

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00772 vom 27. April 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-04-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00772

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00772 du 27 avril 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00772 del 27 aprile 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, besuchte zuerst die Primarschule und trat mit 11 Jahren ins Internat in Y.____ ein, welches bereits seine beiden Geschwister besuchten. Von dort wechselte er in ein Internat in Z.____, wo er sich bis zum Abschluss der Sekundarschule

mit 16 Jahren aufhielt. Er begann im Jahr 1981 eine Lehre als Automechaniker in A.____, die er nach ständigen verbalen Konflikten mit seinem Vorgesetzten ohne Abschluss beendete.

Danach absolvierte er eine zweijährige Ausbildung als Servicemann in B.____, wo er anschliessend erneut eine Lehre als Automechaniker begann. Diese konnte er nicht beenden, da er fristlos entlassen wurde (vgl. Urk. 7/4/4, 7/10/2,

7/16/2 und 7/16/3). In der Folge arbeitete er mit zahlreichen Unterbrüchen in verschiedenen Anstellungsverhältnissen als Automechaniker, Lieferwagenchauffeur, Reinigungsmitarbeiter und Hilfsarbeiter (vgl. Urk. 7/10, 7/11/1 und 7/16/3). Seit Januar 2003 übt er keine Erwerbstätigkeit mehr aus (vgl. Urk. 7/10/3 f.).

Am 4. Juli 2013 meldete sich der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/4). Die IV-Stelle holte einen IK-Auszug ein (Urk. 7/10) und nahm diverse medizinische Unterlagen zu den Akten (Urk. 7/12 und 7/16). Mit Vorbescheid vom 25. März 201

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). Die Invalidität 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

Alkoholismus oder Drogensucht (wie auch Medikamenten abhängigkeit) begründen gemäss ständiger Rechtsprechung für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine derartige Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (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 sowie 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 2).

E. 1.3

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arzt -berichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 1.4

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob

auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).
2.

In der angefochtenen Verfügung zog die Beschwerdegegnerin in Betracht, dass die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ihren Abklärungen zufolge vor allem durch sein Abhängigkeitsverhalten begründet sei. Eine Invalidität im Sinne des Gesetzes liege nicht vor (vgl. Urk. 2 /1).

Im Beschwerdeverfahren vertrat die Beschwerdegegnerin

den Standpunkt, dass das psychische Beschwerdebild durch ein langjähriges Suchtgeschehen dominiert werde. Ein selbständiges psychisches Leiden, das unabhängig vom Suchtgeschehen Bestand habe, sei nicht vorhanden. Sie räumte indessen ein, dass somatische Leiden vorliegen würden, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigen. Die diesbezüglichen Einschränkungen seien jedoch lediglich qualitativer und nicht quantitativer Natur, so dass bei der Invaliditätsbemessung von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen und dementsprechend ein Invaliditätsgrad von 13 % zu ermitteln sei, der keinen Rentenanspruch zu begründen vermöge (vgl. Urk. 6).

Demgegenüber macht der Beschwerdeführer geltend, er habe bereits früh in seinem Leben Angst und depressive Zustände gehabt. Es sei daher sehr wahrscheinlich, dass seine Sucht die Folge eines psychischen Leidens sei (Urk. 1 und 10).

3. 3.1

Den medizinischen Unterlagen lässt sich entnehmen, dass am 6. April 2006 eine Hepatitis C diagnostiziert wurde (Urk. 7/16/105). Vom 11. bis zum 27. April 2006 musste der Beschwerdeführer wegen einer offenen Lungentuberkulose im Spital C.____ behandelt werden. Bei dieser Gelegenheit wurden auch eine Polytoxikomanie (chronischer Heroinkonsum nasal seit 20 Jahren, aktuell Methadonprogramm, Alkoholabhängigkeitssyndrom) und eine Penicillin-Allergie als Diagnosen festgehalten (Urk. 7/16/105). 3.2

Vom 25. April bis zum 16. Mai 2007 war

der Beschwerdeführer für einen Alkoholentzug zum ersten Mal im D.____

hospitalisiert. Dort wurde

gemäss dem Austrittsbericht vom 15. Juni 2007 nebst eines Alkohol-Abhängigkeitssyndroms, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F10.25), eines Opioid-Abhängigkeitssyndroms, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Drogensersatzprogramm (ICD-10: F11.22), und einer Cannabis-Abhängigkeit (ICD-10: F12.25) auch der Verdacht auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom

impulsiven Typ (ICD-10: F60.30) diagnostiziert .

