

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00067 vom 23. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00067

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00067 du 23 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00067 del 23 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1977, wurde am 22. Oktober 2015 durch seine Arbeitgeberin, die Y.____ AG,

bei der Invalidenversicherung zur Früherfassung angemeldet (Urk. 5/1). Am 13. November 2015 meldete er sich zum Leistungsbezug an (Urk. 5/6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog Akten der Unfallversicherung (Urk. 5/11) sowie der Krankentaggeldversicherung (Urk. 5/17) bei.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 5/30) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 14. Dezember 2016 (Urk. 5/31 = Urk. 2) einen Leistungsanspruch.

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). 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 2

Der Versicherte erhob am 20. Januar 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 14. Dezember 2016 (Urk. 2) und beantragte sinngemäss, diese sei aufzuheben und es seien ihm für die Übergangszeit bis zur Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit Leistungen der Invalidenversicherung zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. März 2017 (Urk. 4) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 4. April 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass die dargelegten gesundheitlichen Einschränkungen auf das Abhängigkeitsverhalten zurückzuführen seien. Rein durch das Suchtgeschehen könne kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung entstehen. Dem Beschwerdeführer werde dringend empfohlen, auf den Beikonsum zu verzichten und eine stationäre Entwöhnungsbehandlung durchzuführen. Mit dieser Massnahme könne die Lebensqualität wesentlich verbessert und der Erfolg für Eingliederungsmassnahmen gesteigert werden (S. 1).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer führte aus, er verstehe die Begründung der Beschwerdegegnerin im Falle einer reinen Drogensucht. Aber in seinem Fall handle es sich um eine Kombination aus Drogensucht und Opiat-Medikamentenabhängigkeit infolge eines Unfalls am 30. April 2015. Nach diesem Unfall seien ihm zur Bekämpfung der starken Schmerzen aufgrund gebrochener Rippen opiathaltige Schmerzmittel verabreicht worden. Die Drogen- und auch die Alkoholsucht habe er während eines freiwilligen und selbst bezahlten Aufenthalts vom 15. Dezember 2015 bis 7. Oktober 2016 in der „Z.____“ erfolgreich therapiert. Was jedoch übrig geblieben sei, sei die Abhängigkeit von Opiaten, welche er nach Rezept noch einnehmen müsse und welche er nach Plänen seiner Hausärztin Frau Dr. A.____ und des Psychiaters, Dr. med.

B.____, langsam abbaue. Momentan leide er oft an starken Entzugsserscheinungen, welche momentan eine regelmässige Arbeitstätigkeit verunmöglichen würden. Zudem erhalte er ab Ende April 2017 keine Krankentaggeldentschädigungen mehr (S. 1).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 3. 3.1

Med. pract. C.____, Stationsärztin, Spital D.____, führte mit Bericht vom 16. Mai 2015 (Urk. 5/11/24) zuhanden der Suva aus, der Beschwerdeführer sei am 15. März 2015 mit seinem Fahrrad gestürzt (Ziff. 2) und nannte als Diagnose eine Rippenkontusion, Differentialdiagnose (DD): Rippenfrakturen links lateral (Ziff. 5).

Vom 15. bis 29. März 2015 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Ziff. 8). 3. 2

Die Fachpersonen der Klinik E.____ berichteten am 1. Oktober

2015 (Urk. 5/17/4-6) über einen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 16.

Juni bis 18.

September 2015 (S. 1 Mitte) und nannte die folgenden Diagnosen (S. 2 Ziff. 3): - Polytoxikomanie (ICD-10 F19.2) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte

bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0; ICD-10 F33.1) - Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Anteilen (ICD-10 F61.0), Differentialdiagnose (DD): Soziale Phobie (ICD-10 F40.1) - Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.2)

Der Beschwerdeführer habe eine sehr lange und sehr komplexe Vorgeschichte. Seit dem 11. Lebensjahr sei er depressiv und seit dem 14. Lebensjahr sei er bei verschiedenen Psychologen und Psychiatern in Behandlung gewesen. Seit sechs bis sieben

