

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00007 vom 30. Oktober 2025**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-10-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2025.00007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2025.00007)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00007 du 30 octobre 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00007 del 30 ottobre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1**

(Urk. 7/7) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, ein. Er bat darum, der Versicherten X.\_\_\_\_, eine Bestätigung über die Anmeldung bei der IV-Stelle zuzustellen (Urk. 7/11).

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im Dezember 2022 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung (Urk. 7/15) könnten allfällige Leistungen frühestens ab Juni 2023 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser Konstellation ist die seit 1. Januar 2022 geltende Rechtslage massgebend, die im Folgenden

soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

#### **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**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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.

#### **E. 1.4**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 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 unbeschrieben 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. 1.5**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1).

Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Hinweis).

#### **E. 1.6**

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung schliesst die grundsätzliche Behandelbarkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung eine Erwerbsunfähigkeit und damit eine rentenbegründende Invalidität begrifflich nicht von vornherein aus. Bei der

Invaliditätsbemessung darf ein Behandlungserfolg unter dem Titel der Pflicht zur Selbsteingliederung - einer Anspruchsvoraussetzung – vorweggenommen, d.h. unmittelbar angerechnet werden, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren (Art. 7b Abs. 1 IVG und Art. 21 Abs. 4 ATSG) durchgeführt werden müsste, wenn der Erfolg direkt vom Verhalten der versicherten Person abhängt, indem diese selbst ohne (weitere) Hilfe von Fachleuten die Leistungskapazität realisieren könnte. Dies trifft dann zu, wenn therapeutische Vorkehren, die eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erwarten lassen (z.B. Einnahme verschriebener Medikamente), aus Eigeninitiative umsetzbar sind. Insoweit geht die Selbsteingliederung dem Rentenanspruch (und auch gesetzlich eingegliederten Leistungen) vor. Besteht keine aus Eigeninitiative umsetzbare Selbsteingliederungspflicht, weil die versicherte Person es nicht ohne Weiteres selber in der Hand hat, ihre Arbeitsfähigkeit herzustellen oder auf ihre Eingliederungsfähigkeit hinzuwirken, kann bei einem noch nicht aus therapierten Leiden ein Rentenanspruch entstehen. Dies gilt auch, wenn das Behandlungspotential und die infrage kommenden therapeutischen Vorkehren abklärungsbedürftig sind. Die versicherte Person ist bei der Abklärung und Durchführung der auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands abzielenden Therapie mitwirkungs pflichtig (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Die betreffenden Spielräume der Schadenminderung (Art. 7 IVG) müssen im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens definiert werden. Ob eine geplante Behandlung erfolgreich sein wird, kann erst nach Abschluss der betreffenden Therapie beurteilt werden. Solange sie andauert, kommt ein unbefristeter Rentenanspruch infrage; hat sich der prognostizierte Behandlungserfolg realisiert (oder die versicherte Person die Mitwirkungspflicht verletzt), wird die Invalidenrente gegebenenfalls auf dem Weg der materiellen Revision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) herabgesetzt oder aufgehoben. Wenn der prognostizierte Behandlungserfolg schon im vorhin absehbar und terminierbar ist, kann eine befristete Invalidenrente gesprochen werden (BGE 151 V 194 E. 5.1, 145 V 215 E. 8.2). 1.

## **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_, vertreten durch die Sozialen Dienste der Stadt Zürich, am 3. Januar 2025 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, die Verfügung vom 28. November 2024 sei aufzuheben und es sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen, wobei insbesondere eine psychiatrisch-neuropsychologische Begutachtung zu veranlassen sei. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 5. Februar 2025 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), worüber die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 6. Februar 2025 (Urk. 8) in Kenntnis gesetzt wurde. Mit Verfügung vom 3. März 2025 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung vom 28. November 2024 führte die Beschwerdegegnerin die vom behandelnden eidg. dipl. Arzt Z.\_\_\_\_ empfohlenen medizinischen Massnahmen auf, nämlich ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik auf einer spezialisierten Abteilung für depressive Störung für mindestens acht Wochen und eine anschliessende tagesklinische Behandlung für mindestens drei Monate. Nach mehrfachen Mahnungen habe die Beschwerdeführerin mitgeteilt, dass sie die empfohlenen Massnahmen beim eidg. dipl. Arzt Z.\_\_\_\_ durchführen werde. Dieser habe es

