

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00126 vom 12. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00126

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00126 du 12 juillet 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00126 del 12 luglio 2017

Erwägungen

E. 1

8. Juni 2016 erstattet (Urk. 7/130) und am 8. Juli 2016 ergänzt wurde (Urk. 7/133) . Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/136, Urk. 7/140) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. Dezember 2016 einen Leistungsanspruch (Urk. 7/145 = Urk. 2).

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

Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch (wie auch Drogensucht) begründen nach ständiger Rechtsprechung keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Viel mehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, welchem Krankheitswert zukommt (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c; AHI 2002 S. 30, I 454/99 E. 2a). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt. Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachten psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt. Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die

suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_906/2013 vom 23. Mai 2014 E. 2.2 und 9C_701/2012 vom 10. April 2013 E. 2 mit Hinweisen sowie 9C_706/2012 vom 1. Juli 2013 E. 3.2 mit Hinweis auf I 169/06 vom 8. August 2006 E. 2.2).

E. 1.3

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung aller guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 30. Januar 2017 - mit Zustimmung der zuständigen Behörde (Urk. 3/2) - Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. Dezember 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm Leistungen der Invalidenversicherung zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 Mitte Ziff. 1-2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 24. Februar 2017 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 28. Februar 2017 wurden antragsgemäss (Urk. 1 S. 2 Mitte Ziff. 3-4) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung be willigt (Urk. 8). Am

20. März 2017 erstattete der Beschwerdeführer eine Replik (Urk. 9) und am 31. März 2017 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf Duplik (Urk. 11), was dem Beschwerdeführer am 4. April 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, der medizinischen Stellungnahme sei zu entnehmen, dass aus versicherung psychiatrischer Sicht ein primäres Suchtgeschehen vorliege. Eine remittierte depressive Störung sei unbeachtlich, zumal die depressionsartigen Symptome mit hoher Wahrscheinlichkeit Begleitphänomene des Suchtmittelkonsums seien, die nach der Suchtreduktion ebenfalls abgenommen hätten (S. 1 unten). Insgesamt liege aus versicherung psychiatrischer Sicht kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vor (S. 2 oben). Eine Persönlichkeitsstörung habe nicht nachgewiesen werden können und es könne nicht beurteilt werden, ob schon in der Jugend eine depressive Störung vorgelegen habe. Der Beschwerdeführer leide schon seit der Erstdiagnose einer Hepatitis C (zirka 1992) unter chronischer Erschöpfung und Müdigkeit. Allerdings befinde er sich offenbar nicht in spezial ärztlicher Behandlung, was gegen einen grossen Leidensdruck spreche. Grundsätzlich gelte auch, dass heute eine Hepatitis C behandelbar sei und somit keinen dauerhaften Gesundheitsschaden darstelle (S. 2 Mitte).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), aus dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten gehe klar hervor, dass er an mehreren Gesundheitsschäden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leide (S. 6 f. Ziff. 14). Der Gutachter gehe von einem von der Suchterkrankung (zumindest mittlerweile) unabhängigen und selbständigen Gesundheitsschaden aus; einzig darauf beruhe die von ihm attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 %, die zudem nur in einer optimal angepassten Tätigkeit realisiert werden könne (S. 8 Ziff. 18).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob ein anspruch relevanter Gesundheitsschaden besteht und wie es sich mit einem allfälligen Invaliditätsgrad verhält. 3. 3.1

Im Austrittsbericht der Y.____ vom 11. September 2008 (Urk. 7/26/8-10), wo der Beschwerdeführer vom 29. August bis 8. September 2008 hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1 Mitte): - Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (Heroin, Kokain, Rohypnol, Tabak), Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F19.1) - anamnestic kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) - Hepatitis C

Der Beschwerdeführer habe sich freiwillig in der Klinik gemeldet, um einen an demorts begonnenen Heroinentzug fortzusetzen (S. 1), sei dann aber nach Verhaltensschwierigkeiten mit Hilfe eines Aufgebots wieder entlassen worden (S. 2 unten). 3.2

