

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01106 vom 21. Juni 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-06-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01106

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01106 du 21 juin 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01106 del 21 giugno 2004

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). 1.

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 1. 6

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invaliden ein kommen), in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die b eiden hypo thetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Unter bestimmten Voraussetzungen können nach der Rechtsprechung zur Fest legung der hypothetischen Vergleichseinkommen die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodi sch herausgegebene n Lohnstruktur erhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb). Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnitts werten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) um maxi mal 25 % zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität bzw. Aufent haltskategorie oder Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben und die versi cherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausge glichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerb lichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2, 126 V 75 E. 5b/aa-cc). 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 24. Oktober 2014 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2014 und die Zusprache einer ganzen R ente rückwirkend ab 1. Januar 201 2. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung.

Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 25. November 2014 (Urk. 11) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer tags darauf zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin mass

dem Suchtgeschehen keine invalidenversiche rungsrechtliche Relevanz bei und hielt dafür, gemäss dem Gutachten von Dr. A.____

vom 27. Juni 2012 bestehe mit Auswirkung auf die Arbeits fähigkeit eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoiden, narzissti schen, zwanghaften und ängstlich-vermeidenden Zügen. Hinsichtlich einer angepass ten Tätigkeit besteh e laut Gutachten eine Arbeitsfähigkeit von 70 %, welche

mittels geeigneter Massnahmen innerhalb von sechs Monaten auf 100 % gesteigert werden könne. Der auferlegten Schadenminderungspflicht sei der Beschwerdeführer bisher nicht vollständig nachgekommen. Selbst wenn jedoch weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % ausgegangen würde, resultierte im Einkommensvergleich ein rentenausschliess ender Invaliditätsgrad von 30 % (Urk. 2, Urk. 11).

E. 2.2

Dagegen brachte der Beschwerdeführer vor, auf das Gutachten von Dr. A.____ könne bereits deshalb nicht abgestellt werden, weil es bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die suchtbedingten Beeinträchtigungen ausser Acht lasse. Da d er jahrelange

Suchtmittelkonsum eine Folge de r

psychischen Beschwerden darstelle, seien bei der

Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit nebst den psychischen auch die suchtbedingten Beeinträchtigungen zu berücksichtigen .

Die Expertise vermöge aber auch unter dem Aspekt der Auseinandersetzung mit den Vorakten dem Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens nicht zu genügen und beinhalte Widersprüche und Unvollständigkeiten, wes halb darauf nicht abgestellt werden könne. Nachvollziehbar und schlüssig seien hingegen die Arztberichte des Medizinischen Zentrums B.____ , wonach keine verwert bare Arbeitsfähigkeit vorliege (Urk. 1 S. 9 ff.) . 3.

I n de m mit der Erstanmeldung vom 13. Februar 2002 (Urk. 12/1) angehobenen V erfahren hatte die Beschwerdegegnerin die vom

Beschwerdeführer auch nach Verstreichen der angesetzten Bedenkzeit und nach Darlegung der Säumnis f olgen

(Urk. 12/12) weiterhin aufrechterhaltene Weigerung, sich der angeordne ten psychiatrischen Begutachtung durch Dr. Y.____

(Urk. 12/8) zu unterziehen (Urk. 12/15-16, Urk. 12/ 17/1-2, Urk. 12/ 19),

als schuldhafte Verletzung der Mitwirkungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG gewertet und das Leistungs begeh ren abgewiesen , da die vorhandenen (in medizinischer Hinsicht nicht aussa gekräftigen) Akten den Schluss auf eine Invalidität nicht gestattete n (Ver fügung vom 7. April 2003 , Urk. 12/21 ; Einspracheentscheid vom 12. August 2003 , Urk. 12/23).

Dies wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 21. Juni 2004 (Prozess Nr. IV.2004.00100; Urk. 12/28) bestätigt, nachdem der Beschwerde führer auf gerichtliche Aufforderung hin (Verfügung vom 27. April 2005, Urk. 12/26) keine Beweismittel beigebracht hatte, welche eine andere Beurtei lung zugelassen hätten. Mithin wurde damals das Leistungsbegehren abgewie sen mit der Begründung, der Sachverhalt, aus dem der Beschwerde führer Rechte ableiten woll t e, sei – infolge Widersetzlichkeit im Rahmen der angeordneten Begutachtung – nicht erwiesen. Eine eigentliche materielle Prüfung gestützt auf beweiskräftige

