

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00291 vom 19. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00291

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00291 du 19 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00291 del 19 novembre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. Unbestritten ist die Beschwerdelegitimation der Vorsorgeeinrichtung, die ein schutzwürdiges Interesse an der gerichtlichen Überprüfungsung des von der IV-Stelle ab 1. November 2007 zugestandenem Rentenanspruchs hat, zumal die einjährige Wartezeit im Sinne von Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung zu laufen begann, als der Beigeladene bei der Beschwerdeführerin obligatorisch versichert war (Art. 23 und 26 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, BVG; Bundesgerichtsurteil 9C_276/2010 vom 2. Juli 2010, Erw. 1; BGE 126 V 311 Erw. 1 in fine).

1.2. Die Verfügung vom 12. März 2009 (Urk. 10/52) betreffend die Weiterführung der Rente erging bereits während der durch die ursprüngliche Rentenverfügung vom 25. Februar 2009 ausgelassenen Beschwerdefrist und ist daher gleich zu behandeln wie eine Verfügung lite pendente. Unabhängig davon, dass mit der Beschwerde vom 14. April 2009 (Urk. 6/1) nur der Verfügungsanteil betreffend Kinderrente über Ende Januar 2009 hinaus (Urk. 6/2 = Urk. 10/52/3-4) ausdrücklich angefochten wurde, hat die Verfügung vom 12. März 2009, die für den Versicherten selber ab 1. Februar 2009 ebenfalls - bei gleichgebliebenem Invaliditätsgrad, aber ohne Bezifferung der Rentehöhe - die Weiterführung der ganzen Rente vorsieht (Urk. 10/52/1-2), praxisgemäss in ihrer Gesamtheit als mitangefochten zu gelten (vgl. ZAK 1989 S. 563 Erw. 2a). Strittig und zu prüfen ist daher der Rentenanspruch des Versicherten bis zum 12. März 2009 (vgl. BGE 130 V 140 Erw. 2.1 mit Hinweis).

E. 2

2.1. Der Beurteilung sind jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die Zusprechung der dem Beigeladenen ab 1. November 2007 zugestandenem Rente richtete sich somit nach den bis Ende 2007 geltenden Normen. Die vorliegend zu beurteilende Rentenanspruch bleibt somit hinsichtlich seiner Entstehung von den Änderungen im Rahmen der 5. IV-Revision unberührt, weshalb nachfolgend die massgebenden Bestimmungen in der bis Ende 2007 geltenden Fassung zitiert werden.

2.2. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von

Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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 ATSG).

Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 127 V 299 Erw. 5 unter Hinweis auf die Rechtsprechung präzisierend festgehalten hat, versichert Art. 4 Abs. 1 IVG (seit 1. Januar 2003: in Verbindung mit Art. 8 ATSG) zu Erwerbsunfähigkeit während Gesundheitschancen, worunter soziokulturelle Umstände nicht zu begreifen sind. Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlich schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von soziokulturellen Belastungssituationen zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 299 Erw. 5a).

Alkoholismus (wie auch Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit) begründet für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird er invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 5. März 2009, 8C_694/2008, Erw. 2). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist (Urteile des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 5. November 2002, I 758/01, Erw. 3.2, und vom 19. Juni 2002, I 390/01, Erw. 2b). Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen M. vom 23. Oktober 2002, I 192/02, Erw. 1.2.2 mit Hinweis); es genügt nicht, wenn es sich

nur um eine ganz untergeordnete Teilursache handelt (nicht veröffentlichtes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen B. vom 29. August 1994, I 130/93). Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt (BGE 99 V 28 f. Erw. 2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen M. vom 10. März 2006, I 940/05, Erw. 2.2; erwähntes Urteil I 758/01, Erw. 3.1). Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen. Um diese Frage beantworten zu können, sind Verwaltung und Gericht auf möglichst detaillierte medizinische Aufklärung über die Verhältnisse zur Zeit der Entstehung der Alkoholsucht auf der einen und der allfälligen psychiatrischen Komorbidität auf der andern Seite sowie über den allfälligen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beiden Aspekten angewiesen (vgl. zur Bedeutung medizinischer Aufklärung zur Bestimmung der Invalidität BGE 115 V 134 Erw. 2; BGE 124 V 268 Erw. 3c mit Hinweis, 99 V 28 Erw. 2; SVR 2001 IV Nr. 3 S. 7 Erw. 2b; AHI 2002 S. 30 Erw. 2a, 2001 S. 228 f. Erw. 2b mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen O. vom 8. August 2006, I 169/06, Erw. 2.2 und 4.2 mit Hinweisen).

