicht erhalten. Deshalb habe sie ihre Bemühungen eingestellt und das Leistungsbegehren abgewiesen (S. 2).

#### **E. 2.3**

Demgegenüber machte der Versicherte im Wesentlichen sinngemäss geltend (Urk. 1), bei ihm liege ein IV-relevanter Gesundheitsschaden (psychische Problematik) vor und es sei

nicht gerechtfertigt, eine solche Massnahme in solch kurzer Zeit zu verlangen. Ausserdem lägen nun negative Urinproben vor (S. 1 f.). 3. 3.1

Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass der

Versicherte nebst einer Behandlung des Geburtsgebrechens (Leistenhernie) im Kleinkindalter (Urk. 7/3-4) bereits seit 2006 wegen eines Sprachgebrechens (vgl. Urk. 7/7) in Therapie (vgl. Urk. 7/8 ) war, als ab Juli 2009 der Verdacht auf ADHS geäussert wurde.

Dem neuropsychologischen Untersuchungsbericht von PD Dr. rer. nat. A.\_\_\_\_, Leiter Neuropsychologie, und von der Psychologin lic. phil.

B.\_\_\_\_ vom 29. Juli 2009 (Urk. 7/10) lässt sich entnehmen, dass nebst einer reduzierten psychomotorischen Verarbeitungsgeschwindigkeit und einer erhöhten Interferenzneigung auch auffällige Leistungsschwankungen zwischen den verbalen Gedächtnisaufgaben stünden. Zusätzlich fänden sich eine etwas erschwerte Artikulation, ein leicht reduzierter Wortschatz und Verwechslungen der Buchstaben «d» und «b» im sprachlichen Bereich. Zusammen mit der anamnestisch geschilderten Problematik, dem beobachteten Verhalten während der Untersuchung und den auffälligen Werten im Fragebogen sei das neuropsychologische Profil im Rahmen einer ADHS vom vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ (ICD-10 F90.0) mit weitgehend fehlender direkter Beeinträchtigung der Aufmerksamkeitsleistung zu interpretieren. Zusätzlich verstärkt durch externe Störfaktoren wie zum Beispiel Umgebungslärm, schlage sich die motorische Hyperaktivität vermutlich in Fokussierungs- und Konzentrationsschwierigkeiten nieder, was sich in der berichteten Ablenkbarkeit äussere (S. 4 f.).

3. 2

Anlässlich der gestützt auf den Lehrvertrag vom 20. Dezember 2016 (Urk. 7/11) angefangenen Ausbildung zum Zimmermann erlitt der Versicherte im zweiten Semester ab Februar 201

**E. 7**

Abs. 2 ATSG).

**E. 8**

psychische Probleme (psychiatrische Einweisung, dissoziative Ausfälle), was zur Auflösung des Ausbildungsverhältnisses führte (vgl. Urk. 7/16 S. 1 Ziff. 1.2). Die Ärzte der C.\_\_\_\_ berichteten der Beschwerdegegnerin am 13. April 2018 (Urk. 7/16) über den Gesundheitszustand des Versicherten. Als Diagnosen nannten sie eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0; S. 1 Ziff. 1.1). Seit dem 13. Februar 2018 bestehe eine stationäre jugend psychiatrische Behandlung mit vereinzelt Belastungsproben in der Familie mit insgesamt positivem Verlauf. Gegenwärtig seien weiterführende unterstützende Anschlusslösungen im sozialpädagogischen Rahmen mit beruflicher Neuorientierung in Planung (S. 3 Ziff. 3.1). Dem Versicherten seien aktuell keine Arbeiten in grosser Höhe und mit Maschinen möglich (S. 2 Ziff. 2.1). 3.3

Vom 17. April bis 3. Juni 2018 liess sich der Versicherte in der C.\_\_\_\_ behandeln. Mit Austrittsbericht vom 17. Juli 2018 (Urk. 7/24/4-8) diagnostizierten die Ärzte eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome; bei Austritt remittiert (ICD-10 F32.2), eine dissoziative Störung (Synkopen; ICD-10 F44.9), eine hyperkinetische Störung des

Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1) und einen Verdacht auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung ( Borderline -Typ; ICD-10 F60.3). Sie führten aus, anamnestisch sei in der Primarschulzeit ein ADHS diagnostiziert worden. Leistungsprobleme sowie störendes Sozialverhalten habe zu Schwierigkeiten im schulischen Kontext sowie im Elternhaus geführt. Seit vier Jahren bestehe vermehrt dissoziales und impulsives Verhalten im familiären Kontext, Stehlen und Belügen der Eltern, Nichteinhalten von Regeln, Cannabisabusus, Verschuldung sowie in den letzten Monaten wiederkehrende Synkopen ohne körperliche Ursache (S. 1 oben). Der Versicherte sei wegen akuter Suizidalität in der Akutstation für Jugendliche aufgenommen worden (S. 2 oben). 3.4

Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie, verwies in ihrem Bericht vom 27. November 2018 (Urk. 7/24/1-3) auf den Austrittsbericht der

C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3) und führte ergänzend aus, bei guter psychischer Verfassung und enger Führung bestehe keine Einschränkung, jedoch habe der Versicherte starke Stimmungsschwankungen und sei deshalb je nach Befindlichkeit nicht zu 100 % leistungsfähig (Ziff. 2.1). Er sei psychisch sehr labil, es gebe immer wieder Krisen mit heftigem selbstverletzendem Verhalten und Suizidgedanken und – absichten (Ziff. 2.4). Mit Psychotherapie und medikamentöser Therapie könne die Arbeitsfähigkeit verbessert werden (Ziff. 4.1). 3.5

Der Versicherte wurde im November 2018 der Klinik E.\_\_\_\_, Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum, von der behandelnden Ärztin zur Krisenintervention (Stimmungseinbrüche, suizidale Gedanken, Selbstverletzungsdrang und Gefühle von Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit) zugewiesen. Vom 15. bis zum 29. November 2018 fand eine stationäre Behandlung statt. Im Austrittsbericht vom 12. Dezember 2018 (Urk. 7/25) wurde von den Behandlern als Diagnose eine Adoleszentenkrise bei emotionaler Störung des Kindes- und Jugendalters mit Suizidalität (ICD-10 F93.8), eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F93.8), ein Verdacht auf eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung sowie eine niedrige Intelligenz (IQ 84) genannt (S. 2 oben). Des Weiteren wurde ausgeführt, dass sich der Versicherte auf der Station an die Regeln und Strukturen habe halten, sich rasch in die Gruppe integrieren und sich gesprächig zeigen können. Es sei eine, dass er gerne eine helfende und Ratgebende Rolle einnehme, wobei ihm eine adäquate Abgrenzung von den Problematiken der Mitpatienten Mühe bereite. Die Stärkung der Eigenverantwortung, der Selbstfürsorge sowie die Abgrenzung von Gleichaltrigen sei als zentrales Entwicklungsfeld zu erachten. Der berichtete ausgeprägte Cannabiskonsum müsse als zusätzliches Problemfeld benannt werden und scheine neben der Funktion als Mittel zur Gruppenzugehörigkeit als dysfunktionale Regulationsstrategie bei Spannungszuständen zu fungieren (S. 3 oben). Es werde die Wiederaufnahme der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in der Institution F.\_\_\_\_ dringend empfohlen, um den Versicherten hinsichtlich weiterer Entwicklungsaufgaben sowie im persönlichen und psychosozialen Bereich adäquat zu unterstützen (S. 3 unten). 3.6

Die Fachbetreuer vom F.\_\_\_\_, Schul- & Berufsbildungsheim, erstellten am 28. März 2019 (Urk. 7/33) einen Fachbericht Psychotherapie für den Zeitraum 1. November 2018 bis 26. März 2019. Als Anlass führten sie aus, der Versicherte sei im Juni 2018 nach einem stationären Klinikaufenthalt in der C.\_\_\_\_ zur Klärung der weiteren Berufsbildungslaufbahn dem F.\_\_\_\_ überwiesen worden. Im August 2018 habe der Versicherte eine Schreinerlehre

EFZ im internen Lehrbe trieb der Stiftung F.\_\_\_\_ begonnen. Zeitgleich sei eine psychotherapeutische Begleitung sowie eine psychiatrische Betreuung initiiert worden (S. 1 oben). Seit dem 1. November 2018 besuche der Versicherte regelmässig einmal wöchentlich die Therapiegespräche. Vom 15. bis 29. November 2018 sei er zur Krisenintervention in der Klinik G.\_\_\_\_ platziert worden (S. 1 Mitte). Als Diagnosen wurde eine rezidivierende depressive Störung, derzeit remittiert (ICD-10 F33.4), eine dissoziative Störung (Synkopen; ICD-10 F44.9), sonstige emotionale Störungen des Kindesalters (ICD-10 F93.8) und eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1) genannt (S. 2 oben). 3.7