Bei Eintritt habe der Patient erklärt, er sei zunehmend aggressiv, gereizt und habe Angstzustände. Er sei nun motiviert, ganz mit dem Alkoholkonsum aufzuhören, weil er nicht Schuld daran sein wolle, dass seine Beziehung deswegen in die Brüche gehe (Urk. 7/16/39). Im Verlauf der Therapie habe er sich kooperativ und freundlich im Umgang gezeigt. Er habe sich an die Stationsregeln gehalten und rege am Stationsprogramm teilgenommen (Urk. 7/16/41).

Im November 2007 diagnostizierte Dr. med. E.____ , Facharzt FMH für Dermatologie, neu eine Psoriasis capitis et parietalis . Für deren Verlauf würden sich Alkoholabusus und Stresssituationen als ungünstig erweisen (Urk. 7/16/98).

Ein zweiter stationärer Aufenthalt zum Alkoholentzug im D.____

dauerte vom 3. bis zum 30. April 2008 (Urk. 7/16/47) und ein dritter fand vom 7. April bis zum 11. Mai 2009 statt (Urk. 7/16/44). 3.3

Im Spital C.____

wurde vom 22. Juni bis zum 6. Juli 2010 ein erneuter Alkoholentzug

durchgeführt . Die behandelnden Ärzte hielten in dem Austrittsbericht vom 12. Juli 2010 unter anderem auch die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung

(Angst und depressive Störung gemischt, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) fest (Urk. 7/16/91). 3.4

Am 19. Januar 2011 trat der Beschwerdeführer ins F.____ ein, wo er bis zum 17. Februar 2011 ein

valiumgestütztes stationäres Alkoholentzugsprogramm absolvierte . Neben den diversen Substanzabhängigkeiten (zum Teil abstinenzfördernde Umgebung)

wurde in dem Austrittsbericht vom 2. März 2011 auch Angst und

depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2), eine emotional

instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10: F60.30) und eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F90.1) als Diagnosen aufgeführt (Urk.

7/

E. 5

stellte sie dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (Urk.

E. 7

Dezember 2015 eine Eingabe

ein , in der er sich nicht zur Sache äußerte (Urk. 10). Davon wurde der Gegenpartei mit Verfügung vom 12. Januar 2016 Kenntnis gegeben (Urk.

E. 11

).

Auf die Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 16

/ 33). Anamnestisch habe der Patient angegeben, dass er seit einigen Jahren bis zu zehn Liter Bier pro Tag und zusätzlich etwas Wodka trinke. Des Weiteren betreibe er derzeit einen Benzodiazepin -A busus mit fünf Seresta à 15

mg pro Tag. Zudem konsumiere er gelegentlich Cannabis und täglich 20 mg Methadonsubstitution. Er trinke über den ganzen Tag verteilt und fürchte sich vor Angstzuständen, die unter Entzug auftreten würden (Urk. 7/16/34). 3. 5

Vom 19. bis zum 22. September 2011 wurde der Beschwerdeführer wegen einer Hämophilus - Influenzae -Pneumonie im Mittellappen mit Hämoptoe im Spital G.____ behandelt (vgl. Urk. 7/16/77 ff.) . Im

Austrittsbericht vom 23. September 2011 wurde wiederum ein hyperkinetisches Syndrom unter Ritalinbehandlung als Diagnose erwähnt (Urk.

