

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00442 vom 4. Januar 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-01-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00442](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00442)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00442 du 4 janvier 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00442 del 4 gennaio 2021

## **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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

### **E. 2**

oben). Die Schadenminderungspflicht sei nicht erfüllt worden, obwohl keine iv-relevanten Gründe ersichtlich seien, die eine konsequente Therapie verunmöglicht hätten (Urk. 6).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid (Urk. 2)

fest, die psychiatrischen Diagnosen seien gut behandelbar. Bei adäquater psychiatrischer Behandlung und Abstinenz von Cannabis sei medizinisch-theoretisch von einer

Remission der Depression und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auszugehen. Sie sei der Meinung, dass die vorliegenden Diagnosen bei Weiterführung der Behandlung überwindbar und behandelbar seien (S.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte vor, die Beschwerdegegnerin habe in der angefochtenen Verfügung eine Rente mit der Begründung verweigert, dass er seiner Schadenminderungspflicht nicht nachgekommen sei. Die Behauptung sei aus der Luft gegriffen, willkürlich und aktenwidrig (Urk. 1 S. 4 Ziff. II).

### **E. 2.3**

Streitig ist, ob ein Rentenanspruch besteht. Zunächst ist zu prüfen, ob auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten vom 1. Mai 2019 abgestellt werden kann. 3. 3.1

Der Beschwerdeführer begann ab dem 1. Oktober 2014 bei der Z.\_\_\_\_ GmbH eine von der Invalidenversicherung finanzierte dreijährige Berufslehre zum Gebäudereiniger EFZ (Urk. 7/51/1 Ziff. 2).

Der Verantwortliche des Lehrbetriebes gab im Zwischenbericht vom 2. April 2015 (Urk. 7/51/1-2) an, der Beschwerdeführer habe die ersten drei Monate der Ausbildung in einer Reinigungsfirma im ersten Arbeitsmarkt absolviert, worauf diese aus verschiedenen Gründen abgebrochen worden sei (S. 1 Ziff. 8). Weiter wies er auf ungenügende schulische Leistungen des Beschwerdeführers in der Berufsschule hin. Als Folge der Schwierigkeiten werde die Ausbildung ab dem 20. April 2015 auf das Niveau Gebäudereiniger E BA abgeändert (S. 2 oben). 3.2

Im Zwischenbericht vom 20. November 2015 (Urk. 7/64) empfahl der Verantwortliche des Lehrbetriebes eine psychotherapeutische Unterstützung. Er führte dazu aus, der Beschwerdeführer habe in diesem Zusammenhang Bedenken geäußert und könne den Sinn einer solchen Unterstützung nicht erkennen. Im praktischen sowie im schulischen Bildungsteil weise er Rückstände auf, die nur mit einem ausserordentlichen Effort aufgeholt werden könnten (S. 2 Ziff. 9).

Auch im Zwischenbericht vom 22. März 2016 (Urk. 7/77/1-2) wurde auf die ungenügenden Leistungen, auf die häufigen Absenzen und den ungewissen Ausgang der Abschlussprüfung hingewiesen. Eine psychotherapeutische Unterstützung habe installiert werden können.

Im Abschlussbericht vom 15. Juli 2016 (Urk. 7/80/1-4) wurde festgehalten, aufgrund des nicht bestandenen Qualifikationsverfahrens (QV), der näher beschriebenen Defizite in den verschiedenen Kompetenzbereichen

und der noch nicht abschliessend erreichten Bildungsziele sei eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt zurzeit noch kaum möglich. Der Versicherte sei bei der Arbeit noch auf ein wohlwollendes Umfeld angewiesen (S. 3 Ziff. 11). Die vereinbarte psychotherapeutische Begleitung nehme er seit dem 19. Mai 2016 nicht mehr wahr (S. 3 Ziff. 10).

Im Juni 2016 bestand der Beschwerdeführer die Lehrabschlussprüfung erfolgreich (Urk. 7/102/2-6). 4. 4.1

Lic. phil. A.\_\_\_\_, Psychologin FSP, und Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, nannten im Bericht vom 27. März 2014 (Urk.

7/12/5-11) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und des Sozialverhaltens (ICD-10 F43.25), Beginn schleichend, vermutlich seit 2010 - hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1) - expressive Sprachstörung (ICD-10 F80.1), bestehend seit früher Kindheit - rezeptive Sprachstörung (ICD-10 F80.2), bestehend seit früher Kindheit - nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0), bestehend seit Beginn der Pubertät

Lic. phil. A. \_\_\_ und Dr. B. \_\_\_ führten zur Anamnese aus, bei einer Schulpsychologischen Untersuchung im Herbst 2010 seien grosse sprachliche Schwierigkeiten des Beschwerdeführers bei einem sehr kleinen Wortschatz festgestellt worden. Die Intelligenz sei als knapp durchschnittlich beurteilt worden (S. 2 Mitte).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit bestehe eine deutliche psychische Einschränkung mit depressiver Verstimmung, Aggression, impulsivem Verhalten, Motivationseinbrüchen, Schlafstörungen und einem niedrigen Selbstwert. Weiter bestehe eine deutliche Einschränkung durch eine eingeschränkte auditive Merkfähigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und eine sowohl rezeptiv als auch expressiv eingeschränkte Sprache. Dies wirke sich aus in Form einer deutlichen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, des Arbeitsverhaltens (Selbständigkeit, Konzentration, Ausdauer, Motivation, Arbeitstempo, Erfüllen von Pflichten, Pünktlichkeit, geringe Frustrationstoleranz) und im sozialen Umfeld

(S. 3 Ziff. 1.7).