2.3 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin stellt die der Rentenzusprechung zugrunde liegende Annahme der IV-Stelle, wonach ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei, in Frage. Ihrer Ansicht nach liegt der seit 1. November 2006 bescheinigten Arbeitsunfähigkeit ein vielschichtiges Geschehen zugrunde und stehen psychosoziale Belastungsfaktoren an prominenter Stelle. Der Versicherte habe nämlich nach der 2004 erfolgten Trennung von der Ehefrau eine konfliktreiche Kampscheidung erlebt und den Kontakt zu seiner Tochter verloren. Zudem

sei der Verlust der Arbeitsstelle mit einer finanziellen und sozialen Verunsicherung verbunden gewesen, was wiederum Ängste und Anpassungsstörungen ausgelöst habe. Parallel dazu bestehe offenbar ein zunehmend schädlicher Suchtmittelkonsum. Es sei nicht ausgewiesen, dass dem Suchtverhalten ein vorbestehender invalidisierender Gesundheitsschaden zugrunde liege oder dass dieses einen solchen verursacht habe. Eine genügend selbständige psychische Symptomatik, aufgrund deren dem Versicherten eine entsprechende Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit nicht zumutbar wäre, bestehe nicht, zumal die IV-Stelle die Frage der Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Aspekten nicht geprüft, den invaliditätsfremden Faktoren in keiner Weise Rechnung getragen, die vorrangige Rolle des Suchtverhaltens unbeachtet gelassen und eine eigenständige Prüfung beziehungsweise kritische Würdigung der vorhandenen Arztberichte nicht vorgenommen habe.

3.2 Es ist der Beschwerdeführerin zwar darin beizupflichten, dass eine abschliessende, nachvollziehbare Beurteilung des Gesundheitszustandes des Versicherten und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit in den IV-Akten nicht vorhanden ist. Zudem werden weder in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) noch in der Beschwerdeantwort (Urk. 9) die medizinischen Grundlagen für die der Rentenzusprechung zugrunde liegende Annahme einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Berufstätigkeit dargelegt und fehlen Ausführungen zum Stellenwert der Alkoholsucht, für deren Vorhandensein allein schon die verschiedenen Entzugsbehandlungen sprechen.

Da die IV-Stelle dem Rentengesuch des Versicherten voll entsprochen hat, brauchte sie die entsprechende Verfügung laut Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG jedoch nicht zu begründen. Zudem geht aus der Stellungnahme des Regionalärztlichen Dienstes (RAD) vom 31. Juli 2008 (Urk. 10/21 S. 5-6), auf die in der Beschwerdeantwort verwiesen wird, hervor, dass aufgrund der Berichte der Klinik A. ___ vom 27. Juni 2008 sowie des Hausarztes vom 17. März 2008 ein IV-relevanter Gesundheitsschaden und laut Bericht der Klinik E. ___ vom 9. April 2008 hinsichtlich jeglicher Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2007 ausgewiesen sei. Aufgrund der erst kürzlichen Entlassung und der günstigen Prognose mit sukzessiver Besserung bis hin zur eventuellen Vollremission der depressiven Symptomatik sollte eine Revision in 12 Monaten erfolgen. Diese Beurteilung ist nachfolgend zu überprüfen.

E. 4

4.1 Dem vom RAD angeführten Bericht von Dr. med. G. ___, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 17. März 2008 (Urk. 10/9 S. 7-8) ist zu entnehmen, dass dieser Arzt den Versicherten seit 1990 behandelt und am 4. März 2008 letztmals untersuchte. Als Diagnosen führte Dr. G. ___ mittelgradige bis intermittierende schwere depressive Episoden (ICD-10 F32.10), Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände, Arbeit und privat (ICD-10 Z60.0), Störungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F10.1) sowie Status nach Myokardinfarkt 08/05, mit Implantation eines Stents und Defibrillator an.