Jahren sei er regelmässig in die ambulante Behandlung zu Herrn

F.____ gegangen. 1998 sei er im Sanatorium G.____ wegen Depressionen nach Konsum behandelt worden. 1999/2000 habe eine Behandlung in der H.____ wegen Depressionen nach Extasy Konsum stattgefunden. Im Jahr 2011 habe eine 10-tägige Entzugsbehandlung in der Klinik I.____ stattgefunden, welche der Beschwerdeführer

abgebrochen habe, da er es mit den Personen nicht mehr ausgehalten habe. Im Mai 2015 habe für 2.5 Wochen eine Entzugsbehandlung im Sanatorium G.____ stattgefunden. Diese sei aufgrund intransparenter Rückfälle nach 2.5 Wochen anstatt nach sechs geplanten Wochen abgebrochen worden. Der Beschwerdeführer habe bis zum Übertritt in die Klinik E.____ bei einem Freund verbleiben können (S. 1 Ziff. 1).

Der Beschwerdeführer habe aufgrund der sozialen Ängste und der depressiven Stimmung beide Lehren nicht abschliessen können. Eine Polytoxikomanie liege seit zirka zehn Jahren vor (S. 1 Ziff. 1).

Die Therapie in der Klinik E.____ sei am 18. September 2015 aufgrund wiederholter intransparenter Rückfälle seitens der Klinik abgebrochen worden (S. 3 Mitte). Während der Hospitalisation sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die Prognose sei aufgrund der verschiedenen Rückfälle und Therapieabbrüche eher schlecht. Vermutlich benötige er zurzeit ein niederschwelligeres Therapieangebot (S. 3 Ziff. 5). Eine längerdauernde Abstinenz wäre eine Grundvoraussetzung für einen Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess (S. 3 Ziff. 6). 3. 3

Med. pract. J.____, Stationsarzt, Spital D.____, führte mit Notfallbericht vom 7. Dezember 2015 (Urk. 5/28/13-15) aus, der Beschwerdeführer sei vom Sanatorium G.____ zugewiesen worden und nannte die folgenden Diagnosen (S. 2): - opioid- und psychopharmaka

induzierte Koprostase am 7. Dezember 2015

- kleiner Nierenstein Kelchgruppe rechts am 7. Dezember 2015 - reizlose Cholezystolithiasis

(Ultraschall vom 15. März 2015, CT vom 7. Dezember 2015)

Nachdem die abführende Wirkung des oral und rektal verabreichten Kontrastmittels eingesetzt habe und der Patient befriedigend Stuhlgang abgesetzt habe, habe er in deutlich gebessertem Allgemeinzustand wieder zurück ins Sanatorium G.____ verlegt werden können (S. 3). 3. 4

Die Ärzte des Sanatoriums

G.____ führten mit Austrittsbericht vom 29. Dezember 2015 (Urk. 5/28/1-4) aus, der Beschwerdeführer habe sich vom 24. November bis 15. Dezember

2015 zum vierten Mal in ihrer stationär-psychiatrischen Behandlung befunden und nannte folgende

Hauptdiagnose : - psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch (ICD-10 F19.1)

Zudem führten sie die folgenden Nebendiagnosen auf: - psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide (ICD-10 F11.2): Abhängigkeitssyndrom - psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain (ICD-10 F14.2), Abhängigkeitssyndrom - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 F10.2): Abhängigkeitssyndrom - kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F61)

Nach einer Entwöhnungstherapie in der Klinik E.____ habe der Beschwerdeführer allmählich wieder vermehrt Alkohol konsumiert, sodass er zuletzt auf eine tägliche Menge von sechs bis sieben Bier und eine halbe Flasche Whiskey gekommen sei. Zuletzt habe er am Tag vor Eintritt Alkohol konsumiert. Des Weiteren habe er fast täglich 2-3 Gramm Kokain konsumiert, ebenfalls zirka zeitgleich mit dem Austritt aus der Klinik E.____ . Zudem habe er, neben den verordneten Gaben Sevre Long 920mg täglich, des Öfteren Targin und MST in unbekanntem Mengen, alle drei Tage Heroin nasal und durch Rachen und schliesslich täglich 3 x 2mg Xanax und zirka 150mg Valium, ebenfalls täglich , konsumiert . Er habe gewünscht, im Anschluss an eine stationäre Stabilisierungsphase in die Z.____ überzutreten (S. 1).