ärztliche Berichte konnte

damals nicht stattfinden. Insofern muss vorliegend kein Nachweis einer Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen erbracht werden (vgl. Meyer/Reichmuth , Bundes gesetz über die Invalidenver sicherung [IVG], 3. Auflage 2014, N 126 zu Art. 30-31 mit Hinweis auf Bundes gerichts urteil I 600/99 vom 6. Juli 2000 E. 1). 4. 4.1

In der Neuanmeldung vom 11. Juli 2011 vermerkte der Beschwerdeführer eine psychiatrische Behandlung im Medizinischen Zentrum B.____

seit dem 18. September 2009 (Urk. 12/40 S. 7 Ziff. 6.7) .

Der dort tätige med. prakt. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hatte im Zeugnis vom 22. Februar 2010 zuhanden der Sozialen Dienste der Stadt Zürich

(Urk. 12/37/1) eine Polytoxikomanie (ICD-10 F19.25) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert und für jegliche berufliche Tätigkeit

eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert, bestehend seit dem Jahr 1990. 4.2

In dem von der Beschwerdeführerin eingeholten Bericht des Medizinischen Zentrums B.____

vom 29. Juli 2011 (Urk. 12/43/6-8), unterzeichnet von dipl. psych. FH et lic. iur. D.____, med. prakt. C.____ und Dr. phil. E.____, Klinischer Psychologe, wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine „rezidivierende depressive Depression“, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), eine soziale Phobie (F40.1), eine Panikstörung (F41.0), eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Cannabis, schädlicher Gebrauch (F10.1 und F12.1), ein Status nach Polytoxikomanie (F19.2), eine Kleptomanie (F36.2) und Schwierigkeiten mit der Geschlechtsidentität (Transgender, F46.9) diagnostiziert (S. 1 Ziff. 1.1).

Zur „Krankheitsanamnese/Störungsentwicklung“

ist dem Bericht zu entnehmen, dass aus Sicht des Beschwerdeführers die Beschwerden mit dem Tod seines ersten Freundes (im 17. Lebensjahr des Beschwerdeführers) infolge HIV zusammen hängen. Auch sein zweiter Freund sei gestorben, ebenso der Bruder (HIV) und „viele andere“. Die Kindheit sei geprägt gewesen von der Scheidung der Eltern und den sexuellen Übergriffen des Grossvaters, welche den Beschwerdeführer schwer traumatisiert hätten. Seit der Pubertät sei er zudem schwer verunsichert betreffend

seine Geschlechtsidentität (Homosexualität, Transgender), was ihm zusammen mit dem fehlenden Rückhalt in der Familie respektive Gesellschaft verunmöglicht habe, einen stabilen und widerstandsfähigen Selbstwert zu entwickeln. Immer wieder breche dieser ein und er isoliere sich ganz, sei für Tage unansprechbar und sehr depressiv. Ein mehrmonatiger Gefängnisaufenthalt, während dem er wegen seiner sexuellen Orientierung mehrmals körperlich misshandelt worden sei, habe ihn zusätzlich traumatisiert und paranoid gemacht. Der Selbstwert sei ganz eingebrochen, die depressiven Verstimmungen beherrschten sein Leben (S. 2 Ziff. 1.4).

Unter dem Titel „aktuelle Beschwerden bei Eintritt“ wurde ausgeführt, aktuell beklage der Beschwerdeführer, seit der Kindheit unter einem sehr geringen Selbstwert, Depressionen und Angstzuständen zu leiden. Die traumatisierenden Erlebnisse von früher würden ihn sehr belasten. Ein Hyperarousal, Flashbacks und ein Vermeidungsverhalten seien die Symptome, obwohl er gelernt habe, nach aussen den Schein zu wahren, und eigentlich niemand wisse, wie schlecht es ihm gehe. Seit 1980 habe er deshalb Drogen- und Alkoholprobleme, wobei er den Konsum von Kokain und Heroin (jeweils mehrere Gramm) sowie Amphetaminen ab

dem Jahr 2003 reduziert und 2006 gänzlich gestoppt habe. Gegenwärtig konsumiere er Alkohol (zwei Gläser Whiskey pro Tag) und Cannabis (zirka drei Joints pro Tag). Er verzeichne Schlafstörungen (Tag-/Nachtumkehr), Lust- und Interesselosigkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Gedankenkreisen, Rückzug, Sinnlosigkeitsgedanken, eine deutliche Appetitverminderung und ständiges Weinen. Zusätzlich bestehe eine Kleptomanie seit der Kindheit. In somatischer Hinsicht bestehe nach Angaben des Beschwerdeführers ein

blander Befund. Er sei seit dem Jahr 1990 zu 100 % arbeitsunfähig und werde vom Sozialamt finanziell unterstützt

(S. 2 Ziff. 1.4).

