

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00023 vom 9. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00023)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00023 du 9 septembre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00023 del 9 settembre 2020

## Erwägungen

### E. 1.1

X.\_\_\_\_, geboren 1978, beendete im Juli 1999 eine Anlehre als Baupraktiker Hochbau ( Urk. 7/2/16) und absolvierte anschliessend Kurse als

Baggerführer und Staplerfahrer ( Urk. 7/2/12-13). Nach erstmaliger An meldung bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, im August 2008 unter Hinweis auf eine Sozial phobie und Agoraphobie sowie eine Persönlich keits- und Verhaltens stö rung ( Urk. 7/3) gewährte die Invalidenversicherung berufliche Massnahmen ( Belastbarkeits-, Aufbau- und Arbeitstraining) , welche sie im Okto ber 2011 abschloss, da X.\_\_\_\_ nach dem Arbeitstraining eine Fest anstellung als Chauffeur bei der Y.\_\_\_\_ AG an treten konnte ( Urk. 7/7 2, Urk. 7/76-77). Ausgehend von einer 80%igen Arbeits fähig keit in einer behinderungs an ge passten Tätigkeit verneinte die IV-Stelle bei einem Invaliditäts grad von 4 % den Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Ver fügen g vom 13. De zember 2011, Urk. 7/85).

### E. 1.2

X.\_\_\_\_ arbeitete bis Juli 2013 als Kurierfahrer und anschliessend, meist vermittelt über Temporärfirmen , in verschiedenen Tätigkeiten, zuletzt als Brand schadenräumer im Stundenlohn bis Ende 2017 ( Urk. 7/93, Urk. 7/89/5). Seit

Januar 2018 lebt er von der Sozialhilfe ( Urk. 7/101). Im Juli 2018 meldete er sich erneut bei der IV-Stelle an ( Urk. 7/89). Auf Aufforderung hin ( Urk. 7/92) liess er den Bericht der p sychiatrischen K linik Z.\_\_\_\_ , Zentrum für Soziale Psychiatrie, Ambulatorium A.\_\_\_\_ , vom 9. Januar 2019 ( Urk. 7/109), ein schliess lich der Berichte über die durch seinen ihn früher beh andelnden Psychia ter Dr. med. B.\_\_\_\_ veranlassten verhaltensneurologisch-neuropsycho logischen Abklärungen vom 2 1. Juni und 2 4. Septemb er 2018 ( Urk. 7/109/7-14) einreichen . Die IV-Stelle trat daraufhin auf das Neu anmeldungsgesuch ein ( Urk. 7/111) , holte einen Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug) des Versicherten ein ( Urk. 7/93) und legte die Akten ihrem Regionalen Ärztlich en Dienst (RAD) vor. Dr. med. C.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 7. März 2019 Stellung ( Urk. 7/120/5-6). Gestützt hierauf auferlegte die IV-Stelle X.\_\_\_\_ mit Verfügung vom 1 8. März 2019 ( Urk. 7/112) die Pflicht, sich einer qualifizierten stationären Entgiftung sowie einer Langzeit-Entwöhnungsbehandlung zu unter ziehen , unter Überwachung mittels Urinproben , und anschliessend eine Abstinenz von jeglichen Suchtmitteln (Alkohol, Cannabis und Kokain) einzuhalten, was sechs Monate nach dem Entzug mittels Haaranalyse überprüft werde. Nach

Abschluss der Entzugsbehandlung würden sie die Abklärungen wiederaufnehmen und entscheiden, ob eine bleibende oder zumindest längere Zeit dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit vorliege. Sollte er sich diesen Massnahmen nicht unterziehen, werde auf das Leistungsgesuch nicht eingetreten oder aufgrund der Akten entschieden und ein allfälliger Leistungsanspruch abgelehnt. Sie setzte dem Versicherten Frist bis zum 23. April 2019, die Durchführungsstelle(n) mitzuteilen.

Gleichzeitig teilte sie dem Versicherten mit, dass aufgrund des Gesundheitszustandes keine Eingliederungsmassnahmen angezeigt seien (vgl. Schreiben vom 18. März 2019, Urk. 7/113). Mit am 10. April

2019 unter geschriebenem Formular zeigte der Versicherte an, sich ab 25. April 2019 im Zentrum D.\_\_\_\_ behandeln zu lassen (Urk. 7/114). Die IV-Stelle ersuchte daraufhin um Zustellung des Behandlungs- und Therapieplanes (Urk. 7/115).

Mit Schreiben vom 13. Juni 2019

teilte Dr. med. E.\_\_\_\_, Oberarzt im D.\_\_\_\_,

mit (Urk. 7/117), dass der Versicherte seit 25. April 2019 zu ambulanten Gesprächen in ihre Institution komme und sie davon ausgingen, dass er den Konsum von Cannabis reduziere. Eine Abstinenz würde aktuell eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bedeuten.