Der Eintritt in die Klinik sei erfolgt, um einen geplanten Alkoholentzug durchzuführen. Der Beschwerdeführer habe sich bei Eintritt in einem deutlich sedierten Zustand präsentiert. Sie hätten mit einem Valium-gestützten Alkoholentzug begonnen. Der Alkoholentzug sei, unter engmaschiger somatischer Abklärung, komplikationslos verlaufen. Da der Beschwerdeführer erfreulicherweise, abgesehen von den verordneten Medikamenten frei von jeglichem weiteren Substanzkonsum geblieben sei, habe der geplante Übertritt in die Z.____ ins Auge gefasst werden können (S. 3 unten). Er habe im Zuge des stationären Aufenthaltes eine massive Koprostase mit Druckschmerzhaftigkeit sowie Abwehrspannung über dem gesamten Abdomen, die auch kurzfristig eine Überweisung ins Spital D.____ zur Folge gehabt habe, entwickelt (S. 4 oben). Er habe in klinisch gebesserem Zustand sowie bei fehlender Fremd- und Selbstgefährdung ihre Klinik verlassen können (S. 4). 3. 5

Dr. med. A.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte mit Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 5/26 ; undatiert, eingegangen am 15. April 2016) aus, sie behandle den Beschwerdeführer seit Februar 2015. Die letzte Kontrolle habe am 2. November 2015 stattgefunden (S. 1 Ziff. 1.2). Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine Polytoxikomanie und eine Depression. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine Psoriasis vulgaris und eine Cholezystolithiasis (S. 1 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 15. Dezember 2015 in der Z.____ in der Entwöhnungstherapie (S. 2 Ziff. 1.5). Die bisherige Tätigkeit als Bodenleger sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7). Es sei zurzeit keine Aussage darüber möglich, ob mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne (S. 3

Ziff. 1.9). 3. 6

Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 7. Juni 2016 (Urk. 5/29/3-4) aus, es liege eine Suchterkrankung vor. Der Beschwerdeführer befinde sich in einer Substitutionsbehandlung, es fände jedoch regelmässig Beikonsum statt.

Grundsätzlich würde es notwendig sein, auf den Beikonsum zu verzichten, da dieser die Arbeitsfähigkeit einschränke und langfristig zu Sekundärschäden führen würde. Ohne den Verzicht des Beikonsums und eine stationäre Entwöhnungsbehandlung sei eine Unterstützung durch die Beschwerdegegnerin beim Arbeitsplatzverlust nicht möglich. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Leistungsbegehrens damit, dass die gesundheitlichen Einschränkungen auf das Abhängigkeitsverhalten zurückzuführen seien. Rein durch das Suchtgeschehen könne kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung entstehen (vorstehend E. 2.1). Dabei stütze sie sich insbesondere auf die RAD-Beurteilung

(vorstehend E. 3.6). Der Beschwerdeführer stellte sich auf den Standpunkt, dass er seine Drogen- und Alkoholsucht in der Z.____ erfolgreich therapiert habe. Die Abhängigkeit von Opiaten, welche er aufgrund seines Unfalls noch einnehmen müsse, sei er am Abbauen. Aufgrund starker Entzugserscheinungen könne er momentan unmöglich regelmässig arbeiten (vorstehend E. 2.2). 4. 2

Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer von Juni bis September 2015 stationär in der Klinik E.____

behandelt wurde, wobei die Therapie aufgrund intransparenter Rückfälle seitens der Klinik abgebrochen worden ist (vorstehend E. 3.2). Im November 2015

ist er zu einer Entwöhnungstherapie ins Sanatorium G.____

übergetreten, wo er bis Dezember 2015 verblieb. Der Beschwerdeführer habe gewünscht, anschliessend in die Z.____ einzutreten (vorstehend E. 3.4), was offenbar umgesetzt worden ist. So führte der Beschwerdeführer aus, dass er von Dezember 2015 bis Oktober 2016 in der Z.____ therapiert worden sei (vorstehend E. 2.2).

Die Fachpersonen der Klinik E.____

und die Ärzte des Sanatoriums

G.____ nannten je eine ICD-10 F19 Diagnose, worunter psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen zu verstehen sind (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 9. Auflage 2014, S. 108). Die Fachpersonen der Klinik E.____ nannten zusätzlich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, eine Nikotinabhängigkeit sowie einen Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Anteilen, Differentialdiagnose Soziale Phobie (vorstehend E. 3.2). Die Ärzte des Sanatoriums G.____ nannten zudem als Nebendiagnosen psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide, Kokain und Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, sowie kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen (vorstehend E. 3.4). Dr.