Die genannten Fachpersonen empfahlen eine weitere therapeutische Unterstützung und Begleitung im Einzelsetting (psychosomatische Einzeltherapie seit 18. September 2009 zirka einmal wöchentlich; letzte Kontrolle am 11. Juli 2011, S. 2 Ziff. 1.2) und vermerkten, aktuell erfolge keine Medikation (S. 2 Ziff. 1.5). Die Arbeitsunfähigkeit bezifferten sie mit 100 %

rückwirkend ab

dem Jahr 2000 (S. 1 und S. 3 Ziff. 1.6) . 4.3

Der von der Beschwerdeführerin bestellte Sachverständige Dr. A.____

hielt

im psychiatrischen Gutachten vom 27. Juni 2012 (Urk. 12/69) fest , eigenen Angaben zufolge sei der Beschwerdeführer in der Kindheit von seinem alkohol abhängigen Vater wiederholt geschlagen worden und habe bis zu seinem 12. Lebensjahr durch den Grossvater väterlicherseits sexuelle Übergriffe erfahren. Unter seiner Aussenseiterrolle, Schwierigkeiten bei sozialen Kontakten und seiner unklaren

Geschlechtsidentität leide er

ebenfalls bereits seit dem Kindesalter (S. 3 f. Ziff. 3.1).

Der Beschwerdeführer rauche seit über 30 Jahren täglich etwa acht bis zwölf Joints und habe hinsichtlich des Alkoholkonsums angegeben, täglich und manchmal bereits am Vormittag Spirituosen (zum Beispiel Rum oder Wodka), gemischt mit Fruchtsaft, zu trinken. Ab dem 16. Lebensjahr habe er mit dem Konsum von Kokain und verschiedenen anderen Drogen (unter anderem LSD, halluzinogene Pilze, Ecstasy, Heroin per Inhalation) begonnen. Seit etwa zehn Jahren konsumiere er ausschliesslich Cannabis (S. 4 Ziff. 3.2).

Dr. A.____

diagnostizierte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Persönlichkeitsstörung mit schizoiden, narzisstischen, zwanghaften und ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10 F61). Den übrigen Diagnosen – Schwierigkeiten mit der Geschlechtsidentität (F64), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Cannabis, schädlicher Gebrauch (F10.1 und F12.1), anamnestisch Polytoxikomanie (F19.2), pathologisches Stehlen (Kleptomanie, F63.2) und soziale Phobie (F40.1) – mass er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 7 f.).

In seiner Beurteilung führte der Gutachter aus, der Beginn der aktuell zur Diskussion stehenden psychiatrischen Problematik lasse sich bis in die frühe Biographie zurückverfolgen. Aktuell äussere der Beschwerdeführer insbesondere Schwierigkeiten mit der Geschlechtsidentität, Angst unter Menschen (Unruhe, Schwitzen und Zittern) und Schlafstörungen. Er schildere zudem eine Perspektiven- und Mutlosigkeit, innere Leere und Niedergeschlagenheit sowie „Kleptomanie“. Im Rahmen der aktuellen Exploration imponiere eine niedergeschlagen-klagsame Grundstimmung. Der Beschwerdeführer wirke

ein wenig resigniert, eine gewisse Tendenz zur Verdeutlichung der Beschwerden sei erkennbar, ohne dass jedoch eine Bewusstseinsnähe bzw. Aggravation anzunehmen wäre. Er sehe sich zeitlebens in einer Opferrolle. Schizoide, narzisstische, zwanghafte und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge seien erkennbar. Eine gravierende depressive Störung lasse sich beim Beschwerdeführer aktuell nicht erkennen. Es zeigten sich keine kognitiven Beeinträchtigungen und auch eine Vernachlässigung des äusseren Erscheinungsbildes sei nicht erkennbar. Der Beschwerdeführer sei effektiv schwingungsfähig und habe soziale Kontakte zu zwei bis drei Kollegen (vgl. dazu Gutachten S. 5 f. Ziff. 3.5 und Ziff. 3.6). Es ergäben sich zudem keine Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), da die meisten der Diagnosekriterien – Einbrüche von Trauma-Material in den Alltag (Intrusionen einschliesslich Flashbacks), Vermeidung