Im Austrittsbericht der Y.____ vom 7. Dezember 2010 (Urk. 7/22/11-16 = Urk. 7/26/5-7), in welcher der Beschwerdeführer erneut vom 15. Oktober bis 22. November 2010 hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): - Heroinabhängigkeit, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm mit Methadon (F11.22) - Benzodiazepinabhängigkeit, Substitutionsversuch mit Alprazolam (F13.22) - Kokainabhängigkeit, gegenwärtig in beschützender Umgebung abstinent

(F14.21) - Verdacht auf kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen (F61) - Hepatitis C

Es sei eine komplikationslose Oxazepam-Entwöhnung sowie unter Substitutionsmedikation mit Methadon ein Heroinentzug durchgeführt worden. Im weiteren Verlauf seien zur Stimmungsstabilisierung Trazodon (Trittico) eingesetzt worden und die Benzodiazepinmedikation auf Alprazolam (Xanax) umgestellt worden (S. 3). 3.3

Im Arztbericht des Fachspitals Z.____ vom 17. Februar 2012 (Urk. 7/22/5-8), wo der Beschwerdeführer vom 24. März bis 6. Juni 2011 aufgrund einer psychosozialen Erschöpfung bei Obdachlosigkeit und Suchtmittelabhängigkeit in Behandlung war, wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 1): - kombinierte Persönlichkeitsstörung - rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig leichte Episode - rezidivierende Obdachlosigkeit/Erschöpfung - chronische Hepatitis C - abgebrochene Interferon/Ribavirin [-Therapie] für 3 Monate in Belgien - Transaminasenerhöhung - Polytoxikomanie mit IVDA (intravenous drug abuse)

in ärztlich überwachtem Ersatzdrogenprogramm

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Status nach Erysipel/Weichteilschwellung Unterschenkel/Malleolus medialis rechts, ein Status nach Hepatitis A (2010), ein Status nach Hepatitis B sowie HIV negativ (2011) genannt (S. 1 Mitte).

Auch nach der Entlassung stellten sich weiter die Probleme der beruflichen Perspektivlosigkeit, der psychischen Instabilität und der geringen Frustrationstoleranz im Rahmen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, aber auch soziale Schwierigkeiten, welche sich aus der Obdachlosigkeit ergeben hätten (S. 2). Aufgrund der internistischen (Hepatitis), psychiatrischen (Persönlichkeitsstörung, Depression, Polytoxikomanie) und der beschriebenen psychosozialen pathologischen Faktoren bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 60 bis 70 % (S. 3). 3.4

Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 2. Juli 2012 (Urk. 7/26/1-4) aus, dass er den Beschwerdeführer vom 9. September 2008 bis 23. Februar 2012 behandelt habe (Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Opioid-Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an ärztlich überwachtem Ersatzprogramm (ICD-10 F11.22) - Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.22) - Kokainabhängigkeit (ICD-10 F14.21) - kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine chronische Hepatitis C seit 2002 (Ziff. 1.1). 3.5

Lic. phil. B.____, klinischer Psychologe, und Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannten im Bericht vom 6. Februar 2013 (Urk. 7/33) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2): - rezidivierende depressive Störung (F33), anamnestisch seit zirka 1990 - bei akzentuierter Persönlichkeit (F61.1)

Differentialdiagnose (DD): kombinierte Persönlichkeitsstörung, anamnestisch seit Jugend - organische Mitbeteiligung - chronische Virushepatitis C, anamnestisch zirka zu Beginn 1990er Jahre

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie Substanzstörungen

als sekundäre Folgestörungen des Diagnosepunktes 1 (sekundäre Opiatabhängigkeit , Kokainabhängigkeit , Alkoholabhängigkeit , Status nach sekundärer Benzodiazepinabhängigkeit), einen Status nach Hepatitis A , einen Status nach Hepatitis B , eine Thrombozytopenie , und einen Status nach Erysipel/Weichteilschwellung Unterschenkel/Malleolus medialis rechts

(S. 3) .

