

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00907 vom 18. Dezember 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-12-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00907

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00907 du 18 décembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00907 del 18 dicembre 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, reiste im Jahr 1987 in die Schweiz ein und war – nebst längeren Perioden der Arbeitslosigkeit und Nichterwerbstätigkeit – in der Reisebranche, im Marketing und als Journalist tätig (Urk. 8/1/4, Urk. 8/4/1 und Urk. 8/14). Am 10. Oktober 2012 (Urk. 8/5) meldete er sich unter Hinweis auf eine Depression bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle tätigte medizinische und berufliche Abklärungen und wies das Rentenbegehren – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/32) – mit Verfügung vom 22. Juli 2014 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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 ausgleichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 2). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Sucht mittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist (Urteile des Bundesgerichts I 758/01 vom 5. November 2002 E. 3.2, und I 390/01 vom 19. Juni 2002 E. 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 Bundesgerichts I 192/02 vom 23. Oktober 2002 E.

E. 1.2.2

mit Hinweis); es genügt nicht, wenn es sich nur um eine ganz untergeordnete Teilursache handelt (nicht veröffentlichtes Urteil des Bundesgerichts I 130/93 vom 29. August 1994). Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt (BGE 99 V 28 E. 2; Urteil des Bundesgerichts I 940/05 vom 10. März 2006 E. 2.2; erwähntes Urteil I 758/01 E. 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 Auskünfte über die Verhältnisse zur Zeit der Entstehung der Alkoholsucht auf der einen und der allfälligen psychiatrischen Komorbidität auf der anderen Seite sowie über den allfälligen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beiden Aspekten angewiesen (vgl. zur Bedeutung medizinischer Auskünfte zur Bestimmung der Invalidität BGE 115 V 133 E.

2; BGE 124 V 265 E.

3c mit Hinweis, 99 V 28 E. 2; SVR 2001 IV Nr. 3 S. 7 E. 2b; AHI 2002 S. 30 E. 2a, 2001 S. 228 f. E.

2b mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts I 169/06 vom 8. August 2006 E.

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 wiederherstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 12. September 2014 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte die Ausrichtung einer Dreiviertelsrente mit Wirkung ab März 2013, eventualiter ergänzende Abklärungen durch das Gericht. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (S. 2). Die IV-Stelle beantragte am 17. Oktober 2014 (Urk. 7) Abweisung der Beschwerde, was dem Versicherten am 20. Oktober 2014 (Urk. 9) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre leistungsabweisende Verfügung damit, es bestünde eine mittelgradige depressive Episode, leichtere körperliche Beeinträchtigungen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowie ein Suchtgeschehen, welches indes nicht IV-relevant sei. Bei der mittelgradigen depressiven Episode handle es sich

definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden, dem es an Krankheitswert im Sinne des IVG fehle. Die Beschwerden seien behandelbar und die Arbeitsfähigkeit sei nicht dauerhaft eingeschränkt. Eine diagnostizierte (gegenwärtig) schwere depressive Episode sei nicht nachvollziehbar (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, es sei ein mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Abhängigkeitssyndrom) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen (vermeidenden) und paranoiden Anteilen diagnostiziert worden. Seit 2011 habe es keine Phase mehr gegeben, in welcher er arbeitsfähig gewesen sei. Vielmehr werde seit Jahren eine rezidivierende depressive Störung mit Zustand nach mehreren schweren Episoden ohne vollständige Remission diagnostiziert. Somit könne inzwischen von einer Chronifizierung der Depression ausgegangen werden, womit ein IV-relevanter Gesundheitsschaden mit Krankheitswert samt 60%iger Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei und ein Rentenanspruch bestehe (Urk. 1 S. 8 f.). 3. 3.1

Im Austrittsbericht der Y.____ vom 14. Februar 2011 (Urk. 8/23/7-10) über den stationären Aufenthalt vom 23. Januar bis 14. Februar 2011 (Zuweisung per fürsorglichem Freiheitsentzug bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung nach Autounfall in alkoholisiertem Zustand und Angriff auf Polizei) diagnostizierten die Ärzte in psychiatrischer Hinsicht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen (vermeidenden) und paranoiden Anteilen, Störung durch Alkohol (schädlicher Gebrauch), Probleme in der Beziehung zum Ehepartner sowie Probleme in Verbindung mit Arbeitslosigkeit.