Die IV-Stelle beharrte mit Schreiben vom 20. Juni 2019 auf der vollständigen Durchführung der auferlegten Massnahmen (Urk. 7/118), worauf hin Dr. E.\_\_\_\_ am 27. August 2019 telefonisch mitteilte, dass bei X.\_\_\_\_ die Auflagen nicht durchgeführt würden und dieser nicht vollständige abstinent sei (Urk. 7/119).

Daraufhin stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 28. August

2019 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/121). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 30. September 2019 (Urk. 7/122) sowie ergänzend am 17. und 28. Oktober 2019 (Urk. 7/129-130) Einwand. Nach Rücksprache mit der RAD-Ärztin (vgl. Urk. 7/131) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 27. November 2019 wie vorbeschrieben einen Leistungsanspruch (Urk. 2).

### **E. 1.3**

Strittig und zu prüfen ist demnach, ob

die Beschwerdegegnerin gestützt auf die von ihr festgestellte Verletzung der Schadenminderungspflicht durch den Beschwerdeführer Leistungen der Invalidenversicherung, konkret den Anspruch auf eine Rente sowie auf Eingliederungsmassnahmen insbesondere in Form eines Belastungstrainings, zu Recht verweigerte.

2.

### **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte am 13. Januar 2020 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm ab Januar 2019 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu zusprechen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten anzuordnen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 14. Februar 2020 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 19. Februar 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

#### **E. 2.1.1**

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). 2. 1. 2

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 145 V 215 E. 5.1, 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 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2. 1.

#### **E. 2.1.4**

Eine neue Rechtsprechung ist im Grundsatz sofort und überall anwendbar und gilt nicht nur für künftige, sondern für alle im Zeitpunkt der Änderung hängigen Fälle (Urteil des Bundesberichts 9C\_309/2019 vom 7. November 2019 E. 4.1).

#### **E. 2.2**

Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen). Dieses Gebot der Selbsteingliederung ist Ausdruck des in der ganzen Sozialversicherung geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht (vgl. BGE 120 V 368 E. 6b, 117 V 275 E. 2b), wobei jedoch von der versicherten Person nur Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c). Als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht die Pflicht, die notwendigen Schritte zur Selbsteingliederung zu unternehmen, nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (Urteil des Bundesgerichts 9C\_356/2014 vom 14. November 2014 E. 3.1 mit Hinweisen auf Urteile I 116/03 vom 10. November 2003 E. 3.1 und I

145/01 vom 12. September 2001 E. 2b).

### **E. 2.3.1**

Nach Art. 21 Abs.

### **E. 2.3.2**

Eine vorübergehende oder dauernde Kürzung oder Verweigerung der Leistung wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht setzt einerseits die Zumutbarkeit der (unterbliebenen) medizinischen Behandlung oder erwerblichen Eingliederung voraus. Zum andern muss diese Vorkehr, der sich die versicherte Person widersetzt oder entzogen hat, geeignet sein, eine wesentliche Steigerung der Erwerbsfähigkeit zu bewirken. Hierfür bedarf es keines strikten Beweises, sondern es genügt eine - je nach den Umständen zu konkretisierende - gewisse Wahrscheinlichkeit, dass die Vorkehr erfolgreich gewesen wäre. Der erforderliche Grad an Wahrscheinlichkeit ist unter Berücksichtigung der Schwere des mit der Massnahme verbundenen Eingriffs in Persönlichkeitsrechte zu beurteilen. Bei

therapeutischen Massnahmen, welche mit einem nur geringen Eingriff verbunden sind, dürfen an die Wahrscheinlichkeit der zu erwartenden Besserung keine hohen Anforderungen gestellt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_671/2016 vom 20. März 2017 E. 4.4.1 mit Hinweisen auf Beispiele). Ab

welchem Zeitpunkt eine entsprechende Annahme getroffen werden darf, ist von der richtigen Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens abhängig

(Urteil des Bundesgerichts 8C\_865/2017 vom 19. Oktober 2018 E. 3.3). Schliesslich muss die Sanktion in ihrer konkreten Gestalt verhältnismässig sein, indem das Kürzungsmass und die voraussichtliche günstige Wirkung der zumutbaren Massnahme auf den Erwerbsschaden einander entsprechen

(Urteil des Bundesgerichts I 824/06 vom 13. März 2007 E. 3). Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen sind nach Art. 7b Abs. 3 IVG alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person zu berücksichtigen.

Für die der Kürzung oder Verweigerung der Versicherungsleistungen unterliegen den Tatsachen trägt die Versicherung die Beweislast (BGE 111 V 186 E. 3b und 197 E. 6b).