Lic. phil. A. \_\_\_ und Dr. B. \_\_\_ gaben in einem Beiblatt vom 27. März 2014 (Urk. 7/12/12-13) ergänzend an, es bestehe ein Gesundheitsschaden. Der Beschwerdeführer sei so beeinträchtigt, dass sowohl die sozialen Anforderungen einer Lehre in der freien Wirtschaft als auch die intellektuellen Anforderungen sowie die Anforderungen bezüglich Selbständigkeit, Arbeitshaltung, Arbeitsorganisation und emotionaler Stabilität nicht erfüllt seien. Die Beeinträchtigung bestehe aufgrund von Schwierigkeiten hinsichtlich der Selbständigkeit und Arbeitshaltung, durch eine Anpassungsstörung, depressive und impulsive Reaktionen sowie durch

Konzentrations- und sprachliche Schwierigkeiten (S. 1 oben). Der Beschwerdeführer könne gestellte Aufgaben nicht völlig selbständig erledigen. Er benötige Hilfe bei der Arbeitsmotivation, der Arbeitshaltung und der Strukturierung des Alltags und sei auf einen wohlwollenden Kontakt zu einer Bezugsperson angewiesen (S. 1 unten). 4.2

Der Beschwerdeführer ist seit dem 29. November 2016 beim Y. \_\_\_ in ambulante psychiatrische Behandlung (Urk. 7/107/1 Ziff. 1.2). Die Ärzte des Y. \_\_\_ stellten im Bericht vom 16. Oktober 2017 (Urk. 7/107/6-8) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Verdacht auf Intelligenzminderung - Status nach Unfall von 2012 mit Fraktur des linken Fusses - Status nach Fraktur des rechten Handgelenkes, August 2017

Weiter wurde ausgeführt, für eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf ein Pensum von 50 % zirka ab dem 1. Januar 2018 bestehe eine gute Prognose. Eine höhere Arbeitsfähigkeit erscheine aktuell unrealistisch (S. 2 Ziff. 1.4 unten). Der Patient sei nach wie vor sehr depressiv und leide aus noch nicht genau geklärten Gründen schon seit der Schulzeit unter intellektuellen und sozialen Schwierigkeiten (S. 1 Mitte). 4.3

Die Ärzte des Y.\_\_\_\_ gaben im Bericht vom 9. April 2018 (Urk. 7/120/4-5) an, die gegenwärtige Behandlung bestehe seit Oktober 2017 und erfolge zirka einmal pro Monat (Urk. 7/120/2 Ziff. 3.1). Sie stellten neu die Verdachtsdiagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) sowie die Diagnosen psychische Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1) , und psychische Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2, S. 1 Ziff. 1.2).

Die Ärzte des Y.\_\_\_\_ führten weiter aus, der Beschwerdeführer arbeite aktuell 20 % als Gebäudereiniger. Schmerzen hinderten ihn daran, mehr zu arbeiten. Darüber hinaus bestünden deutliche Depressionen mit Lust- und Interesselosigkeit, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Gedankenkreisen, grosser Traurigkeit, Nachdenklichkeit, Motivations-, Antriebs- und Hilflosigkeit . Weiter bestünden Schlafstörungen und ein verminderter Appetit (S. 1 oben). Es werde vermutet, dass der Patient unter einer Intelligenzminderung, einer massiven ADHS und eventuell einer Störung in der Persönlichkeitsstruktur leide (S. 1 unten). Weiter habe er einen sehr labilen Selbstwert und Schwierigkeiten, wenn es darauf ankomme, die erforderliche Leistung zu erbringen. Er leide dann unter massiven Versagensängsten und an einer depressiven Resignation (S. 2 Ziff. 1.3). 4.4

Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, führte in der Stellungnahme vom 21. Juni 2018 (Urk. 7/168 S. 5 f.) aus, es sei eine Störung des Sozialverhaltens bekannt. Diese habe, soweit ersichtlich, zum Scheitern der beruflichen Massnahmen geführt. 2014 seien weiter ein niedriger Selbstwert und depressive Symptome beschrieben worden und es hätten kognitive, intellektuelle oder schulische Einschränkungen vorgelegen. Bis Oktober 2017 habe offensichtlich keine spezifische psychotherapeutische Behandlung stattgefunden. Gemäss dem Bericht der Ärzte des Y.\_\_\_\_ vom 9. April 2018 erfolge die Behandlung mit einer monatlichen Frequenz , was sicherlich nicht ausreiche. Wie unter den genannten Voraussetzungen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erreicht werden solle, könne nicht nachvollzogen werden (S. 5 unten). Auf den Bericht können nicht abgestellt werden. Es würden weitere Abklärungen empfohlen (S. 6 oben). 4.5

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, nannte im Bericht vom 9.

