

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00509 vom 28. August 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-08-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00509](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00509)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00509 du 28 août 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00509 del 28 agosto 2023

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1976, war zuletzt von September 2014 bis Juli 2015 im technischen Innendienst der Y.\_\_\_\_ AG tätig (vgl. Urk. 9/10 S. 2; Urk. 9/18 S. 2) und meldete sich am 22. Januar 2020 unter Hinweis auf seit 2013 bestehende psychische Beeinträchtigungen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/2 Ziff. 6.1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und teilte dem Versicherten am

#### E. 1.1

2

Verwaltungsweisungen, wie etwa Wegleitungen oder Kreisschreiben, richten sich an die Durchführungsstellen und sind für das Sozialversicherungsgericht nicht verbindlich. Dieses soll sie bei seiner Entscheidung aber berücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen. Das Gericht weicht also nicht ohne triftigen Grund von Verwaltungsweisungen ab, wenn diese eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben darstellen. Insofern wird dem Bestreben der Verwaltung, durch interne Weisungen eine rechtsgleiche Gesetzesanwendung zu gewährleisten, Rechnung getragen (BGE 146 V 224 E. 4.4.2, 141 V 365 E. 2.4 m.w.H.). 2.

2.1

Im Schreiben vom 7. Dezember 2020 zur Auflage der Schadenminderungspflicht (Urk. 9/19) führte die Beschwerdegegnerin aus, ihre Abklärungen hätten ergeben, dass zurzeit nicht abschliessend beurteilt werden könne, ob die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit bleibend sei oder zumindest längere Zeit andauere, da der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers durch folgende medizinischen Massnahmen verbessert werden könne: Durchführung einer leitliniengetreuen psychiatrischen und psychopharmakologischen Behandlung, wobei eine höherfrequente psychiatrische Behandlung (1 x alle 2 Wochen) und ein Wechsel der antidepressiven Medikation durchgeführt werden sollten. Eine Remission der depressiven Episode sei nach etwa 6 Monaten leitliniengerechter Behandlung zu erwarten. Daneben sei eine ADHD-Testung durchzuführen, wobei bei Vorliegen der Diagnose eine entsprechende Behandlung durchzuführen sei und ebenfalls erwartet werden könne, dass eine solche Störung unter leitliniengetreuer psychiatrisch-psychopharmakologischer Behandlung remittieren werde. Nach Umsetzung der Massnahmen könne von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nach sechs Monaten Behandlung ausgegangen werden (S. 1). Der

Beschwerdeführer wurde auf die Säumnisfolgen hingewiesen (S. 2). 2.2

In der angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2022 ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass der Beschwerdeführer diese medizinischen Auflagen (vorstehend E. 2.1) nicht vollumfänglich erfüllt habe. Es finde keine fachärztlich-psychiatrische Behandlung statt. Die Frequenz sei inzwischen im Schnitt auf ein mal alle sechs Wochen reduziert worden. Zudem sei die durchgeführte psychopharmakologische Behandlung nicht leitliniengerecht und unzureichend sowie seit September 2021 beendet. Zwar sei die auferlegte ADHS-Abklärung durchgeführt worden, doch finde auch hier keine adäquate Behandlung bei einem fachärztlich-psychiatrischen Behandler statt. Mit den auferlegten Massnahmen und Behandlungen hätte sich die gesundheitliche Situation soweit verbessert, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung einer angepassten Tätigkeit mit wenigen oder gar keinen sozialen Interaktionen zu 100 % und damit die Erzielung eines rentenausschliessenden Einkommens möglich gewesen wäre, weshalb kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2 S. 2).

Vernehmlassungsweise ergänzte die Beschwerdegegnerin, das psychiatrische Gutachten vom 15. Oktober 2020 (Urk. 9/17) erfülle die rechtlichen Anforderungen, um vollen Beweiswert zu beanspruchen. In einer angepassten Tätigkeit bestehe seit März 2016 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, welche durch eine leitliniengerechte Behandlung der depressiven Störung sowie der ADHS innert sechs Monaten auf 100 % gesteigert werden könnte. Es lägen keine nachvollziehbaren Gründe vor, weshalb die Schadenminderungspflicht nicht durchgeführt werden könne. Die Erhöhung der Konsultationen auf einmal alle zwei Wochen sowie die Anpassung der Psychopharmaka sei verhältnismässig und zumutbar. Diesbezüglich sei auf die Stellungnahme der Ärztin ihres regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) verwiesen. Da der Beschwerdeführer seiner Schadenminderungspflicht nicht nachgekommen sei, könne in dem Sinne verfügt werden, als hätte er diese durchgeführt. Auf die Folgen einer allfälligen Widersetzung sei er mittels Mahn- und Bedenkzeitverfahren hingewiesen worden (Urk. 8 S. 2). 2.3

Demgegenüber beantragte der Beschwerdeführer die Zusprache einer halben Invalidenrente (Urk. 1 S. 2 und S. 9) und stellte insbesondere die Zumutbarkeit der auferlegten Schadenminderungspflicht in Frage (S. 6). Hierbei verwies er auf die Schreiben von Dr. A.\_\_\_\_ vom 5. Mai 2021 und 1. Juni 2022 (vgl. Urk. 9/27 und Urk. 9/56), wonach die verlangte Erhöhung der Therapiefrequenz aus ärztlich-therapeutischer Sicht kontraproduktiv

sei. Die RAD-Ärztin habe sich sowohl mit diesem Einwand als auch mit den aufgezeigten Medikamentenunverträglichkeiten nicht auseinandergesetzt. Sie habe lediglich allgemeine Ausführungen zu den Empfehlungen in den entsprechenden Behandlungsleitlinien gemacht. Im Zusammenhang mit der ADHS habe der Beschwerdeführer die Behandlungsaufgabe erfüllt. Was die Behandlungsaufgabe betreffend die Depression anbelange, habe Dr. A.\_\_\_\_ dargelegt, aus welchen Gründen die von der Beschwerdegegnerin geforderten Massnahmen nicht zumutbar bzw. nicht effektiv seien. Einerseits bestehe mit der Persönlichkeitsstörung eine Komorbidität, welche die Behandelbarkeit der Depression negativ beeinflusse und gegen einen weiteren Ausbau der Therapiefrequenz spreche. Andererseits bestünden Medikamentenunverträglichkeiten, welche die verlangte Pharmakotherapie verunmögliche. Mit beiden Themen habe sich die RAD-Ärztin nicht auseinandergesetzt, so dass die Abklärungen zur Zumutbarkeit der verlangten Schadenminderungspflicht nicht abgeschlossen seien, womit nicht überwiegend wahrscheinlich habe bewiesen werden können, dass die

verlangte Behandlung zielführend und zumutbar sei (S. 6-8). Daran hielt der Beschwerdeführer in seiner Replik fest ( Urk. 15). 2. 4

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin wegen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneinte . 3 . 3.1