Dr. G. ___ verwies des Weiteren auf die im Bericht der Klinik A. ___ vom 7. März 2008 (vgl. Urk. 10/9 S. 9-10) angeführten Diagnosen, die sich von seiner eigenen insofern unterscheiden, als eine gegenwärtig schwere Episode der rezidivierenden depressiven Störung ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) mit Selbstschädigung (ICD-10 Z91.5), ein Status nach sekundär schädlichem Gebrauch

von Alkohol (ICD-10: F10.1) festgehalten und zusätzlich ein Nikotinabhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10: F17.24), ein Status nach TÄff-Unfall von Juli 2007, eine Hypercholesterämie, eine Hyperurikämie, eine Bursitis im linken Arm und eine Radiusfraktur rechts angeführt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. G.____, der dem Versicherten ab dem 1. November 2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatte (vgl. Urk. 10/1 S. 11), erklärte, dieser sei nun vor allem aus psychischen Gründen eingeschränkt. An zweiter Stelle nannte er eine schwierige soziale Situation mit Schulden, Verlust der Arbeitsstelle und einen Status nach Kampscheidung. Der Versicherte habe die Stelle verloren, weil er sich aus der psychischen Depression nicht habe auffangen können und weiterhin schädliche Genussmittel wie Alkohol und Cannabis gebraucht habe. Von der koronaren Herzkrankheit her könnte er durchaus einen Burojob verrichten.

4.2 Ä Ä Ä Ä Der von Oberarzt Dr. H.____ verfasste Bericht der Klinik E.____ vom 9. April 2008 über die vom 1. Oktober 2007 bis 5. März 2008 dauernde Hospitalisierung, auf den sich der RAD stützt und auf den sich auch die Beschwerdeführerin beruft, enthält folgende Diagnosen, denen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt wird (Urk. 10/11/18):

Alkoholabhängigkeitssyndrom in Form eines Pegeltrinkens, in beschätzender Umgebung abstinent (ICD-10: F10.21), anamnestisch bekannt seit mindestens 2006,

Anpassungsproblematik mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), anamnestisch bekannt seit mindestens 2005,

Fraktur der rechten Hand (ICD-10: FS62) im Februar 2008,

Rezidivierende fistelnde eitrige Bursitis olecranoni links mit Bursektomie am 8. Januar 2008.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bleiben laut Dr. H.____ ein Nikotinabhängigkeitssyndrom bei gegenwärtigem Substanzgebrauch (ICD-10 F17.24), ein Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom bei gegenwärtiger Abstinenz (ICD-10: F13.20), schädlicher Konsum von Cannabis und Kokain (ICD-10: F12.1, F14.1) und Status nach zweifachem Herzinfarkt (Urk. 10/11/8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als bei Behandlungsbeginn bestehende subjektive Beschwerden führte Dr. H.____ Symptome eines Alkoholabhängigkeitssyndroms mit einem starken Wunsch oder einer Art Zwang, Alkohol zu konsumieren, verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Alkoholkonsums, körperliche Entzugserscheinungen und Toleranzentwicklung, Vernachlässigung von Vergnügen und Interessen zu Gunsten des Alkoholkonsums, depressive Symptome sowie Impulskontrollstörungen an. Als objektive Befunde erhob er ein altersentsprechendes Aussehen, eine gepflegtes rüßeres Erscheinungsbild sowie leichte Adipositas bei einem ansonsten guten körperlichen Allgemeinzustand. Der Versicherte sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Der Kontakt zu ihm gut herstellbar, die Stimmung ausgeglichen und im Affekt wirke er schwingungsfähig. Anamnestisch seien depressive Symptome in Form von Freudlosigkeit, Interessensverlust, Hoffnungslosigkeit, deutliche Stimmungsschwankungen und Schlafprobleme bekannt. Insgesamt zeige der Versicherte eine freundliche und situationsadäquate Verhaltensweise, sei psychomotorisch leicht [un]ruhig und mit etwas gesteigertem Antrieb. Aufmerksamkeit, Auffassung und