Oktober 2018 (Urk. 7/139) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 4 Ziff. 2.5): - cervikal und lumbal betontes

Panvertebralsyndrom

( PVS ) - Status nach Trauma mit Pilon - Tibial -Fraktur links und nach Osteosynthese einer Pilon - Tibial -Fraktur (2009) - Status nach Osteosynthese-Materialentfernung ( OSME ) , Osteosynthese linker Unterschenkel 2015 - Status nach Kontusion der rechten Hand mit nicht dislozierter mehr fragmentärer, interartikulärer Basisfraktur des Os metakarpale III mit Restbeschwerden nach konservativer Behandlung der Handgelenksfraktur - Hypästhesie und Dysästhesie am linken Fuss bei Status nach operativer Behandlung einer Pilon - Tibial -Fraktur links - Verdacht auf ein Complex Regional Pain Syndrome ( CRPS ) linker Fuss - Haltungsinsuffizienz - muskuläre Dysbalance - Senk- und Spreizfüsse beidseits - Achillodynie beidseits - Hallux valgus links - Hammerzehe Dig . I-IV links - rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger

depressiver Episode

Seit einem Unfall im Jahr 2012 bestehe eine Arbeitsfähigkeit als Gebäudereiniger von zwei Stunden täglich beziehungsweise eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % (S. 2

Ziff. 1.3).

Die Untersuchungen und bildgebenden Verfahren hätten keine wesentlichen degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) ergeben. Die chronischen Rückenbeschwerden erklärten sich vor allem durch eine deutliche Haltunginsuffizienz sowie eine muskuläre Dysbalance. Weiter bestünden deutliche Fussbeschwerden links. Es handle sich um belastungsabhängige Schmerzen und Ruheschmerzen im Bereich des oberen Sprunggelenks bei einem Status nach operativer Versorgung einer Pilon - Tibial -Fraktur 200

## **E. 6**

7).

Die Beschwerdeführerin habe des Weiteren den Bericht der Ärzte des Zentrums Y.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2020 in willkürlicher Weise ignoriert. Die angebliche Verletzung der Schadenminderungspflicht sei einzig auf die von den Gutachtern festgestellten psychischen Probleme, insbesondere eine rezidivierende depressive Störung bei mittelgradiger depressiver Episode und psychische Verhaltensstörungen durch Cannabinoide und Tabak, und auf das Suchtverhalten des Beschwerdeführers zurückzuführen (S. 5 Ziff. II.8).

Gemäss neuester Rechtsprechung des Bundesgerichts handle es sich bei Sucht um eine Krankheit (S. 5 Ziff. II.9).

### **E. 6.1**

Lic. phil. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 27. März 2014 als psychiatrische Diagnosen unter anderem eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und des Sozialverhaltens und eine expressive und rezep tive Sprachstörung . Sie bestätigten, dass ein IV-relevanter Gesundheitsschaden vorliege (E. 4.1 hiervor). Der Beschwerdeführer konnte in der Folge

eine Berufslehre zum Gebäudereiniger EBA abschliessen (Urk. 7/102/5). Für den Zeitraum der Ausbildung liegen ebenfalls Hinweise auf gesundheitliche Schwierigkeiten vor (vgl. E. 3.1 und 3.2). Seit November 2016 und erneut seit Oktober 2017 ist er im Y.\_\_\_\_ in ambulante r

psychiatrische r und psychotherapeutische r Behandlung (E.

4.2 und 4.3).

Die Gutachter des F.\_\_\_\_ nannten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine ADHS, eine expressive und rezep tive Sprachstörung, eine leichte bis mittelschwere depressive Episode, eine Cannabisabhängigkeit und eine mittel schwere kognitive Störung im Rahmen einer kombinierten Störung schulischer Fähigkeiten (E. 4.7.5). Von orthopädischer Seite stellte Dr. G.\_\_\_\_ einzig eine knöchern konsolidierte distale Unterschenkelfraktur des linken oberen Sprunggelenks mit residueller gering er Bewegungseinschränkung fest, der er

keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimass (E. 4.7.1 hiervor). Die Gutachter kamen zur Einschätzung , dass für die angestammte und für eine angepasste Tätigkeit eine

Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe (E. 4.7.5).

RAD-Ärztin Dr. N. \_\_\_\_

bezeichnete die psychiatrischen Diagnosen als gut behandelbar und kam zum Schluss, dass bei adäquater Behandlung von der Remission der Depression und der Wiederstellung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ausgegangen werden könne (E. 4.10).

## **E. 6.2**

Soweit die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch

unter Hinweise auf die Behandelbarkeit einer Depression

verneinte (Urk. 2 S. 2), kann ihr nicht gefolgt werden. Nach der mit BGE 143 V 409 E. 4.5.2 geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts kann ein Leistungsanspruch nicht länger unter Berufung auf die gute Behandelbarkeit einer Depression abgelehnt werden. Stattdessen ist notwendigerweise ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen (vgl. E. 5.3). Ein solches ist auch in Hinblick auf die festgestellte ADHS und Cannabisabhängigkeit erforderlich.

Gutachter Dr. I. \_\_\_\_

hielt zwar fest, dass aktuell noch keine endgültige Invalidisierung vorliege (vorstehend E. 4.7.3). Die Gutachter legten jedoch

nicht weiter dar, ob und in welchem Umfang bei einer angemessenen therapeutischen Behandlung

prognostisch mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden kann.

Ebenso fehlen Angaben zum zu erwartenden zeitlichen Rahmen

für eine Verbesserung. Dabei ist zudem darauf hinzuweisen, dass die Gutachter im Zusammenhang mit den empfohlenen Therapien eine Nachbegutachtung empfohlen hatten (Urk. 7/153 S. 54 oben), was angesichts des offenen Verlaufs nachvollziehbar ist.