Dr. med. C.\_\_\_\_ , Oberarzt, Integrierte Psychiatrie D.\_\_\_\_ , nannte in seinem Bericht vom 17. April 2020 ( Urk. 9/8/1-5) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung ( Border line-Typ ; ICD -10 F60.31), eine Gender-Dysphorie im Sinne einer Mann-zu-Frau-Transsexualität (ICD- 10 F64.0 ; richtig: Frau-zu-Mann-Transsexualität ) und eine Störung durch Alkohol-Abhängigkeit ssyndrom (ICD-10 F10.20) , gegenwärtig abstinent ( Ziff. 2.5) . Der Beschwerdeführer stehe seit dem 28. Oktober 2019 in seiner Behandlung ( Ziff. 1.1) . Zusätzlich zu der im Jahr 2016 durch die Ärzte der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsspitals E.\_\_\_\_ gestellten Diagnose der ICD-10 F64.0 ( damals wurde n auch eine mittelgradige depressive Episode, ein Alkoholabhängigkeitssyndrom und klinische Hinweise auf eine mög liche ADHS-Symptomatik beschrieben, vgl. Urk. 9/ 8/6-9) sei in der Längsschnitt beobachtung von der nunmehr diagn o stizierten Persön lichkeitsstörung auszu gehen ( Ziff. 2.8) . Vor der Umstellung aufgrund der Coronakrise sei der Beschwerdeführer etwa alle 14 Tage für ein einstündiges Gespräch in die Konsultation gekommen ( Ziff. 1.2) . Zum momentanen Zeitpunkt sei die Behandlung supportiv - psychoedukativ. Aufgrund der ebenfalls vorhandenen ängstlich-vermeidenden Anteile sei, auch im Hinblick auf die aktuelle Situation, die Behandlungskontinuität deutlich eingeschränkt ( Ziff. 2.8) . Zum aktuellen Zeitpunkt sei beim Beschwerdeführer mittelfristig (innert der nächsten ein bis drei Jahre) oder sogar langfristig nicht von einer Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeits markt auszugehen. Die Störung sei zu tiefgreifend und strukturell schwer, als dass eine Reintegration auf den ersten Arbeitsmarkt aus momentaner Sicht erfolgs versprechend wäre ( Ziff. 2.7) . 3.2

Der Beschwerdeführer wurde im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 12. Oktober 2020 durch Dr. Z.\_\_\_\_ fachärztlich begutachtet. Im psychiatrisch-psycho therapeutischen Gutachten vom 15. Oktober 2020 ( Urk. 9/17) stellte dieser folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20 Ziff. 6): - vermeidend selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F. 60.6) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Verdacht auf einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung im Erwachsenenalter (ICD-10 F. 90.0)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte e r einen Trans sexualismus (Frau zu Mann; ICD-10 F64.0; S. 21) .

Der Beschwerdeführer sei als Mädchen zur Welt gekommen, fühle sich aber seit der frühesten Kindheit als Junge. Regelmässig habe er Gewalt und Abwertung durch die Mutter erfahren und sei dadurch sehr unsicher und ängstlich geworden. In der Schule habe er Probleme gehabt, habe sich nicht konzentrieren oder ruhig sitzen können und habe nur das un t erste Ausbildungsniveau in Kle i nklassen ab schliessen können. Freundschaft l iche Kontakte habe er nicht etablie r en können. Eine Ausbildung habe er nicht abgeschlossen. Er habe dann diverse

Hilfsarbeiter tätigkeiten ausgeübt, wobe i er die meisten Arbeitsste l len von sich aus gekündigt habe, da er sich überforder t gefühlt habe. E r habe schon immer grosse Ängste vor sozialen Kontakten gehabt. Seine bisherigen Ehefrauen habe er aus Annoncen bzw. via

Internet kennengelernt. Es sei somit davon auszugehen, dass ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweiche, vorhanden sei und so wohl die Kognition als auch die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen betreffe. Im Speziellen seien die Kriterien einer vermeidend selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung erfüllt. So vermeide der Beschwerdeführer aus Angst vor Kritik und Missbilligung berufliche Aktivitäten, die engere zwischenmenschliche Kontakte mit sich brächten. Er sei stark davon eingenommen, in sozialen Situationen kritisiert zu werden, und sei in neuen zwischenmenschlichen Situationen aufgrund des Gefühls der eigenen Unzulänglichkeit deutlich gehemmt bzw. gehe solche gänzlich nicht ein (S. 21 f. Ziff. 7.1) .

Mutmasslich aufgrund des Vorliegens dieser Persönlichkeitsstörung sowie dem bereits seit der Kindheit bestehenden Transsexualismus hätten sich immer wieder depressive Episoden entwickelt. Aktuell sei aufgrund der näher dargelegten erhobenen Befunde vom Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. Des Weiteren bestehe der biografische und anamnestiche Verdacht auf das Vorliegen einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung mit Persistenz im Erwachsenenalter. Diese Diagnose müsste jedoch mittels entsprechender Testung bestätigt werden. Auszuschliessen sei jedoch eine Alkoholabhängigkeit. Auch die im Bericht der D. \_\_\_ erwähnte Diagnose einer Borderline -Persönlichkeitsstörung sei – unter näherer Begründung – nicht nachvollziehbar (S. 22 f. Ziff. 7.1) .

Da bereits 2016 eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden sei, könne von keiner wesentlichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes ausgegangen werden (S. 23 Ziff. 7.2) . Seit März 2020 stehe der Beschwerdeführer gemäss eigenen Aussagen bei Dr. A. \_\_\_ im Zentrum F. \_\_\_ einmal pro drei Wochen während einer Stunde in Behandlung. Seit ca. einem Jahr werde er mit Trittico Retard behandelt (S. 17 Ziff. 3.2) . Dringend indiziert sei eine leitliniengetreue psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung. Dabei sollte eine höherfrequente psychiatrische Behandlung und ein Wechsel der antidepressiven Medikation durchgeführt werden. Ebenfalls sollte eine ADHD-Testung im Erwachsenenalter durchgeführt und bei Vorliegen dieser Diagnose eine entsprechende Behandlung gestartet werden. Idealerweise könnte damit eine Remission der depressiven Symptomatik und eine deutliche Verbesserung der Konzentrationsstörung im Rahmen der ADHD erreicht werden. Die Symptome der Persönlichkeitsstörung blieben jedoch weitreichend unverändert bestehen. Dennoch liesse sich durch diese beiden Massnahmen eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit erreichen (S. 23 Ziff. 7.2).

Es lägen keine Hinweise für Inkonsistenzen vor (S. 24 Ziff. 7.3). Als Ressource könne insbesondere die seit vier Jahren bestehende partnerschaftliche Beziehung angesehen werden (S. 23 Ziff. 7.4). In der bisherigen Tätigkeit als Hilfsarbeiter sei der Beschwerdeführer sowohl aufgrund des Vorliegens einer mittelgradigen depressiven Episode als auch aufgrund der vermeidend selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung aktuell als zu 100 % arbeitsunfähig zu beurteilen. Dieses Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zeige sich auch im durchgeführten Mini-ICF-APP-Rating-Bogen (S. 24 Ziff. 8) . Eine angepasste Tätigkeit sei grundsätzlich eine Tätigkeit mit wenig sozialen Interaktionen. Dadurch könnten die Einschränkungen der Persönlichkeitsstörung umgangen werden. In einer solchen angepassten Tätigkeit bestehe aktuell aufgrund der Symptome der mittelgradigen depressiven Episode eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Diese müsse akutenanamnestisch ab mindestens März 2016 angenommen werden (S. 25 Ziff. 8) .

Durch die Intensivierung der psychiatrischen Behandlung könne idealerweise eine Remission der depressiven Episode erreicht werden. Falls eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung im Erwachsenenalter vorliege, könne diese durch eine leitliniengetreue psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung ebenfalls remittieren. Dadurch sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit wenig bis keinen sozialen Interaktionen erreichbar (S. 25 Ziff. 8).