Sie hielten fest, eigen- und fremdanamnestic haben eruiert werden können, dass beim Beschwerdeführer seit mehreren Jahren Probleme im Sinne einer depressiven Stimmungslage, Schuldgefühle bezüglich des Suizids seiner Schwester,

eine problematische Beziehung zu seiner getrennt lebenden Ehefrau, soziale Probleme mit paranoiden Verfolgungsideen und konsekutivem sozialem Rückzug sowie Arbeitslosigkeit bestünden. Es sei mehrfach die Selbstgefährdung im Rahmen des schädlichen Alkoholgebrauchs besprochen und eine langfristige psychotherapeutische Behandlung empfohlen worden. Der Beschwerdeführer sei nur bedingt krankheitseinsichtig sowie wenig introspektionsfähig gewesen und habe nicht zu einer stationären Psychotherapie auf der hauseigenen Station motiviert werden können. So sei er im Z.____ der A.____ angemeldet worden. 3.2

Die Ärzte der A.____, wo der Beschwerdeführer vom 21. November bis 27. Dezember 2012 hospitalisiert gewesen war (freiwillig auf Zuweisung des Hausarztes wegen zunehmender Verschlechterung der depressiven Symptomatik und vorhandenen Suizidgedanken vor dem Hintergrund einer bekannten depressiven Symptomatik und Alkoholabhängigkeit), diagnostizierten mit Bericht vom 30. Mai 2013 (Urk. 8/22; vgl. auch Austrittsbericht vom 8. Februar 2013, Urk. 8/19/3-7) eine rezidivierende depressive Störung,

bestehend seit 2003, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, weiter psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Abhängigkeitssyndrom) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen (vermeidenden) und paranoiden Anteilen

(Ziff. 1.1).

In anamnestischer Hinsicht schilderten sie (Ziff. 1.4) eine im Jahr 2003 eingesezte Zustandsverschlechterung mit depressiver Symptomatik und ausgeprägtem

sozialem Rückzug aufgrund von Konflikten mit der Ehefrau, anschliessend dem Verlust der Arbeit und zunehmendem Alkoholkonsum samt Suizidversuch (2004, Sprung von der Brücke in die B.____, damals stationär in der C.____). Seit Februar 2011 bis zum stationären Aufenthalt habe der Beschwerdeführer zwei mal wöchentlich das Halbtagesprogramm im Z.____ besucht (Therapieprogramm mit Training sozialer Kompetenzen, sozialer Integration und Alltagsbewältigung).

Bei Eintritt habe er von innerer Unruhe, Gefühlen der Leere sowie Traurigkeit, die aufgrund der psychosozialen Belastung (Trennung von der Ehefrau, Einsamkeit, zu seltener Kontakt zu seinen Kindern [15 und 17 Jahre], Arbeitslosigkeit) allmählich zunehmen, berichtet. Er leide unter sozialem Rückzug (verlasse teilweise das Haus nicht mehr), Antriebsmangel, rascher Erschöpfung, Verlust von Freude und Interessen, ständigem Grübeln, Schlafstörungen und Appetitverlust (er esse nur einmal am Tag). Daneben habe er manchmal Angstanfälle, er beruhige sich dann aber wieder. Lebensmüde Gedanken seien seit längerem vorhanden. Der Alkoholkonsum sei unregelmässig ohne Entzugssymptome.