Weiter ergibt sich aus dem Gutachten nicht, wie stark der Beschwerdeführer derzeit aufgrund der Cannabisabhängigkeit in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist und ob ihm eine Abstinenz

aufgrund der festgestellten kognitiven Einschränkungen beziehungsweise der Komorbiditäten überhaupt zugemutet werden kann. Für die Prüfung eines Leistungsanspruches sind jedoch genaue Angaben dazu erforderlich, wie stark das Suchtgeschehen den Beschwerdeführer

beeinträchtigt. Die Gutachter wiesen in diesem Zusammenhang im Wesentlichen auf eine Komorbidität zwischen ADHS, depressiver Störung und der Cannabisabhängigkeit hin (E. 4.7.3 und 4.7.5). Das Ergebnis der dem Beschwerdeführer auferlegten Schadenminderungspflicht, die bislang nicht umgesetzt werden konnte (vgl. E. 4.9), wurde bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit ebenfalls noch nicht berücksichtigt (obwohl gutachterlicherseits

eine Nachbegutachtung empfohlen worden war; Urk. 7/153 S. 54 oben). Weiter fehlen Angaben zur Behandelbarkeit des ADHS und der dabei zu erwartenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Insgesamt kann damit der Einschätzung der IV-Stelle, es liege

Behandelbarkeit beziehungsweise eine prognostisch vollständige Arbeitsfähigkeit vor, nicht ge folgt werden.

### **E. 6.3**

Auf die interdisziplinär attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % in der ange stammten und in einer angepassten Tätigkeit kann zum jetzigen Zeitpunkt

indes ebenfalls nicht abgestellt und sie kann nicht für die Prüfung eines Leistungsanspruches übernommen werden , zumal

anhand des Gutachten s des F.\_\_\_\_

mangels ausreichender entsprechender Angaben (vgl. Urk. 7/153 S. 6 f.) eine eingehende und abschliessende Prüfung der Standardindikatoren und die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nicht möglich ist. Auf das Gutachten kann daher nicht abgestellt werden und der medizinische Sachverhalt erweist sich aus psychiatrischer Sicht als ungenügend abgeklärt.

### **E. 6.4**

Aus orthopädischer Sicht besteht kein zusätzlicher Abklärungsbedarf , da auf die Beurteilung durch Gutachter Dr. G.\_\_\_\_ abgestellt werden kann .

### **E. 6.5**

Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine erneute fachärztliche psychiatrische Begutachtung

veranlasse , welche auch die neuropsychologischen und allfällige sprachliche Einschränkungen berücksichtigt und Grundlage bildet für die rechtsprechungsgemäss vorzunehmende Prüfung der Standardindikatoren . In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 7.

#### 7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 SVGer hat die obsiegende Beschwerdeführende 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 ).

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Der Beschwerdeführer ist vorliegend bei einem praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise mit Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 2. Juni 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessent schädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Alex R. Le Soldat - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 MosimannBrugger

## **E. 9**

und OSME 2012. Lokal bestünden zudem eine Hypästhesie und Dysästhesie am linken Fuss und klinisch der Verdacht auf ein CRPS. Weiter lägen seit einer Kontusion am rechten Handgelenk im August 2017 belastungsabhängige Beschwerden und Ruhebeschwerden am rechten Handgelenk vor (S. 3 Ziff. 2.1).

Die Arbeitsfähigkeit könne noch nicht abschliessend beurteilt werden, da der Patient zusätzlich durch eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger depressiver Episode belastet sei. Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit stütze sich vor allem auf die psychiatrische Diagnose (S. 4 Ziff. 2.7). Die Haupt einschränkung bestehe durch eine relativ rasche Erschöpfung und Ermüdbarkeit, die vor allem psychisch bedingt sei. Die somatische Situation müsste mit einem funktionellen Leistungstest überprüft werden (S. 5 Ziff. 3.4). Im Haushalt bestehe für schwere Arbeiten eine Einschränkung von 50%. Für leichte Arbeiten bestehe keine Einschränkung (S. 7 Ziff. 4.5). 4.6

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, RAD, führte in der Stellungnahme vom 29. Oktober 2018 (Urk. 7/168 S. 7 unten) aus, aus psychiatrischer Sicht werde eine Arbeitsunfähigkeit von 50% in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit bescheinigt. Dr. D.\_\_\_\_ habe eine Arbeitsunfähigkeit von 80% seit einem Unfall von 2012 dokumentiert. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit liege keine

Stellungnahme vor. Für den Haushalt werde für schwere Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % angegeben. Für leichte Tätigkeiten bestünden keine Einschränkungen. 4.7

#### 4 . 7 . 1

Die Beschwerdegegnerin holte beim Zentrum F.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 1. Mai 2019 (Urk. 7/153) erstattet wurde. Es beruht auf den fachärztlichen Untersuchungen in den Fachgebieten Orthopädie/Traumatologie, Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Neuropsychologie (S. 3 Ziff. 2). Es ist von Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. H.\_\_\_\_ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, für Arbeitsmedizin und für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, Dr. med. J.\_\_\_\_ , praktische Ärztin und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, und L.\_\_\_\_ unterzeichnet (S. 10).