gemäss Mitteilung vom 19. September 2024 jedoch nicht als sinnvoll erachtet, wenn diese bei ihm durchgeführt würden, und habe der Beschwerdeführerin das F.\_\_\_\_ empfohlen. In der Folge sei die Beschwerdeführerin mehrfach aufgefordert worden, mitzuteilen, wo sie die Massnahmen durchführen werde. Da bis zum Verfügungsdatum keine Rückmeldung der Beschwerdeführerin eingegangen sei, werde das Gesuch definitiv abgewiesen. Die vorübergehende Einschränkung sei überwindbar. Aus diesem Grund liege keine invalidenversicherungsrechtlich

relevante gesundheitliche Beeinträchtigung vor (Urk. 2 S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin brachte in der Beschwerdeschrift vom 3. Januar 2025 vor, die Kundenberaterin, welche nicht kompetent sei, eine medizinische Beurteilung vorzunehmen, habe sich über die Empfehlung von dipl. med. G.\_\_\_\_ des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 10. Mai 2023, ein psychiatrisch-neuropsychologisches Gutachten einzuholen, hinweggesetzt. Der RAD sei im folgenden Verfahren nicht mehr involviert worden. Die Indikation für einen weiteren stationären Aufenthalt sei sowohl vom RAD als auch von der Klinik D.\_\_\_\_ verneint worden (Urk. 1 S. 8 Ziff. 6). Sie, die Beschwerdeführerin,

habe angegeben, die von der Klinik D.\_\_\_\_ empfohlenen Massnahmen beim eidg. dipl. Arzt Z.\_\_\_\_ durchführen zu wollen. Es könne nicht nachvollzogen werden, warum dieser die Behandlung nicht weiter durchführen könne. Er habe weder die Begleitung durch die psychiatrische Spitex aufgestellt noch eine Behandlung in einem Home-Treatment veranlasst. Dies könne aber nicht ihr angelastet werden. Er habe eine Behandlung im F.\_\_\_\_ empfohlen, was nicht der Empfehlung der Fachleute von der Klinik D.\_\_\_\_ entspreche. Sie habe im Rahmen der vorangegangenen stationären Aufenthalte schlechte Erfahrungen mit dem Wechsel von Behandlern gemacht. Vor erneut weiteren Behandlern fürchte sie sich. Dies werde durch die Tatsache belegt, dass sie trotz dem Vorgehen ihres Behandlers im vorliegenden Verfahren bisher noch keinen Wechsel des Behandlers vorgenommen habe. Das zögerliche Verhalten diesbezüglich sei gemäss E-Mail vom eidg. dipl. Arzt Z.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2024 «der psychischen Störung geschuldet» (Urk. 1 S. 8 f. Ziff. 7). Inwiefern die seit Juni 2021 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit infolge der vorgeschlagenen Massnahmen hätte verbessert werden können, hätten weder der eidg. dipl. Arzt Z.\_\_\_\_ noch die Fachleute der Klinik D.\_\_\_\_

dargelegt. Die Argumentation der Beschwerdegegnerin, wonach lediglich eine vorübergehende überwindbare Einschränkung vorliege, sei falsch (Urk. 1 S. 9 Ziff. 8). Sie, die Beschwerdeführerin, verweigere nicht die Intensivierung der Behandlung, sondern lediglich die vom eidg. dipl. Arzt Z.\_\_\_\_ geforderte Umsetzung. Die Ablehnung des Leistungsbegehrens infolge der Verletzung der Mitwirkungspflicht nach einem einmaligen Vorgespräch zur Abklärung der Indikation eines stationären Aufenthaltes entbehre jeglicher Grundlage. Die Argumentation der Beschwerdegegnerin, dass das Gesuch für Leistungen der Invalidenversicherung ohne Angabe von weiteren Behandlern nicht geprüft werden könne, sei nicht korrekt (Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 9).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Verneinung eines Rentenanspruchs, weil die Beschwerdeführerin nicht gemeldet habe, wo sie die geforderten Massnahmen

durchführen werde . 3. 3.1

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 28. November 2024 lagen die folgenden medizinischen Berichte vor: Die Fachpersonen der A.\_\_\_\_, Zentrum für Depressionen, Angsterkrankungen und Psychotherapie, berichteten am 9. Februar 2021 (Urk. 7/8) über die stationäre Behandlung vom 15. Januar 2021 bis 3. Februar 2021 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom Aufgrund des von der Beschwerdeführerin gewünschten Klinikwechsels in das B.\_\_\_\_ sei es nicht möglich gewesen, die Persönlichkeitsdiagnostik und die Einstellung auf die antidepressive Pharmakotherapie abzuschliessen und Diazepam auszuschleichen. Unter dem multimodalen Behandlungsregime sei eine Teil-Response der bei Eintritt bestehenden Symptomatik verzeichnet worden (S. 4). 3.2