7/16/77). Die ambulante pneumologische Nachuntersuchung vom 7. November 2011 ergab einen regredienten Verlauf

des nodulären Infiltrates und eine COPD GOLD II ; es bestehe eine intermittierende Anstrengungsapnoe, die nicht jeden Tag gleich sei (Urk. 7/16/73). 3.6

Am 11. Februar 2013 wurde im Rahmen eines stationären Aufenthaltes im Spital H.____ ein Blasenkarzinom operativ entfernt (Urk. 7/16/71). 3. 7

Wegen einer Pneumonie mit Pleuraempyem musste der Beschwerdeführer vom 30. Juli bis zum 19. August 2013 im Spital G.____ behandelt werden (vgl. Urk. 7/12). Dessen Kurzbericht vom 19. August 2013 (Urk. 7/12/1) erwähnt

nebst den diversen bekannten Substanzabhängigkeiten und somatischen Diagnosen auch ein hyperkinetisches Syndrom unter Ritalinbehandlung (vgl. Urk. 7/12/1).

Aufgrund eines Rezidivs des Pleuraempyems und abszedierender Pneumonie musste der Beschwerdeführer vom 10. bis zum 25. Oktober 2013 erneut im Spital G.____ hospitalisiert

(Urk. 7/16/15 ff.) und anschliessend ambulant nachbehandelt werden (vgl. Urk. 7/16/53 ff. , 7/16/57 ff. und 7/16/62 ff.) . Dem Bericht des Spitals G.____ vom 14. Februar 2014 zufolge zeigte sich unter der seit einem Monat sistierten Dauerantibiotikatherapie (Gesamttherapiedauer von 14 Wochen) klinisch, laborchemisch und radiologisch ein günstiger Verlauf ohne Hinweise für einen rezidierten pleuralen oder pulmonalen Infektfokus (vgl. Urk. 7/16/10 f.).

3. 8

Die behandelnden Ärzte des I.____ hielten in ihrem Bericht vom 16. April 2014 fest, dass sich der Beschwerdeführer seit 2006 bei ihnen in ambulanter

Behandlung befinde . Aktuell nehme er am opioidgestützten Substitutionsprogramm teil, das von einer psychiatrisch-psychotherapeutischen und somatischen Behandlung begleitet

werde (vgl. Urk. 7/16/1 und 7/16/5). Es wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/16/1) : - Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0) seit Kindheit - Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus (ICD-10: F60.30) seit dem Jugendalter - Panikstörung, episodisch paroxysmale Angst (ICD-10: F41.0) seit 2006 - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.01) seit 2013 als Folge der chronischen Hepatitis C und der wiederholten Pneumonien - COPD GOLD II (ICD-10: J44) mit Lungenemphysem seit 2011 - Psoriasis pustulosa

palmoplantaris (ICD-10: L40.3) seit 2010, intermittente Gelenkbeschwerden aufgrund psoriatischer Arthritis - Status nach anteroseptalem Myokardinfarkt anamnestisch – EKG Korrelativ.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen (Urk. 7/16/1): - Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.24) seit 1986 - Psychische und Verhaltensstörung durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F11.22) seit 1988 - Psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa: ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F13.25) seit 2011 - Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide: episodischer Substanzgebrauch (ICD-10: F12.26) seit 1976 - Psychische und Verhaltensstörung durch Kokain: gegenwärtig abstinenter (ICD-10: F14.20) - Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F17.24) - Rezidivierende bakterielle Pneumonie, teilweise mit Hämoptyse (ICD-10: J15): Status nach abszedierender Pneumonie links mit Pleuraempyem 10/2013, Status nach Hämophilus

Influenzae Pneumonie 9/2011 - MRSA (Methicillinresistenter

Staphylokokus

Aureus)

Träger 2013 - Harnblasenkarzinom in Situ 2/2013, Status nach operativer Entfernung 3/2013 - Chronische Hepatitis C (ICD-10: B18.2) seit 3/2006 - Status nach isoniazidresistenter Lungentuberkulose 2006 - Penicillin-Allergie mit Asthma und Angioödem.