(Avoidance) und Übererregung (Hyperarousal) – beim Beschwerdeführer nicht sicher zu eruieren seien und der ängstliche Affekt im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstörung bzw. der sozialen Phobie stehe. Zu erwähnen sei auch, dass bisher nicht alle zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen (z.B. stationär-psychiatrische Behandlung, längerdauernde konsequente Psycho pharmakotherapie, Cannabis- und Alkoholabstinenz) genutzt worden seien. Die Frequenz der aktuellen Psychotherapie-Termine (vier-wöchentlich , vgl. Gutachten S. 3 unten) sei vor dem Hintergrund der geklagten erheblichen psychischen Beschwerden und der subjektiv empfundenen 100%igen Arbeitsunfähigkeit sowie der im Bericht des Medizinischen Zentrums B.____ vom 29. Juli 2011 angeführten psychischen Beeinträchtigungen nicht adäquat (S. 8 f. Ziff. 6.1).

Er könne – so Dr. A.____ – die im genannten Bericht aufgeführten Diagnosen einer schwergradigen depressiven Störung und einer posttraumatischen Belastungsstörung wie auch die darin attestierte Arbeitsunfähigkeit (100 % seit dem Jahr 2000)

anhand seiner eigenen Untersuchungsergebnisse nicht bestätigen .

Zudem seien invaliditätsfremde Diagnosen und Faktoren als leistungsmindernd in die Beurteilung

der behandelnden Fachpersonen eingeflossen . Die

von ihm diagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoiden, narzisstischen, zwanghaften und ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10 F61)

begründe in einer Tätigkeit als Hilfsarbeiter – der Beschwerdeführer verfüge über keine Berufsausbildung – eine Einschränkung von 50 %. Dagegen seien ihm zeitlich flexible Tätigkeiten mit nur geringem Publikumsverkehr in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre im Rahmen eines 70 %-Pensums zumutbar. Es bestünden Schwierigkeiten im interpersonellen Kontakt und mit der Emotionsregulation sowie ein Mangel an Anpassungs- und Teamfähigkeit bzw. eine erniedrigte Frustrationstoleranz (S. 10 Ziff. 6.2 und 6.3). Aufgrund der fehlenden Befund- und Verlaufsberichte vor Beginn der ambulanten Behandlung im Medizinischen Zentrum B.____ komme der von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeit erst ab 18. September 2009 Gültigkeit zu (S. 11 Ziff. 6.4). Unter Intensivierung der psychotherapeutischen Behandlung mit gegebenenfalls Verordnung eines angstlösenden Antidepressivums sowie unter Reduktion bzw. Einstellung des Cannabis- und Alkoholkonsums sei innerhalb von sechs Monaten eine Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes und damit eine

Arbeitsfähigkeit von 80 % als Hilfsarbeiter und eine solche von 100 % für angepasste Tätigkeiten zu erwarten (S. 11 Ziff. 6.5). Die Motivation des Beschwerdeführers in Bezug auf eine Reintegration sei aber eher fraglich (S. 11 Ziff. 6.6). 4.4

Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin (Urk. 12/70) hin bekräftigte Dr. A. ___ am 29. August 2012, dass die von ihm bescheinigte

Arbeitsunfähigkeit (50 % als Hilfsarbeiter und 30 % in angepasster Tätigkeit) erst ab 18. September 2009 Gültigkeit habe, da eine Beurteilung des Zeitraums vor Beginn der Befunderhebungen rein spekulativ wäre. Der Beschwerdeführer habe bis vor etwa 15 Jahren verschiedene Temporärjobs im In- und Ausland ausgeübt (vgl. auch die Schul- und Berufsanamnese in Ziff. 3.4 des Gutachtens), was darauf schliessen lasse, dass er die früh erworbene Persönlichkeitsstörung über Jahre hinweg gut kompensieren könne. Es sei davon auszugehen, dass er sich im Falle eines gravierenden Leidensdrucks infolge erheblicher psychischer Beschwerden zu einem früheren Zeitpunkt in psychiatrische Behandlung begeben hätte (Urk. 12/71 S. 2 oben). 4.5