### **E. 2.4**

Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunft- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, so kann der Versicherungsträger auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Er muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 43 Abs. 3 ATSG). 3.3.1

Seit Februar 2007 war der Beschwerdeführer bei Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung (1-2 Mal pro Monat). Dr. F.\_\_\_\_ konstatierte in seinem Arztbericht vom 21. September 2009 (Urk. 7/27), der Beschwerdeführer sei im Gespräch oft beschleunigt, entsprechend der teils in neuen Unruhe und Angetriebenheit. Die Grundstimmung sei grundsätzlich gut. Anhaltende und schwere depressive Phasen würde es in letzter Zeit keine zu verzeichnen geben. Der Beschwerdeführer selber beklage eine mangelnde Disziplin und innere Struktur, insbesondere auch aufgrund der fehlenden Ausse

ren Struktur (durch Arbeit). Auf sich gestellt würde es ihm schwer fallen, konkrete Ziele zu formulieren und diese gezielt zu verfolgen. Dr. F.\_\_\_\_ führte aus, beim Beschwerdeführer würden sozialbedingt grosse Bildungsdefizite und ausgeprägte Insuffizienzgefühle bestehen. Er habe eine geringe Stress- und Frustrationstoleranz und sozialphobische Symptome. Aufgrund dessen würde sich der Beschwerdeführer sozial zurückziehen und teilweise bei der Arbeit nicht erscheinen. Er habe Schwierigkeiten sich an Strukturen anzupassen und zeige teils dysfunktionale Konfliktbewältigungsstrategien. Dr. F.\_\_\_\_

diagnostizierte eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.20), eine soziale Phobie (ICD-10: F40.10) sowie eine depressive Episode (ICD-10: F33.0) und attestierte ihm eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In Bezug auf die Prognose hielt er fest, diese sei gut und es sei zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer eine hohe Grundmotivation zu arbeiten habe. Nach schulischer und beruflicher Weiterbildung könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von 50 % gerechnet werden. 3.2

Im Rahmen einer neuropsychologischen Standortbestimmung bei der Frage nach einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und/oder Intelligenzminderung sowie der Frage nach der Arbeitsfähigkeit wurde der Beschwerdeführer am 21. Juni 2018 verhaltensneurologisch-neuropsychologisch untersucht (vgl. Urk. 7/109/10-18). Gestützt auf verschiedene Tests hielten die untersuchenden Fachpersonen fest, die Untersuchung zeige schwere mnestiche Defizite mit schwerer verbaler Lernstörung und schwerer nicht-sprachlicher Abrufstörung. Hinzu

kämen leichte bis mittelgradige Einschränkungen in exekutiv-attentionalen Teilfunktionen (Konzepterkennung und Konzeptumstellung, geteilte Aufmerksamkeit) mit auch auf Verhaltensebene leichten Aufmerksamkeitschwankungen und deutlichen konstruktiv-planerischen Schwierigkeiten. Auch die einfache Reaktionsgeschwindigkeit zeige sich mittelgradig verlangsamt. Spontan sprachlich würden zeitweise falsch verwendete Wörter und insbesondere zu Beginn der Untersuchung ein leichtes Stottern auffallen, wobei letzteres auch nervösitätsbedingt sein könne. In erster Linie würden sich im Rahmen der amnestisch-vorbekanntnen Legasthenie aber deutliche Einschränkungen in sprachassoziierten Funktionen (Dyslexie, Dysgraphie) zeigen. Die übrigen getesteten kognitiven Funktionen seien intakt. Insbesondere seien weitere basale, aber auch höhere exekutiv-attentionale Teilfunktionen als altersgerecht zu werten (verbale bei überdurchschnittlicher figuraler Ideenproduktion, Interferenzkontrolle, kognitive Flexibilität). Auch würden sich keine Hinweise auf eine eingeschränkte visuo-perzeptive oder visuell-räumliche Fähigkeiten ergeben. Ferner würden sich, abgesehen von einem diskreten Haltetremor beidseits (physiologisch), auch auf motorischer Ebene keine Defizite und Auffälligkeiten zeigen. Die kognitiven Befunde sowie die Befunde auf Verhaltensebene würden einer mittelgradigen neuropsychologischen Störung entsprechen. Trotz fehlender Hinweise zu möglichen prä-, peri- oder postnatalen Komplikationen seien diese unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben am ehesten im Rahmen einer frühkindlich erworbenen zerebralen Entwicklungsstörung mit Legasthenie und möglicherweise einer Lernbehinderung zu sehen. In den entsprechenden Fragebögen, anamnestisch sowie auf Verhaltensebene, würden sich ausserdem Hinweise auf eine ADHS-Symptomatik ergeben, wobei diese auch im Rahmen der Entwicklungsstörung erklärbar seien.