Der Beschwerdeführer zeige aufgrund der psychischen Störungen tiefgreifende Veränderungen des Verhaltens, welche besonders die Äusserung der Affekte, die Bedürfnisse und Impulse, den sozialen Kontakt, die sozialen Kompetenzen und insbesondere auch die Arbeitsfähigkeit betreffen , dies umso mehr, je grösser der Druck sei, was dann jeweils im Sinne einer Spirale zu Eskalationen führen könne. In beruflichen Situationen sei er unaufmerksam und mache Flüchtigkeitsfehler bei der Arbeit. Er habe Schwierigkeiten, bei der Durchführung von Aufgaben über längere Zeit aufmerksam zu sein und seine Aufgabe zu Ende zu führen. Er habe Probleme, die Arbeit zu organisieren (S. 20). 3.6

Vom 12. Mai bis 17. Juni 2014 weilte der Beschwerdeführer stationär in der D.____, worüber am 7. Juli 2014 berichtet wurde (Urk. 7/129). Dabei wurden folgende Austrittsdiagnosen genannt (S. 1 Mitte): - psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F19.2) - mittelgradige depressive Episode (F32.1) - chronische Virushepatitis C

Der Patient sei bei stabilisiertem Zustandsbild ausgetreten. Eine Alkoholentwöhnungstherapie sei indiziert und prognostisch günstig (S. 3 Mitte). 3.7

Am 18. Juni 2016 erstattete Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/130).

Er nannte die folgenden (nach ICD-10 codierten) Diagnosen (S. 16 f.): - Status nach Polytoxikomanie (Heroin, Kokain, Cannabis, Benzodiazepine) gegenwärtig unter Methadonsubstitution bis auf punktuellen Bei konsum abstinenz (F19.22). - Alkoholabhängigkeit mit gegenwärtigem Konsum (F10.24) - Double Depression mit depressiver Entwicklung bei psychosozialen Belastungen in der Kindheit/Jugend (Entwurzelung und Emigration mit 17 Jahren), aktuell leichtes depressives Syndrom im Sinne einer Dysphymie (F34.1) und anamnestisch rezidivierender depressiver Störung mit zuletzt mittelgradiger depressiver Episode (D.____ 2014), gegenwärtig unter Behandlung remittiert (F33.4) - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit Reizbarkeit, Impulsivität, verminderter Frustrationstoleranz (Z73.1), DD: Persönlichkeitsänderung nach langjährigem Suchtmittelkonsum und sozialer Desintegration / kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61) - chronische Müdigkeit, Erschöpfung, verminderte Belastbarkeit bei somatischer Erkrankung (Hepatitis C)

Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, sämtliche Diagnosen beeinträchtigen die Arbeitsfähigkeit des Exploranden. Medizinisch-theoretisch gehe er auch bei einer optimal angepassten Tätigkeit (einfache, intellektuell wenig fordernde, ruhige Tätigkeit mit gleichbleibender Stressbelastung ohne intensive interpersonelle Kontakte, mit wohlwollender Umgebung mit stabilen Bezugspersonen / Vorgesetzten und unter weitgehender Alkoholabstinenz) und unter Alkoholabstinenz lediglich von einer

schätzungsweise 50%igen Restar beitsfähigkeit (idealerweise verteilt auf 2 x 2½ Stunden vormittags und nach mittags) aus (S. 17 Ziff. 5). Insgesamt gehe er von einer krankheitsbedingten teilweisen Einschränkung medizinisch-theoretisch von schätzungsweise 50 % aus. Eine längerfristige totale Alkoholabstinenz sei bisher auch nach wiederholten stationären Behandlungen nicht erreichbar gewesen. Der Explorand sei aber auch während abstinenter Phasen in seiner Leistungsfähigkeit krankheits bedingt beeinträchtigt und nur zu zirka 50 % arbeitsfähig gewesen (S. 16 unten). 3.8

Am 8. Juli 2016 beantwortete der Gutachter Ergänzungsfragen der Beschwerde gegnerin (Urk. 7/133) und führte unter anderem aus, nach Jahrzehnten sei eine retrograde Beurteilung der Situation in der Jugend nur annäherungsweise möglich. Eine primäre Sucht könne nicht sicher ausgeschlossen werden (S. 1 Ziff. 1). Sekundär hätten sich jedoch krankhafte Zusatzentwicklungen ergeben, welche die Leistungsfähigkeit des Exploranden krankheitsbedingt und auch nach nach gewiesener Abstinenz einschränkten (S. 2 oben).