Auf Anfrage der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hielten die Fachpersonen des Medizinischen Zentrums B. ___

am 8. April 2014 fest (Urk. 12/93/4-6), der jahrelange Konsum von Alkohol und Drogen sei als Folge des vorliegenden Krankheitsbildes im Sinne einer Eigenmedikation zur Verdrängung der belastenden Erfahrungen einerseits und zur Aufrechterhaltung eines minimalen Funktionierens in der Gesellschaft andererseits zu verstehen. Das Suchtgeschehen sei nicht als ursächliche Problematik einzustufen und deshalb auch nicht primär behandelbar. Bei posttraumatischen Belastungsstörungen trete erwiesenermassen eine sehr hohe Komorbidität an Suchterkrankungen auf (S. 2 Ziff. 2). Der Suchtmittelkonsum erkläre sich schlüssig und stringent im Versuch des Beschwerdeführers, eine Mindestfunktionsfähigkeit aufrecht erhalten zu wollen. Ohne diesen würden das Selbstkonzept und die darauf basierende Handlungsfähigkeit gänzlich zusammenbrechen, die schwere Depression würde den Beschwerdeführer per toto aushebeln und vollkommen isolieren (Ziff. 4). Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Folge der psychischen Schädigung nach mehrjähriger sexueller Missbrauchserfahrung (posttraumatische Belastungsstörung) sei eine in Literatur und Rechtsprechung bekannte Folgeerscheinung. Der Beschwerdeführer werde auch in Zukunft zu 100 % arbeitsunfähig bleiben. Die Einschätzung von Dr. A. ___ sei unrealistisch, wenn nicht illusorisch, und werde der vorliegenden psychischen Erkrankung und dem Ausmass des Leidensdrucks des Beschwerdeführers in keiner Weise gerecht (Ziff. 5). Die vorliegende Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung werde vom Gutachter gänzlich ignoriert, was durchblicken lasse, dass er Krankheitsbild und Leidensdruck nicht adäquat eingeschätzt habe. Er attestiere zwar eine zerrüttete Persönlichkeitsstruktur, verkenne diese aber fälschlicherweise als kombinierte Persönlichkeitsstörung anstatt sie in einem direkten und natürlichen Zusammenhang mit den Missbrauchserfahrungen zu sehen (Ziff. 6). 5.1

Es ist aufgrund der Akten ausgewiesen und unbestritten (Urk. 1 S. 10 Ziff. 3), dass beim Beschwerdeführer seit dem 16. Lebensjahr bzw. seit dem Jahr 1980 ein Suchtgeschehen vorliegt, wobei der initiale Konsum von Kokain und verschiedenen anderen Drogen (unter anderem LSD, halluzinogene Pilze, Ecstasy, Heroin) 2002/2003 sistiert wurde und sich das Suchtgeschehen fortan auf die Einnahme von Cannabis

und Alkohol beschränkte. Aktenkundig ist sodann eine schwierige und zuweilen belastende Kindheit respektive Jugend.

Es ist durchaus nachvollziehbar, dass die damaligen Lebensumstände ein entscheidender Faktor für das Abgleiten in die Drogenszene gewesen sein könnten.

Indes ist nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass bereits damals ein die Erwerbsfähigkeit einschränkendes psychisches Leiden mit Krankheitswert

bestand, welches zur Sucht geführt hätte. Dem Vorbringen des Beschwerdeführers, auch Dr. A. ___ sei davon ausgegangen, dass die kombinierte Persönlichkeitsstörung seit der Adoleszenz bestehe (Urk. 1 S. 10 Ziff. 3), kann nicht beigelegt werden. Der Gutachter hielt in seiner Expertise vom 27. Juni 2012 (S. 8) zwar fest, „der Beginn der aktuell zur Diskussion stehenden psychiatrischen Problematik“ lasse sich „bis in die frühe Biographie des Versicherten zurückverfolgen“. Jedoch

datierte er das Vorliegen eines krankheitswertigen psychischen Gesundheitsschadens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf den 18. September 2009 und bekräftigte dies am 29. August 2012

auf entsprechende Rückfrage der Beschwerdegegnerin hin unter Hinweis auf die bis vor 15 Jahren gute Kompensation (vgl. E. 4.4 hiervor). Sodann qualifizierte Dr. A. ___ den übermässigen Substanzgebrauch (Cannabis- und Alkoholkonsum) als invaliditätsfremden Faktor (Gutachten S. 12 Ziff. 6.7). Diese Einschätzung gibt zu keiner Kritik Anlass. In Anbetracht

der ungesicherten Aktenlage für die Zeit davor wäre eine weiter zurückreichende Beurteilung nicht hinreichend zuverlässig. Persönlichkeitsstörungen treten denn auch häufig erstmals in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und manifestieren sich endgültig im Erwachsenenalter (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 9. Auflage 2014, S. 276).