Die Ärzte schilderten einen wachen, bewusstseinsklaren, allseits orientierten Beschwerdeführer, welcher im Kontakt freundlich und kooperativ sei bei herstellbarem affektivem Rapport. Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis im Gespräch seien vermindert. Formalgedanklich sei er unauffällig, gebe Grübeln und Gedankenkreisen an. Die Ärzte erkannten keine inhaltlichen Denkstörungen, indes leichte paranoide Züge (immer leichtes Bedrohungsgefühl seit Paketbombeingang bei einer politischen Zeitungsredaktion während des Krieges, wo er als Journalist gearbeitet habe, samt Attentat auf Kollegen, die umgekommene seien). Sinnestäuschungen und Ich-Störungen seien verneint worden. Die Stimmung beschrieben sie als traurig und etwas unruhig, affektiv schwingungsfähig. Er habe Angst vor der Zukunft. Antrieb und Psychomotorik seien unauffällig, das Krankheitsgefühl ausgeprägt, es bestünden Ein- und Durchschlafstörungen sowie verminderter Appetit, keine Aggressivität, er habe seit längerem lebensmüde Gedanken ohne konkreten Suizidplan.

Der Beschwerdeführer habe sich auf der Station stets freundlich und angepasst verhalten. Im Verlauf habe er sich unter regelmässiger Medikation und Teilnahme

am multidisziplinären Therapieprogramm langsam weitgehend stabilisieren können. Er habe sich im Verhalten kooperativ, krankheitseinsichtig und gegenüber der Behandlung positiv eingestellt gezeigt.

In prognostischer Hinsicht verwiesen die Ärzte auf die chronisch-rezidivierende depressive Störung mit latenten Suizidgedanken bei akzentuierten Persönlichkeitszügen mit vor allem ängstlich-vermeidenden Anteilen, die eine verringerte Belastbarkeit verursachen. Der Beschwerdeführer verfüge kaum über geeignete Copingstrategien zum Umgang mit Belastungssituationen. Durch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung könne eine bessere Selbstwahrnehmung/ -einschätzung, Bedürfniserkennung sowie ein adäquater Umgang mit beziehungsweise Vorbeugen von Überforderungssituationen erreicht werden. Die Prognose in Bezug auf die Funktionsfähigkeit und das Arbeitsniveau könne damit verbessert werden.

Die Ärzte attestierten – bei verringerter Frustrationstoleranz und Stabilität, innerer Unruhe mit mangelnder Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit so wie schneller Überforderung (S. 5) - eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für die Zeitspanne der stationären Behandlung und stellten eine zurückhaltende Prognose unter Hinweis auf die unzureichende Zustandsverbesserung trotz regelmäßiger Teilnahme am Therapieprogramm seit Februar 2011. Der Beschwerdeführer sei zur weiteren stationären Behandlung auf die Abteilung für abhängiges Verhalten der Klinik D.____ übergetreten, somit habe weiterhin eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bestanden. Jedoch sei die langfristige Arbeitsfähigkeit nicht abschliessend beurteilbar (S. 5).

1). Sie erachteten jedoch ein Arbeitspensum von 50 % an einem geschützten Arbeitsplatz zunächst für zielführend und realistisch; je nach Verlauf erscheine eine phasenweise Erhöhung möglich (S. 5). 3.3

Die Ärzte der A.____, E.____, F.____, hatten am 21. Februar 2013 (Urk. 8/29) über die erfolgreiche und ohne Komplikationen verlaufene stationäre freiwillige Entzugsbehandlung vom 27. Dezember 2012 bis 22. Januar 2013 berichtet und die von der zuweisenden Klinik gestellte Diagnose bestätigt. Sie fügten an, aus Sicht des Beschwerdeführers sei Alkohol nicht so das Problem (S. 2).

In anamnestischer Hinsicht erwähnten sie (S. 2) einen Erstkonsum mit 24 Jahren sowie einen zunehmenden seit der Scheidung mit Verlust des Führerscheins im Jahr 2006, zwischendurch sei er vier Jahre ohne Konsum gewesen. Er habe bis sechs Flaschen Wein innerhalb von 24 Stunden konsumiert, meistens abends. Der letzte Konsum datiere vom 15. Dezember 2012 mit zwei Flaschen Wein.