Bezüglich der Depression führte der Gutachter unter anderem aus, er gehe von einer depressiven Entwicklung / Veranlagung seit der Kindheit mit Dekompensation im Alter von 17 Jahren sowie im Anschluss an die Trennung von der Partnerin und Mutter des gemeinsamen Kindes aus (S. 2 unten). Die Suchterkrankung, die depressive Entwicklung und psychosoziale Faktoren seien eng miteinander verwoben. Auch in guten Phasen mit Drogenabstinenz und enger Führung sei die Leistungsfähigkeit des Exploranden krankheitsbedingt eingeschränkt gewesen (S. 3 oben).

Wahrscheinlich seien bereits der Drogenkonsum im Alter von 14 Jahren im Heimatland sowie der spätere harte Drogenkonsum in der Schweiz im Alter von 17 Jahren ein Ausdruck der akzentuierten Persönlichkeitsstörung mit verminderter Frustrationstoleranz gewesen (S. 3 Ziff. 3). Sodann führte der Gutachter aus, bei der medizinisch-theoretischen Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit von 50 % habe er versucht, sämtliche Krankheitsfaktoren mit zu berücksichtigen, dies unter gleichzeitigem Ausschluss von IV-fremden psychosozialen Elementen, und sei so zum Schluss einer medizinisch-theoretisch 50%igen Restarbeitsfähigkeit, wie im Gutachten beschrieben, gekommen. Die aktuelle Teilstabilisierung sei auch unter antidepressiver medikamentöser Behandlung eingetreten, der Explorand selbst betone, dass er sich unter der aktuellen Medikation einigermaßen stabil halten können (S. 3 unten).

Der Explorand erlebe sich als vollständig arbeitsunfähig. Wie beschrieben gehe er - der Gutachter - von einer zirka 50%igen medizinisch-theoretischen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der depressiven Entwicklung und der Persönlichkeitsbeeinträchtigungen auch unter weitgehender Abstinenz von Suchtmittelkonsum und unter Abstraktion von psychosozialen Faktoren aus (S. 4 oben). 3.9

Am 13. Juli 2016 nahm Dr. med. F. ____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), zum Gutachten Stellung (Urk. 7/135 S. 3 f.). Sie führte unter anderem aus, es handle sich um ein primäres Suchtgeschehen. Der Beschwerdeführer habe mit 14 Jahren mit einem Alkohol-, Nikotin- und Cannabiskonsum begonnen. Da vor Beginn des Suchtgeschehens kein einschlägiger invalidisierender Gesundheitsschaden vorgelegen habe, sei versicherungspsychiatrisch von einer primären Sucht auszugehen. Eine remittierte depressive Störung bleibe IV-irrelevant, zumal die depressionsartigen Symptome mit hoher Wahrscheinlichkeit Begleitphänomene des Suchtmittelkonsums seien, die nach der Suchtreduktion ebenfalls abgenommen hätten.

Eine Persönlichkeitsakzentuierung, wenn sie denn überhaupt vorläge, wäre nicht IV-relevant, eine Persönlichkeitsstörung sei nicht belegt. Insgesamt liege aus versicherung psychiatrischer Sicht kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vor (S. 4 oben).

Am 24. November 2016 ergänzte die RAD-Ärztin ihre Stellungnahme mit der Feststellung, der Beschwerdeführer leide schon seit der Erstdiagnose der Hepatitis C (zirka 1992) unter chronischer Erschöpfung und Müdigkeit. Allerdings finde er sich offenbar nicht in spezialärztlicher Behandlung, was gegen einen grossen Leidensdruck spreche, und grundsätzlich gelte auch, dass heute eine Hepatitis C behandelbar sei und somit keinen dauerhaften Gesundheitsschaden darstelle (Urk. 7/143 S. 3 oben). 4. 4.1

Aus allen verfügbaren Arztberichten ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer offensichtlich eine erhebliche, langjährige und mannigfache Suchtproblematik besteht. Dabei besteht Übereinstimmung in der Feststellung, dass der Polytoxikomanie erfolgreich mit einer Methadonsubstitution begegnet werden konnte (vorstehend E. 3.3 und 3.7), während die Alkoholabhängigkeit weiterhin aktuell ist (vorstehend E. 3.5).