Zwecks Bestimmung des Intelligenz-Quotienten (IQ) wurden am 24. September

2018 im Zentrum G.\_\_\_\_

weitere Test durch geführt (vgl. Urk. 7/109/7-9). Die untersuchenden Fachpersonen konstatierten, der Beschwerdeführer verfüge über ein unterdurchschnittliches kognitives Leistungsvermögen (Gesamt-IQ 76), was einer Lernbehinderung (IQ 70-84) entspreche. In allen getesteten kognitiven Funktionen seien durchschnittliche bis weit unter durchschnittliche Ergebnisse erzielt worden. Diese Befunde seien Ausdruck einer frühkindlichen zerebralen Entwicklungsstörung, welche sich in multiplen Teilleistungsschwächen (Legasthenie, Lernbehinderung, ADHS) manifestieren würden.

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Berichtersteller fest, aufgrund der Befunde sei von einer deutlich eingeschränkten Arbeitsfähigkeit und Vermittbarkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt auszugehen. Eine leichte und möglichst repetitive kognitive Tätigkeit in einem gut strukturierten und wohlwollenden Umfeld mit ausreichend Zeit beim Erlernen neuer Inhalte und ohne spezielle kognitive Ansprüche sei zumutbar und bei dem jungen Alter auch empfehlenswert. 3 .3

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden depressiven Entwicklung sowie einer seit Jahren bestehenden Angststörung mit starkem Vermeidungsverhalten begab sich der Beschwerdeführer im Juni 2018 in das Ambulatorium A.\_\_\_\_ der Z.\_\_\_\_ in ambulante psychiatrische Behandlung. In ihrem Bericht vom 9. Januar 2019 (Urk. 7/109/1-6) diagnostizierten die Ärzte der Z.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Erkrankung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), eine Agoraphobie und Sozialphobie (ICD-10: F40.1, F40.0) sowie eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0). Zudem sei im Rahmen einer neuropsychologischen Verhaltensabklärung eine mittelgradige neuropsychologische Störung bei frühkindlicher zerebraler Entwicklungs- und Lernstörung mit unterdurchschnittlichem IQ von 76 nachgewiesen worden (ICD-10: F81.9), was sich in multiplen Teilleistungsschwächen wie Legasthenie, Lernbehinderung und ADHS manifestiere. Des Weiteren gebe es Hinweise auf eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1) aufgrund diverser gewalttätiger Konflikterfahrungen seit früher Kindheit, welche zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten, Hyperarousal, Albträume, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Konzentrationstörungen geführt hätten. Schliesslich notierten die Behandler als Diagnosen Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F14.1), durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F12.2), durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F10.1), differenzial diagnostisch ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2). Weiter vermerkten sie verschiedene akutenanamnestische Diagnosen (Enuresis 1981-1992, Ex pressive Sprachstörung, Störung der sozialen Funktionen mit Beginn in der frühen Kindheit, gemeinsames Stehlen, anhaltende Störung der Impulskontrolle, Dissoziale Persönlichkeitsstörung).

Der Beschwerdeführer berichte von seit mindestens zwei Jahren deutlich verschlechtertem psychischen Zustandsbild und verminderter Kompensationsmöglichkeit. Aufgrund seiner ausgeprägten Ängste habe er viele Jahre keine öffentlichen Verkehrsmittel mehr benützt, sei beispielsweise mit dem privaten Personenwagen zur Arbeit gefahren. Nachdem man ihm aber den Führerausweis entzogen habe, sei es ihm zunehmend nicht mehr möglich gewesen, zu seiner Arbeitsstelle zu gelangen. In öffentlichen Verkehrsmitteln werde er nervös und fange stark an zu schwitzen, was seine Ängste noch weiter verstärken würde, so dass er aussteigen müsse. 2018 habe er aufgrund der massiven Verschlechterung seines psychischen Zustandsbildes seinen letzten Arbeitsplatz verloren. Dadurch

sei es zum gänzlichen Verlust der Tagesstruktur, vermehrter depressiver Symptomatik und vermehrtem Konsumverhalten gekommen.