Aus psychiatrischer Sicht leide der Patient bereits seit seiner Kindheit an einem Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndrom sowie an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Diese hätten in seinem Leben zu vielen psychischen und sozialen Problemen geführt, wie zum Beispiel zu häufigen Lehrabbrüchen, zu Autoritätsproblemen, zur Unfähigkeit, sich einem System unterzuordnen, zu mangelnder Teamfähigkeit und zu impulsivem Verhalten. Die Symptomatik habe mittels psychotherapeutischer und medikamentöser Maßnahmen aufgrund seines Misstrauens zu einer Therapie beziehungsweise zu den indizierten Medikamenten nur rudimentär verbessert werden können. Es bestehe weiterhin ganz deutlich eine Tendenz, impulsiv zu handeln. Sein Verhalten sei vom Misstrauen gegenüber Menschen, auf die er angewiesen sei, geprägt. Im Laufe der letzten acht Jahre hätten sich auch Panikattacken entwickelt, die er nur mittels kurzwirksamer Benzodiazepine beherrschen könne. Aufgrund seiner Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung sei er kaum in der Lage, sich im Alltag sinnvoll zu strukturieren und voraus zu planen. Zum Beispiel versäume er abgemachte Termine beim

Zahnarzt und vernachlässige häufig die Führung seines Haushalts. Das Konzentrationsvermögen sei stark reduziert. Auf Kritik reagiere er nicht selten impulsiv. Seine Selbstreflexion sei herabgesetzt. Einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen würden den Patienten im Alltag stützen. Den Konsum verschiedener psychotroper Substanzen sehe man als Versuch einer Selbstmedikation, um die erwähnte Symptomatik besser in den Griff zu bekommen (Urk. 7/16/5).

Aufgrund der seit 2011 stark verschlechterten chronisch obstruktiven Lungenerkrankung reduziere sich die körperliche Leistungsfähigkeit des Patienten. Die seit 2006 bestehende chronische Hepatitis C stelle zusätzlich eine Belastung für den Gesundheitszustand dar. Aufgrund der Psoriasis-Arthritis leide er unter rezidivierenden Gelenkschmerzen und häufig auftretenden psoriatischen

Hautrissen an beiden Handflächen. Die körperlichen Einschränkungen würden zu wiederkehrenden depressiven Verstimmungen führen (Urk. 7/16/5). Neue therapeutische Möglichkeiten im Rahmen der Hepatitis C-Behandlung liessen auf eine Verbesserung des körperlichen Zustandes hoffen, was sich auch in Folge positiv auf das psychische Wohlbefinden des Patienten auswirken könnte.

Seit Januar 2013 betrage die Arbeitsunfähigkeit 100%. Der Patient sei während der Behandlung durch das Sozialamt unterstützt worden und sei nur sporadisch in diversen kurzfristigen Einsatzprogrammen (Recycling) tätig gewesen. Aufgrund der ADHS-Symptomatik, der Angstzustände, der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung und der verminderten Lungkapazität (bei leichter körperlicher Tätigkeit, zum Beispiel Hausarbeit, müsse aufgrund auftretender Atemnot nach 30 Minuten pausiert werden) habe die Arbeitstätigkeit häufig nach kurzer Zeit unterbrochen werden müssen. An den Handflächen bestünden psoriatische Veränderungen der Haut, die zu blutigen und damit infektiösen Hautrissen führen würden. Gelenksbeschwerden, welche die Beweglichkeit limitieren würden, seien sehr wahrscheinlich durch die psoriatische Arthritis und durch die chronische Hepatitis C verursacht (Urk. 7/16/6). 3.9

Med. prakt. J. ___ vom RAD vertrat am 6. Januar 2015 nach der Einsichtnahme in die medizinischen Unterlagen die Auffassung, es lasse sich vor dem Suchtbeginn keine gravierende psychische Erkrankung finden. Viel mehr habe der Beschwerdeführer keine negativen Gefühle wegen des Internats gehabt. Somit liege eine primäre Sucht vor (Urk. 7/21/3).