Wiederholt, aber nicht durchgehend, wurde sodann eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert, so 2012 als leichte Episode (vorstehend E. 3.3), 2013 ohne Angabe eines Schweregrades (vorstehend E. 3.5), 2014 als mittelgradige Episode (vorstehend E. 3.6) und schliesslich im Gutachten von 2016 als gegenwärtig unter Behandlung remittiert (vorstehend E. 3.7).

Was die Diagnose kombinierter und anderer Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F61) angeht, bestehen einige Unschärfen. 2008 wurde sie mit dem Zusatz „anamnestisch“ genannt (vorstehend E. 3.1), 2010 als Verdachtsdiagnose (vorstehend E. 3.2), 2012 einmal ohne (vorstehend E. 3.3) und einmal mit ICD-Codierung (vorstehend E. 3.4). 2013 wurde die Diagnose einer akzentuierten Persönlichkeit mit der ICD-Codierung für eine kombinierte Persönlichkeitsstörung versehen (F61.1), die dann ihrerseits als Differentialdiagnose (anamnestisch seit Jugend) genannt wurde (vorstehend E. 3.5). 2014 wurde sie nicht aufgeführt (vorstehend E. 3.6) und im Gutachten von 2016 wurde sie zusammen mit der Diagnose akzentuierter Persönlichkeitszüge (Z73.1) als Differentialdiagnose genannt (vorstehend E. 3.7), wobei der Gutachter in seiner ergänzenden Stellungnahme dann von einer „akzentuierten Persönlichkeitsstörung“ sprach (vorstehend E. 3.8).

Eine Hepatitis C wurde verschiedentlich als Diagnose genannt in Berichten, in denen nicht zwischen Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unterschieden wurde, so 2008 (vorstehend E. 3.1), 2010 (vorstehend E. 3.2) und 2014 (vorstehend E. 3.6). Einmal wurde sie ausdrücklich als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (vorstehend E. 3.4), verschiedentlich aber auch als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, so 2012 (vorstehend E. 3.3), 2013 (vorstehend E. 3.5) und im Gutachten von 2016 (vorstehend E. 3.7). 4.2

Die Rechtsprechung unterscheidet seit Jahrzehnten zwischen sogenannt reinem Suchtgeschehen, das als nicht entschädigungswürdig taxiert wird, und Abhängigkeitsproblematiken, denen aus einem von zwei möglichen Gründen anspruchrelevante Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zugebilligt werden (vorstehend E. 1.2).

Einer dieser beiden möglichen Gründe ist das sogenannt sekundäre Suchtgeschehen, das dann angenommen wird, wenn gemäss medizinischer Einschätzung eine vorbestehende - in

aller Regel psychische - Beeinträchtigung das Auftreten der Suchterkrankung bewirkt hat. Der Nachweis dafür ist mitunter schwierig, betrifft er doch mit Kindheit und Jugend Zeiten, die oft schlecht dokumentiert sind. Dementsprechend einzelfallbezogen erscheint die einschlägige Rechtsprechung, in der dies verneint (so etwa die Urteile des Bundesgerichts 9C_856/2012 vom 19. August 2013, 8C_694/2008 vom 5. März 2009, 8C_582/2008 vom 14. Januar 2009, I 955/05 vom 6. November 2006, I 940/05 vom 10. März 2006) oder bejaht (so etwa die Urteile des Bundesgerichts 8C_820/2012 vom 16. Januar 2013, I 390/01 vom 19. Juni 2002, I 758/01 vom 5. November 2002) wurde. Anzumerken ist auch, dass in der Literatur (von, mit einer Ausnahme, psychiatrisch qualifizierten Autoren) die „medizinisch nicht belegbare Unterteilung in eine primäre und eine sekundäre Sucht“ kritisch gewürdigt wurde (Michael Liebrecht, Roman Schleifer, Claudine Aeschbach, Toni Berthel, Dorothea Klecha, Ralph Mager, Gerhard Ebner, Volker Dietmann, Marc Walter, Rolf-Dieter Stieglitz, Ueli Kieser: Das Suchtleiden bzw. die Abhängigkeitserkrankungen - Möglichkeiten zur Begutachtung nach BGE 141 V 281, SZS 2016, S. 12 ff., S. 32).