Die Ärzte der Z.\_\_\_\_

befanden den Beschwerdeführer wach und zu allen Qualitäten vollständig orientiert. Er wirke sehr angespannt, nervös, unsicher, motorisch unruhig und schwitze stark. Formalgedanklich wirke er logisch, kohärent, strukturierbar. Er erzähle weitschweifig und rede gelegentlich vorbei. Einen Anhalt für inhaltliche Denkstörungen gebe es keine. Ebenso wenig gebe es Hinweise für eine psychotische Symptomatik im Sinne von Halluzinationen, Wahn oder Ich-Störungen. Der Beschwerdeführer habe Ängste beschrieben, insbesondere in öffentlichen Verkehrsmitteln oder bei Ansammlungen vieler Menschen. Dies führe zu einem Vermeidungsverhalten. Der Beschwerdeführer fahre nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln und gehe nur aus dem Haus, wenn er müsse. Im Affekt sei er niedergestimmt, bei nach aussen initial fassadärem Verhalten. So versuche er Situationen zu überspielen, lache laut und mache Scherze. Dahinter zeige sich je doch eine deutliche Hilfs- und Perspektivenlosigkeit sowie ein aus geprägtes Insuffizienzgefühl. Die emotionale Schwingungsfähigkeit und Auslenkbarkeit seien erhalten, der Antrieb und die Psychomotorik leicht beschleunigt, die Belastbarkeit vermindert. Der Beschwerdeführer klage über anhaltende Schlafstörungen mit Alpträumen, weshalb er täglich THC (drei Joints am Abend) konsumiere. Gegenüber den Ärzten des Zentrums G.\_\_\_\_ gab der Beschwerdeführer ausserdem an, jeden zweiten Tag ein Glas Wodka und vier bis fünf Bier sowie unregelmässig Kokain zu konsumieren (vgl. Urk. 7/109/11). Zu Beginn ihrer Behandlung sei es dem Beschwerdeführer nicht möglich gewesen, alleine und pünktlich zu den Terminen zu erscheinen. Er habe sich jeweils stark nervös, motorisch unruhig, stark schwitzend gezeigt und sei dadurch spür- und sichtbar noch mehr belastet gewesen. Im Verlauf sei der Aufbau einer therapeutischen Beziehung und die Motivation zur regelmässigen Einnahmen von Psychopharmaka gelungen. Unter

Fluoxetin (40mg/d) und regelmässigen supportiven Gesprächen habe sich eine Teilremission der depressiven Symptomatik gezeigt und sei der Aufbau einer Tages-/Wochenstruktur sowie eine deutliche Reduktion seines Konsumverhaltens, insbesondere des Alkohol- und Kokainkonsums, gelungen. Im Verlaufe habe der Beschwerdeführer seine Termine alleine wahrnehmen können, er benütze aber weiterhin keine öffentlichen Verkehrsmittel ohne Begleitung. Dieses Vermeidungsverhalten habe bisher den Ausbau der therapeutischen Massnahmen (Tagesklinik bzw. Arbeitstherapie) verhindert, wobei festgehalten werden müsse, dass es keinen Hinweis auf fehlende Therapiemotivation gebe. Es zeigten sich auch Symptome einer PTBS (Erinnerungen an disziplinäre Massnahmen in Heimen und Einzelhaft), welche das Vermeidungsverhalten zusätzlich verstärkten.

Die beschriebenen psychischen Erkrankungen würden einen für den Beschwerdeführer nicht vollständig überwindbaren Gesundheitsschaden darstellen. Er sei trotz bisher erreichter Teilremission, insbesondere der depressiven Erkrankung, aufgrund dieses Gesundheitsschadens auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur sehr eingeschränkt arbeitsfähig. Die Ärzte der Z.\_\_\_\_ attestierten dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Prognostisch sei je doch von einer mindestens 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Sie empfahlen erneute Integrationsmassnahmen mit Jobcoaching sowie eine Teilrentenabklärung.

### **E. 3**

In Änderung seiner bisherigen Rechtsprechung ( vgl. Hinweise zur bisherigen Rechtsprechung in BGE 145 V 215 E. 4.1) änderte das Bundesgericht mit BGE 145 V 215

eine langjährige Praxis 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 invaliden versicherungsrechtlich 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 beweiswertiger 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. 3.4**

Dr. H.\_\_\_\_, Assistenzärztin an der Z.\_\_\_\_, teilte der Beschwerdegegnerin am 16. Januar 2019 ergänzend telefonisch mit, es sei eine Belastbarkeit von zwei Stunden pro Tag an fünf Tagen die Woche gegeben. Das Problem sei jedoch

der Weg, weshalb für Eingliederungsmassnahmen eine Institution/Durchführungsstelle nahe des Wohnortes zu suchen sei. Die

Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel gehe gar nicht. Der Beschwerdeführer benötige dringend Tagesstruktur und sie sei der Meinung, dass ein Belastbarkeitstraining das Richtige sei. Eine Arbeitstherapie hätten sie nicht in A.\_\_\_\_ durchführen können, weil der Beschwerdeführer nicht in der Lage sei, die öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen (Urk. 7/110). 3.5