Im orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten (Urk. 7/153/19-32) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe permanente Beschwerden am linken Bein und dem linken Fuss angegeben. Nach einem Bruch des linken Beins hätten sich Krallenzehen entwickelt. In den letzten Jahren habe er mehr Schmerzen im linken Fuss und dem Unterschenkel (S. 21 Ziff. 3.2 oben). Zurzeit arbeite er zwei Stunden pro Tag als Gebäudereiniger. Er müsse den Abfall leeren und Tische reinigen . Die Arbeit sei sehr anstrengend (S. 22 oben). Der Beschwerdeführer sei der Meinung, dass er nicht mehr als Gebäudereiniger arbeiten könne. Auch die momentan absolvierten zwei Stunden seien ihm zu viel . Eine leichte, stressfreie Arbeit könne er sich aber vorstellen , jedoch auch nicht länger als vier Stunden pro Tag (S. 23 oben).

Die Gelenkkonturen sämtlicher Abschnitte beider oberer Extremitäten seien unauffällig, es bestünden keine Gelenkvergrößerungen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung bestehe ein mässiger Druckschmerz des rechten Daumengrundgelenks, welcher seit einigen Tagen vorliege und auf eine Arbeitsverletzung zurückzuführen sei . Es bestünden keine Hinweise auf eine chronische Erkrankung (S. 24 Mitte). Über Schmerzen im Bereich des Achsorgans habe der Beschwerdeführer nicht geklagt . Bei der orientierenden neurologischen Untersuchung seien keine Auffälligkeiten festzustellen gewesen. Es bestünden keine Hinweise für eine radiokuläre oder pseudoradikuläre

Symptomatik (S. 25 unten).

Der Beschwerdeführer habe im April 2009 eine distale Unterschenkelfraktur links erlitten, die später als Pilon-tibiale-Fraktur bezeichnet worden sei . Danach sei

über Auffälligkeiten des linken Fuss im Sinne einer Krallenzehenstellung bei D1-4 berichtet und der Verdacht auf ein stattgehabtes CRPS geäußert worden. Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Begutachtung mässige , belastungsabhängige Schmerzen im linken oberen Sprunggelenk beschrieben. Weiter bestünden seit der Jugend diffuse Schmerzen, deren Lokalisation nicht reproduziert werden könne (S. 27 Ziff. 6 oben) .

Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht könne eine geringe Bewegungseinschränkung des linken oberen Sprunggelenks nach Pilon-tibiale-Fraktur verifiziert werden, ohne neurologische Auffälligkeiten. Weiter bestehe eine geringe Krallen-/Klauenzehenbildung I-IV mit einem etwas

vermehrten Hohlfuss links als mutmassliches Residuum der gelenkbildenden distalen Unterschenkelfraktur. Die Beweglichkeit des linken unteren Sprunggelenks sei nicht eingeschränkt. Die Bemerkung der Muskellung beider Ober- und Unterschenkel sei seitengleich als Hinweis für eine seitengleiche Benutzung und Belastbarkeit der linken unteren Extremität. Eine verminderte Belastbarkeit des linken Beins nach der operativen Behandlung der Fraktur lasse sich also nicht verifizieren. Auch die Benutzungsschritte der Schuhe liessen auf ein seitengleiches Gangbild schliessen. Ein solches habe der Beschwerdeführer auch anlässlich der Begutachtung gezeigt (S. 27 Ziff. 6 Mitte).

Dr. G. \_\_\_ verneinte aus orthopädisch-traumatologischer Sicht eine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nannte er eine knöchern konsolidierte distale Unterschenkel fraktur nach operativer Behandlung mit residueller geringer Bewegungseinschränkung des linken oberen Sprunggelenks, ohne Bewegungseinschränkung des linken unteren Sprunggelenks und mässiger Hohlfussbildung und Krallen zehenbildung als Residuum (S. 27 Ziff. 6).

Bis auf eine Bewegungseinschränkung des linken oberen Sprunggelenks und eine geringe Formveränderung des linken Fusses sowie Krallen zehen/Klauen zehen links seien keine weiteren Gesundheitsstörungen zu verifizieren (S. 28 Ziff. 7.1). Eine versicherungsmedizinisch relevante Funktionseinschränkung des linken Beins werde nicht verursacht (S. 28 Ziff. 7.2). Der Versicherte schätze sich selber als weitgehend arbeitsunfähig ein, dies aufgrund von diffusen Befindlichkeitsstörungen, nicht zuzuordnenden Schmerzen und einer immer wieder von ihm selber aufgeführten depressiven Stimmung. Zumindest auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet könne die Selbsteinschätzung nicht nachvollzogen beziehungsweise bestätigt werden. Die angestammte und eine adaptierte Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer ohne Einschränkungen zumutbar (S. 29 Ziff. 7.4).

Die internistische Untersuchung durch Dr. J. \_\_\_ ergab keine Diagnose mit oder ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (S. 40 Ziff. 6). 4 . 7 .2

Zur psychiatrischen Untersuchung (S. 45-58) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er lustlos sei und viel nachdenken müsse. Es

bestehe eine depressive Stimmungsphase und der Schlaf und die Konzentration seien nicht gut (S. 47 Ziff. 3.1 oben). Körperlich habe er Schmerzen am linken Fuss, am rechten Handgelenk und am Rücken, die sich über die gesamte Rückenmuskulatur erstreckten (S. 47 Ziff. 3.2). Aktuell rauche er Cannabis. Andere Drogen konsumiere er nicht (S. 48 unten).