Etwas Abweichendes ist aufgrund der verfügbaren Akten weder hinreichend bewiesen noch mittels zusätzlicher Abklärungen beweisbar.

Davon abgesehen muss sich der Beschwerdeführer die rechtskräftige Leistungsablehnung zufolge fehlender Invalidität vom Jahr 2003/2004 (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1) entgegenhalten lassen.

Soweit die Fachpersonen des Medizinischen Zentrums B. ___ die Suchtproblematik im Sinne einer Selbstmedikation zur Verdrängung der belastenden Erfahrungen und Aufrechterhaltung einer Mindestfunktionsfähigkeit interpretierten, fällt zunächst auf, dass sie einen Zusammenhang zwischen dem Cannabis-/Alkoholkonsum und der von ihnen diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung erst auf entsprechende Nachfrage der Sozialen Dienste der Stadt Zürich hin im Bericht vom 8. April 2014 (Urk. 12/93/4-6) postulierten. Insbesondere aber lässt sich der Schluss auf eine posttraumatische Belastungsstörung nicht ziehen (vgl. nachstehend E. 5.2 und E. 5.3), sodass auch die angeblich dadurch verursachte Suchtproblematik nicht hinreichend begründet ist. Im Übrigen darf vom Beschwerdeführer erwartet werden, dass er anstelle der Selbstmedikation mittels Cannabis und Alkohol adäquate Therapiebemühungen zur Behandlung seines psychischen Leidens unternimmt.

Ausser Frage steht, dass die Suchtproblematik nicht zu einem geistigen, körperlichen oder psychischen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert geführt hat, welcher die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigt. Damit kommt dem Suchtgeschehen keine Versicherungsrelevanz zu und die von ihr hervorgerufene Arbeitsunfähigkeit kann für die Belange der Invalidenversicherung keine Berücksichtigung finden. Der Einwand des Beschwerdeführers, Dr. A.____ habe im Rahmen seiner Arbeitsfähigkeitseinschätzung die suchtbedingten Beeinträchtigungen zu Unrecht ausser Acht gelassen (Urk. 1 S. 12), verfängt daher nicht. 5.2

Dr. A.____ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoiden, narzisstischen, zwanghaften und ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10 F61) und ging nachvollziehbar davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer zeitlich flexiblen Tätigkeit mit nur geringem Publikumsverkehr sowie wohlwollender und konfliktarmer Arbeitsatmosphäre jeden falls zu 70 % arbeitsfähig ist (vgl. E. 4.3 hiervor).

Entgegen den Vorbringen in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 12 f. Ziff. 6) setzte sich Dr. A.____

mit den relevanten Vorakten, namentlich mit dem Bericht des Medizinischen Zentrums B.____ vom 29. Juli 2011 (vgl. E. 4.2 hier vor), hinreichend auseinander und begründete seine abweichende Einschätzung schlüssig. Der Sachverständige konnte zwar in der Anamneseerhebung traumatische Erlebnisse in der Biografie des Beschwerdeführers ausmachen (vgl. Gutachten S. 3 f. Ziff. 3.1), schloss indes eine posttraumatische Belastungsstörung – ebenso wie eine bedeutende depressive Symptomatik – mangels Erfüllung der einschlägigen Diagnosekriterien aus, was

im Lichte der

anlässlich der Begutachtung erhobenen objektiven psychopathologischen Befunde (vgl. Gutachten S. 6 f. Ziff. 4), aber auch mit Blick auf die dazumal vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden (vgl. Gutachten S. 6 Ziff. 3.7)

ohne weiteres einleuchtet. Hinzu kommt, dass die äusserst knappen eigenen anamnestischen Angaben in sämtlichen Akten allein kaum eine rechtsgenügende Grundlage für die Annahme eines belastenden Ereignisses bzw. einer Situation von aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass bilden dürften,

welche bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, a.a.O., S. 207). Dass der Beschwerdeführer selber die Erlebnisse als traumatisch einstuft, lässt den Schluss auf eine posttraumatische Belastungsstörung nicht zu. 5.3

Konkrete Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des psychiatrischen Gutachtens von Dr. A.____ sprechen (vgl. hierzu BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/bb), sind nicht ersichtlich und ergeben sich

namentlich nicht aus der Berichterstattung des Medizinischen Zentrums B.____.