Konzentration erschienen intakt. Das Denken sei formal und inhaltlich unauffällig. Hinweise auf Ängste, Zwänge, überwertige Ideen, Ich-Störung, Wahn oder Sinnestäuschung hätten nicht bestanden. Die Erinnerungs- und Merkfähigkeit erscheine ungestört. Beim Eintritt hätten auch keine Hinweise auf Suizidalität bestanden. Darauf angesprochen, habe sich der Versicherte jeweils dezidiert und glaubhaft distanziert, habe aber auch eine gewisse Gleichgültigkeit zum Ausdruck gebracht. Beim neuropsychologischen Screening vom 26. Oktober 2007 sei das kognitive Leistungsprofil weitgehend unauffällig gewesen. In der figuralen Modalität hätten sich eine leicht reduzierte Lernfähigkeit und teilweise eine leicht verminderte Fehlerkontrolle gezeigt (Urk. 10/11 S. 11 f., 13, 15).

Während des einmonatigen, der Alkoholentwöhnung dienenden Klinikaufenthalts mit psychiatrischer Behandlung, psychotherapeutischer Einzel- und Gruppentherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Bewegungs- und Sporttherapie sowie Gestaltungstherapie habe der Versicherte - so Dr. H. ___ weiter - ein vertieftes Verständnis seiner Suchtproblematik erarbeitet, ohne dass seine Impulskontrolle sich diesbezüglich wesentlich verbessert oder daraus eine länger währende Abstinenz resultiert habe. Die anfängliche antidepressive Medikation mit Cipralex sei auf Wunsch des Versicherten wegen der dadurch als Nebenwirkung gesenkten Libido abgesetzt worden. Schliesslich sei aufgrund fehlender oder nur vereinzelter und kurzzeitiger depressiver Symptomatik nach mehrfacher Evaluation einer anderweitigen antidepressiven medikamentösen Behandlung auf eine solche verzichtet worden. Zur Überbrückung von innerer Unruhe, Anspannung und Impulsdurchbrüchen sei bei Bedarf Seroquel verordnet worden. Schlafprobleme mit Alpträumen hätten sich schliesslich mittels Chloralurat-rot gebessert (Urk. 10/11 S. 15). Vom vereinbarten Therapieziel Abstinenz sei der Versicherte überfordert gewesen. Aufgrund wiederholten Substanzkonsums, der Notwendigkeit, diesen aufzuarbeiten, und der Instabilität des Versicherten habe nur ansatzweise und eher pragmatisch die von ihm als zentral beschriebenen Problematik der Vater-Tochter-Beziehung bearbeitet werden können (Urk. 10/11 S. 13 ff.). Immerhin habe er sich im Verlauf der Einzeltherapie allmählich vom „toughen businessman“, der sich und andere gnadenlos beurteile, ein wenig distanziert. Auch habe er sein jeweils Stunden dauerndes Erleben von innerer Unruhe, Anspannung, Leere und Freudlosigkeit, seine Impulsivität und Ungeduld in verschiedenen Lebensbereichen ansprechen können, wobei ihm emotionale Differenzierungen sehr schwer gefallen seien und er oft in einem starken Schwarz-Weiss-Denken verhaftet geblieben sei (Urk. 10/11 S. 13). In der Sport- und Bewegungstherapie hätten ihm sportlich-spielerische Aktivitäten viel Freude bereitet. Bei Übungen mit ruhigeren Inhalten und themenzentrierten Arbeiten mit Konzentration auf den eigenen Körper sei es ihm schwer gefallen, seinen Bewegungsdrang und seine Unruhe zu bremsen. Sein harter Umgang mit dem eigenen Körper, die mangelnde Akzeptanz der eigenen Grenzen und die mangelnde Selbstfürsorge hätten sich darin gezeigt, dass er seinen linken Arm trotz der sich ab Mitte Dezember 2007 verschlimmernden Schleimbeutelentzündung, die schlussendlich habe operativ behandelt werden müssen, nicht geschont oder dass er sich im Februar 2008 den rechten Arm gebrochen habe, als er in alkoholisiertem Zustand bei einem Streit mit seiner Freundin die rechte Faust wutentbrannt in eine Wand geschlagen habe (Urk. 10/11 S. 14). Da sich die wiederholten Konsumereignisse auf die Dauer nicht mit dem abstinenzorientierten Rahmen der Klinik E. ___ vertragen hätten, sei Anfang Februar 2008 die Beendigung der Therapie auf spätestens 7. März 2008 vorgesehen und der