Der andere mögliche Grund für eine Anspruchserheblichkeit der Suchterkrankung besteht darin, dass sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist.

Darüber hinaus ist schliesslich die Möglichkeit zu bedenken, dass neben der Suchterkrankung (und ohne durch sie bewirkt worden zu sein) eine gesundheitliche Beeinträchtigung von Krankheitswert besteht und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet. 4.3

Der Gutachter erklärte auf Nachfrage, wahrscheinlich seien bereits der Drogenkonsum im Alter von 14 Jahren und harte Drogenkonsum im Alter von 17 Jahren Ausdruck einer akzentuierten Persönlichkeitsstörung gewesen (vorstehend E. 3.8). Damit brachte er zum Ausdruck, dass seines Erachtens von einer auf eine vorbestehende psychische Beeinträchtigung folgenden sekundären Suchterkrankung auszugehen sei. Dazu in gewissem Widerspruch steht jedenfalls vordergründig, dass er als Diagnose nicht eine Persönlichkeitsstörung, sondern lediglich akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1) nannte. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass die Klassifizierung als akzentuierte Persönlichkeitszüge und oder als Persönlichkeitsstörung davon abhängen dürfte, in welcher Intensität die zur Diagnose führenden Auffälligkeiten vorhanden sind. Dass der Gutachter an gleicher Stelle als Differentialdiagnose unter anderem auch eine Persönlichkeitsstörung (F61) anführte, lässt erkennen, dass er diese Intensität als mindestens an der Grenzlinie der beiden Diagnosen liegend beurteilte.

Sodann fällt ins Gewicht, dass eine Persönlichkeitsstörung als Diagnose, als Verdachtsdiagnose oder als Differentialdiagnose in praktisch allen früheren Beurteilungen genannt wurde. In einer Gesamtschau aller verfügbaren Angaben erscheint es mithin als wahrscheinlicher, dass von einer - seit der Jugend bestehenden - Persönlichkeitsstörung auszugehen ist als nicht. Dementsprechend kann der nicht weiter begründeten Feststellung der RAD-Ärztin, eine solche sei „nicht belegt“ (vorstehend E. 3.9), nicht gefolgt werden. 4.4

Ist das Bestehen einer Persönlichkeitsstörung wahrscheinlicher als ihr Fehlen, so ist auch das Vorliegen einer sekundären, der Persönlichkeitsstörung geschuldeten Suchtproblematik wahrscheinlicher als ein primäres, sogenannt reines Suchtgeschehen. Dass der Gutachter

auf Nachfrage erklärte, eine primäre Sucht könne „nicht sicher ausgeschlossen“ werden (vorstehend E. 3.8), steht dem nicht entgegen. Im Gegenteil: Da sie lediglich nicht sicher ausgeschlossen werden könne (was auch für zahlreiche andere diagnostische Feststellungen gelten dürfte), weist darauf hin, dass sie als weniger wahrscheinlich anzunehmen ist als eine sekundäre.

Vor diesem Hintergrund kann der nur sehr knapp begründeten Feststellung der RAD-Ärztin, es handle sich um ein primäres Suchtgeschehen (vorstehend E. 3.9), nicht gefolgt werden. 4.5

Für die abschliessende Beurteilung entscheidend ist die Feststellung des Gutachters, auch wenn eine primäre Sucht nicht sicher ausgeschlossen werden könne, so hätten sich jedenfalls sekundär krankhafte Zusatzentwicklungen ergeben, welche die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers krankheitsbedingt und auch nach nachgewiesener Abstinenz einschränkten (vorstehend E. 3.8). Dazu hatte er schon im Gutachten ausgeführt, sämtliche der von ihm gestellten Diagnosen beeinträchtigten die Arbeitsfähigkeit; auch während abstinenter Phasen sei der Beschwerdeführer krankheitsbedingt in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt und nur zu zirka 50 % arbeitsfähig gewesen (vorstehend E. 3.7). In seiner ergänzenden Stellungnahme präzisierte er abermals, er habe die Restarbeitsfähigkeit in Berücksichtigung aller Krankheitsfaktoren, aber unter Ausschluss von psychosozialen Elementen, mit 50 % beziffert (vorstehend E. 3.8).