Zunächst fällt auf, dass im fachärztlichen Attest

vom 22. Februar 2010 zuhanden der Sozialen Dienste der Stadt Zürich

(vgl. E. 4.1 hiervor) die Diagnoseliste mit Angabe einer Polytoxikomanie und einer mittelgradigen depressiven Episode weitaus kürzer ausfiel als in den späteren Berichten an die Beschwerdegegnerin und damals die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 100 % zehn Jahre weiter zurück – bis ins Jahr 1990 – datiert wurde ; einen Zeitpunkt, in dem der Beschwerdeführer verschiedenen Erwerbstätigkeiten nachging (Urk. 12/42/3-5) .

Insbesondere aber lassen die Berichte des Medizinischen Zentrums B.____ eine hinreichend klare Unterscheidung zwischen den vom Beschwerdeführer subjektiv geklagten Beschwerden einerseits und den (fachärztlich) erhobenen objektiven Befunden andererseits vermissen . Entsprechend fehlt es an einer nachvollziehbaren Begründung der gestellten Diagnosen anhand von objektiv erhobenen Befunden. Dies zeigt sich etwa im Umstand, dass zwar in den Berichten vom 29. Juli 2011 (Urk. 12/43/6-8) und 4. November 2013 (Urk. 12/86/5-7) unter dem Titel „aktuelle Beschwerden bei Eintritt“ (S. 2 Ziff. 1.4) jeweils von Hyperarousal, Flashbacks und Vermeidungen die Rede ist, jedoch finden sich – soweit es sich dabei überhaupt um objektive Befunde handelt – keine fachärztlichen Ausführungen dazu, wie sich diese für eine posttraumatische Belastungsstörung typischen Merkmale

konkret manifestieren. Entsprechend vermag die Einschätzung, wonach auf dem freien Arbeitsmarkt keine verwertbare Arbeitsfähigkeit bestehen soll, nicht zu überzeugen, fehlt doch jegliche Begründung dafür, weshalb der Beschwerdeführer mit der notwendigen Willensanstrengung – und allenfalls mit adäquater psychiatrischer Unterstützung – in einer beruflichen Tätigkeit, welche den vorhandenen Defiziten Rechnung trägt, nicht wenigstens zeitweilig arbeitsfähig sein soll. Die Aussage, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bei mehrjähriger sexueller Missbrauchserfahrung respektive posttraumatischer Belastungsstörung „eine in Literatur und Rechtsprechung bekannte Folgeerscheinung“ darstelle (vgl. E. 4.5 hiervor) , genügt in diesem Zusammenhang nicht . Unklar bleibt sodann auch, ob jeweils ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie effektiv an der Beurteilung mitgewirkt hat oder ob die Berichte (fach-)ärztlicherseits lediglich visiert wurden.

Insgesamt kann auf die Einschätzung des Medizinischen Zentrums B.____

mangels Nachvollziehbarkeit nicht abgestellt werden, zumal

es – auch im Bericht vom 8. April 2014 – an einer

einlässlichen und schlüssigen Auseinandersetzung mit den Aussagen des Gutachters fehlt und

sie aus einem therapeutischen Kontext erstattet wurde. In diesem Sinne ist auch

der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen , dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Ferner ist festzuhalten, dass praxisgemäss einer depressiven Störung grundsätzlich nur dann invalidisierende Wirkung zuzuschreiben ist, wenn eine konsequente Depressionstherapie mit Ausschöpfung der therapeutischen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2). Davon kann im Falle des Beschwerdeführers nicht gesprochen werden . Zwar hat er gemäss Bericht des Medizinischen Zentrums B.____

vom 4. November 2013 (Urk. 12/86/7 Ziff. 1.5) eine Psycho pharmakoth erapie (Remeron) aufgenommen, jedoch fand die ambulante Behandlung nicht mehr einmal wöchentlich (Bericht vom 29. Juli 2011, Urk. 12/43/7 Ziff. 1.2), sondern nurmehr einmal alle zwei Wochen statt (Bericht e vom 4. November 2013