### 3.3

RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrer Stellungnahme vom 30. Oktober 2020 (Urk. 9/45/4-6) aus, das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ sei umfassend und nachvollziehbar. Es könne darauf abgestellt werden. Es bestehe keine fachärztlich-psychiatrische Behandlung. Dringend indiziert sei eine leitliniengetreue psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung, wobei eine höherfrequente psychiatrische Behandlung (1 x alle zwei Wochen) und ein Wechsel der antidepressiven Medikation durchzuführen seien. Eine Remission der depressiven Episode sei nach etwa sechs Monaten leitliniengerechter Behandlung zu erwarten. Auch sollte eine ADHD-Testung und bei Vorliegen der Diagnose eine entsprechende Behandlung durchgeführt werden. Eine solche Störung könne ebenfalls unter leitliniengetreuer psychiatrisch-psychopharmakologischer Behandlung nach sechs Monaten (vgl. die Auskunft von Dr. G.\_\_\_\_ auf Nachfrage der IV-Sachbearbeitung vom 2. Dezember 2020, Urk. 9/45/6) remittieren. 3.4

Am 20. März 2021 erstellte Dr. med. A.\_\_\_\_ den Behandlungsplan zu handen der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/24). Als Diagnosen nannte er eine Gender-Dysphorie im Sinne einer Frau-zu-Mann-Transidentität (ICD-10 F64.0), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und dependenten Anteilen (ICD-10 F61) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0). Der Beschwerdeführer stehe seit 2020 bei ihm in Behandlung. Es handle sich um vorwiegend stützende Konsultationen im Schnitt alle sechs Wochen. Es bestünden im Kontakt klinisch keine Hinweise auf Alkohol- oder Substanzkonsum. Teilstationäre oder stationäre psychiatrische Aufenthalte seien keine geplant gewesen und auch keine geplant. Es bestehe ein Status nach Pharmakotherapie mit 150 mg Trazodon zur Nacht. Die aufgezeigte Behandlung (mithin vorwiegend stützende Konsultationen alle sechs Wochen und Abgabe von 150 mg Trazodon zur Nacht) werde weitergeführt.

Auf Rückfragen der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 9/25) hielt Dr. A.\_\_\_\_ am 5. Mai 2021 fest, die Frequenz der zunächst vorwiegend stützenden Konsultationen im Schnitt alle sechs Wochen werde nun mehr auf Termine im Schnitt alle vier Wochen gesteigert. Eine höhere Frequenz wäre aus ärztlich-psychiatrischer Sicht tendenziell eher kontraproduktiv. Die bestehenden ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsanteile, die klinisch mitunter einer sozialen Phobie glichen, würden den Aufbau einer höherfrequenten Behandlung erschweren. Um das fragile Gleichgewicht nicht zu gefährden, sei die aktuelle Anpassung seiner Meinung nach sinnvoll und ausreichend. Insgesamt sei eine leichte Stimmungsaufhellung zu verzeichnen. Bezüglich einer ADHS/ADS-Abklärung habe er dem Beschwerdeführer empfohlen, eine solche neutral/extern durchführen zu lassen (Urk. 9/27/2 = Urk. 9/29; vgl. auch das inhaltliche identische Schreiben von Dr. A.\_\_\_\_ vom 2. Juni 2021 in Urk. 9/32). 3.5

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, berichtete am 17. November 2021 über die psychiatrische Abklärung des Beschwerdeführers hinsichtlich des Vorliegens einer Aufmerksamkeitsproblematik (Urk. 9/39/3-5 = Urk. 9/41/7-9 = Urk. 9/42/6-8). Er stellte die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, gemischtes Erscheinungsbild (Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität-Impulsivität; ICD-10 F 90.2). Beim Beschwerdeführer zeigten die Entwicklungsgeschichte ab der Kindheit mit bereits typischen ADHS-spezifischen Besonderheiten, der Verlauf der Schul- und Ausbildungszeit und der weitere Verlauf bis heute sowie die Resultate aller Fragebogen und die erhobenen Testbefunde sehr deutlich das Vorliegen einer ADHS. Die ADHS-Symptomatik wirke sich sehr erschwerend im Alltag aus. Einige der beim Beschwerdeführer vorliegenden Komorbiditäten dürften die Folge der seit früh vorliegenden ADHS sein: Essstörung, Angststörung, Zwangsgedanken, depressive Verstimmungen. Unter dem Titel «Massnahmen» hielt er fest, dass der Beschwerdeführer bereits in psychiatrischer Behandlung sei. Diese werde auch weitergeführt. Eine spezifische medikamentöse Behandlung der ADHS sei indiziert und angezeigt (S. 3). 3.6

Dr. A.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 31. Januar 2022 (Urk. 9/41/2-6 = Urk. 9/42/2-5) aus, der Beschwerdeführer sei gegenwärtig durchschnittlich ein mal pro Monat bei ihm in Behandlung (Ziff. 1.2). Aktuell erfolge keine Medikation. Es bestehe ein Status nach Pharmakotherapie mit 150 mg Trazodon (Ziff. 2.3). Es bestünden eine Anhedonie, ein sozialer Rückzug, eine depressive Grundstimmung, sehr geringe Schwingungsfähigkeit, mitunter sei der Beschwerdeführer sehr gereizt, perspektivlos (Ziff. 2.4). Gegenwärtig bestehe eine mittelgradige depressive Episode (Ziff. 2.5). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aktuell und bis auf weiteres sowohl im freien Arbeitsmarkt als auch im geschützten Bereich (Ziff. 2.7). Die aktuelle Behandlung werde weitergeführt (Ziff. 2.8). Dr. A.\_\_\_\_ erachtete die Prognose zur Eingliederung als negativ. Seiner Meinung nach werde es nicht zu einer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit oder zu einer Reintegration kommen (Ziff. 4.3). Die Symptome der verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen erschienen chronifiziert. Dem Beschwerdeführer mangle es an Ressourcen und Perspektiven (Ziff. 4.4). 3.7

RAD-Ärztin G.\_\_\_\_ hielt in ihren Stellungnahmen vom 14. Februar und 5. April 2022 fest, es finde weiterhin keine leitliniengerechte fachärztlich-psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung statt. Die am 7. Dezember 2020 auferlegte Schadenminderungspflicht sei nicht umgesetzt worden (Urk. 9/45/9-10). 3.8

Dr. A.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 1. Juni 2022 - in Abweichung seines letzten Berichts vom 31. Januar 2022 (vgl. E. 3.6)

–

aus, die durchgeführte ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, bei welcher es sich vorwiegend um stützende Konsultationen handle, finde im Schnitt (wieder) alle sechs Wochen statt. Eine Erhöhung der Frequenz erscheine aus ärztlich-psychiatrischer Sicht wenig vielversprechend, vor allem aufgrund der chronifizierten Symptomatik und der begrenzten Ressourcen des Beschwerdeführers. Dieser sei kooperativ und offen. Betreffend die medikamentöse antidepressive Behandlung hielt er nunmehr fest, im August 2021 sei mit Wellbutrin gestartet worden. Das Medikament sei indes wegen Unverträglichkeit abgesetzt worden. Im September 2021 sei mit Sertralin gestartet worden.