Der Beschwerdeführer habe 2017 eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung begonnen. Es seien ihm Antidepressiva angeboten worden. Bis heute habe er sich jedoch nicht getraut, diese einzunehmen. Aktuell besuche er den Psychiater alle drei bis vier Wochen (S. 50 oben). In der aktuellen Tätigkeit fühle er sich überfordert (S. 50 Mitte).

Während der Exploration, die über 90 Minuten gedauert habe, seien die Konzentration und Aufmerksamkeit reduziert gewesen. Der Gutachter habe einige Fragen wiederholen müssen und es hätten teilweise Schwierigkeiten bestanden, die Aufmerksamkeitsspanne aufrechtzuerhalten (S. 51 Ziff. 4.3 oben). Der formale Gedankengang sei stockend und teilweise gehemmt (S. 51 Ziff. 4.3 Mitte). Das Intelligenzniveau wirke unter Berücksichtigung von Schulbildung, beruflichem Werdegang sowie klinischem

Gesamteindruck unterdurchschnittlich. Der Antrieb sei reduziert gewesen. Der psychomotorische Ausdruck sei teilweise verarmt, teilweise bestehe eine psychomotorische Unruhe. Gemäss der Persönlichkeitsentwicklung und der Biographie zeigten sich Hinweise für ein desorganisiertes und impulsives Verhalten (S. 51 Ziff. 4.3 unten). 4. 7. 3

Die Diagnose eines ADHS habe sich in der neuropsychologischen Untersuchung bestätigt. Die kognitiven Funktionseinschränkungen würden als mittelschwer beurteilt. Die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit entspreche den von psychiatrischer Seite erfassten klinischen funktionellen Einschränkungen (S. 52 oben).

Es seien Symptome identifiziert worden, die aktuell einer leichten bis mittelschweren Depression entsprechen. Darüber hinaus fänden sich deutliche Hinweise für ein ADHS, das auch testdiagnostisch erfasst worden sei, und im Verlauf deutliche Hinweise für eine Cannabisabhängigkeit. Der Konsum von mindestens zwei Joints pro Tag sei beachtlich. Der Beschwerdeführer habe früher auch mehr konsumiert. Der Konsum von Cannabis scheine im Verlauf die Impulsivität reduziert zu haben, die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen jedoch nicht. Der Erfolg bei der Prüfung als Gebäudereiniger könne als Hyperfokussierung angesehen werden, was bei ADHS-Erkrankten sehr häufig vorkomme. Eine Behandlung sei bisher nicht erfolgt. Eine Medikation habe weder für die ADHS-Symptomatik noch für die depressive Symptomatik stattgefunden (S. 53 Ziff. 6 oben).

Dr. I. \_\_\_ nannte als Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit, S. 53 Ziff. 6 Mitte): - ADHS (ICD-10 F90.0) - expressive Sprachstörung (ICD-10 F80.1), bestehend seit früher Kindheit und rezep tive Sprachstörung (ICD-10 F80.2) - leichte bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) - Cannabisabhängigkeit (ICD-10 F12.0)

Aus dem Verlauf und den Akten lasse sich ableiten, dass bereits in der Kindheit und Jugend eine ADHS-Symptomatik und zusätzlich eine Sprachstörung bestanden hätten. Eine spezielle Behandlung des ADHS habe nicht stattgefunden, vor allem sei keine medikamentöse Behandlung erfolgt. Im Rahmen einer Förderschule sei es dem Beschwerdeführer gelungen, die Schule nach neun Jahren abzuschliessen. Mit 15 Jahren habe er begonnen, Cannabis zu konsumieren, wo durch sich seine Impulsivität beziehungsweise sein gereiztes Verhalten reduziert hätten. Bis heute benutze er Cannabis auch als Selbstbehandlungsmittel. Im Verlauf sei es ihm durch Überfokussierung gelungen, die Prüfung als Gebäude reiniger zu absolvieren (S. 53 Ziff. 7).

Die geringe Frustrationstoleranz erlaube es dem Beschwerdeführer nicht, mit Konflikten adäquat umzugehen. Er behalte dabei den Cannabiskonsum als Regulationsmittel bei. In diesem Rahmen habe er zunehmend eine Reduktion des Antriebs, eine Stimmungslabilität und einen Verlust an Interessen entwickelt. Die bestehende Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung sei teilweise als Folge des ADHS, teilweise als Folge des Cannabiskonsums zu sehen. Die Arbeitsfähigkeit sei aus heutiger Sicht beeinträchtigt. Bei fehlender Behandlung könne aktuell noch nicht von einer endgültigen Invalidisierung gesprochen werden.

