

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00270 vom 19. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00270

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00270 du 19 mars 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00270 del 19 marzo 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren im Februar 1954 (Urk. 9/4/2), war gelernter Maler/Lackierer und arbeitete auf diesem Beruf bis im Jahr 1992. Danach war er mehr als 20 Jahre als selbständiger Unternehmer tätig, zuerst als Lebensmittelhändler, dann im Transportwesen und zuletzt als Rohrbauer. Zwischen 1999 und 2003 machte er eine Weltreise. In der Folge war er häufig arbeitslos und lebte einige Jahre auf Mallorca und in der Türkei, bevor er im Jahr 2010 in die Schweiz einreiste (Urk. 9/2/2 und 9/11/2). Im Dezember 2014 meldete er sich wegen eines psychischen Leidens bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle), zum Leistungsbezug an (Urk. 9/3).

Diese holte einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK; Urk. 9/12) sowie Berichte zur stationären psychiatrischen Behandlung einschliesslich Alkoholkonsums von Mitte November bis Mitte Dezember 2014 im Sanatorium A.____ (Urk. 9/11) und der daran anschliessenden suchtspezifischen Nachbehandlung bis Mitte Januar 2015 in der Klinik B.____ (Urk. 9/15) ein. Danach auferlegte sie dem Versicherten mit Schreiben vom 19. November 2015 eine Schadenminderungs- bzw. Mitwirkungspflicht im Sinne einer sechsmonatigen Alkoholabstinenz mit entsprechender fachlicher Begleitung sowie ärztlichen Urinkontrollen (Urk. 9/18) und holte hierzu später einen Bericht bei den ambulanten Behandlern des Zentrums C.____ ein (Urk. 9/26). Nach Vorliegen einer Stellungnahme von Dr. med. D.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Urk. 9/32/5), kündigte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 5. September 2016 die Verneinung eines Rentenanspruchs an (Urk. 9/33). Dagegen erhob dieser Einwand (Urk. 9/34; Begründung Urk. 9/41) und liess das Zentrum C.____ eine Stellungnahme verfassen (Urk. 9/45 und 9/48). Die IV-Stelle holte erneut einen IK-Auszug (Urk. 9/49) sowie eine weitere Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. D.____ (Urk. 9/50/3) ein. Schliesslich verneinte sie mit Verfügung vom

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 Bundesgesetz es 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. 1.3

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein renten ausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4). Die Annahme eines solchen setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E.

5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist je doch 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Gemäss BGE 143 V 418 (E. 7) sind dabei neu sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 (E. 4.5.2) namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). 1. 4

Bei der Beurteilung der Arbeits (un) fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte (vgl. Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) gehören - kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2;

135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7; Urteil des Bundesgerichts 8C_839/2016 vom 12. April 2017 E. 3.2; vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C_254/2017 vom 21. August 2017 E. 4.2). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog sinngemäss, die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei infolge verringerten Antriebs, verlangsamter Auffassungsgabe und leicht deprimierten Zustandsbilds seit Oktober 2014 eingeschränkt. Die Einschränkung sei angesichts der Befunde aber nicht wesentlich und dauerhaft. Zudem würden ihre Ursachen im sozialen Umfeld (Todesfälle) und nicht eine verselbständigte psychische Störung zugrunde liegen. Ferner hätten die tagesklinische Behandlung und die Alkoholabstinenz bereits zu einer Besserung der depressiven Symptomatik mit Verbesserung des Schlafes und Stoppen der akustischen Halluzinationen geführt. Unter adäquater fachpsychiatrischer Behandlung, zu der man den Versicherten hiermit auffordere, werde daher nachweislich eine weitere gesundheitliche Besserung eintreten und damit die Erwerbsfähigkeit in rentenausschliessendem Ausmass gesteigert. Eingliederungsmassnahmen seien nicht angezeigt, zumal sich der Versicherte für einen Rentenvorbezug der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) ab März 2017 entschieden habe (Urk. 2). Falls sich der Gesundheitszustand nach Erlass der angefochtenen Verfügung verschlechtert habe, könne er bei ihr ein neues Gesuch einreichen (Urk. 17). 2.2