Versicherte zur Planung seines Austritts sowie zur Einhaltung der Abstinenz und der anderen Klinikregeln aufgefordert worden. Letzteres sei ihm abgesehen von einer Ausnahme auch gelungen. Seinen anfänglichen Plan, beim bisherigen Arbeitgeber im Mai 2008 wieder einzusteigen, vorher einen Intensivenglischkurs zu absolvieren und mit einer langfristig ausgerichteten ambulanten psychotherapeutischen Nachbetreuung zu beginnen, habe er trotz angebotener Unterstützung kaum in konkrete Handlungsschritte umsetzen können oder wollen. Nach einem Sonderurlaub am 3. März 2008 sei der Versicherte nicht mehr in die Klinik zurückgekehrt (Urk. 10/11 S. 11-14). Nachträglich habe man erfahren, dass er versucht habe, sich zu suizidieren. Hausarzt Dr. G. ___ habe ihn deshalb wieder in die psychiatrische Klinik A. ___ eingewiesen (Urk. 10/11 S. 16).

Dr. H. ___ beurteilte die Prognose in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit eher als schlecht, weil der Patient während der stationären Behandlung mehrfach Alkohol konsumiert habe, eine ambulante suchtspezifische Weiterbehandlung nicht geplant und die psychosoziale Situation weiterhin schwierig sei. Da - zum Teil in psychosozialen Belastungssituationen - immer wieder Impulsdurchbrüche aufgetreten seien, sei die Prognose auch in Bezug auf die depressive Symptomatik beim Patienten eher schlecht (Urk. 10/11 S. 16).

Zur Arbeitsfähigkeit erklärte Dr. H. ___, während der Hospitalisierung vom 1. Oktober 2007 bis 5. März 2008 sei der Versicherte aufgrund von Krankheit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Für die Zeit vorher sei die Arbeitsfähigkeit von den damals behandelnden Ärzten zu beurteilen. Aufgrund der in der Klinik E. ___ behandelten psychischen Störungen habe bei Austritt Besserungsfähigkeit bestanden. Da er danach aber in der Klinik A. ___ hospitalisiert worden sei, sei er weiterhin nicht arbeitsfähig gewesen (Urk. 10/11 S. 7).

4.3 Laut Bericht der Klinik A. ___ vom 27. Juni 2008 (Urk. 10/20) über die vom 5. März bis 27. Juni 2008 dauernde stationäre Behandlung war der Versicherte vom Hausarzt zum wiederholten Mal im Rahmen psychosozialer Belastungsfaktoren bei bekannter rezidivierender depressiver Störung sowie bekanntem schädlichem Gebrauch von Alkohol und aktuell wegen einer schweren depressiven Episode im Anschluss an einen Suizidversuche durch einmalige Einnahme einer unklaren Menge Kokains bei kardialer Vorschädigung am 4. März 2008 eingewiesen worden.

Zu den psychopathologischen Befunden bei der Aufnahme enthält der Bericht folgende Angaben: Wach, zeitlich, örtlich, situativ und zur Person orientiert. Leichte Konzentrationsstörungen, keine Aufmerksamkeits- und Auffassungsstörungen, keine mnestischen Störungen. Formaler Gedankengang geordnet. Gedankenkreisen. Keine inhaltlichen Denkstörungen, keine Sinnestäuschungen, keine Ich-Störungen, keine Zwänge. Im Affekt niedergeschlagen, emotionale Schwingungsfähigkeit deutlich reduziert. Perspektive- und Hoffnungslosigkeit. Antrieb und Psychomotorik reduziert. Keine circadianen Besonderheiten. Ein- und Durchschlafstörungen, Appetit unverändert. Verlustängste. Akute Suizidalität, keine Fremdgefährdung.