Therapeutisch sollte an erster Stelle eine Entgiftung und Entwöhnung von Cannabis stehen. Gleichzeitig sollte eine Behandlung der ADHS-Symptomatik erfolgen, mit Methylphenidat oder Antidepressiva, sowie eine störungsspezifische Psychotherapie (S. 54 Ziff. 7 oben). De

r Beschwerdeführer sei mit Unterstützung in der Lage gewesen, die Schule abzuschliessen und anschliessend durch eigene Motivation die Lehre als Gebäudereiniger. Anschliessend habe er versucht, sich mit einer Tätigkeit von 20 % im Bereich Gebäudereinigung beruflich zu integrieren. Hier hätten sich Grenzen im Rahmen der Frustrationstoleranz gezeigt, da er keine adäquaten Strategien habe, um mit Kritik umzugehen. Der anhaltende Gebrauch von Cannabis habe einen Einfluss auf seinen Antrieb, die Motivation und die Stimmung. Negativ sei zudem, dass es in der familiären Umgebung keine Vorbilder und keine aktive Unterstützung gebe. So versuche der Vater des Beschwerdeführers seit geraumer Zeit, eine IV-Rente zu erreichen, was bereits zwei mal abgelehnt worden sei

(S. 54 Ziff. 7.1). Als positiv zu werten sei, dass der Beschwerdeführer selber psychiatrische Hilfe gesucht habe und sich davon etwas verspreche. Er befinde sich aktuell im Y.\_\_\_\_ in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung. Die Behandlung erfolge alle drei bis vier Wochen. Eine empfohlene Behandlung mit Antidepressiva habe er abgelehnt. Mit Sicherheit sei von einer Cannabisabhängigkeit auszugehen. Bisher hätten keine effektiven therapeutischen Massnahmen stattgefunden, die zu einer Besserung der Symptomatik geführt hätten (S. 54 Ziff. 7.2).

Der Gutachter stimme weitgehend mit der Beurteilung durch lic. phil. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ vom März 2014 überein. In Bezug auf die Beurteilung durch die Ärzte des Y.\_\_\_\_ falle auf, dass diese den Konsum von Cannabis nur als Missbrauch und nicht als Abhängigkeit bewertet hätten, obwohl der Beschwerdeführer selbst sein Verhalten als abhängig beurteile. Darüber hinaus bestünden keine Hinweise für eine rezidivierende depressive Störung, sondern eher für eine depressive Episode. Dabei falle auch eine Komorbidität beziehungsweise der Einfluss zwischen dem Konsum von Cannabis, ADHS und depressiven Symptomen

auf.

Die Beurteilung einer Arbeitsfähigkeit von aktuell 50 % sei aus gutachterlicher Sicht nachvollziehbar. Perspektivisch fehle jedoch die Verbindung zwischen einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und konkreten therapeutischen Massnahmen (S. 55 Ziff. 7.3 oben). Der Beschwerdeführer habe aus gutachterlicher Sicht Fähigkeiten und Ressourcen gezeigt, sowohl beim Abschluss der Schule als auch der Lehre. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Gebäudereiniger sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zu 50 % beeinträchtigt (S. 55 Ziff. 7.4).

Seit dem Abschluss der Ausbildung zum Gebäudereiniger bestehe bis jetzt eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 56 Ziff. 8 Mitte). Angepasst sei eine Tätigkeit mit repetitivem Charakter, reduzierter Umstellungsfähigkeit und Flexibilität, die kein selbständiges Planen und Strukturieren erfordere. In einer solchen Tätigkeit bestehe ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 4.25 Stunden beziehungsweise von 50 % (S. 56 Ziff. 8 unten). 4. 7. 4

Lic. phil. M.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, stellte im neuropsychologischen Teilgutachten (Urk. 8/153/62-68) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 7): mittelschwere kognitive Störung im Rahmen • einer kombinierten Störung schulischer Fähigkeiten (ICD-10 F81.3), Differentialdiagnose: leichte Intelligenzminderung (ICD-10 F70) • einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) • eines gegebenenfalls schädlichen Gebrauchs von Cannabinoiden

(ICD-10 F12.1)

Lic. phil. M.\_\_\_\_

kam zur Einschätzung, dass die Arbeitsfähigkeit in einer leistungsgerechten Tätigkeit aus rein kognitiver Sicht 50 % betrage bei ganz tägiger Anwesenheit. Die Beurteilung erfolge unter Berücksichtigung der kognitiven Schwierigkeiten im Rahmen des intellektuellen Niveaus bei Verdacht auf eine Teilleistungsschwäche im Sprachverständnis sowie einer Aufmerksamkeitsstörung und beziehe sich auf eine wohlwollende und stark unterstützende Umgebung. Es sei fraglich, ob eine solche Betreuungs- und Anleitungsmöglichkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt gewährleistet werden könne (S. 7 oben). 4. 7.5

Aus dem Verlauf und den Akten lasse sich ableiten, dass bereits in der Kindheit und Jugend eine ADHS-Symptomatik und zusätzlich eine Sprachstörung bestanden hätten. Eine spezielle Behandlung des ADHS, vor allem eine medikamentöse Behandlung, habe nicht stattgefunden (S. 4 Ziff. 4.1 oben).

Die Gutachter nannten gesamthaft als relevante Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit, S. 5 Ziff. 4.2): - ADHS (ICD-10 F90.0) - expressive Sprachstörung (ICD-10 F80.1), bestehend seit früher Kindheit und rezeptive Sprachstörung (ICD-10 F80.2) - leichte bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) mit/im Rahmen der Komorbidität - Cannabisabhängigkeit (ICD-10 F12.0) - mittelschwere kognitive Störung im Rahmen einer - kombinierten Störung schulischer Fähigkeiten (ICD-10 F81.3), Differentialdiagnose : leichte Intelligenzminderung (ICD-10 F70)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine näher umschriebene knöchern konsolidierte distale Unterschenkelfraktur links nach operativer Behandlung (S. 5 Ziff. 4.2 unten).