Den Psychostatus bei Eintritt schilderten sie wie folgt: „Bei wacher Bewusstseinslage zu allen 4 Qualitäten ausreichend orientiert. Im Verhalten situationsadäquat. Im Kontakt freundlich und zugewandt. Aufmerksamkeit, Konzentration ungestört. Kritikfähigkeit leicht reduziert. Leichte mnestiche und kognitive Defizite eruiert. Formales Denken grob orientierend intakt. Kein Hinweis auf inhaltliche Denkstörungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Affektiv schwingungsfähig bei depressiver Stimmungslage. Unauffällige Psychomotorik bei vermindertem Antrieb. Kein Anhalt für akute Selbst- oder Fremdgefährdung.“

Sie hielten fest, der Beschwerdeführer sei im stationären Alltag gut integriert und gegenüber den Mitpatienten und Therapeuten stets freundlich und höflich gewesen. Er habe sich motiviert gezeigt und am therapeutischen Angebot regelmäßig teilgenommen. Er habe in ausreichend stabilisiertem Zustand ohne Hinweise auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung austreten können (S. 3). 3.4

Hausarzt Dr. med. G.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, beschrieb in seinem Bericht vom 5. Juni 2013 (Urk. 8/21/1-5) – bei bekannter Diagnose – eine zunehmende Alkoholabhängigkeit seit 2003, welche 2004 zu einer ersten psychiatrischen Hospitalisation geführt habe. Körperlich befinde sich der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand, psychisch träten immer wieder ängstliche Züge mit paranoiden Anteilen hervor (Verfolgungswahn). Er leide auch unter schweren depressiven Phasen mit Suizidgedanken. Dr. G.____ bestätigte eine Abstinenz seit Dezember 2012 und verwies auf schwere Phasen von Depression, Lebensunlust mit Suizidgedanken, Konzentrations- und Schlafstörungen sowie eine ausgedehnte Medikation. Er erachtete die bisherige Tätigkeit als nicht mehr

zumutbar und eine behinderungsangepasste im Umfang von 20 bis 30 % (seit März 2011) unter dem Hinweis, dass gegenwärtig eine Eingliederung nicht möglich sei. 3.5

Med. prakt. H.____, Psychiatrie und Psychotherapie, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, befand (Urk. 8/31/4-5) die Diagnose einer gegenwärtig schweren Episode einer depressiven Störung als nicht nachvollziehbar, da der Beschwerdeführer als freundlich und zugewandt sowie affektiv schwingungsfähig beschrieben worden sei. Am 29. Oktober 2013 ergänzte er, die Rücksprache mit dem Stationsarzt der Klinik D.____ habe ergeben, dass die Diagnose der schweren depressiven Episode der Eintrittsdiagnose der I.____ entstamme. Der Zustand habe sich in der stationären Behandlung wesentlich gebessert und bei Austritt sei er noch leicht bis mittelgradig depressiv gewesen.

Med. prakt. H.____ ersah ein offensichtlich primäres Alkohol-Suchtgeschehen, dessen Schwere der Beschwerdeführer wohl nicht einsehe, wie seine Äußerungen in F.____ („nicht so das Problem“) belege. In seinen Alkoholexzessen zeigten sich auch depressive Symptome, die unter Abstinenz abklängen, wie die Klärstellung aus F.____ darlege. Gravierende körperliche Folgeschäden seien bis her nicht beschrieben. 3.6

Dr. med. J.____, Oberarzt K.____, diagnostizierte am 16. April 2014 (Urk. 8/45) in seiner Stellungnahme zum Vorbescheid aus seinem Fachbereich eine rezidivierende depressive Störung mit Zustand nach mehreren schweren Episoden ohne vollständige Remission, gegenwärtig mittelschwere Symptomatik mit Panikattacken und Vermeidungsverhalten, eine Störung durch Alkohol mit Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen, vermeidenden und paranoiden Anteilen. In organischer Hinsicht verwies er auf ein Aneurysma der Sinusportion, eine leichte Aortendilatation, eine Hypocholesterinämie sowie eine Cluster-Headache/Migräne.

Er schilderte krankheitsbedingte Einschränkungen der Konzentration, Merkfähigkeit, Belastbarkeit, Flexibilität, Durchhaltefähigkeit, Gruppenfähigkeit und bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Das Vorliegen eines IV-relevanten Gesundheitsschadens auf längere Sicht konnte er nur schwer beurteilen und hielt

fest, ohne psychotherapeutische und strukturgebende Unterstützung sehe er keine Hinweise, die eine Besserung begünstigen könnten.

Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, in seinem erlernten Beruf als Betriebsökonom (Ausbildung im Heimatland) beziehungsweise in seinem angestammten Beruf als Journalist sehe er gegenwärtig aufgrund schwankender und tagesabhängiger Symptomatik eine Arbeitsfähigkeit von ca. 20%. In geschütztem Rahmen beziehungsweise bei angepasster Tätigkeit (Arbeitseinsätze zur Erhaltung der Tagesstruktur) sehe er gegenwärtig eine Arbeitsfähigkeit von 30 bis 40%. Er empfahl eine Begutachtung zur Klärung der Fragen.

Dr. J.____ ergänzte, bei familiärer Vorbelastung (unter anderem Suizid der Schwes-ter) und schwach ausgebildeten Bindungsstrukturen bestehe beim Beschwerdeführer seit seiner Kindheit eine erhöhte Vulnerabilität für eine endogene Depression. Nach einer ersten depressiven Episode in seiner Jugend sei der Beschwerdeführer ab dem Erwachsenenalter, begünstigt durch zahlreiche Live-Events, mehrmals an schweren depressiven Episoden mit wiederholten Suizidplänen erkrankt, so dass er die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung erfülle. Da es in den letzten Jahren zu keiner vollständigen Remission gekommen sei, handle es sich trotz den gegenwärtig mittelgradigen depressiven

Symptomen definitionsge mäss weiterhin um eine schwere depressive Episode beziehungsweise eine Major Depression. Aufgrund unzureichender Strategien sei seine Alkoholsucht von 2003 bis 2012 als ungünstiger Lösungsversuch zu verstehen, welcher zu weiteren beruflichen und sozialen Problemen geführt habe. Zur weiteren Aufrechterhaltung seines inneren Konfliktes und der Depression habe beigetragen, dass ein schuld- und schambesetztes Krankheitsverständnis vorherrsche und er trotz hohem Leidensdruck gegen aussen eine gesunde Fassade aufrecht zu erhalten versuche. Seine bisherigen Erfahrungen mit der Psychiatrie und seine paranoide, ängstliche und vermeidende Persönlichkeitsstruktur hätten ihn daran gehindert, sich auf eine Psychotherapie im engeren Sinne einzu lassen. Der Beschwerdeführer habe sich aber im Rahmen der psychiatrischen Sprechstunde motiviert für eine ambulante Psychotherapie gezeigt. Aufgrund fehlender Kapazitäten sei diese in der K. ___ zurzeit nicht möglich, er werde aber bei der Suche nach einem geeigneten Therapieplatz unterstützt. 4. 4.1

Aufgrund der medizinischen Aktenlage steht fest, dass der Beschwerdeführer an einer psychischen Störung sowie einer Alkoholproblematik leidet. In diagnostischer Hinsicht sind sich sämtliche beteiligten Ärzte darin einig, dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung, an einer Störung durch Alkohol mit Abhängigkeitssyndrom sowie an akzentuierten Persönlichkeitszügen mit ängstlichen, vermeidenden und paranoiden Anteilen leidet. 4.2 4.2.1

Zur invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz der Leiden ist vorwegzuschicken, dass sich die medizinischen Berichte nicht detailliert über den Zusammenhang zwischen der Alkoholerkrankung und der depressiven Störung beziehungsweise den akzentuierten Persönlichkeitszügen aussprechen. So ist nicht bekannt, ob die psychische Störung zur Alkoholsucht geführt hat, was angesichts der Schilderung des Beginns im Rahmen der Trennung von der Ehefrau immerhin zu bezweifeln ist, liegt doch hier ein Zusammenhang zu einer psychosozialen Belastungssituation näher, ohne dass eine relevante psychopathologische Ursache indes ausgeschlossen wäre. Die geschilderte Vulnerabilität reicht für eine solche Annahme jedenfalls nicht aus.