Auch dieses Medikament sei wegen Unverträglichkeit abgesetzt worden. Die ADHS/ADS-Abklärung habe stattgefunden. Diesbezüglich sei im Februar 2022 eine medikamentöse Behandlung mit Concerta begonnen worden bei insgesamt relativ guter Verträglichkeit und einer leider nur leichten Verbesserung der entsprechenden Symptomatik. Die Compliance des Beschwerdeführers erscheine gegeben ( Urk. 9/56 = Urk. 9/58). 3.9

RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 17. Juni 2022 fest ( Urk. 9/64/3) , die Schadenminderungspflicht sei nicht erfüllt worden. Eine fachärztlich-psychiatrische Behandlung finde nicht statt. Inzwischen sei die Frequenz der Konsultationen auf im Schnitt einmal alle sechs Wochen reduziert. Mit Verweis auf die Leitlinien zur Behandlung von unipolaren Depressionen (S3-Leitlinie «Therapie unipolarer Depressionen» und «Behandlungsempfehlungen der Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)» ) sei die bis dato durchgeführte psychopharmakologische Behandlung unzureichend und entspreche nicht dem leitliniengerechten Vorgehen. Eine störungsspezifische Psychotherapie finde nicht statt, sondern vorwiegend stützende Konsultationen. Eine ADHS-Abklärung sei durchgeführt worden mit entsprechender Diagnose. Eine fachärztlich-psychiatrische Behandlung der ADHS finde nicht statt. Zur Behandlung der ADHS-Symptomatik empfehle sich gemäss S3-Leitlinie («Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter», AWMF) ein multimodaler Therapieansatz bestehend aus einer Psychopharmakotherapie mit Methylphenidat in adäquater Dosis in Kombination mit einer störungsspezifischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Psychotherapie. Eine leitliniengetreue Behandlung der ADHS finde nicht statt. 3.10

Mit E-Mail vom 9. September 2022 führte Dr. A.\_\_\_\_ aus, zu den Unverträglichkeiten lägen keine Dokumente oder Tests bzw. Werte vor. Bei den entsprechenden Medikamenten sei es jeweils zu subjektiv spürbaren Nebenwirkungen gekommen. Dabei habe es sich um Übelkeit, Kopfschmerzen, Unwohlsein und Schwindel gehandelt. Die Beschwerden hätten sich stabil und leider nicht regredient gezeigt, weshalb er jeweils die Absetzung des Medikaments empfohlen habe. Es sei schwierig und auch unüblich, derartige Symptome zu objektivieren. Daher lägen auch keine fassbaren Werte vor. Sodann habe er mit dem Beschwerdeführer nun abgemacht, die Therapiefrequenz auf im Schnitt alle drei Wochen zu erhöhen ( Urk. 3/3). 3.11

RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ nahm am 3. November 2022 abschliessend Stellung ( Urk. 10) . Sie führte aus, Dr. A.\_\_\_\_ sei Facharzt für ärztliche Psychotherapie, weshalb eine ärztlich-psychotherapeutische und keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werde. Eine psychiatrische Behandlung sei indiziert und zumutbar. Betreffend die bis anhin durchgeführte psychopharmakologische Behandlung hielt sie erneut mit Verweis auf die näher dar gelegten Leitlinien zur Behandlung von unipolaren Depressionen fest, dass diese keinem leitliniengerechten Vorgehen entspreche. Sollte es innerhalb von sechs bis acht Wochen zu keiner Verbesserung der depressiven Symptomatik bzw. zu Nebenwirkungen kommen, werde ein Wechsel zu einem neuen Antidepressivum aus einer anderen oder derselben pharmakologischen Klasse, gegebenenfalls Augmentationsstrategien, gegebenenfalls die Kombination zweier Antidepressiva aus unterschiedlichen Klassen , empfohlen. Angesichts der Vielzahl an Antidepressiva stünden neben Sertralin und Bupropion ( Wellbutrin ) noch viele weitere Behandlungsoptionen offen. Die leitliniengerechte Einstellung der Medikation sei durch einen psychiatrischen

Facharzt oder eine psychiatrische Fachärztin vorzunehmen. So sei wahrscheinlich, dass eine nebenwirkungsarme und wirkungsvolle Medikation gefunden werde. Eine leitliniengerechte medikamentöse Einstellung sei dem Beschwerdeführer zumutbar.

Dies gelte auch für die Behandlung der ADHS-Symptomatik. Unklar sei, ob die Therapie mit Methylphenidat ( Concerta ) in ausreichender Dosierung erfolge, da nur eine leichte Besserung der Symptomatik erfolgt sei. Eine kognitiv-verhaltens therapeutische Behandlung finde nicht statt. Eine leitliniengetreue psychiatrisch-psychopharmakologische Behandlung der ADHS wäre medizinisch sinnvoll und zumutbar.

Zum Bericht von Dr. A. \_\_\_ vom 1. Juni 2022 und seinem Vorbringen gegen eine Erhöhung der Sitzungsfrequenz hielt Dr. G. \_\_\_ fest, begrenzte Ressourcen sprächen eher für einen geringen Leidensdruck. Es sei nicht nachvollziehbar, dass ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsanteile, die klinisch mitunter einer sozialen Phobie glichen, den Aufbau einer höherfrequenten Behandlung erschweren sollten. Trotz der sozialphobischen Komponente bei ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen würden bei der leitliniengerechten Behandlung Einzeltherapien und Gruppentherapien empfohlen, hilfreich seien auch angstlösende Medikamente und Antidepressiva. Die Behandlung der Persönlichkeitsstörung sei nicht Inhalt der auferlegten Schadenminderungspflicht, es soll e hier nur verdeutlicht werden, dass aufgrund der vorliegenden Symptomatik eine engmaschige Therapie nicht kontraproduktiv, sondern gerade hilfreich sei. Der Beschwerdeführer habe sich auf die Behandlung einlassen können und diese seit März 2020 aufrechterhalten. Er sei kooperativ und offen. Es liege demnach keine Vermeidung durch die sozialphobische Symptomatik in der Beziehung zum Therapeuten vor. Es dürfe auch erwartet werden, dass der Therapeut entgegenstehenden Ängsten entgegenwirken könne. Es habe sich bereits gezeigt, dass die Frequenz der Konsultationen von einmal alle sechs Wochen auf einmal alle drei Wochen gesteigert werden können.

Eine höherfrequente psychiatrische Behandlung zur psychiatrisch-psychopharmakologischen Behandlung sei weiterhin indiziert und zumutbar. 4.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3**

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).

#### **E. 1.4**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E.

7.2; vgl. BGE 143 V 409 E.

4.5.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diag nostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungs grundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E.

4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E.

3.7.2; vgl. BGE 144 V 50 E.

4.3).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einer seits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tat sächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und E. 4.1).

#### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Schluss folgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C\_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezial ärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.6**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , er halten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 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. 1.7**

Nach Art.

43 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die not wendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Abs.

1). Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Abs.

2). 1. 8

Die versicherte Person muss gemäss Art. 7 IVG alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern (Abs. 1). Dazu muss sie gemäss Art. 7 Abs. 2 IVG an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen. Dies sind insbesondere: a.

Massnahmen der Frühintervention (Art. 7d); b.

Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung

(Art. 14a); c.

Massnahmen beruflicher Art (Art. 15–18 und 18b); d.

medizinische Behandlungen nach Artikel 25 KVG; e.

Massnahmen zur Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger nach Art. 8a Abs. 2. 1. 9

Die Leistungen können gemäss Art. 7b IVG nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 dieses Gesetzes oder nach Art. 43 Absatz 2 ATSG nicht nachgekommen ist (Abs. 1).

Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen sind alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu berücksichtigen (Abs. 3).

Nach dem Verhältnismässigkeitsprinzip müssen das Mass der Sanktion (Leistungskürzung oder -verweigerung) und der voraussichtliche Eingliederungserfolg (Verbesserung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit) einander entsprechen. Die versicherte Person ist grundsätzlich so zu stellen, wie wenn sie ihre Schadenminderungspflicht wahrgenommen hätte. Für die Frage nach dem mutmasslichen Eingliederungserfolg bedarf es keines strikten Beweises, sondern es genügt eine – je nach den Umständen zu konkretisierende – gewisse Wahrscheinlichkeit, dass die Vorkehr, der sich die versicherte Person widersetzt oder entzogen hat, erfolgreich gewesen wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C\_345/2022 vom 12. Oktober 2022 E. 5.4.2 mit Hinweisen). 1. 10

Eine Leistungsverweigerung oder -kürzung mit der Begründung, die versicherte Person verweigere eine zumutbare Therapie, die eine wesentliche Verbesserung verspricht, setzt voraus, dass die IV-Stelle nach Art.

21 Abs.

4 ATSG vorgeht. Die versicherte Person muss schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hin gewiesen worden sein; ihr muss eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt worden sein. Eines strikten Beweises, die verweigerte Massnahme hätte tatsächlich zum erwarteten Erfolg geführt, bedarf es – wie erwähnt (E. 1.9) - nicht; vielmehr genügt es, wenn die Vorkehr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich gewesen wäre. Die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht sind dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehrungen Rentenleistungen auslöst (Urteil des Bundesgerichts 9C\_391/2016 vom 4.

November 2016 E.

3.1 mit Hinweisen). Die Beweislast für die Unzumutbarkeit einer Massnahme im Sinne von Art.

7 Abs.

2 IVG liegt bei der versicherten Person (Urteil des Bundesgerichts 8C\_741/2018 vom 22.

Mai 2019 E.

3.3 mit Hinweisen). 1. 11

Wie erwähnt (E. 1.7), bestimmt Art. 43 Abs. 2 ATSG, dass sich die versicherte Person ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen zu unterziehen hat, soweit diese für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind. Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunfts- und Mitwirkungspflichten in unentschuldigbarer Weise nicht nach, so kann nach Art. 43 Abs. 3 ATSG der Versicherungsträger auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Die versicherte Person muss vorher ebenfalls schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; sodann ist ihr eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen .

#### **E. 4**

. Mai 2020 mit, dass derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk .

#### **E. 4.1**

Der medizinischen Aktenlage ist unbestritten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer an einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung, einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, gemischtes Erscheinungsbild, leidet. Das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten von Dr. Z. \_\_\_ vom 12. Oktober 2020 erfüllt die Voraussetzungen an einen beweismässigen ärztlichen Bericht (vgl. vorstehend E. 1.5). Der Gutachter hat sich mit den geklagten Leiden des Beschwerdeführers und den Vorakten auseinandergesetzt und die eigenen Beurteilungen der gesundheitlichen Einschränkungen und der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet. Der Beweiswert des Gutachtens wurde denn vom Beschwerdeführer auch ausdrücklich nicht bestritten (Urk .

#### **E. 4.2.1**

) fest, dass eine Remission der depressiven Episode nach etwa sechs Monaten leitliniengerechter Behandlung zu erwarten sei. Es ist somit davon auszugehen, dass der Erfolg der vorgeschlagenen Massnahme – prospektiv betrachtet und damit hypothetisch beurteilt – zwar nicht als gewiss, aber immer hin als wahrscheinlich erscheinen musste. Nach dem Gesagten genügt dies, da die Massnahme zumutbar war. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt ( Urk. 1 S. 7 f., Urk. 15 S. 2 f.), verfängt nicht.

#### **E. 4.2.2**

Bei der Beantwortung der Frage nach der Zumutbarkeit einer Behandlung oder Eingliederungsmassnahme sind die gesamten persönlichen Verhältnisse zu berücksichtigen. Massgebend ist aber das objektiv Zumutbare, nicht die subjektive Wertung der versicherten Person. Nie zumutbar ist eine Verhaltensweise, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellt. Dies bedeutet nicht, dass eine Vorkehr, die keine solche Gefahr darstellt, automatisch zumutbar ist; sie weist aber doch darauf hin, dass nur Gründe von einer gewissen Schwere zur Unzumutbarkeit führen. Diagnostische, rehabilitative oder therapeutische Massnahmen stellen grundsätzlich keine Gefahr für Leben und Gesundheit dar (Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N. 128 f. zu Art. 21 ATSG). Nach der Einsetzung gilt eine medizinische Massnahme dann als zumutbar, wenn sie zu diagnostischen Zwecken nötig ist oder mit hoher Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Besserung verspricht (so Art.

#### **E. 4.2.3**

Der vom Beschwerdeführer angeführte Umstand betreffend die Depressions therapie , dass die verlangte Erhöhung der Therapiefrequenz aus ärztlich-therapeutischer Sicht kontraproduktiv sei, verfängt nicht. Der behandelnde Dr. A.\_\_\_\_, bei welchem es sich , wie erwähnt ,

nicht um einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie handelt (vgl. vorstehend E. 4.1) , führte seit 2020 lediglich vorwiegend stützende Konsultationen alle sechs Wochen durch . An dieser Behandlungsfrequenz hielt er vorerst auch nach Auferlegung der Schadenminderungspflicht fest, erhöhte sie indes auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin auf Termine im Schnitt alle vier Wochen. Zur Begründung führte Dr. A.\_\_\_\_

in seinem Bericht vom 5. Mai 2021 aus, eine höhere Frequenz wäre aus ärztlich-psychiatrischer Sicht tendenziell eher kontraproduktiv, da die bestehenden angstlich-vermeidenden Persönlichkeitsanteile den Aufbau einer höherfrequenten Behandlung erschweren würden (vorstehend E. 3.4) . In seinem Bericht vom 31. Januar 2022 hielt er ohne Weiterungen fest, dass der Beschwerdeführer durchschnittlich einmal pro Monat bei ihm in Behandlung sei (vorstehend E. 3.6) , wohingegen er in der Folge am 1. Juni 2022 von vorwiegend stützenden Konsultationen alle sechs Wochen berichtete. Zur Begründung hielt er nunmehr fest, eine Erhöhung der Frequenz erscheine wenig vielversprechend, vor allem aufgrund der chronifizierten Symptomatik und der begrenzten Ressourcen des Beschwerdeführers. Diesen beschrieb er als kooperativ und offen (vorstehend E. 3.8) . Weshalb es offenbar zwischen dem 31. Januar 2022 und dem 1. Juni 2022 erneut zu einer Reduktion der Behandlungsfrequenz kam, begründete Dr. A.\_\_\_\_ nicht weiter. Da nur Gründe von einer gewissen Schwere Unzumutbarkeit annehmen lassen , und es sich bei der verlangten leitliniengerechten psychiatrischen Behandlung um keine Massnahme handelt, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellt, was vom Beschwerdeführer

denn auch nicht behauptet wird, und eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, ist an die Bejahung der Zumutbarkeit kein strenger Massstab anzusetzen. Dass die bestehenden ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsanteile einer höher frequenten Depressionstherapie entgegenstünden, lässt sich mit der RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ denn auch nicht plausibel nachvollziehen. Vielmehr gilt es fest zuhalten, dass der Beschwerdeführer von Dr. A.\_\_\_\_