A.____ nannte als Diagnosen eine Polytoxikomanie und eine Depression (vorstehend E. 3.5)

.

4.3

Die Beschwerdegegnerin hat gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG).

Bei den Beurteilung en

durch Dr. A.____ (vgl. vorstehend E. 3.5) und denjenigen des Spitals D.____

(vorstehend E. 3.1 und E. 3.3) handelt es sich nicht um einschlägige fachärztliche psychiatrische Beurteilung en. Damit liegen nur zwei fachärztliche psychiatrische Einschätzungen vor, wobei zu bemängeln ist, dass der Verlaufsbericht der Klinik E.____

(vorstehend E. 3.2) weder Befunde noch Angaben zur Arbeitsfähigkeit nach dem Austritt aus der Klinik enthält. Der Bericht des Sanatoriums G.____

(vorstehend E. 3.4)

führt einen psychopathologischen Befund einzig für den Zeitpunkt des Eintritts in die Klinik auf, nicht aber für den Zeitpunkt des Austritts, und macht keinerlei Angaben zur Arbeitsfähigkeit.

Zudem fehlen vorliegend diverse Abklärungen. Es fehlt insbesondere ein Bericht der Z.____, wo der Beschwerdeführer offenbar über zirka elf Monate nachbehandelt wurde. Deshalb kann der aktuelle Gesundheitszustand, insbesondere der Therapieerfolg, nicht abschliessend beurteilt werden. Ein aktueller Bericht der Hausärztin Dr. A.____ ist ebenfalls nicht vorhanden. Der bei den Akten liegende Bericht basiert auf der letzten Kontrolle von November 2015 (vgl. vorstehend E. 3.5). Ein aktueller Bericht des vom Beschwerdeführer erwähnten behandelnden Psychiaters,

Dr. B.____ (vgl. vorstehend E. 2.2), liegt ebenfalls nicht vor. Schliesslich forderte die Beschwerdegegnerin zwar einen Arbeitgeberbericht an (Urk. 5/21 = Urk. 5/25), ein solcher wurde ihr aber nicht eingereicht. 4.4

Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditäts begründend 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. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a): Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser

aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1 unter Hinweis auf 8C_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.1 und 9C_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1).

Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz 51 zu Art. 4 IVG) ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermaßen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Drogensucht – einem Symptom gleich – Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 28 E. 3b); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.2 unter Hinweis auf 8C_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.2 und 9C_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.2). 4. 5

Anhand der vorliegenden Arztberichte lassen sich die vorstehend genannten Kriterien nicht genügend sicher beurteilen. Mithin ist unklar, ob

unabhängig vom Substanzgebrauch eine eigenständige psychische Störung besteht. Denn das Sanatorium G.____ diagnostizierte eine kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen, und die Klinik E.____ äusserte immerhin einen Verdacht auf eine solche. Die Klinik E.____ erwähnte zudem eine rezidivierende depressive Störung. Unklar ist auch, ob es sich bei den Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers um reine und damit IV-rechtlich unbeachtliche Suchtfolgen handelt oder ob der Substanzgebrauch Teil, Grund oder Folge eines Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers ist. Hinzu kommt, dass die vorhandenen Berichte keine fundierte und objektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zulassen.

5. 5.1

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen

erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidung relevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 5.2

Zusammenfassend erweist sich die vorliegende psychiatrische Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers insbesondere auch angesichts der langen psychiatrischen und polytoxikomanischen Vorgeschichte (vgl. vorstehend E. 3.2) als unzulänglich, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen ist, damit diese nach ergänzender externer psychiatrischer Abklärung eine neue Beurteilung vornehme, gegebenenfalls Eingliederungsmassnahmen prüfe und über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde in diesem Sinne . 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 7 00.-- festzulegen und, da die Rückweisung an die Verwaltung nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen gilt (BGE 137 V 57 E. 2.2), ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 14. Dezember 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 7 00.-- 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Keller

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 Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 3

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 Vor akten (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). 2.

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