Die Fachpersonen des B.\_\_\_\_ berichteten am 17. März 2021 (Urk. 7/7) über die stationäre Behandlung vom 3. Februar 2021 bis 18. März 2021 und stellten folgende Diagnosen (S. 1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0) Für die Dauer des stationären Aufenthaltes hätten sie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Eine weitere Beurteilung werde durch die ambulante Therapeutin erfolgen. Bis die volle Arbeitsfähigkeit wieder erreicht sei, werde eine schrittweise Steigerung empfohlen (S. 5). 3.3

Der eidg. dipl. Arzt Z.\_\_\_\_ berichtete am 28. November 2022, die Beschwerdeführerin leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit der ersten Episode vor 20 Jahren, der zweiten vor zehn Jahren sowie der dritten im Jahre 2020 mit dem ersten stationären Aufenthalt in der A.\_\_\_\_. Seitdem habe sie immer wieder depressive Episoden (Urk. 7/9/2 f. Ziff. 2.1). Gegenwärtig liege eine mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1) vor (Urk. 7/9/3 Ziff. 2.5). Die Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit hänge davon ab, ob die Beschwerdeführerin die von ihm genannten medizinischen Massnahmen annehmen wolle oder nicht. Medizinisch indiziert sei ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik auf einer spezialisierten Abteilung für depressive Störungen für mindestens acht Wochen. Danach sei eine mindestens dreimonatige Behandlung in einer der Diagnose angepassten Tagesklinik anzustreben (Urk. 7/9/4 Ziff. 2.7 f.). Sowohl die stationäre als auch die tagesklinische Behandlung seien medizinisch indiziert und der Beschwerdeführerin vollumfänglich zumutbar, obwohl sie über diese nicht begeistert und diesen gegenüber eher skeptisch eingestellt sei (Urk. 7/9/4 Ziff. 2.8). Die Prognose bezüglich Eingliederung könne erst dann zuverlässig gestellt werden, wenn die genannten Massnahmen von der Beschwerdeführerin angenommen und umgesetzt würden. Ohne Umsetzung dieser Massnahmen werde sich ihr Gesundheitszustand nicht bessern (Urk. 7/9/6 Ziff. 4.3). 3.4

Der Stellungnahme des RAD-Arztes dipl. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Mai 2023 ist zu entnehmen, dass die ärztlichen Berichte übereinstimmend von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgingen. Der aktuelle Behandler, der eidg. dipl. Arzt Z.\_\_\_\_, gehe von einer erneuten stationären psychiatrischen Behandlung und tagesklinischen Betreuung aus, genauere Angaben dazu würden nicht gemacht, sodass sich nach dem bereits erfolgten stationären Aufenthalt die erneute Notwendigkeit einer stationären Massnahme nicht erschliesse. Zudem würden keine genauen Angaben zum Zustandsbild gemacht. Aus diesem Grund empfehle er, eine psychiatrisch-neuropsychologische Begutachtung (Urk. 7/39/4). 3.5

Im Verlaufsbericht vom 10. November 2023 wiederholt der eidg. dipl. Arzt Z.\_\_\_\_ die Angaben seines vorhergehenden Berichts vom 28. November 2022 (Urk. 7/35, vgl. Urk. 7/9). Eine Anpassung habe sich in der Medikation ergeben (Urk. 7/35/3 Ziff. 3.2) und die Motivation bei der Versicherten betrage fünf auf einer Skala von eins bis zehn (Urk. 7/35/4 Ziff. 4.3). 3. 6

Dem Bericht der Fachpersonen der Klinik D.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2024 über ein einmaliges Vorgespräch zur Überprüfung der Indikation eines stationären Aufenthalts es