als kooperativ und offen beschrieben wurde und sich offenbar auf die Behandlung gut einlassen konnte. Darauf weist im Übrigen auch eine Aktennotiz einer Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin hin, die bezüglich eines Telefonats mit dem Beschwerdeführer vom 20. April 2021 festhielt, dass dieser werde betreffend die Behandlungsfrequenz

nochmals mit dem Arzt Rücksprache nehmen, er sei grundsätzlich motiviert, diese Massnahmen durchzuführen (Urk. 9/26). Zudem ist dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_, D.\_\_\_\_, vom 17. April 2020 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer

bei ihm seit 28. Oktober 2019 und vor der Umstellung aufgrund der Coronakrise

in einer zweiwöchentlichen Behandlung stand (vorstehend E. 3.1). All dies lässt mit der Fachärztin Dr. G.\_\_\_\_

den Schluss zu, dass dem Beschwerdeführer durchaus die Durchführung einer zweiwöchentlichen leitliniengetreuen psychiatrischen Depressionsbehandlung zumutbar war und ist, die nicht lediglich in stützenden Konsultationen zu bestehen hat. Auf die Zumutbarkeit der verlangten erhöhten Therapiefrequenz weist sodann nicht zuletzt der Umstand hin, dass die Frequenz der Konsultationen gemäss E-Mail von Dr. A.\_\_\_\_ vom 9. September 2022 nunmehr doch von einmal alle sechs Wochen auf einmal alle drei Wochen hat gesteigert werden können (vorstehend E. 3.10). Zu beachten ist, dass der Beschwerdeführer die Beweislast für die Unzumutbarkeit einer Massnahme im Sinne von Art. 7 Abs. 2 IVG trägt (vorstehend E. 1.10). Ein derartiger Beweis gelang dem Beschwerdeführer bezüglich der ihm auferlegten zweiwöchentlichen psychiatrischen leitliniengerechten Behandlung seines depressiven Leidens nicht.

Dies gilt auch für die geltend gemachte Medikamentenunverträglichkeit, welche die verlangte Pharmakotherapie des depressiven Leidens verunmöglichen soll. Den Akten ist diesbezüglich zu entnehmen, dass die vor Auferlegung der Schadenminderungspflicht vom 7. Dezember 2020 bestandene Behandlung mit 150 mg Trazodon zur Nacht (Trittico Retard)

trotz fachärztlich indizierter Wechsel in der antidepressiven Medikation vorerst noch weitergeführt wurde. Erst im August 2021 fand ein Wechsel auf Wellbutrin

(Bupropion) und im September 2021 ein solcher auf Sertralin statt. Beide Medikamente wurden indes wegen Unverträglichkeit – es sei subjektiv zu Übelkeit, Kopfschmerzen, Unwohlsein und Schwindel gekommen – auf Anraten von Dr. A.\_\_\_\_

wieder abgesetzt (vorstehend E. 3.8 und 3.10). Seither findet keine Medikation mehr statt, wie Dr. A.\_\_\_\_ am 31. Januar 2022 festhielt (vorstehend E. 3.6). Eine Begründung hierfür fehlt in den Akten gänzlich. Angesichts der Vielzahl von Substanzen, die heute zur Behandlung von Depressionen zur Verfügung stehen – neben den klassischen trizyklischen Antidepressiva (TZA) stehen Antidepressiva der 2. Generation wie Trazodon und der 3. Generation, zu denen neben den selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern wie Sertralin andere neuere Substanzen

gehören, zur Verfügung

( vgl. Behandlungsempfehlungen der SGPP, Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen, Update Teil 1) –

ist mit RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.11) unter Verweis auf das leitlinien gerechte Vorgehen

von weiteren Behandlungsoptionen auszugehen. Die aus fach ärztlicher Sicht indizierten und zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten hat die versicherte Person in kooperativer Weise optimal und nachhaltig auszuschöpfen (BGE 140 V 193 E. 3.3; 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; SVR 2016 IV Nr. 52 S. 176, Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Solange aus fachärztlicher Sicht nicht oder nicht ausreichend genutzte zumutbare Behandlungsmöglichkeiten weiterhin indiziert sind, genügt es aus objektivem Blickwinkel auch nicht, dass der Beschwerdeführer die Therapievorschläge des behandelnden Arztes bislang umgesetzt hat (vgl. BGE 137 V 64 E. 5.2). Unter der Voraussetzung der fachärztlichen Einstellung, Begleitung und Beobachtung so wie einer allfälligen Anpassung der Medikation gemäss den genannten Leitlinien erscheint daher eine leitliniengerechte Psychopharmak o therapie als zumutbar.

#### **E. 4.2.4**

Für die Frage, ob die verlangte Massnahme tatsächlich zum erwarteten Erfolg geführt hät, bedarf es keines strikten Beweises . Es genügt, wenn die Vorkehr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich gewesen wäre. Die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht sind dort strenger, wo eine erhohnte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (vorstehend E. 1. 10 ) . Bei therapeutischen Massnahmen, die mit einem nur geringen Eingriff verbunden sind, dürfen an die Wahrscheinlichkeit der zu erwartenden Besserung keine hohen Anforderungen gestellt werden. Der psychiatrische Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, eine leitliniengerechte, höherfrequente psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung (Wechsel der antidepressiven Medikation) könnte idealerweise zu einer Remission der depressiven Symptomatik führen. Es liesse sich dadurch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit wenig bis keinen sozialen Interaktionen erreichen (vorstehend E. 3.2) . RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ teilte diese Beurteilung. Sie hielt nachvollziehbar ( vorstehend E.

#### **E. 4.3.1**

Was die Auflage betreffend die ADHS-Symptomatik anbelangt, so wird diese vom Beschwerdeführer nicht als ungeeignet oder unzumutbar gerügt, sondern viel mehr als erfüllt betrachtet. So habe er auch die ihm auferlegte «entsprechende Behandlung» erfüllt , die in der Auflage nicht genau umschrieben worden sei ( Urk. 1 S. 7 Ziff. 20; Urk. 15 S. 2 Ziff. 3 und 4). Mit dem Beschwerdeführer ist festzuhalten, dass er sich der verlangten Testung unterzogen hat und mit dem Medikament Concerta seit Februar 2022 (vorstehend E. 3.8) ein für die Behandlung der ADHS zugelassenes Medikament einnimmt. Die von der RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 3. November 2022 aufgeworfene Frage, ob die Einnahme dieses Medikaments angesichts der bis anhin lediglich leichten Besserung der Symptomatik ( vgl. vorstehend E. 3.8) in ausreichender Dosierung erfolge (vorstehend E. 3.11), erscheint zwar nachvollziehbar , die Bestimmung des Blutserums bildete aber mit

dem Beschwerdeführer ( Urk. 15 S. 2

Ziff. 4 ) nicht Teil der Auflage.

#### **E. 4.3.2**

Ob und ab wann ein entsprechendes Verhalten der versicherten Person zurechenbar ist, erhellt im Zusammenhang mit dem obligatorischen Mahn- und Bedenkzeitverfahren. Dieses soll die versicherte Person in die Lage versetzen, sich die nachteiligen Folgen ihres Verhaltens zu vergegenwärtigen. Eine Verletzung der Behandlungs- oder Eingliederungspflicht kann demnach erst angenommen werden, nachdem die versicherte Person, wie in Art.