Als psychiatrische Diagnosen werden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtige schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), ein Status nach Suizidversuch mittels einmaligen Kokainmissbrauchs am 4. März 2008 (ICD-10: Z91.8), sekundär schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1), ein Nikotinabhängigkeitssyndrom mit Substanzgebrauch (ICD-10: F17.24) und schädlicher

Gebrauch von Cannabis, derzeit abstinent (ICD-10: F12.20), und als Belastungsfaktoren Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73) angegeben. Es wird eine sukzessive Besserung bis zur vollständigen Remission der depressiven Symptomatik bei einer längerfristigen, eventuell dauerhaften Rezidivprophylaxe in Aussicht gestellt und auf die ambulante psychiatrische Weiterbehandlung bei Dr. I. ___ verwiesen. Die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit sei vom weiteren Verlauf abhängig, innerhalb des nächsten halben Jahres sei eine Steigerung der eher günstigen Prognose wahrscheinlich möglich.

E. 5

5.1 Aus diesen medizinischen Akten und dem eingangs dargestellten Verlauf geht eindeutig hervor, dass nebst psychosozialen Belastungen der Alkoholkonsum im Leben des Versicherten eine bedeutende Rolle spielt. Entsprechende Diagnosen wie Störungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F10.1), Alkoholabhängigkeitssyndrom im Form eines Pegeltrinkers (ICD-10: F10.21) und sekundär schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1) finden sich nicht nur in den oben wiedergegebenen Arztberichten, sondern auch in den übrigen medizinischen Akten. So hatte Dr. Z. ___ im Bericht vom 27. März 2007 (Urk. 10/1 S. 35) ebenfalls einen sekundären schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1), Dr. B. ___ im Bericht vom 3. Mai 2007 (Urk. 10/1 S. 30-32) Alkoholmissbrauch (ICD-10: F10.1), die Ärzte der D. ___ in den Berichten vom 11. Juli, 10. September und 8. Oktober 2007 (Urk. 10/1 S. 22; Urk. 10/9 S. 14, 22) Störungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F10.1), und die Ärzte der Klinik A. ___ im Bericht vom 7. März 2008 (Urk. 10/9-10) einen Status nach sekundär schädlichem Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1) beziehungsweise im Bericht vom 14. Mai 2008 (Urk. 10/16) einen Status nach sekundär gesteigertem Alkoholkonsum diagnostiziert.

5.2 In anamnestischer Hinsicht ebenso bedeutsam wie der Alkoholmissbrauch ist jedoch die in unterschiedlicher Ausprägung aufgetretene depressive Entwicklung. Dr. Z. ___ hatte im Bericht vom 27. März 2007 (Urk. 10/1 S. 35) zunächst eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), Dr. B. ___ im Bericht vom 3. Mai 2007 (Urk. 10/1 S. 30 ff.) dann eine schwer ausgeprägte depressive Episode (ICD-10: F32.2) diagnostiziert. Die Ärzte der D. ___ gingen in den bereits erwähnten Berichten (Urk. 10/9 S. 14 ff., S. 22 ff.) stets von einer mittelgradigen depressiven Episode mit begleitender Angst-Symptomatik (ICD-10: F32.10) aus. Die Ärzte der Klinik E. ___ führten in den Berichten vom 26. September und 17. Dezember 2007 (Urk. 10/1 S. 12 ff., Urk. 10/9 S. 11 ff.) eine Anpassungsproblematik mit längerer depressiver Phase (ICD-10: F43.21) an. In den Berichten der Klinik A. ___ vom 7. März und 14. Mai 2008 (Urk. 10/9) ist schliesslich von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2), die Rede. Entsprechend dieser unterschiedlichen Angaben zum Schweregrad der depressiven Symptomatik leuchtet die von Hausarzt Dr. G. ___ im Bericht vom 17. März 2008 (Urk. 10/9 S. 7-8) zusammenfassende Diagnose von mittelgradigen bis intermittierend schweren depressiven Episoden (ICD-10: F32.10) ohne weiteres ein.