Der vom Gutachter genannte Umfang der - auch unter Abstinenz - verbleibenden Arbeitsfähigkeit korrespondiert mit der 2012 erfolgten Einschätzung, als unter Einschluss der Polytoxikomanie und der psychosozialen Belastungsfaktoren eine Arbeitsunfähigkeit von 60-70 % attestiert worden war (vorstehend E. 3.4).

Plausibilisiert wird die Einschätzung ferner durch den Umstand, dass der Beschwerdeführer in früheren abstinenter Phasen in eben diesem Umfang von 50 % arbeitsfähig gewesen ist.

Nicht zu vernachlässigen ist schliesslich, dass die seit rund 25 Jahren bestehende Hepatitis C auch nach Einschätzung der RAD-Ärztin eine chronische Erschöpfung und Müdigkeit zur Folge hat (vorstehend E. 3.9). Dass sie, weil sie heute behandelbar sei, keinen dauerhaften Gesundheitsschaden darstelle, ist eine Argumentation, der nicht gefolgt werden kann, vermischt und verwechselt sie doch die auf allgemeiner Ebene festzustellende nunmehrige Behandelbarkeit eines Leidens mit der konkreten Ebene, auf welcher einem seit über zwei Jahrzehnten bestehenden Leiden die Dauerhaftigkeit wohl nicht ernsthaft abgesprochen werden kann. 4.6

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Schlussfolgerungen des von der Beschwerdegegnerin eingesetzten Gutachters (im Unterschied zu denjenigen der RAD-Ärztin) vollumfänglich zu überzeugen vermögen, so dass von einer Arbeitsfähigkeit in näher umschriebenen angepassten Tätigkeiten von 50 % auszugehen ist, und zwar wegen der nebst oder in der Folge der Suchtproblematik bestehenden Gesundheitsschäden, so dass nicht abschliessend zu entscheiden ist, ob das Vorliegen einer sekundären und nicht primären Sucht nicht nur wahrscheinlicher, sondern überwiegend wahrscheinlich sei.

Von diesem Sachverhalt ist somit auszugehen.

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zu mutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 5.1

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. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 5.2

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichtes 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz

zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundesgerichts 8C_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen).

E. 5.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 5.4

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1

IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG).

E. 5.5

Angesichts der jahrelangen Abwesenheit des Beschwerdeführers vom ersten Arbeitsmarkt wäre das hypothetische Valideneinkommen gestützt auf Werte der Lohnstatistik zu ermitteln. Da für das hypothetische Invalideneinkommen ebenfalls auf diese Werte abzustellen ist, ergibt sich der Invaliditätsgrad auf Grund eines Prozentvergleichs (vorstehend E. 5.2).

Bei einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 50 % beträgt die Einschränkung und damit der Invaliditätsgrad 50 %, was den Anspruch auf eine halbe Rente begründet (vorstehend E. 5.3).

Die Anmeldung des Beschwerdeführers datiert vom 24. August 2011 (Urk. 7/5), so dass der Rentenanspruch im Februar 2012 entstand, womit der Beschwerdeführer ab 1. Februar 2012 Anspruch auf eine halbe Rente hat.

Mit dieser Feststellung ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben.

E. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte mit Honorarnote vom 21. Juni 2017 einen Aufwand von 11 Stunden und eine Spesenpauschale von 3 % geltend, total Fr. 2'692.--. Somit hat die Beschwerdegegnerin den unentgeltlichen Rechtsvertreter mit Fr. 2'692.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 19. Dezember 2016 mit der Feststellung aufgehoben, dass der Beschwerdeführer ab 1. Februar 2012 Anspruch auf eine halbe Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'692.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

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