(Urk. 7/47 /2 ) sind folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Ziff. 2.5): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Differentialdiagnostisch rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) Zu den ausführlichen objektiven Befunden auf Basis der Untersuchungen erwähnten die Fachpersonen, aufgrund der ausgeprägten Sprachbarriere sei das Erheben des psychopathologischen Befundes nur eingeschränkt möglich. Die Indikation für einen stationären Aufenthalt habe nicht gestellt werden können. Die Gründe dafür hätten in den vorhandenen Kontraindikationen gelegen. Es bestünden eine ausgeprägte Sprachbarriere, welche vertieftes psychotherapeutisches Arbeiten auf Deutsch nicht ermögliche , sowie ausgeprägte Ambivalenzen betreffend einen stationären Aufenthalt vor dem Hintergrund negativer vergangener Erfahrungen mit stationären Behandlungen. Aufgrund des mittel- bis schwergradigen depressiven Zustandsbildes sei eine umfassende ambulante Behandlung empfohlen worden, beispielsweise mit psychiatrischer Spitex und ambulanter Ergotherapie oder eine intensiviertere Behandlung in einem Home-Treatment-Kontext (Urk. 7/47/2 Ziff. 1.2). Bezüglich der Prognose zur Arbeitsfähigkeit, Informationen zur beruflichen Situation sowie dem Potenzial für die Eingliederung sei mit dem ambulanten Therapeuten in Kontakt zu treten (Urk. 7/ 47/4 ff.). 4 .

#### 4.1

Die Beschwerdeführerin wirft der Beschwerdeführerin vor , sie habe

die notwendigen Angaben über die weiteren Behandlungsschritte nicht erteilt ( Urk. 2 S. 2). Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, ihr könne keine Verletzung der Mitwirkungspflicht vorgeworfen werden (Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 9). 4 .2

#### 4.2.1

Wer Versicherungsleistungen beansprucht, muss unentgeltlich alle Auskünfte erteilen, die zur Abklärung des Anspruchs und zur Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind (Art. 28 Abs. 2 ATSG). 4.2.2

Nach Art. 43 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen 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). Eine - nach gehöriger Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens erfolgte -

Verletzung der Mitwirkungspflicht ist nur relevant, wenn sie in unentschuldbarer Weise erfolgt (Abs. 3) . Es muss sich demnach um eine schuldhaftige Verletzung handeln, wobei das Verhalten der Person nicht mehr nachvollziehbar sein darf, was etwa dann gegeben ist, wenn ein Rechtfertigungsgrund nicht einmal ansatzweise erkennbar ist oder wenn das Verhalten schlechthin unverständlich ist (vgl. dazu Wiederkehr, in: ATSG-Kommentar,

5. Aufl. 2024, N. 107 zu Art.

43). In einem solchen Fall kann der Versicherungsträger auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen ein stellen und Nichteintreten beschliessen (Art. 43 Abs. 3 ATSG). 4.2.3

Die vers icherte 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.

#### **E. 7**

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 1.

#### **E. 8**

ATSG) zu verhindern (Abs. 1). Die versicherte Person muss 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 (Aufgabenbereich) dienen, aktiv teilnehmen. Dies sind insbesondere medizinische Behandlungen nach Artikel 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) . 4.2. 4

Gemäss Art. 7b IVG können die Leistungen 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 Abs. 2 ATSG nicht nachgekommen ist (Abs. 1). 4.2.5

Nach dem tatsächlichen Gehalt der angefochtenen Verfügung zu schliessen, vertritt die Beschwerdegegnerin den Standpunkt, die Beschwerdeführerin habe die ins Auge gefasste Behandlung nicht mitgeteilt, mithin nicht hinreichend mitgewirkt. Deshalb führte sie keine (weiteren) Abklärungen durch und wies das Leistungsgesuch ab (Urk. 2).