In ihrer Stellungnahme vom 7. März 2019 (vgl. Feststellungsblatt, Urk. 7/120 S. 5f.) beurteilte RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_ die von den Ärzten in der Z.\_\_\_\_ auf grund biographischer Anhaltspunkte gestellte Verdachtsdiagnose einer PTBS bei fehlender entsprechender Symptomatik als nicht nachvollziehbar. Ebenso wenig sei die Diagnose ADHS nachvollziehbar. Im Rahmen der Untersuchung des Zentrums für Verhaltensneurologie hätten sich quantitativ und qualitativ alters gerechte Leistungen in der fokussierten Aufmerksamkeit und altersgerechte Reaktionszeiten bei der geteilten Aufmerksamkeit gezeigt, weshalb der Diagnose ADHS nicht gefolgt werden könne. In Bezug auf den durchgeführten Intelligenztest bemerkte Dr. C.\_\_\_\_, es sei nicht auszuschliessen, dass die Testung unter Drogeneinfluss stattgefunden habe. Aus diesem Grund könne die Diagnose einer mittelgradigen neuropsychologischen Störung nicht sicher nachvollzogen werden. Im Vordergrund stünden schwere mnestiche Defizite. Eine Therapie bestünde zunächst in einer konsequenten und anhaltenden Abstinenz, vorbereitet durch eine stationäre Entgiftung und Langzeitentwöhnungsbehandlung (Alkohol, Koka in, Cannabis). Erst nach anschliessender sechsmonatiger kontrollierter Abstinenz (Haaranalyse) lasse sich abschätzen, ob und inwiefern eine Verbesserung der Beeinträchtigungen möglich sei.

### **E. 3.6**

Dr. E.\_\_\_\_ äusserte in seiner Stellungnahme vom 13. Juni 2019 (Urk. 7/117), der Beschwerdeführer komme seit 25. April 2019 regelmässig zu einem ambulanten Gespräch ins D.\_\_\_\_. Ziel der fachbezogenen Begleittherapie sei die Reduktion des Cannabis konsums sowie die Stabilisierung. Eine Abstinenz würde aktuell je doch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bedeuten.

Telefonisch teilte Dr. E.\_\_\_\_ am 27. August 2019 ergänzend mit, das eigentliche Hauptproblem sei die Agoraphobie mit den Panikattacken. Der

(Drogen) Konsum

habe fast die Funktion einer Selbstmedikation (Urk. 7/119).

In seiner Stellungnahme vom 17. Oktober 2019 (Urk. 7/129) verwies Dr. E.\_\_\_\_ auf die neuropsychologische Standortbestimmung, im Rahmen derer die Diagnose einer frühkindlichen zerebralen Entwicklungs- und Lernstörung mit unterdurchschnittlichem Gesamt-IQ gestellt und Hinweise auf eine PTBS genannt worden seien. Dr. E.\_\_\_\_ konstatierte, aus diesem Grund weise der Beschwerdeführer wahrscheinlich ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten aus, was sich in Panikstörungen äussere. Sekundär habe sich vermutlich aufgrund dieser Diagnose eine ausgeprägte Substanzabhängigkeit von Cannabis sowie ein schädlicher Gebrauch von Alkohol und Kokain im Sinne einer Selbstregulation entwickelt. Er konsumiere in diesem Zusammenhang seit Jahrzehnten Substanzen, sodass es schwierig sei, eine Abstinenz zu erwarten. Das Abstinenzziel stehe nicht im Mittelpunkt der Intervention. Es werde im Rahmen schadensminimierender und therapeutischer Massnahmen versucht, eine Besserung der Konsum- und Abhängigkeitsproblematik zu ermöglichen. Ziel der gegenwärtigen Behandlung sei, die Veränderungsmotivation zu stärken sowie Ziele zu festigen, um den Substanzkonsum zu reduzieren. Die angestrebte Reduktion des Gesamtkonsums ermögliche es, die soziale Lage des Beschwerdeführers zu stabilisieren und den Gesundheitszustand zu verbessern und trage zugleich zu einem Rückgang der Beeinträchtigungskriminalität bei. Ausserdem würden sich dadurch auch die Kosten für eine stationäre Entzugsbehandlung einsparen lassen. Eine Abstinenz würde somit zurzeit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bedeuten, weil ex- und nicht

intrinsisch behandelt werden würde. 4.

#### **E. 4**

ATSG können Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden, wenn sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben entzieht oder widersetzt, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder wenn sie 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- und Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar. Diese Bestimmung ist im Bereich der Invalidenversicherung anwendbar (Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG). Zusätzlich verpflichtet Art.

#### **E. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin forderte den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 18. März 2019 (Urk. 7/112) zur näher umschriebenen Entzugsbehandlung auf, wobei gestützt auf die Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. C. \_\_\_ in der Begründung einerseits darauf hingewiesen wurde, dass ohne Behandlung nicht geklärt werden könne, ob die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit bleibend sei oder zumindest längere Zeit andauere, andererseits dass dadurch die Integrationsfähigkeit in den ersten Arbeitsmarkt wesentlich verbessert werden könne. In der Verfügung vom 27. November 2019 (Urk. 2) werden als Gründe für die Abweisung des Leistungsbegehrens daher die Verletzung der Mitwirkungspflichten genannt und dass die Arbeitsfähigkeit respektive Integrationsfähigkeit mit diversen medizinischen Massnahmen verbessert werden könne und zum jetzigen Zeitpunkt nicht geklärt werden könne, inwiefern eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der psychiatrischen Problematik oder aufgrund der

Abhängigkeitsproblematik ausgewiesen sei.