Dem hielt der Versicherte die Berichte zu den stationären Aufenthalten im Sanatorium A.____ und der Klinik B.____, zur ambulanten (teilweise tagesklinischen) Behandlung in den Zentren C.____ und G.____ sowie die RAD-Stellungnahme vom 26. Juli 2016 entgegen (Urk. 1 S. 3-7 und S.

10). Der RAD-Arzt habe seiner fehlenden Fachkenntnisse entsprechend einen Arbeitsversuch bzw. eine Begutachtung als notwendig erachtet. Darauf könne nicht allein wegen seines Alters oder AHV-Rentenvorbezugs verzichtet werden. Zudem hätten sich die thematisierten Todesfälle bereits im Jahr 1999 ereignet und die Schwierigkeiten mit dem ehemaligen Vermieter seien inzwischen gelöst. Dabei würde es schon genügen, wenn die inzwischen verselbständigte psychische Störung die Erwerbsunfähigkeit nur mitverursache. Entgegen der RAD-Beurteilung vom 16. Mai 2017 bestünden mit den Halluzinationen und den auf eine Depression hinweisenden Befunden weiterhin massgebliche psychische Leiden. Trotz regelmässiger Behandlung und Einnahme von Medikamenten habe sich also nur die Alkoholsucht verbessert. Es bestehe eine Therapieresistenz bzw. das hypothetische Verbesserungspotential infolge der Alkoholabstinenz lasse sich nicht im gewünschten Ausmass realisieren. Überdies habe sich sein Zustand verschlechtert. So sei er im März 2017 und – nach Erhalt der Kündigung für sein gemietetes Zimmer erneut – im April 2017 notfallmässig im Stadtspital H.____ hospitalisiert und am 5. Mai 2017 ins Pflegezentrum I.____ übergetreten. Im gleichen Monat sei er im Stadtspital J.____ zur Einstellung des Diabetes Mellitus und zur Operation bei hochgradigem Verdacht auf ein Pankreaskopfkarcinom hospitalisiert worden. Eventuell könne er nach der «Rehabilitation» ins betreute Wohnen des I.____ übertreten (Urk. 1 S. 7-10; Urk. 12). 3.

E. 3

1. Januar 2019 stellte das Gericht der IV-Stelle die neuen Unterlagen zu und gab den Parteien Gelegenheit, sich zu Urk. 21/3-4 zu äussern (Urk. 30). Es wurden keine weiteren Stellungnahmen eingereicht (Urk. 32). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1.1

Am 19. November 2014 trat der Versicherte auf Initiative einer Mitarbeiterin des Sozialamts zur stationären psychiatrischen Behandlung ins Sanatorium A. ___ ein (Urk. 9/11/2). Im Bericht vom 31. Dezember 2014 wurde vorab eine anamnestic seit dem Jahr 1999 bestehende chronische Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) mit Hepatopathie diagnostiziert. Dazu wurde angemerkt, dass sich der auf Wunsch durchgeführte und mit Valium gestützte Entzug komplikationslos gestaltet habe. Weiter wurde beim Eintritt die Diagnose einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode (ICD-10: F32.1), differentialdiagnostisch einer rezidivierenden depressiven Störung, mit Vollremission im Verlauf gestellt. Als Verdachtsdiagnosen wurden zum einen eine wahnhaftige Störung unklarer Ätiologie mit intermittierender Angabe von Stimmenhören (ICD-10: F22.8), differentialdiagnostisch eine alkoholinduzierte residualpsychotische Störung (ICD-10: F10.75), und zum anderen eine Akzentuierung der Persönlichkeit (ICD-10: Z73) genannt (Urk. 9/11/1 und 9/11/3).