Aus orthopädisch-/traumatologischer Sicht liege keine wesentliche Einschränkung vor. Aus psychiatrischer Sicht bestünden Hinweise auf eine depressive Episode. Dabei falle eine Komorbidität beziehungsweise der Einfluss zwischen Cannabiskonsum, ADHS und depressiven Symptomen auf. Die Beurteilung einer Arbeitsfähigkeit von 50 % sei aus gutachterlicher Sicht nachvollziehbar, und zwar sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Gebäudereiniger als auch für eine Verweistätigkeit (S. 6 Ziff. 4.3). Aus orthopädisch-/traumatologischer Sicht seien die angegebenen subjektiven Beschwerden nicht nachvollziehbar und könnten keinem bekannten Krankheitsbild zugeordnet werden. Von psychiatrischer Seite seien die Angaben im Allgemeinen konsistent mit der Aktenlage und den erhobenen Befunden und erschienen im Rahmen der Untersuchung als plausibel (S. 7 Ziff. 4.6 oben).

Für die bisherige und eine leistungsgerechte Tätigkeit bestehe seit dem Abschluss der Lehre als Gebäudereiniger im Jahr 2017 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 7 Ziff. 4.7 und 4.8). 4.8

RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 17. Mai 2019 (Urk. 7/168 S. 8 f.) aus, gemäss dem Gutachten des F.\_\_\_\_ vom 1. Mai 2019 lägen Einschränkungen für die bisherige Tätigkeit als Gebäudereiniger vor. Unter anderem bestünden eine Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung, eine geringe Frustrationstoleranz, eine Antriebsreduktion, eine Stimmungslabilität, mangelndes Textverständnis, eine reduzierte Merkfähigkeit, Schwierigkeiten beim Auffassen von verbalen und schriftlichen Informationen, eine Einschränkung der Planungs- und Organisationsfähigkeit sowie eine

erhöhte Ablenkbarkeit und eine Teilleistungsschwäche im Sprachverständnis (S. 8 Mitte). Eine Änderung des Gesundheitszustandes sei noch möglich (S. 8 unten). Es sollte eine Entgiftung und Entwöhnung von Cannabis mit anschliessender leitliniengerechter Therapie des ADHS und der Depression erfolgen, medikamentös sowie psychotherapeutisch über sechs Monate . Danach sei eine erneute psychiatrische Begutachtung zu empfehlen (S. 9 oben).

Mit Schreiben vom 21. Mai 2019 wurde der Beschwerdeführer zur Durchführung einer Massnahme zur Verbesserung des Gesundheitszustands aufgefordert . Es solle eine Entgiftung und Entwöhnung von Cannabis mit anschliessender leitlinien gerechter Therapie des ADHS und der Depression erfolgen, medikamentös sowie psychotherapeutisch über sechs Monate

(Urk. 7/155). 4.9

Die Ärzte des Y.\_\_\_\_ antwortete n

im Verlaufsbericht vom 28.

Januar

2020 (Urk.

7/167/5-7) auf Fragen der Beschwerdegegnerin

zu der

dem Beschwerde füh rer auferlegten Schadenminderungspflicht . Sie gaben an, es sei versucht worden, eine Psychotherapie (Einzeltherapie) einmal pro Woche durchzuführen. Der P atient habe jedoch über die Hälfte der Termine nicht wahrgenommen. Eine medika mentöse antidepressive Behandlung habe nicht aufgeleitet werden könne n . Der Patient sei nicht dazu zu motivieren gewesen, da er Nebenwirkungen und eine Abhängigkeit befürchte . Eine ADHS spezifische Therapie sei nicht durchgeführt worden, da ein ADHS erst nach einer längeren Drogenabstinenz beurteilt werden könne (S. 1 Ziff. 1).

Die Therapie habe die Arbeitsfähigkeit nicht verbessert, trotz einer Reduktion des Cannabiskonsums gemäss den Angaben des Beschwerdeführers . Aktuell fühle er sich emotional instabiler und depressiver als vor der Reduktion des Konsums (S. 1 Ziff. 3). D er Patient sei wegen psychischer Motive nicht in der Lage, den Behand lungsplan einzuhalten (S. 2 Ziff. 4 oben). Zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei eine antidepressive Medikation angezeigt. Leider habe man den Patienten nicht motivieren können, eine solche Behandlung zu beginnen. Er habe Angst vor einer medikamentösen Behandlung (S. 3 Ziff. 4.1).

4.10

Dr. med. N.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 22. April 2020 (Urk. 7/168 S.

## **E. 10**

f.) Stellung zu den neu eingereichten Berichten. Sie führte aus, die von den Ärzten des Y.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen hätten sich im Verlauf nicht geändert. Die Diagnosen seien gut behandelbar. Bei adä quater psychiatrischer Behandlung entsprechend der auferlegten Schadenminderungspflicht und dem Behandlungsplan sei medizinisch-theoretisch von einer Remission der Depression und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auszugehen. 5 . 5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 5.2

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 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). 5.3

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, 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; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). 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 beweisbelastete 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). 5.4

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 in BGE 145 V 215 E. 4.1). Diese bisherige Rechtsprechung änderte das Bundesgericht mit BGE 145 V 215 dahingehend, dass - fachärztlich einwandfrei diagnostizierten – Abhängigkeitsyndromen 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 Abhängigkeits syndrome (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 gegen teiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (E. 7).

## 5.5

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 Sozialversicherungsgsgericht, 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). 6.

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