Laut Berichten der Klinik E. ___ vom 11. Juli 2007 und 9. April 2008 (Urk. 10/9 S. 18 ff.; Urk. 10/11 S. 18 ff.) sowie Austrittsberichten der D. ___ vom 11. Juli und 10. September 2007 (Urk. 10/9 S. 14 ff., S. 22 ff.) war es aufgrund verschiedener belastender Lebensumstände bereits im Jahr 2005 zu einer Anpassungsproblematik mit längerer depressiver Reaktion gekommen; namentlich nach dem Vorderwandinfarkt vom Juli 2005 waren erste psychiatrische Auffälligkeiten in Form von Angst- und

Paniksymptomen, nächtlichen Alpträumen, Schlafstörungen und nächtlichem Schwitzen vermerkt worden. Der Bankenskandal von 2006 habe die depressive Entwicklung weiter akzentuiert beziehungsweise die damit verbundenen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und die Kampscheidung hätten zu einer Exazerbation der depressiven Symptomatik mit Antriebslosigkeit, Intressensverlust, Perspektivlosigkeit, Schlafstörungen, subjektiv wahrgenommenen kognitiven Störungen und Suizidäusserungen geführt. Seit August 2006 hatte sich der Versicherte - so die Austrittsberichte der D.____ vom 11. Juli und 10. September 2007 (Urk. 10/9 S. 14 ff., S. 22 ff.) - zur Selbstmedikation vermehrt in den Alkohol geflüchtet. Dem Bericht der Klinik E.____ vom 11. Juli 2007 (Urk. 10/9 S. 18 ff.) ist denn auch zu entnehmen, dass er unter Alkohol ruhiger und gelassener werde. Dementsprechend wurde der schädliche Gebrauch von Alkohol bisweilen als sekundär bezeichnet - so von Dr. Z.____ im Bericht vom 27. März 2007 (Urk. 10/1 S. 35) und von den Ärzten der Klinik A.____ in den Berichten vom 7. März, 14. Mai und 27. Juni 2008 (Urk. 10/9 S. 9-10, Urk. 10/16, 10/20). Auch die Ärzte der D.____ wiesen im Austrittsbericht vom 11. Juli 2007 (Urk. 10/9 S. 22 ff.) auf das Vorhandensein grundlegender struktureller Störungen mit im Vordergrund stehender emotionaler Impulsivität und Instabilität, mangelnder Affektdifferenzierung und Konfliktvermeidung hin und erachteten eine längerfristige psychotherapeutische Weiterarbeit als unbedingt notwendig. In der Klinik E.____ sollte ihrer Ansicht nach die antidepressive Therapie störungsfrei durchgeführt werden können. Im Bericht vom 8. Oktober 2008 hielten die D.____-Ärzte zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nicht nur die Erlangung einer mittelfristig stabilen Alkohol-Abstinenz für erforderlich, sondern sie machten die Wiedereingliederung in den bisherigen Beruf auch von einer langfristig angelegten Behandlung der Suchterkrankung unter Einbezug der bestehenden depressiven Symptomatik abhängig.

5.3 Der Schweregrad und der langwierige Verlauf der depressiven Symptomatik belegen, dass sich diese von Beeinträchtigungen, wie sie aufgrund der den Versicherten zweifellos belastenden psychosozialen Faktoren zu erwarten gewesen wären, deutlich unterscheidet. Sie erforderte denn auch immer wieder stationäre psychiatrische Betreuung, war im November 2005 laut Dr. Z.____ in Form von Suizidalität, Anfangs Mai 2007 laut Dr. B.____ als latente Suizidalität zutage getreten (Urk. 10/1 S. 30, 35) und hatte schliesslich im März 2008 gar zu einem Selbstmordversuch geführt (Urk. 10/11 S. 7 ff., Urk. 10/16, 10/20).

Dies und die Tatsache, dass die depressive Symptomatik aufgrund der übereinstimmenden anamnestischen Angaben vor dem Alkoholmissbrauch einsetzte, lassen diese zudem als eine von der Alkoholsucht unabhängige Krankheit erscheinen. Daran ändert nichts, dass zwischen depressiver Symptomatik und Alkoholsucht durchaus eine gewisse Wechselwirkung besteht, indem Alkohol zum Teil der Medikation der Depression dient und - gemäss der in der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Version, 2008) unter ICD-10: F10.1 enthaltenen Umschreibung - der bisweilen diagnostizierte schädliche Gebrauch desselben seinerseits eine depressive Episode auslösen kann.