#### **E. 4.2**

Die bisherige Rechtsprechung zu den primären Suchterkrankungen bejaht grundsätzlich die Möglichkeit der Anordnung einer Entzugsbehandlung unter dem Titel der Abklärungsmassnahme, wo es darum ging, die erwerblichen Auswirkungen einer - invaliditätsfremden - primären Abhängigkeit von denjenigen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens abzugrenzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_370/2013 vom 22. November 2013 E. 4.2). Nach geänderter Rechtsprechung sind auch primäre Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen als - potenziell - invalidisierende Gesundheitsschäden abzuklären (vgl. E. 2.1.3). Wie bei den sekundären Suchtgeschehen ist demnach neu auch bei primären Abhängigkeitssyndromen die Anordnung einer Entzugsbehandlung im

Vorfeld einer Begutachtung unter dem Titel der Mitwirkungspflicht im Abklärungsverfahren nicht statthaft, würde damit doch die Qualifikation des Suchtgeschehens und seiner erwerblichen Auswirkungen als zum vornherein invalidenversicherungsrechtlich irrelevant und deshalb auszuschneiden vorweg genommen. Demgegenüber darf eine Entzugsbehandlung als Behandlungsmassnahme - sofern im konkreten Fall zumutbar - unverändert jederzeit zur Schadenminderung (vgl. E. 2.2 und E. 2.3) angeordnet werden (BGE 145 V 215 E. 8.2 S. 230; Urteil des Bundesgerichts

9C\_309/2019 vom 7. November 2019 E. 4.2.2 mit Hinweisen) .

### E. 4.3

Gemäss Bericht der Z.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2019 (E. 3.3) liegen die psychiatrischen Störungen einer rezidivierenden depressiven Störung, der Agoraphobie bzw. den sozialen Phobien sowie die mittelgradige neuropsychologische Störung mit multiplen Teilleistungsschwächen und sich manifestierender ADHS im Vordergrund. Hinsichtlich Kokain und Alkohol vermerkten die behandelnden Ärzte einen schädlichen Gebrauch; ein Abhängigkeitssyndrom erachteten sie aus schliesslich bei Cannabinoide für gegeben an, differenzialdiagnostisch auch bei Alkohol. Auch die RAD-Ärztin erachtete die schweren mnestischen Defizite als im Vordergrund stehend (E. 3.5), wobei ihr darin beizupflichten ist, dass die verhaltensneurologischen und neuropsychologischen Fachpersonen sich nicht mit dem möglichen Einfluss allenfalls eingenommener Substanzen während der Testverfahren auseinandersetzen, obwohl der Beschwerdeführer ihnen gegen über von regelmässigem Alkohol- und Cannabiskonsum berichtet hatte ( Urk. 7/109/11), weshalb die entsprechenden Erkenntnisse , jedenfalls hinsichtlich des unterdurchschnittlichen Gesamtintelligenzquotienten, mit Zweifel behaftet sind. Tatsache ist jedoch, dass die Neuropsychologin von keinen relevanten Kon zentrations - und Aufmerksamkeitsfluktuationen bei intakter Impulskontrolle berichtete und der Beschwerdeführer von Lernschwierigkeiten bereits während der Schulzeit erzählte (vgl. Urk. 7/109/11 , Urk. 7/109/2 ), weshalb ein allfälliger Drogeneinfluss während

den Abklärungen nicht einzige Ursache der fest gestellten Defizite sein kann. Dass die grossen Bildungsdefizite ausschliesslich sozialbedingt (kindliche Verwahrlosung/Heim- und Anstaltskarriere etc.) wären - wie Dr. F.\_\_\_\_ 2007 anzudeuten scheint (E. 3.1) - wird durch die anamnestisch 1984 erhobene expressive Sprachstörung sowie 1986 erhobene Entwicklungsstörung schulischer Fähigkeiten (vgl. Urk. 7/27/1) nicht erhärtet. Ob ein fortgesetzter Konsum von Cannabis, allenfalls auch Alkohol oder Kokain, einen wesentlichen Einfluss auf die Leistungsbeeinträchtigungen des Beschwerdeführers hat , ist daher aufgrund der medizinischen Aktenlage nicht beurteilbar. Nicht nach gewiesen ist damit

aber auch, dass mit gewisser Wahrscheinlichkeit durch einen vollständigen Entzug eine wesentliche Verbesserung der Arbeits- und Erwerbs fähigkeit zu erwarten wäre. Dagegen spricht , - nebst den Äusserungen von Drs . H.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ , wonach vorab die Angststörung eine berufliche Ein gliederung behindere (E. 3.4 und E. 3.6) - dass der Beschwerdeführer bis Ende 2017 in der Lage war, einer Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nachzugehen trotz laufendem Drogenkonsum (vgl. Urk. 7/120/6) . Wesentlich für die Erwerbs losigkeit und Entwicklung einer zunehmenden depressiven Episode scheint nach Angaben gegenüber den A rztpersonen der Z.\_\_\_\_