Die behandelnden Ärzte des I. ___ hätten zwar eine seit dem Jugendalter bestehende emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus diagnostiziert. Biografisch habe der Beschwerdeführer jedoch eine problemlose Zeit in der Primarschule und im Internat geschildert. Wegen seiner „frechen Schnurre“ sei er nicht angeeckt. Die pubertären Streitigkeiten mit der Mutter nach dem Ende der Sekundarschule könnten kaum als Beleg für eine Persönlichkeitsstörung interpretiert werden. Mit 17 Jahren sei er zur Familie seiner Freundin gezogen, mit der er seither über 31 Jahre zusammen sei. Auch hier fänden sich keine Belege für eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung. Ebenso wenig ergäben sich solche aus beruflicher Perspektive. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er mit einer einzigen Ausnahme zu allen Mitarbeitern und Vorgesetzten ein gutes Verhältnis gehabt habe. Erst später, nach mehreren Arbeitsverhältnissen, sei es aufgrund seiner Reizbarkeit und Impulsivität immer wieder zu Konflikten mit dem Arbeitgeber gekommen. Eine seit dem Jugendalter bestehende impulsive Persönlichkeits

störung lasse sich daher nicht belegen. Vielmehr könnte an eine Drogenwirkung gedacht werden. Dem Bericht der Klinik D. ___ vom 15. Juni 2007 sei unter anderem zu entnehmen, dass der Patient vor dem Entzug zunehmend aggressiv und gereizt gewirkt habe, nach dem Entzug sei er kooperativ und freundlich im Umgang gewesen (Urk. 7 /21/3 f.) .

Die Diagnose einer Panikstörung werde lediglich mit „allgemeinen Ängsten“ und „Panikattacken in den acht letzten Jahren, die er nur mittels kurzwirksamer

Benzodiazepine beherrschen können“ begründet. Angesichts der Diagnose einer Sedativa -Abhängigkeit könnte es sich bei diesen Ängsten um Entzugssymptome /Entzugsbefürchtungen handeln. Im Bericht der Klinik D. ___ vom 15. Juni 2007 würden eine Angst vor dem Entzug und „Ängste, wenn länger kein Alkohol getrunken wurde“ erwähnt (Urk. 7 /21/4) .

Trotz der postulierten Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung sei der Beschwerdeführer in der Lage gewesen, einen Schul- und Lehrabschluss zu machen und mehrere Jahre in Werkstätten zu arbeiten. Es gebe keine einschlägige Testung. Das Verpassen von Terminen und das Vernachlässigen des Haushaltes könnten angesichts der ausgeprägten Sucht nicht als Beleg für eine ADHS-Störung herangezogen werden.

Ein alkoholbedingter organischer Hirnschaden sei nicht festgestellt worden.

Der Zustand bezüglich der Psoriasis sei unklar. Der Dermatologe habe auf Besserungsmöglichkeiten unter Alkoholkarenz hingewiesen.

Beim COPD GOLD II trete die Atemnot meist nur unter Belastung auf, so dass Patienten, die nicht sportlich aktiv seien und insgesamt bewegungsarm lebten, die Verschlechterung ihrer Gesundheit nicht bemerkten. Starker Husten (vor allem morgens) und Auswurf seien zwar die Regel, könnten in einigen Fällen aber auch gänzlich fehlen.

Solange der Beschwerdeführer seiner primären Sucht folge, könne nicht entschieden werden, ob ein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden vorliege. Zur Klärung dieser Frage sollte eine mindestens 6-monatige regelmässige kontrollierte Abstinenz von Drogen und Alkohol nachgewiesen werden (ausser natürlich von Methadon). 4. 4.1

Zur Stellungnahme des RAD vom 6. Januar 2015 ist vorab zu bemerken, dass es sich um eine reine Aktenbeurteilung handelt, da med. prakt.

J. ___ den Beschwerdeführer nie untersuchte. Seine Einschätzung vermag daher die praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1) von vornherein nicht zu erfüllen. Insbesondere hat med. prakt. J. ___

selbst ausdrücklich erklärt, es könne nicht darüber entschieden werden, ob ein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden vorliege, solange der Beschwerdeführer seiner Sucht nachgehe (Urk. 7 /21/4). Das heisst, er hat ein Invalidisieren des physischen oder psychischen Leidens – insbesondere im hier interessierenden Zeitraum vom 1. Januar 2013 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. Mai 2015 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG; Urk. 7/4) – weder bejaht noch ausgeschlossen.