Den ärztlichen Berichten ist sodann nicht zu entnehmen, ob der übermässige Alkoholgebrauch zur Ausbildung der zuweilen auch schweren depressiven Störung und zu den Auffälligkeiten der Persönlichkeit geführt hat, oder ob diese unabhängig davon vorliegen. 4.2.2

Damit kann der Einfluss der Alkoholerkrankung auf die Gesundheitssituation und die Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig bestimmt werden. So ist es möglich, dass

sich die depressiven Episoden sowie das auffällige Verhalten des Beschwerdeführers bei längerdauernder Abstinenz zurückbilden und wieder ein Zustand erreicht werden kann, wie er vor Beginn des übermässigen Alkoholkonsums bestanden hat. Andererseits ist nicht ausgeschlossen, dass die psychische Problematik unabhängig von der Alkoholerkrankung vorliegt und ihr eigenständiger Krankheitswert zukommt.

Insoweit kann den Ausführungen des RAD-Arztes med. prakt. H. ___ nicht unbeschadet gefolgt werden, wenn er von einem offensichtlich primären Alkohol-Suchtgeschehen ausgeht, obwohl sich einige Gründe für eine solche Annahme finden (E.

3.4) und sich namentlich während der Behandlung in der Klinik D. ___ unter Abstinenz massgebende Verbesserungen einstellten (E.

3.3 und E.

3.4). Indessen zeigte sich auch nach mehrmonatiger Abstinenz (wobei eine solche offenbar nicht fachmedizinisch kontrolliert wurde) weiterhin eine massgebende psychische Pathologie im Sinne einer mittelschweren depressiven Symptomatik (E. 3.5). 4.3 4.3.1

Zur vorliegenden rezidivierenden depressiven Störung ist sodann zu bemerken, dass eine (schwere) depressive Episode im Sinne von ICD-10 F32.2 grundsätzlich

eine vorübergehende Störung bezeichnet (Urteil des Bundesgerichts 9C_947/2012 vom 19. Juni 2013 E. 3.2.1). Sodann werden nach der Rechtsprechung selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig als keine von depressiven Verstimmungen klar unterscheidbare andauernde Depression betrachtet, weshalb sie in Bezug auf die versicherungsrechtliche Beurteilung nicht massgebend sind. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur gelten grundsätzlich als therapeutisch angebar (Urteile des Bundesgerichts 8C_68/2013 vom 14. Mai 2013 E.

3.5 und 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1, je mit weiteren Hinweisen). Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode mittleren Grades vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_213/2012 vom 13. April 2012 E. 3.2). 4.3.2

Vorliegend wurden depressive Episoden nicht bloss mittelschwerer, sondern auch schwerer Ausprägung diagnostiziert, weshalb nicht unbeschadet von einer Therapieausgangung ausgegangen werden kann. Sodann kann die Annahme, die vorliegenden depressiven Episoden seien definitionsgemäss keine anhaltenden Störungen, in dieser absoluten Form nicht bestätigt werden. Vorweg wurden nicht bloss depressive Episoden diagnostiziert, sondern eine mittlerweile mehrere Jahre anhaltende depressive Störung unterschiedlicher Ausprägung. So dann ist den Akten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit Februar 2011 in psychiatrischer Behandlung stand (nach Angaben des Hausarztes auch weiterhin, Urk. 8/21/2) und durchwegs erheblich in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war (zumindest nach den Angaben des Hausarztes, E. 3.4).

Bei dieser Sachlage kann der depressiven Erkrankung nicht von vornherein vorübergehender Charakter zugeschrieben werden. Der Verlauf zeigt keine vorübergehende, sondern eine im Verfügungszeitpunkt über drei Jahre dauernde Störung. Allerdings ist zu bemerken, dass sich der Beschwerdeführer anfänglich nur wenig einschränkende Therapiebemühungen beugte und beispielsweise eine stationäre Psychotherapie ablehnte (E.

3.1). Immerhin besuchte er in der Folge während eineinhalb Jahren zweimal wöchentlich das Halbtagesprogramm im Z.____ (E.