der Verlust des Führerausweise s gewesen zu sein, was eine Vermeidung des öffentlichen Verkehrs verunmöglichte ( Urk. 7/109/ 2), verbunden mit dem Verlust der Arbeitsstelle, damit der Tages struktur und daraus folgend einem vermehrten Konsumverhalten . Die Umstände sowie Dauer des Führerausweise ntzugs und die Voraussetzungen einer Wieder erlangung der Bewilligung gehen aus den Akten nicht hervor. Dr. F.\_\_\_\_ wies bereits in seinem Bericht vom 21. September 2009 auf die Notwendigkeit eines strukturierten (und strukturierenden) Arbeitsplatzes hin ( Urk. 7/27/2). Nach

An gaben der aktuell behandelnden Ärzte scheint die Agoraphobie mit Panikattacken die Benützung des öffentlichen Verkehrs und damit verbunden die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ausserhalb der

Gehdistanz zum Wohnort zu verunmöglichen. Ein Einfluss des zwar nach eigenen Angaben reduzierten, aber fortgesetzten Drogenkonsums auf die Angsterkrankung wird weder von diesen noch von der RAD-Ärztin postuliert. Es ist daher auch nicht ausgewiesen, dass der Konsum von (überwiegend) Cannabinoiden die Agoraphobie beeinflusst, verstärkt oder gar hervorruft. Gegenteilig argumentierten die behandelnden Ärzte der Z. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_, dass der Konsum eine Art Selbstmedikation (vor allem gegen die innere Unruhe und Schlafstörungen) darstelle. Dem widerspricht auch Dr. C. \_\_\_ nicht. Dass eine vollständige Abstinenz notwendig wäre um abzuschätzen, ob und inwieweit eine Verbesserung der Beeinträchtigungen möglich ist (vgl. Urk. 7/120/6), ergibt sich aus den Akten der behandelnden Ärzte jedenfalls nicht.

Nach dem Gesagten ist daher der mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit notwendige Nachweis, dass der vollständige Entzug zu einer wesentlichen Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit beitragen wird, nicht gelungen, weshalb eine der Voraussetzungen für eine ganze oder teilweise Leistungsverweigerung fehlt. Daran ändert nichts, dass die angeordnete Entzugsbehandlung einschliesslich Überwachungstests einen vergleichsweise geringen Eingriff in die Persönlichkeit darstellt, weshalb auch geringe Anforderungen an die prognostische Verbesserung zu stellen sind und eine Zumutbarkeit eher zu bejahen wäre (vgl. E. 2.3.2). Diesbezüglich stehen ausserdem die Aussagen des behandelnden Dr. E. \_\_\_ (E. 3.6) der Einschätzung von Dr. C. \_\_\_ (E. 3.5) gegenüber, wobei ohne nähere Begründung keine Ansicht schlüssiger erscheint und daher ohne weitere Abklärungen weder der einen noch der anderen medizinischen Stellungnahme zur Zumutbarkeit gefolgt werden könnte. Dazu ist ausserdem zu vermerken, dass das schuldhaft Verhalten des Beschwerdeführers - welches in gewisser Korrelation zur Massnahme sein muss (Art. 7b Abs. 3 IVG) - angesichts der wiederholt geäusserten Ansicht seines behandelnden Arztes, ein vollständiger Entzug sei schädlich und eine entsprechende Behandlung unzumutbar, relativiert werden müsste.

Unter diesen Umständen braucht jedoch nicht geprüft zu werden, ob die auferlegte medizinische Massnahme zumutbar wäre.

#### **E. 4.4**

Nach dem Gesagten war eine vollständige Leistungsverweigerung einzig gestützt auf eine Missachtung der auferlegten Schadenminderungspflicht nicht rechtens. Die vorliegende medizinische Aktenlage lässt eine Beurteilung der materiellen Anspruchsvoraussetzungen nicht zu, weshalb die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie den medizinischen und allenfalls erwerblichen Sachverhalt rechtsgenügend abkläre. Ergibt die medizinische Beweislage, dass mit gewisser Wahrscheinlichkeit unter subjektiv zumutbaren Massnahmen eine im Verhältnis des Eingriffs wesentliche Verbesserung zu erwarten wäre, bleibt ihr die Auferlegung einer entsprechenden Schadenminderungspflicht unbenommen. 5.

Diese Erwägungen führen zur Gutheissung der Beschwerde in dem Sinne, als die Sache unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 27. November 2019 zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. 6.

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. 1bis IVG) und auf Fr.

#### **E. 7**

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Damit erweist sich das Gesuch um unentgeltlich Prozessführung als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die an gefochtene Verfügung vom 27. November 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 Beschwerdeführers 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: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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