und 8. April 2014, Urk. 12/86/6 Ziff. 1.2 und

Urk. 12/93/4 Ziff. 1) . Diese Frequenz weist die Therapie a ls zu wenig engmaschig aus, zumal die vermerkten Daten der letzten Kontrollen (11. Juli 2011 bzw. 14. Oktober 2013) und die diesbezüglichen Angaben des Beschwerdeführers gegenüber Dr. A.____ (vierwöchentlich, vgl. Gutachten S. 3 unten) auf Therapieintervalle längerer Dauer schliessen lassen. Abgesehen von der Intensität der Therapiebemühungen bleibt auch fraglich, ob der Beschwerdeführer mit der psychosomatischen Einzeltherapie im Medizinischen Zentrum B.____ , offenbar durchgeführt vom Psychologen D.____

bzw. E.____ (Gutachten S. 3 unten), überhaupt eine fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nimmt. Insofern wäre eine etwaige depressive Symptomatik invalidenversicherungs rechtlich nicht von Bedeutung.

Der Beschwerdeführer ist denn auch in der Lage, täglich mit seinem Hund im Wald spazieren zu gehen, sich gelegentlich mit zwei bis drei „ guten Kollegen “ zu treffen, sich mehrere Stunden pro Woche um einen kleinen Garten zu kümmern sowie alltägliche Verrichtungen im Haushalt und Einkäufe selbständig zu erledigen (Gutachten S. 5 f. Ziff. 3.6). 5.4

Zusammengefasst steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer in einer zeitlich flexiblen Tätigkeit mit wohlwollender und konfliktarmer Arbeitsatmosphäre und nur geringem Publikumsverkehr jeden falls im Umfang von 70 % arbeitsfähig ist und der Cannabis- und Alkohol konsum keine weitergehende invalidenversicherungsrechtlich bedeutsame Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens zu begründen vermag. 6.

Zu prüfen bleibt, wie sich die gesundheitliche Beeinträchtigung , soweit von Ver sicherungsrelevanz, in erwerblicher Hinsicht auswirkt. Mit Blick auf die Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers und den Umstand, dass er im mass gebenden Beurteilungszeitraum keine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit ausübt e , erweist es sich als sachgerecht, beide Vergleichseinkommen auf der Grundlage der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE ; vgl. E. 1.6 hiervor) zu ermit teln, wobei jeweils der

Tabellen wert

(Totalwert für männliche Arbeitskräfte im Anforderungsniveau 4 von mo natlich Fr. 4'901.-- gemäss LSE 2010) heran zuziehen ist . Die Merkmale, welche nach der Rechtsprechung ein en Abzug recht fertigen könnten , sind vorliegend nicht erfüllt. Namentlich stellt d as Angewiesen sein auf das Entgegenkommen eines verständnisvollen Arbeitgebers praxisgemäss kein anerkanntes eigenständiges Abzugskriterium dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_91/2013 vom 22. August 2013 E. 3.3.4 mit Hinweisen). Entsprechend ist unter Berücksichtigung der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit auf einen Invaliditätsgrad von (höchstens) 30 % zu schliessen. Dementsprechend erübrigen sich Weiterungen zur Frage der von der Beschwerde gegnerin auferlegten Schadenminderungspflicht (Urk. 12/72).

7.

Damit erweist sich die einen Rentenanspruch verneinende Verfügung vom 2. Oktober 2014 (Urk. 2) als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 3

Gemäss ständiger Rechtsprechung begründet eine Drogensucht für sich allein keine Invalidität, sondern nur in Verbindung mit einem die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden geistigen, körperlichen oder psychischen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, der zur Sucht geführt hat oder als deren Folge eingetreten ist (BGE 102 V 167, 99 V 28 E. 2; AHI 2002 S. 30 E. 2a, 2001 S. 228 f. E. 2b; SVR 2001 IV Nr. 3 S. 7 E. 2b; Urteil des Bundesgerichts I 940/05 vom 10. März 2006 E. 2.1 mit Hinweisen). Daraus folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

.2

Die Gerichtskosten (Art. 69 Abs. 1 bis IVG)

sind auf Fr. 700.-- festzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 24. Oktober 2014 wird dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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