Mit Aktennotiz vom 5. April 2019 (Urk. 7/37/2) hielt die zuständige Sachbearbeitung basierend auf der am 14. Januar 2019 (Urk. 7/39/5-6) erfolgten – nicht dokumentierten - Besprechung mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) fest, der Versicherte habe eine emotionale Störung des Kindesalters mit Adoleszentenkrise, weitere Erkrankungen (ADS [richtig: ADHS]) seien nicht ausgewiesen. Gemäss dem RAD überwiegen IV-fremde Faktoren. Nach erfüllter Schadenminderungspflicht (regelmässige Psychotherapie und Cannabisabstinenz) sollte eine Ausbildung mit weniger enger Betreuung möglich sein. Aus der Aktennotiz geht weder hervor, wer sie verfasst hat, noch ist ihr zu entnehmen, mit welchem Arzt welcher Fachrichtung die Besprechung geführt wurde. 4. 4.1

Nebst der Pflicht, bis zum 31. Januar 2019 den behandelnden Arzt und den Behandlungsplan bekanntzugeben, auferlegte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 18. Januar 2019 (Urk. 7/27) dem Versicherten während mindestens dreier Monate eine Cannabisabstinenz und eine regelmässige psychiatrisch-psychologische Therapie. Diese Aufforderung wurde mit Schreiben vom 11. März 2019 wiederholt (Urk. 7/31).

Ob es sich bei den angeordneten Massnahmen um solche im Rahmen der Mitwirkungspflicht bei der Abklärung (Art. 7b Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 43 Abs. 2 ATSG) handelt, oder ob sie dem Versicherten

unter dem Titel der Schadenminderungspflicht (Art. 7b Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 21 Abs. 4 ATSG) auferlegt wurden, kann vorliegend offen bleiben. Denn Art. 7b Abs. 1 IVG legt in beiden Fällen fest, dass Leistungen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden können, wenn die auferlegten Massnahmen nicht erfüllt werden. Eine Entzugsbehandlung kann zudem unter beiden Titeln nur angeordnet werden, wenn sie zumutbar ist (Art. 21 Abs. 4 und Art. 43 Abs. 2 ATSG, Art 7a IVG; vgl. auch vorstehend E. 1.5). 4.2

Die Beschwerdegegnerin begründete die von ihr auferlegten Massnahmen damit, dass der Gesundheitszustand des Versicherten mit einer regelmässigen psychiatrisch-psychologischen Therapie und einer Cannabisabstinenz (mit Urinproben zu belegen) wesentlich verbessert werden könnte (Urk. 2 S. 2).

Dem Austrittsbericht der C.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2018 ist zu entnehmen, dass seit vier Jahren vermehrt ein dissoziales und impulsives Verhalten im familiären Kontext mit Stehlen und Belügen der Eltern, Nichteinhalten von Regeln und einem Cannabisabusus besteht (vorstehend E. 3.3). Auch geht aus dem Austrittsbericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2018 hervor, dass ein ausgeprägter Cannabiskonsum als zusätzliches Problemfeld zu nennen sei

und neben der Funktion als Mittel zur Gruppenzugehörigkeit als dysfunktionale Regulationsstrategie bei Spannungszuständen fungiere (vorstehend E. 3.5).

Es ist jedoch zu beachten, dass diese Problematik lediglich in diesen beiden Berichten Erwähnung findet, und zwar im Rahmen der Anamneseerhebung und bei der psychischen Befunderhebung bei Eintritt in die Klinik E.\_\_\_\_, wobei hier ein gelegentliches Kiffen unklaren Ausmasses rapportiert wurde (Urk. 7/25 S. 2). Hingegen fand dieser Cannabiskonsum keinen Einschlag in die Diagnosestellung und eine allfällige Drogenproblematik war darüber hinaus in den übrigen medizinischen Berichten (vorstehend E. 3.1 ; E. 3.2; E. 3.4 und E. 3.6) kein Thema. Unbestritten ist jedoch das Vorliegen eines psychischen Gesundheitsschadens mit Krankheitswert (vgl. vorstehend E. 3.2 bis E. 3.7). Dass – überdies – auch in Drogenabusus des Versicherten dessen Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen könnte, wird in keinem der medizinischen Berichte erwähnt. Dementsprechend werden darin auch keine Behandlungen zur Verbesserung der Drogenproblematik, sondern ausschliesslich psychotherapeutische Behandlungen und Medikation empfohlen (vorstehend E. 3.4 - E. 3.6). Die Angaben in den genannten Berichten der C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3) und der Klinik E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.5) lassen somit – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin – nicht darauf schliessen, dass beim Beschwerdeführer in Drogenabusus im Vordergrund stehen könnte. Es ist auch darauf hinzuweisen,