3.2), bevor er wieder hospitalisiert werden musste. Nach Angaben des Hausarztes finden diese Sitzungen immer noch statt (Urk. 8/21/2 Ziff. 1.5), nach jenen des Dr. J.____ (implizit) nicht mehr (E. 3.6). Erst Ende 2012 entschloss er sich zu einer stationären Behandlung (E.

3.2). In wieweit Therapiebemühungen Aussicht auf Erfolg haben und die Arbeitsfähigkeit – auch mit entsprechenden zumutbaren Anstrengungen des Beschwerdeführers – gesteigert werden kann, ist den medizinischen Einschätzungen nicht zu entnehmen. 4.3.3

In Bezug auf die konkreten Einschränkungen sind die Akten ebenfalls nicht ergiebig. So beschrieben die A.____ -Ärzte lediglich eine verringerte Frustrationstoleranz und Stabilität,

innere Unruhe mit mangelnder Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit sowie schnelle Überforderung bei ansonsten diskreten Befund schilderungen, welche sich im Wesentlichen in einer traurigen Stimmung sowie verminderter Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnisleistungen erschöpften. Andererseits wurde der Beschwerdeführer als freundlich und angepasst beschrieben, welcher sich gut eingegliedert habe (E. 3.2). Auch die Ärzte der Klinik D.____ schilderten – ausser einer depressiven Stimmungslage – un auffällige Befunde mit mittlerweile gebesserter Aufmerksamkeit und Konzentration und hoben das freundliche Verhalten des Beschwerdeführers hervor (E. 3.3). Dr. J.____ verwies sodann wiederum auf Einschränkungen der Konzentration und Merkfähigkeit, weiter der Belastbarkeit, Flexibilität, Durchhaltefähigkeit, Gruppenfähigkeit und bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (E. 3.6).

Inwieweit sich diese Einschränkungen effektiv auf eine optimal leidensangepasste Tätigkeit auswirken, ist nicht auszumachen. Immerhin fällt auf, dass die Befunde nicht derart gravierend sind, dass keinerlei Tätigkeit mehr als zumutbar erscheint, namentlich nicht in einer Routinetätigkeit ohne grössere kognitive Anforderungen. So begründete Hausarzt Dr. G.____ seine Annahme einer 20 bis 30%igen Arbeitsfähigkeit (bei aktueller vollständiger Arbeitsunfähigkeit) nicht weiter (E.

3.4) und liess auch Dr. J.____ eine nachvollziehbare Begründung für sein Attest (30 bis 40%ige Arbeitsfähigkeit) vermissen. Vielmehr verwies er auf die Notwendigkeit einer Arbeitstätigkeit zur Erhaltung der Tagesstruktur und nahm keine medizinisch-theoretische Einschätzung vor (E.

3.6). Darauf kann nicht abgestellt werden, zumal er zur Klärung dieser Frage selber eine Begutachtung empfahl. 4.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vorliegenden ärztlichen Einschätzungen weder verlässliche Schlüsse zulassen, ob eine rechtsprechungsgemäss zu beachtende Alkoholproblematik vorliegt, noch ob eine relevante und rechtlich zu beachtende andauernde psychische Pathologie besteht sowie in welchem Umfang der Beschwerdeführer allenfalls in seiner Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Verweistätigkeit eingeschränkt ist. Angesichts dessen, dass die entscheiderelevanten Fragen bisher gar nicht beziehungsweise lediglich durch Einholung von wenig aussagekräftigen Berichten zu erhellen versucht wurden, rechtfertigt es sich nicht, bereits zu diesem Zeitpunkt der Abklärungen ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urk. 1 S.

2). Diese Vorgehensweise steht im Einklang mit der höchstrichterlichen Praxis (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), da es sich um eine notwendige Erhebung von bisher gutachterlich ungeklärten Fragen handelt.

Demgemäss ist die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese zur Klärung der relevanten Fragen eine psychiatrische Begutachtung veranlasse und hernach über einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 5.

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 600.-- fest zu legen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung wird damit gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gut geheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 2. Juli 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird,

damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Gräub Sonderegger

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 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). 2.

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