Ist seine Einschätzung zu teilen, dass sich die medizinische Situation ohne Weiterungen nicht beurteilen und damit auch der rechtlich relevante Sachverhalt nicht erstellen lässt, erweist sich die Abweisung des Rentenbegehrens

als unzutreffend . Vielmehr wäre die Beschwerdeführerin zu ergänzenden Abklärungen, allenfalls nach dem von med. prakt. J.____ skizzierten Vorgehen, gehalten gewesen . 4.2

In physischer Hinsicht steht aufgrund der geschilderten Aktenlage zumindest fest , dass der Beschwerdeführer seit November 2007 an einer Psoriasis (Urk. 7/16/98) und seit November 2011 an einer COPD GO L D II (Urk. 7/16/73) leidet . Die von den behandelnden Ärzten des I.____

in diesem Zusammenhang attestierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 7/16/6) wurden von med. prakt. J.____ mit einer nachvollziehbaren medizinisch-theoretischen Begründung in Frage gestellt (Urk. 7/21/4 ; vgl. auch Urk. 7/16/73) . Es kann deshalb nicht ohne Weiteres

auf die Einschätzung der Ärzte des I.____

abgestellt werden , ungeachtet der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auf trags recht liche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Zu Recht hat med. prakt. J.____ , welcher den Beschwerdeführer nie persönlich gesehen hat, keine Angaben zu den im konkreten Fall vorhandenen Beeinträchtigungen gemacht. Diese werden durch entsprechende Untersuchungen zu erheben sein. 4.3

Zum psychischen Gesundheitszustand ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer trotz der bekannten Suchterkrankung seit 2010 wiederholt von verschiedenen behandelnden Ärzten eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung , Angst und eine depressive Störung gemischt sowie eine hyperkinetische Störung (des Sozialverhaltens) attestiert wurde (vgl. Urk. 7/12/1, 7/16/33, 7/16/77 und 7/16/91). Die erstgenannte Diagnose , welche zuletzt auch von den behandelnden Ärzten des I.____ gestellt wurde,

hat med. prakt. J.____ unter Verweis auf die biographischen Angaben des Beschwerdeführers in Zweifel gezogen (vgl. Urk. 7/21/3 f.). Den erwähnten anamnestischen Schilderungen sind jedoch nicht nur Beschreibungen einer unproblematischen Primarschulzeit zu entnehmen. Es geht daraus auch hervor, dass der Beschwerdeführer im Kindergarten immer wieder von einem Mitschüler verprügelt wurde und deshalb dem Kindergarten fern blieb . Darüber hinaus wird ein Wechsel von einem Internat im Kanton K.____ in ein anderes im Kanton L.____

erwähnt, der nicht ansatzweise begründet wird (vgl. Urk. 7/16/2). Wegen vermuteter verminderter Intelligenz wurde der Beschwerdeführer abgeklärt und zum Erstaunen der Lehrer wurde ein sehr guter IQ ermittelt (Urk. 7/16/3) . Insbesondere erklärte der Beschwerdeführer ausdrücklich, dass er an beiden Lehrstellen Konflikte mit Vorgesetzten gehabt habe (vgl. Urk. 7/16/3). Der schulischen und beruflichen Biographie sind somit auch gegenteilige Hinweise zu entnehmen .

Vor diesem Hintergrund vermag

med. prakt. J.____ mit seinen Ausführungen die im Raum stehende Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung

zwar nicht zu widerlegen , aber immerhin in Frage zu stellen. Bereits aus diesem Grund erscheint auch der psychische Gesundheitszustand als abklärungsbedürftig. 4.4

Zusammenfassend ergibt sich, dass über den strittigen Leistungsanspruch nicht ohne zusätzliche medizinische Abklärungen entschieden werden kann. Da die selben grundsätzlicher Natur sind, wird die Beschwerdegegnerin diese vorzu nehmen haben. Der angefochtene Entscheid ist somit aufzuheben und die Sache ist zur Durchführung der notwendigen Abklärungen und zu neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (§ 26 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer). 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 500.-- festzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 mit Hinweisen). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 26. Mai 2015 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu ver füge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X. ____ - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

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