dass der Versicherte im August 2018 die Schreinerlehre im institutionellen Rahmen angetreten hat und trotz (nunmehr) reduziertem bzw. gelegentlichem Cannabiskonsums (vgl. Urinproben Urk. 9/1-6) sich fähig zeigt, die Anforderungen in der Schule und im Beruf zu erfüllen. So legte er anlässlich der Instruktionsverhandlung vom 20. August 2019 dem Gericht dar, dass die Ausbildung sehr gut laufe und er sich nun bereits im zweiten Lehrjahr befinde (vgl. Protokoll S. 2).

Cannabis wird somit offensichtlich nicht in einem Umfang konsumiert, welcher das Scheitern der anvisierten Schreinerausbildung – und damit die Eingliederungswirksamkeit - im Vorherin als vorprogrammiert erscheinen liesse.

Einzig die Aktennotiz betreffend die Besprechung mit einem nicht identifizierbaren Arzt des RAD – auch hinsichtlich Fachspezialisierung nicht identifizierbaren Arzt (E. 3.7) – liefert Hinweise für einen Zusammenhang zwischen der Notwendigkeit, die Berufslehre im institutionellen Rahmen zu absolvieren und dem Cannabiskonsum. In der Aktennotiz findet sich jedoch nicht begründet, weshalb der unbestritten ermassen vorhandene Gesundheitsschaden des Versicherten für sich allein nicht nach beruflichen Massnahmen rufen soll. Diese Aktennotiz vermag einen Zusammenhang zwischen dem unerwünschten Verhalten des Versicherten – dem Drogenkonsum – und den gesundheitsbedingten Zusatzkosten, die ihm bei der Absolvierung der Erstausbildung entstehen, nicht annähernd mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Ein solcher Zusammenhang wäre jedoch für eine Leistungsverweigerung zwingend notwendig (BGE 111 V 186). Die Akten liefern auch keine Hinweise darauf, dass eine fundierte Abklärung des Gesundheitsschadens des Versicherten aufgrund des Cannabiskonsums nicht möglich wäre. Im Übrigen ist ungeklärt, ob allenfalls eine Suchtproblematik vorliegt und ob dem Versicherten eine Abstinenz bei Auferlegung der Massnahme überhaupt zumutbar war. 4.3

Die medizinische Aktenlage reicht nicht aus, um zu beurteilen, ob es die gesundheitlichen Einschränkungen des Versicherten notwendig machen, die Berufslehre im institutionellen Rahmen zu absolvieren oder ob diese Notwendigkeit psychosozialen Faktoren zuzurechnen ist. Der Gesundheitszustand des Versicherten ist auch dahingehend weiter abzuklären, ob Hintergrund des aktenkundigen Cannabiskonsums allenfalls eine Suchterkrankung ist, deren Auswirkungen - in Nachachtung der neuen Rechtsprechung (E. 1.3) -

bei der Beurteilung des Anspruchs des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung nicht mehr ausgeklammert werden dürfen. Entsprechend kann aufgrund der gegenwärtigen Aktenlage nicht darüber entschieden werden, ob die Beschwerdegegnerin dem Versicherten Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen hat, insbesondere ob sie die Mehrkosten der Erstausbildung ab Anmeldung gestützt auf Art. 16 Abs. 1 IVG i. V. m. Art.

### **E. 10**

Abs. 1 IVG zu übernehmen hat. Die weiteren Abklärungen und - bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen - die Zusprache der Leistungen ab Anmeldung dürfen nicht von einer Cannabisabstinenz abhängig gemacht werden.

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) ist deshalb aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese weitere Abklärungen tätige und anschliessend über das Leistungsbegehren des Versicherten neu entscheidet. 5.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 5. April 2019 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Versicherten neu verfüge. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.\_\_\_\_ und Z.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Mosimann  
Brühwiler

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