E. 3.1.2

Dazu erläuterten die Ärztinnen, der Versicherte habe auf der offenen Station initial formalgedankliche Auffälligkeiten mit Verlangsamung, starker Weitsichtigkeit und im Antriebsbereich teilweise starker Logorrhoe gezeigt. Wie schon auf der geschlossenen Station – aber noch nicht beim Eintritt – habe er geäußert, seit Jahren an Stimmenhören zu leiden, was er jedoch kaum präzisieren könne. Zum Teil habe er paranoide bis möglicherweise wahnhaftige Ideen geäußert, die sich inhaltlich teilweise auf das von ihm als ungerecht erlebte Sozialsystem bezogen hätten. Das Vorliegen einer wahnhaften Störung (oder Halluzinose) könne aktuell aber nicht eindeutig bestätigt werden; dies aufgrund der zum Teil nicht sicher kongruenten Angaben, einer kaum ersichtlichen affektiven Beteiligung und von nicht gänzlich unplausibel erscheinenden Aggravationstendenzen. Interaktionell und im Verhalten würden sich zum Teil auch narzisstische Persönlichkeitszüge andeuten (Urk. 9/11/3).

Kognitiv habe sich der Versicherte nach erfolgreichem Alkoholentzug und Valiumabbau auf ein adäquates Niveau mit Selbständigkeit in allen Alltagsfähigkeiten erholt. Bei leichten Auffälligkeiten in den Gesprächen und 27 von 30 Punkten im Mini-Mental-Status-Test (MMST) sei eine möglicherweise beginnende kognitive Störung nicht ausser Acht zu lassen und im Verlauf zu kontrollieren bzw. gegebenenfalls neuropsychologisch abzuklären. Ein craniales

MRT habe keine deutlichen Auffälligkeiten gezeigt. Neurologisch hätten sich bis auf ein leichtes, wahrscheinlich ethyltoxisches zerebelläres Syndrom keine Auffälligkeiten gefunden (Urk. 9/11/3 f.).

Insgesamt sei es im Verlauf des stationären Settings mit deutlichem Profit von den sozialen Kontakten und aktivierenden sowie gesprächstherapeutischen Therapien zu einer erfreulichen Zustandsverbesserung unter Zyprexa gekommen, ohne dass eine zusätzliche antidepressive Therapie notwendig gewesen wäre. Affektiv sei der Versicherte überwiegend euthym gewesen, habe einen adäquaten Antriebsbereich und im Alltag ein gutes kognitives Funktionsniveau gezeigt. Er habe sich suffizient um seine sozialmedizinischen und weiteren Behandlungsanliegen auch ausser Haus (einschliesslich der Nutzung des öffentlichen Verkehrs, der Einhaltung aller Termine usw.) kümmern können (Urk. 9/11/4).

E. 3.1.3

Die Ärztinnen schlussfolgerten, kognitiv bestünden leichte Einschränkungen. Psychisch sei der Versicherte durch die schwere Suchterkrankung, aber auch die Depression, mögliche wahnhaftige Störung und Persönlichkeitsakzentuierung eingeschränkt (Urk. 9/11/4). Konkret bestünden eine verminderte Konzentration, eine starke Ablenkbarkeit, formalgedankliche Auffälligkeiten und eine fragliche wahnhaftige Störung. Die Arbeit als Bautechniker sei bei stark chronifizierter anmüder Erkrankung nicht mehr vorstellbar. Eine Arbeit mit geringeren Anforderungen oder im geschützten Rahmen sei gegebenenfalls denkbar. Dies müsse aber im Verlauf abschliessend evaluiert werden, vor allem nach der empfohlenen neuropsychologischen Abklärung und unter Berücksichtigung des Verlaufs in der Klinik B.____ (Urk. 9/11/5). Bei weiterer Alkoholabstinenz sei eine weitere psychiatrische Besserung vor allem der Depression, die schon in der Klinik rasch remittiert sei, gut möglich (Urk. 9/11/3).