#### **E. 4.4.1**

Bei betreffend die auferlegten medizinischen Massnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes gilt es Folgendes zu beachten: Die vorgesehenen Sanktionen (vgl. vorstehend E. 1. 9 und E. 1.11 ) können erst nach Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens (vgl. vorstehend E. 1. 10-11 ) angeordnet werden. Das Vorbescheidverfahren dient anderen Zwecken als das Mahn- und Bedenkzeitverfahren. So darf auf das Mahn- und Bedenkzeitverfahren nicht mit der Begründung verzichtet werden, die versicherte Person erhalte mit dem zu erlassenden Vorbescheid bereits die Gelegenheit, ihr Verhalten in der Einwandfrist zu überdenken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_742/2018 vom 18. Dezember 2018 E. 6.3). Beim Mahn- und Bedenkzeitverfahren handelt es sich recht sprechungsgemäss um eine ausnahmslos zu beachtende Verfahrensregel, und es kann auch nicht davon abgewichen werden, wenn die betreffende Person zu erkennen gibt, dass sie der ihr obliegenden Pflicht jedenfalls nicht nachkommen wolle (BGE 122 V 218 in analoger Anwendung). Dabei obliegt dem Verwaltungsträger die Beweislast, wenn der Nachweis der Mahnung strittig ist ( vgl. dazu SVR 1995 IV Nr. 41 ).

Dementsprechend wird im Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit (KSIH, Stand 1. Januar 2021) in Randziffer 7020 ff. auf das erforderliche Mahn- und Bedenkzeitverfahren hingewiesen und ist auch in Randziffer 5046 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI, Stand 1. Januar 2022) in Verbindung mit Randziffer 5006 ff. KSVI vorgesehen, dass die IV-Stelle eine Mahnung in Form einer Mitteilung ohne Rechtsmittelbelehrung erlässt, wenn die versicherte Person ihrer Mitwirkungspflicht in unentschuldbarer Weise innerhalb der gesetzten Frist nicht nachkommt. Die Mahnung hat einen Hinweis auf das pflichtwidrige Verhalten, eine Beschreibung des zu erwartenden Verhaltens, eine angemessene Bedenkzeit, die Androhung der Rechtsfolgen bei Nichtbefolgung oder Zuwiderhandlung sowie die gesetzliche Grundlage zu enthalten. Einzig in Fällen nach Art. 7b Abs. 2 IVG können in Fällen von qualifizierter Pflichtverletzung die Leistungen ohne Mahn- und Bedenkzeit gekürzt oder verweigert werden. Eine solche liegt beispielsweise vor, wenn die versicherte Person trotz mehrfacher Ermahnung über einen längeren Zeitraum immer wieder gegen ihre Mitwirkungspflicht verstossen hat und durch ihr anhaltend unkooperatives Verhalten erkennen lässt, dass sie auch zukünftig nicht bereit sein wird, an für sie zumutbaren Massnahmen mitzuwirken (vgl. Rz. 5009 KSVI). Für das Gericht besteht vorliegend kein Grund, von dieser Regelung abzuweichen (vgl. vorstehend E. 1.1 2 ).

#### **E. 4.4.2**

Von einer qualifizierten Pflichtverletzung gemäss Art. 7b Abs. 2 IVG kann vorliegend keine Rede sein. Der Verweis auf die in der Mitteilung vom 7. Dezember 2020 genannten Säumnisfolgen genügt

im konkreten Fall nicht, um von einem Mahn- und Bedenkzeitverfahren abzusehen. Dem Beschwerdeführer ist vielmehr unter substantzierter Bezugnahme auf das von ihm geforderte Verhalten schriftlich mitzuteilen, welche Folgen seine Widersetzlichkeit nach sich ziehen kann, und er ist aufzufordern, seiner zumutbaren Schadenminderungspflicht nachzukommen. Dazu ist ihm eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Die Beschwerdegegnerin war damit nicht befugt, ohne Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens aufgrund einer Verletzung der Mitwirkungspflicht im Rahmen der Abklärung gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG oder der Schadenminderungspflicht gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu verneinen.

Somit ist die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach korrekt durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren

über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu entscheidet. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.5.1

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), auf Fr. 800.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Ausgangsgemäss hat der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Nachdem die unentgeltliche Rechtsvertreterin trotz Aufforderung (vgl. Urk. 11) keine Honorarnote eingereicht hat, ist ihr Aufwand nach Ermessen festzulegen. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220.-- zuzüglich Mehrwertsteuer ist die Parteientschädigung auf Fr. 2'300.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird unter Hinweis auf die Erwägungen in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom

## **E. 9**

). In der Folge holte die IV-Stelle bei Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten ein (vgl. Urk. 9/10-12), das am 15. Oktober 2020 erstattet wurde (Urk. 9/17). 2. Am 7. Dezember 2020 auferlegte die IV-Stelle dem Versicherten die Durchführung medizinischer Massnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes (Urk. 9/19). Unter Aufzeigen von Säumnisfolgen forderte sie den Versicherten auf, bis zum 15. Januar 2021 mitzuteilen, bei welchem Arzt oder welcher Ärztin er die erwähnten Massnahmen durchführen werde beziehungsweise

den Behandlungsplan der bereits behandelnden Arzt person mitzuteilen. Nach Mit teilung des die auferlegte n Massnahme n durchführenden Arztes Dr. med.

A.\_\_\_\_ ( Urk. 9/20) forderte die IV-Stelle bei diesem am 8. Januar 2021 und 1 1. März 2021 den Behandlungs- bzw. Therapieplan ein ( Urk. 9/21 -22 ). Nach Mitteilung des Behandlungsplans ( Urk. 9/24) und Beantwortung gestellter Fragen der IV-Stelle durch Dr. A.\_\_\_\_ ( Urk. 9/25; Urk. 9/27/2 = Urk. 9/29) erging am 1 7. November 2021 der Bericht über die ADHS-Abklärung durch Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ( Urk. 9/39/3-5 = Urk. 9/41/7-9 = Urk. 9/42/6-8 ) . In der Folge holte die IV-Stelle einen weiteren Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ ein ( Urk. 9/41/2-5 = Urk. 9/42/ 2-5 ). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 9/45-4 9; Urk. 9/56; Urk. 9/59; Urk. 9/62; Urk. 9/64) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 2 5. Juli 2022 wegen Verletzung der Mitwirkungspflicht und unter Annahme der Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit ab ( Urk. 2 = Urk. 9/65).

3 .

Gegen die Verfügung vom 25 . Juli 2022 (Urk. 2) erhob d er Versicherte am

### **E. 12**

. September 2022 Beschwerde und beantragte, diese sei aufzuheben, und es sei ih m eine Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 ).