Eine solche Leistungsverweigerung oder -kürzung setzt voraus, dass die IV-Stelle nach Art. 21 Abs. 4 bzw. Art. 43 Abs. 3 ATSG vorgeht. Die versicherte Person muss schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen worden sein; ihr muss eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt worden sein. Eines strikten Beweises, die verweigerter Massnahme hätte tatsächlich zum erwarteten Erfolg geführt, bedarf es 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 Hinweis). 4. 3 4. 3 .1

Anhand der Akten ist erstellt, dass die Beschwerdegegnerin wiederholt von der Beschwerdeführerin die Mitwirkung verlangt hat. Unter Bezugnahme auf den Bericht der Fachleute der Klinik D.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2024 (Urk. 7/47), die zwar eine stationäre Behandlung - soweit ersichtlich wenigstens in ihrer Klinik - nicht als indiziert erachtete, sondern eine umfassende ambulante Behandlung (beispielsweise mit Spitex und ambulanter Ergotherapie oder eine intensiviertere Behandlung in einem Home-Treatment-Konzept) empfohlen (Urk. 7/47/2 Ziff.

1.2), forderte sie die Beschwerdeführerin zur Bekanntgabe der weiteren Behandlungsschritte auf (Urk. 7/48; vgl. auch Mahnung vom 9. Juli 2024, Urk. 7/49).

Am 20. August 2024 verlangte sie von der Beschwerdeführerin die Mitteilung, wo die weitere Behandlung durchgeführt werde; unter Hinweis auf die Mitwirkungspflicht verband sie damit die Androhung, dass sie, die IV-Stelle, bei schuldhaft verweigerter Auskunft die Abklärung einstelle und aufgrund der Akten entscheide (Urk. 7/52). Am 12. September 2024 meldete die Beschwerdeführerin den behandelnden Ergotherapeuten E.\_\_\_\_ sowie den behandelnden Arzt Z.\_\_\_\_ (Urk. 7/54).

Dieser teilte der IV-Stelle am 19. September 2024 mit, er unterstütze die seitens der Ärzte der Klinik D.\_\_\_\_ empfohlene Behandlung, welche im F.\_\_\_\_ der A.\_\_\_\_

wahrgenommen werden könne. Er erachte es nicht als sinnvoll, eine solche Massnahme bei ihm als behandelnden Therapeuten durchzuführen, sondern an einem neutralen Ort (Urk. 7/56/2). Unter Hinweis auf diese Mitteilung erneuerte die IV-Stelle daraufhin ihre Aufforderung an die Beschwerdeführerin, sie zu informieren, wo die Behandlung durchgeführt werde. Sie wies nochmals darauf hin, dass bei Säumnis die Abklärungen definitiv eingestellt würden (Urk.

7/58). Die angesetzte Frist (vgl. auch Urk. 7/60) liess die Beschwerdeführerin unbenutzt verstreichen. 4.3.2

Die Aufforderung zur Mitteilung der weiteren Behandlungsschritte im Schreiben vom 30. Mai 2024 bezieht sich auf die Intensivierung der Behandlung mittels der von der Klinik D.\_\_\_\_ vorgeschlagenen Optionen (vgl. Urk. 7/48/1). Damit hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin indirekt eine Mitwirkungs- bzw. eine Schadenminderungspflicht auferlegt,

ohne dies ausdrücklich zu erwähnen sowie ohne die rechtlichen Grundlagen (Art. 7 IVG sowie Art. 21 Abs. 4 ATSG) und die Sanktionen im Sinne von Art. 7b IVG – nämlich die Kürzung oder Verweigerung der Leistungen – zu nennen. Auch der beigelegte Auszug der gesetzlichen Grundlagen (Urk. 2 S. 4 ff.) lässt entsprechende Bestimmungen vermissen.

Dass auch der Beschwerdegegnerin bewusst war, dass sie der Beschwerdeführerin eine Schadenminderungspflicht auferlegt hatte, geht aus dem Eintrag im Feststellungsblatt hervor, wo die Schadenminderungspflicht bejaht wird (Urk. 7/63/3).

Zwar hat die Beschwerdegegnerin in ihrem Schreiben vom 20. August 2024 darauf hingewiesen, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht dazu führen könne, dass das Gesuch

um Leistungen der Invalidenversicherung abgewiesen werden könne (Urk. 7/52). Dies bedingt allerdings eine entsprechende Aktenlage. Vor diesem Hintergrund erscheint fraglich, ob das Mahn- und Bedenkzeitverfahren rechtskonform durchgeführt wurde. Dies