E. 3.1.4

Zur Anamnese wurde notiert, der Versicherte habe von suizidalen Gedanken unter Alkoholeinfluss berichtet. Aus Angst er könnte in alkoholisiertem Zustand seinen Plänen Taten folgen lassen, habe er den täglichen Alkoholkonsum gestoppt. Weiter habe er erzählt, seit dem Jahr 1999 oft unter bedrückter Stimmung zu leiden. Etwa zeitgleich habe er mit dem übermässigen Alkoholkonsum begonnen. Seinerzeit seien Ehefrau und Kind tödlich verunglückt sowie seine Firma in Deutschland Konkurs gegangen. Er sei dann viereinhalb Jahre in der Welt herumgereist. Hernach sei er häufig arbeitslos gewesen und im Jahr 2010 in die Schweiz gekommen. Hier habe er bis im Jahr 2013 und erneut im Juli 2014 für kurze Zeit eine Arbeit gehabt. Für die Zukunft sehe er als 60-Jähriger keine guten Aussichten für sich auf dem Arbeitsmarkt.

Nach wochenlanger Übernachtung bei der Heilsarmee habe er seit einem Monat ein kleines Zimmer, das durch das Sozialamt finanziert werde. Der Wohnblock werde jedoch im Februar 2015 abgerissen. Er habe keine Angehörigen, fühle sich seit Jahren einsam und werde immer wieder mit der Sinnfrage konfrontiert. Bis her habe er sich teils durch Arbeit, Spiele (Internet, Sportwetten, Roulette, Karten) und Alkohol ablenken können. Nun wolle er abstinent bleiben und wünsche Unterstützung bei der Klärung der Wohnsituation und der Sicherung seiner Existenz durch Sozialhilfe (Urk. 9/11/2).

E. 3.2.1

Auf Wunsch des Versicherten erfolgte am 18. Dezember 2014 eine Verlegung in die Klinik B.____ zur suchtspezifischen Nachbehandlung bis 10. Januar 2015 (Urk. 9/11/3 und 9/15/2). Im Unterschied zum vorhergehenden wurde im nachträglich erstellten Bericht der Klinik B.____, datiert vom 18. Juni 2015, eine gegenwärtig mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Zudem wurde bei den Diagnosen einer anhaltenden wahnhaften Störung (ICD-10: F22.8) und Alkohol-Halluzinose (ICD-10: F10.75) kein Vorbehalt mehr im Sinne einer Verdachtsdiagnose angebracht (Urk. 9/15/1). Dennoch wurde die medizinische Situation letztlich ähnlich beurteilt. Es bestünden Einschränkungen im Bereich der Kognition und Aufmerksamkeit sowie im formalen Denken und auch inhaltliche Denkstörungen. Es gebe Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen in Form von Sinnes täuschungen sowie Störungen der Affektivität, die sich allesamt auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Eine Prognose sei gegenwärtig nicht möglich, sondern nach sechsmonatiger Abstinenz zu stellen. Die Einschränkungen könnten durch eine medikamentöse und psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung vermindert werden, wobei sich aber erst

zeigen müsse, wie sich dies auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (Urk. 9/15/3 f.).