Mit Beschwerdeantwort vom 1 7 . November 2022 (Urk. 8 ) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde . Mit Verfügung vom 1. Dezember 2022 wurde dem Beschwerdeführer antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozess führung und Rechtsvertretung gewährt. Zudem wurde ein zweiter Schriften wechsel angeordnet ( Urk. 11). Mit Replik vom 2 7. März 2023 hielt der Beschwerdeführer an den gestellten Rechtsbegehren fest ( Urk. 15). Die Beschwerdegegnerin verzichtete in der Folge auf das Einreichen einer Duplik ( Urk. 17) , was de m Beschwerdeführer mit Verfügung vom 2 5 . April 202 3

zur Kenntnis gebracht wurde (Urk . 18 ). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 15**

S. 2) . Dr. Z.\_\_\_\_ wies jedoch in seiner Beurteilung darauf

hin, dass eine höherfrequente psychiatrische Behandlung und ein Wechsel der ant i depressiven Medi k ation durchgeführt werden sollten , womit idealerweise eine Remission der depressiven Symptomatik, die aktuell für die Ein schränkung in einer angepassten Tätigkeit mit wenig sozialen Interaktionen ver antwortlich sei, erreicht werden könne. Zudem empfahl er eine ADHD-Testung und bei Vorliegen einer entsprechenden Diagnose eine leitliniengetreue psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung , wodurch eine deut liche Verbesserung der Konzentrationsstörung im Rahmen einer allfälligen ADHD erreicht werden könnte. So sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu erreichen (vorstehend E. 3.2) . Auch die RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ erachtete nach erfolgter Umsetzung einer leitliniengerechten psychiatrischen und psychopharmakologischen Behandlung mit Konsultationen alle zwei Wochen und einem Wechsel der antidepressiven Medikation mit Trazodon ( Trittico Retard) die Remission der depressiven Episode und Wiederherstellung der Arbeitsfähig keit in angepasster Tätigkeit nach sechs Monaten als erreicht. Dasselbe gelte für eine allfällige ADHD-Diagnose, die es

mittels einer Testung festzustellen gelte (vorstehend E. 3.3) . Damit gingen Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ von einem verbesserbaren Gesundheitszustand des Beschwerdeführers beziehungsweise

einer aktuell sich nicht verfestigten Arbeitsunfähigkeit aus.

Entgegen den Erhebungen und Empfehlungen der zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit qualifizierten Fachärzte

Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ gingen sowohl die behandelnden Ärzte der D.\_\_\_\_ als auch der behandelnde Dr. A.\_\_\_\_, der gemäss Medizinalberuferegister

MedReg (besucht im August 2023) über keinen Fachtitel in Psychiatrie und Psychotherapie, sondern gemäss Homepage über ein Diplom in ärztlicher Psychotherapie verfügt, von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in allen Tätigkeiten und einer schlechten Prognose zur Eingliederung aus (vorstehend E. 3.1 und E. 3.6) . Dabei ist recht sprechungsgemäss zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zu dem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte bzw. regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1). Auf die Beurteilung

der Arbeitsfähigkeit durch die Ärzte der D.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ kann daher nicht abgestellt werden.

#### **E. 18**

Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Militärversicherung, (MVG). Diese Festlegung hat allgemeine Bedeutung, da sie eine Konkretisierung der Zumutbarkeit darstellt (Kieser, a.a.O., N. 135 zu Art.

#### **E. 21**

Abs. 4 ATSG vorgeschrieben, mit schriftlicher Mahnung auf die betreffenden Rechtsfolgen hingewiesen und ihr eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt wurde.

Richtig ist, dass im Schreiben vom 7. Dezember 2020 zur Auflage der Schadenminderungspflicht ausgeführt wurde, dass bei Vorliegen der Diagnose einer ADHD-Symptomatik eine entsprechende Behandlung durchzuführen sei. Des Weiteren wurde aber auch festgehalten, es könne erwartet werden, dass eine solche Störung unter leitliniengetreuer psychiatrisch-psychopharmakologischer Behandlung remittieren werde (vorstehend E. 2.1). Somit erhellt, dass die Beschwerdegegnerin damit – wie schon erwähnt (vorstehend E. 4.2.1) - den publizierten Therapieleitlinien zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, publiziert bei AWMF online, Das Portal der wissenschaftlichen

Medizin) folgen wollte. Danach soll die Behandlung der ADHS-Symptomatik bei Erwachsenen im Rahmen eines multi modalen therapeutischen Gesamtkonzeptes erfolgen, indem psychosoziale (ein schliesslich psychotherapeutische) und pharmakologische Interventionen kombiniert werden. Dabei sollen eine umfassende Psychoedukation sowie eine kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden (Kurzfassung der inter disziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie «Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter», AWMF-Registernummer 028-045, S. 17 und S. 32 f.).

Darauf verwies denn auch die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 17. Juni 2022 (Urk. 9/64/3).

Vorliegend mag es zutreffen, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Schreibens vom 7. Dezember 2020, das von «entsprechender Behandlung» bzw. «leitlinien getreuer psychiatrisch-psychopharmakologischer Behandlung» spricht, nicht mit hinreichender Klarheit erkennen konnte, was von ihm verlangt wird. So blieb er in psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. A.\_\_\_\_, bei welchem es sich - wie mehrfach erwähnt - nicht um einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie handelt und dessen Behandlung sich auf vorwiegend stützende Konsultationen beschränkt. Mit Schreiben vom 12. April 2021 bat die Beschwerdegegnerin Dr. A.\_\_\_\_ einzig um Beantwortung von Fragen bezüglich der Durchführung einer ADHD-Testung und der Behandlungsfrequenz (Urk. 9/25). Auch die in der Folge mit dem Beschwerdeführer persönlich geführten Telefonate betrafen diesen Themenkreis (vgl. Urk. 9/26, Urk. 9/30, Urk. 9/33, Urk. 9/35-36, Urk. 9/38; vgl. auch Urk. 9/28) und nicht etwa die fachliche Qualifikation von Dr. A.\_\_\_\_ oder wie die geforderte Therapie genau auszusehen hat. In der Folge holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. A.\_\_\_\_ den Arztbericht vom 31. Januar 2022 (vorstehend E. 3.6) ein und hielt unter «Verfahrensstand» fest, sie ersuche um Angaben zur Arbeitsfähigkeit in angestammter sowie einer angepassten Tätigkeit und um das Belastungsprofil (Urk. 9/41/1 = Urk. 9/42/1). Daraufhin erliess die Beschwerdegegnerin ohne Weiterungen den Vorbescheid vom 21. April 2022 (Urk. 9/46).

Nach Gesagtem mochte der Beschwerdeführer in diesem Zeitpunkt allenfalls in guten Treuen der Meinung gewesen sein, er habe hinsichtlich der ADHS-Problematik mit der Abklärung bei Dr. B.\_\_\_\_

sowie der Therapie bei Dr. A.\_\_\_\_ und der seit Februar 2022 erfolgenden medikamentösen Behandlung mit Concerta

vorderhand das von ihm Verlangte getan.

Wie die ihm auferlegte leitliniengetreue Behandlung der ADHS auszusehen hat, konkretisierte RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 17. Juni 2022 (vorstehend E. 3.9). Spätestens ab diesem Zeitpunkt hätte

der Beschwerdeführer erkennen können, dass die Beschwerdegegnerin auf einer solchen Behandlung beharrte, falls ihm diese Stellungnahme zugestellt worden ist, was nach Lage der Akten nicht ausgewiesen ist. So erscheint, was die Auflage betreffend die ADHS-Symptomatik anbelangt, eine schuldhaftige Verletzung der Mitwirkungspflicht bzw. eine Widersetzung der vorgeschlagenen Massnahme zumindest als fraglich. Unter Hinweis auf nach folgende Erwägung 4.4 erübrigen sich indes Weiterungen.

**E. 25**

. Juli 2022 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach Durchführung eines ordnungsgemässen

Mahn- und Bedenkzeitverfahrens über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu entscheide. 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, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, eine Parteientschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zuzusprechen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert

### **E. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Tiefenbacher

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