kann angesichts der nach folgenden Ausführungen indes offen bleiben . 4.4 4.4.1

Vorliegend ist zu beachten, dass die grundsätzliche Behandelbarkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung einen Leistungsanspruch in der Invalidenversicherung – trotz des diesbezüglich irreführenden Wortlauts von Art. 28 Abs. 1 lit . a IVG - nicht per se ausschliesst ( BGE 143 V 409 E. 4.4, 127 V 294 E. 4b , Urteile des Bundesgerichts 9C\_586/2023 vom 6. November 2023 E. 4.3, 9C\_327/2022 vom 10. Oktober 2023 E. 4.2). Namentlich ist es nicht so, dass ein Rentenanspruch der Invalidenversicherung vor Durchführung der medizinischen Behandlung nicht zu prüfen wäre oder gar nicht erst entstehen könnte. Dieser muss nach der Geltendmachung unverzüglich geprüft werden, auch wenn in Zukunft Behandlungsmassnahmen beabsichtigt und möglich sind. Die Therapierbarkeit und/oder prognostizierte Besserungsfähigkeit eines Gesundheitsschadens stehen der Ausrichtung einer Invalidenrente nicht im Weg, wenn im Zeitpunkt der Prüfung des Leistungsanspruchs die Voraussetzungen erfüllt sind (Arbeitsfähigkeit von 40 % während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch und danach Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 %, Art. 28 Abs. 1 lit . b und c IVG; BGE 151 V 194 Regeste und E. 5.1).

4.4.2

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Beschwerdegegnerin bei Erlass des Vorbescheides vom 8. Dezember 2023 davon ausging , dass nach Optimierung der Therapie zumindest eine Teil-Arbeitsfähigkeit erreichbar sein werde und keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung im Haushalt bleibe (vgl. Eintrag vom 15. November 2023 im Feststellungsblatt, Urk. 7/39/5) und es sich um eine vorübergehende und überwindbare Einschränkung handle (vgl. Urk. 7/40/2) . Sie hat in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2)

ausser Acht gelassen, dass sie die Beschwerdeführerin erst am 30. Mai 2024 , also im Rahmen des Vorbescheidverfahrens , auf ihre Mitwirkungspflicht hin gewiesen und sie zur Mitteilung betreffend der weiteren Verhandlungsschritte auf gefordert hatte (Urk. 7/48), ohne ihr eine eigentliche Mahn- und Bedenkzeit einzuräumen . Darüber hinaus ist zu beachten, dass ein Verschieben des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ins Vorbescheidverfahren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung von vornherein nicht zulässig ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_663/2017 vom 12. Dezember 2017).

Die Anmeldung zum Leistungsbezug war bereits am 21. Dezember 2022 erfolgt (Urk. 7/16 ), und die behandelnde n Arztpersonen attestierte n de r Beschwerdeführer in seit 15 . Januar 2021 eine

## **E. 10**

0%ige Arbeitsunfähigkeit

(Urk. 7/22/8 ff.; Urk. 7/9/2 Ziff. 1.3 ). Mit Blick auf die sich derzeit präsentierende Aktenlage kann damit zumindest nicht ausgeschlossen werden, dass die Beschwerdeführer in ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im Juni 2023 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit . b und Art. 29 Abs. 1 IVG) – allenfalls befristet – die Voraussetzungen für die Zusprechung einer Invalidenrente erfüllt hatte. 4.4.3

Der medizinische Sachverhalt erweist sich diesbezüglich allerdings als nicht rechtsgenügend abgeklärt. Zwar gehen sämtliche behandelnden Fachleute wie auch der RAD-Arzt dipl. med. G.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 7/39/4) von einer rezidivierenden depressiven

Störung aus.

Für die Zeit ab 15. Januar 2021 liegen nur die nicht aussagekräftigen Arztzeugnisse und Krankenkarten in den Akten, die eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 15. Januar 2021 ausweisen, dies aber nicht begründen (Urk. 7/22/8 -10, Urk. 7/22/14-37; vgl. auch Urk. 7/7/5 und vgl. Urk. 7/9/2 Ziff. 1.3). Dabei hielt der eidg. dipl. Arzt Z.\_\_\_\_

im Zusammenhang mit der von ihm postulierten Steigerung der Arbeitsfähigkeit fest, dass die Prognose davon abhängt, ob die Beschwerdeführerin die von ihm vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen annehme und umsetze (vgl. Urk. 7/9/4 Ziff. 2.8; Urk.