E. 3.2.2

Ferner wurden im Bericht der Klinik B.____ die im Vorbericht bloss angedeuteten «paranoiden bis möglicherweise wahnhaften Ideen» des Versicherten konkretisiert. Gemäss der Anamnese berichtete dieser bei der Aufnahme, Straftäter gerettet zu haben, die irgendwo als Sklaven hätten arbeiten müssen. Er habe mehrmals gefragt, ob er bei der Staatsanwaltschaft anrufen könne, und über Konspirationstheorien und Verfolgungsängste berichtet. Zum Befund wurde notiert, die Frage nach Orientierungsstörungen und der Aufmerksamkeitstest seien aufgrund der Weitschweifigkeit und leichten Sedation erschwert. Formal gedanklich wirke der Versicherte verlangsamt, leicht eingeengt auf die Staatsanwaltschaft- und Befreiungsgeschichte. Er sei mässig ideenflüchtig, deutlich vorbeiredend, aber nicht zerfahren. So berichte er, dass er einen Kollegen habe befreien müssen, der wie ein Zwangsarbeiter behandelt worden sei, und dass er mit der Staatsanwaltschaft in Kontakt stehe. Er habe Verfolgungsängste und sei ohne Liebe aufgewachsen. Er berichte, dass eine Verschwörung laufe. Alsdann seien Sinnestäuschungen in Form von Stimmenhören und Gestaltensehen vorhanden. Der Rapport sei schwer herstellbar, da er eine starre Mimik und Affektarmut zeige. Auf die Frage nach der Stimmung in letzter Zeit sei er mehrmals nicht eingegangen. Ansonsten erscheine er innerlich ruhig, aber auch leicht gereizt von den Fragen des Interviewers. Ebenso erschwert seien die Fragen nach Antrieb, zirka dazugehörigen Besonderheiten und Krankheitsgefühl gewesen (Urk. 9/15/2).

E. 3.3.1

Vom 16. Juni bis 16. Juli 2015 liess sich der Versicherte erneut stationär-psychiatrisch im Sanatorium A.____ behandeln. Zur Zuweisung wurde im Austrittsbericht vom 16. Juli 2015 angemerkt, der Versicherte habe angegeben, vor fünf Wochen aufgrund eines länger bestehenden Konflikts mit seinem Vermieter einen Rückfall erlitten zu haben und wieder täglich 2 Flaschen Wein sowie 5 bis 6 Bier zu konsumieren. Zudem klagte er, depressiv verstimmt zu sein. Er habe keine Freude bzw. Interessen mehr, wisse nichts mit sich anzufangen, habe keine Aufgabe und «hänge» nur in der Wohnung herum. Er lebe sozial zurückgezogen und habe kaum Appetit (Urk. 21/4 S. 1 f.).

E. 3.3.2

und E. 3.3.3). Wohl unbestritten ist der Zusammenhang zwischen der notfallmässigen Aufnahme im Stadtspital H.____ im April 2017 und dem Erhalt der definitiven Kündigung der Wohnung (vgl. E. 2.2 und E. 3.7.3). Dass das Mietverhältnis für das kleine Zimmer im zum Abriss bestimmten Wohnblock des unliebsamen Vermieters kurz verlängert wurde, war für den Beschwerdeführer sicher eine Erleichterung, löste das Problem aber entgegen der Darlegung von Dr. K.____ (vgl. E. 3.5) nicht. Demnach manifestierten sich die psychischen Beschwerden kurz, nachdem die finanziellen Schwierigkeiten zu einer prekären Wohnsituation geführt hatten, die grundsätzlich bis zum Übertritt ins Pflegeheim im Frühjahr 2017 anhielt. Den RAD-Ärzten ist somit in dem Sinne beizupflichten, dass offensichtlich eine anhaltend psychosoziale Belastungssituation bestand. 4.6

Soweit es Bestand und Ausmass der psychischen Beschwerden betrifft, ist vorab auf die Erwägungen 3.1.2 und 3.3.3 betreffend die Austrittsberichte des Sanatoriums A.____ zu verweisen. In beiden Berichten wurde ausführlich und nachvollziehbar dargelegt, aus welchen konkreten Gründen sich die vom Beschwerdeführer angegebene psychotische Symptomatik trotz mehrwöchiger stationärer Beobachtung nicht plausibilisieren liess.