5.4 Was den Bericht der Klinik E.____ vom 9. April 2008 anbelangt, auf den die Beschwerdeführerin ihre Auffassung, es liege keine invalidisierende Gesundheitsstörung vor, unter anderem stützt (Urk. 1 S. 6), so müssen die darin enthaltenen Hinweise auf den fehlenden Willen zur Suchtmittelabstinenz und zur

Aufarbeitung der psychischen Problematik vor dem Hintergrund, dass die darin beschriebene fünfmonatige stationäre Behandlung in erster Linie der längerfristigen Suchtmittelabstinenz diene, und nicht losgelöst von der depressiven Symptomatik gewürdigt werden. Deren Stellenwert wird jedenfalls durch das Absetzen des Antidepressivum Cipralex unter Verzicht auf eine anderweitige antidepressive medikamentöse Behandlung nicht in Frage gestellt, zumal gegen innere Unruhe, Anspannung, Impulsdurchbrüche und Schlafprobleme mit Alpträumen bei Bedarf spezifische Medikamente eingesetzt wurden und der Versicherte im geschätzten Rahmen der Klinik offenbar weniger mit der Lebensrealität konfrontiert war als ausserhalb. Davon abgesehen weckt der Umstand, dass er den Sonderurlaub am Ende des Klinikaufenthalts für einen Suizidversuch nutzte, gewisse Zweifel, ob in der auf Suchtmittelentzug und -abstinenz spezialisierten Klinik E. der depressiven Problematik genügend Rechnung getragen wurde. Insofern kann der Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21), wie sie nur von den dortigen Ärzten gestellt wurde, keine ausschlaggebende Bedeutung zukommen.

5.5. Demnach kann vom Vorliegen einer invalidisierenden Krankheit ausgegangen werden. Diese hatte gemäss Attest Dr. G. ab dem 1. November 2006 (Urk. 10/1 S. 11) zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit geführt, und die zunächst von Dr. Z. am 27. März auf den 1. Mai 2007 prognostizierte Teilarbeitsfähigkeit (Urk. 10/1 S. 36) hatte zufolge der in diesem Zeitpunkt eingetretenen depressiven Dekompensation mit anschliessenden Aufenthalten in der D., in der Klinik E. und in der Klinik A. nicht mehr erreicht werden können.

Folglich ist nach Ablauf des Wartjahres im Sinne des bis Ende 2007 massgebend gewesenen Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG, mithin ab dem 1. November 2007, der Anspruch auf eine auf einem Invaliditätsgrad von 100 % beruhende Invalidenrente ausgewiesen. Die gegen die Rentenverfügungen vom 25. Februar 2009 und 12. März 2009 gerichtete Beschwerde erweist sich damit als unbegründet. Ob die im Bericht der Klinik A. vom 27. Juni 2008 (Urk. 10/20) auf innerhalb des nächsten halben Jahres prognostizierte Steigerung der Arbeitsfähigkeit tatsächlich möglich oder dem Versicherten zumindest zumutbar geworden ist, wird im Rahmen der von den RAD-Ärzten auf Mitte 2009 anberaumten amtlichen Rentenrevision (Urk. 10/21 S. 5) zu prüfen sein.

6. Bei diesem Prozessausgang sind die mit Fr. 1'000.-- zu bemessenden Verfahrenskosten im Sinne von Art. 69 Abs. 1 bis IVG der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Sie hat ausserdem dem beigeladenen Versicherten, der anwaltlich vertreten ist, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'600.-- zu bezahlen. Dessen Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung wird damit gegenstandslos.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden ihr nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdeführerin wird verpflichtet, dem Beigeladenen eine Prozessentschädigung von Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fundamenta Gemeinschaftsstiftung für betriebliche Vorsorge, unter Beilage von Urk. 37 und 38 in Kopie

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage von Urk. 37 und 38 in Kopie

- Rechtsanwalt Giuseppe Dell'Olivo-Wyss

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

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

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