7/9/6 Ziff. 4.3). Ergänzend zu erwähnen ist, dass der eidg. dipl. Arzt Z.\_\_\_\_ gemäss Medizinalberuferegister über keinen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt. RAD-Arzt dipl. med. G.\_\_\_\_ setzte sich mit der Frage der Arbeitsunfähigkeit nicht auseinander, sondern empfahl eine psychiatrisch-neuropsychologische Begutachtung, da sich eine erneute Notwendigkeit einer stationären Behandlung aus den Angaben des eidg. dipl. Arztes

Z.\_\_\_\_ nicht erschliesse und keine genauen Angaben zum Zustandsbild gemacht worden seien (vgl. Urk. 7/39/4). Dazu ist auszuführen, dass den Berichten des eidg. dipl. Arztes Z.\_\_\_\_

Angaben dazu, inwiefern die Beschwerdeführerin dadurch in ihrer angestammten Tätigkeit bzw. in angepassten Tätigkeiten

und im Aufgabenbereich eingeschränkt ist, fehlen, genauso wie eine Indikatorenprüfung zur Plausibilisierung der von ihm

attestierten Arbeitsunfähigkeit, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Nach Lage der Akten ist auch nicht ersichtlich, weshalb die Beschwerdegegnerin von der vom RAD-Arzt nahe gelegten Begutachtung abgesehen hat.

Die Beschwerdegegnerin liess sodann unberücksichtigt, dass die Behandelbarkeit eines Leidens rechtsprechungsgemäss eine Erwerbsunfähigkeit und eine renten begründende Invalidität nicht von vornherein einschliesst. Der verfu gungsweise angenommene Behandlungserfolg gründet auch nicht auf therapeutischen Vor kehren, welche die Beschwerdeführerin in Eigeninitiative umsetzen kann, wie es etwa für die Einnahme von Medikamenten möglich wäre. Bei den empfohlenen stationären und tagesklinischen Therapien hat es die Beschwerdeführerin nicht allein in der Hand, die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen, weshalb trotz des nicht austerapierten Leidens ein Rentenanspruch entstehen kann (BGE 151 V 194 E. 5.1.4), was die Beschwerdegegnerin nicht abgeklärt hat, ohne die Unterlassung zu erläutern. 4.4.4

Vor diesem Hintergrund erweisen sich weitere medizinische Abklärungen in Nachachtung des geltenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) als unumgänglich, da aktuell über die für die Beurteilung des streitigen Renten anspruchs erforderlichen Tatsachen keine hinreichende Klarheit besteht und eine direkte Leistungszusprache im Streitfall einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Fachpersonen kaum je in Frage kommt (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5). Es ist in erster Linie Aufgabe des Versicherungsträgers, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen, um den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig festzustellen (vgl. BGE 149 V 218 E. 5.7, Urteil des Bundesgerichts 9C\_8/2022 vom 6. März 2023 E. 5.3 je mit Hinweisen). Das von der Beschwerdegegnerin einzuholende psychiatrische Gutachten wird sich zur

Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit

sowie zur Fähigkeit der Erledigung der anfallenden Arbeiten im Aufgabenbereich während des gesamten potentiell anspruchrelevanten Zeitraums ab Juni 2023 zu äussern und sich insbesondere an den in BGE 141 V 281 definierten Standardindikatoren zu orientieren haben, die grundsätzlich für sämtliche psychischen Leiden Anwendung finden (vgl. BGE 143 V 418 E. 7). Darüber hinaus wird die Gutachterperson dazu Stellung zu nehmen haben, ob aus fachärztlicher Sicht medizinische – namentlich auch medikamentöse – Behandlungsmöglichkeiten bestehen und (bejahendenfalls), inwiefern diese zumutbar sind. An die Beschwerdeführerin gerichtet ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass eine fortgesetzte zumutbare Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, aus rechtlicher Sicht in aller Regel eine zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung ist, selbst wenn diese mit gewissen Nebenwirkungen einhergehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.1 mit Hinweis). 5.

Die angefochtene Verfügung vom 28. November 2024 (Urk. 2) ist somit aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach ergänzender Abklärung im Sinne der obigen Erwägungen eine neue Beurteilung vornehme und sodann über den Leistungsanspruch erneut verfüge. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. 6.

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Verfahren sind sie ermessensweise auf Fr. 600.-- anzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1, 137 V 57 E. 2.2). Folglich sind die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 28. November 2024 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu entscheide. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin FehrO'Hara

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