Zudem wurden vom Sanatorium A.____ durch eine bildgebende Abklärung und mittels zweimaliger Durchführung des MMST eine mehr als leichtgradige Einschränkung der kognitiven Fähigkeit (bei Alkoholabstinenz) ebenso wie eine Verschlechterung derselben zwischen Dezember 2014 und Juni/Juli 2015 ausgeschlossen. Darüber hinaus wurde während der Hospitalisationen in dieser Institution jeweils eine massgebliche Besserung des Gesundheitszustandes erzielt und dem Beschwerdeführer letztlich ein gutes Funktionsniveau im Alltag mit eigenverantwortlichem und eigen initia tivem Handeln attestiert. All dies spricht gegen eine Therapieresistenz oder krankheitswertige Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen, die bei der Einschät zung der Arbeitsfähigkeit in einem strukturierten Beweisverfahren aufzugreifen wäre n .

Allein aus der von den Ärzten im Rahmen der ersten psychiatrischen Hospitalisierung Ende 2014/Anfang 2015 gestellten, zurückhaltend positiven Prognose zur Arbeitsfähigkeit bei andauernder Alkoholabstinenz kann jedenfalls nicht auf eine überwiegend wahrscheinlich rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden . Damit wurde vorab der noch unklaren Entwicklung der (bis dahin leichten) kognitiven Einschränkungen sowie möglichen Halluzinationen/ psychotischen Symptomen Rechnung getragen (vgl. E. 3.1.3 und E. 3.2.1). In der Folge liess sich weder eine Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten noch eine psychotische Symptomatik nachweisen (vgl. E. 3.3.3).

In den Berichten der Zentren C.____ und G.____ werden primär die vom Versicherten subjektiv geklagten Beschwerden wiedergegeben, ohne dass sich die behandelnden Arztpersonen mit der objektiven Nachvoll zieh barkeit dieser Angaben auseinandersetzen. Insbesondere werden keine Aspekte vorgebracht, die von den stationär behandelnden Arztpersonen übersehen w o r den wären. Hinsichtlich der Halluzinationen wurde z.B. geltend gemacht, der Ver sicherte habe während rund zwei Monaten im Frühjahr 2016 keine akus tischen Halluzinationen gehabt. Ende April 2016 erneut aufgetretene Halluzinationen seien bis zur Berichterstattung Anfang Juni 2016 wieder zurückgegangen (vgl. E.

3.4.2). Im November 2016 wurde diesbezüglich nichts Neues berichtet (vgl. E.

3.5). Indessen wurde im Februar 2017 darauf mitgeteilt , dass der Versicherte sowohl über akustische als auch optische Halluzinationen klage, wobei er gar verkenne, an einem völlig anderen Ort zu sein. Zudem wurden neu massive Ängste postuliert, die ihn an einem Belastbarkeitstraining hindern würden (vgl. E. 3.6). Gründe für diesen abrupten Verlauf bei Alkoholabstinenz, andauernder psychopharmakologischer und engmaschiger psychotherapeutischer Behandlung w u rden keine genannt. Dabei ist der zeitliche Konnex zum Vor- und Renten bescheid der Invalidenversicherung augenfällig. Gleiches gilt für die Tatsache, dass diese akute Symptomatik im Stadtspital J.____ offenbar trotz psychia tri schem Konsilium nicht erkannt wurde (vgl. E. 3.7. 2). 4.7

Es bleibt anzufügen, dass letztlich die Glaubhaftigkeit der Angaben des Ver sicherten zu hinterfragen ist. So spielte als invaliditätsfremder Faktor wohl mithinein, dass sich der Versicherte nach eigenen Angaben keine guten Chancen auf dem Arbeitsmarkt ausrechnete (vgl. E. 3.1.4), soweit trotz Erwerbsbiographie (Urk. 9/2/2) und Weigerung zur Teilnahme an einem Belastungstraining, wie von Dr. K.____ befürwortet (vgl. E. 3.4.3), überhaupt eine entsprechende Arbeits moti vation bestand (vgl. E. 3.6). Des Weiteren kann aus der Inanspruchnahme einer intensiven Therapie in seinem Fall nicht ohne weiteres auf einen hohen Leidensdruck geschlossen werden, zumal er sich zu Hause offensichtlich unwohl und

einsam fühlte bzw. langweilte (E. 3.3.1), während der stationären Aufenthalte mehr Interesse an der Lösung seiner sozialen Probleme denn an einer Therapie zeigte (E. 3.3.3) und zuletzt kaum mehr eine psychopharmakologische Medikation tolerierte (E. 3.7. 2). Zudem fällt auf, dass er offenbar nie seine beiden Töchter in Deutschland erwähnte. Die Beziehung war immerhin so gut, dass er nach seiner nachweislich schweren somatischen Erkrankung zu diesen nach Deutschland zog (vgl. Urk. 21/1-2 und Urk. 13/4). 4.8

Nach dem vorstehend Ausgeführten bestehen keine Zweifel an der gemeinsamen Feststellung der RAD-Ärzte, dass aufgrund der Aktenlage ein invalidisierendes Leiden nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen ist. Darüber hinaus sind die Berichte der ambulanten und tagesklinischen Behandlungspersonen in den massgeblichen Punkten auch zu wenig fundiert, um Beobachtungen im stationären Rahmen in Frage zu stellen und Anlass für weitere Abklärungen zu geben, wären solche noch möglich. Ein strukturiertes Beweisverfahren im Sinne von BGE 141 V 281 ist somit entbehrlich.

Ergänzend ist festzuhalten, dass der Versicherte vor seiner Arbeitslosigkeit offenbar temporär angestellt war und gemäss IK-Auszug bei der BM Temporär AG im Durchschnitt Fr. 4'146.-- pro Monat bzw. knapp Fr. 50'000.-- pro Jahr verdiente (Urk. 9/12). Unter diesen Umständen würde erst bei einem anrechenbaren Invalideneinkommen von unter Fr. 30'000.-- pro Jahr ein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad von 40 % resultieren, der alsdann Anspruch auf eine Viertelsrente gäbe. Bei fehlender Einschränkung in den Alltagsfunktionen, nicht besonders ausgeprägten depressiven Symptomen und nur leichten kognitiven Einschränkungen ist anzunehmen, dass es dem Versicherten möglich gewesen wäre, auf dem massgeblichen ausgeglichenen hypothetischen Arbeitsmarkt einen solchen Minimalverdienst in einem Teilzeitpensum in einer Hilfstätigkeit zu erzielen. 5.

Zusammenfassend bestehen keine genügenden Anhaltspunkte für ein invalidisierendes Leiden und kein Anlass für weitere Abklärungen, wobei die vom Versicherten beantragte Begutachtung nach seinem Versterben faktisch auch gar nicht mehr durchführbar wäre. Damit muss es bei der Verneinung des Rentenanspruchs bleiben, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200. -- bis Fr. 1'000. -- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind auf Fr. 500. -- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

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

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom

siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 Bonetti

E. 3.3.3

Dazu wurde erläutert, der Versicherte habe sich beim Eintritt mittelgradig deprimiert und nicht akut psychotisch gezeigt. Über die gesamte Behandlung hinweg dominiert hätten thematisch die sozialen Probleme. Der Versicherte zeige eine starke Externalisierungstendenz bezüglich seines Alkoholrückfalls und der Depression, die seines Erachtens Folgen der «Belästigung und finanzielle Ausbeute» durch seinen Vermieter seien. Der Temesta-gestützte Alkoholzug sei komplikationslos verlaufen. Initial sei die ambulant duale neuroleptische Medikation zugunsten einer Monotherapie mit Olanzapin geändert und dieses im Verlauf reduziert worden. Davon habe der Versicherte kognitiv und affektiv deutlich profitiert. Er sei im Gespräch konzentrierter, wacher und affektiv schwingungsfähiger gewesen. Sein Antrieb habe gebessert. Psychopathologisch hätte auch im Verlauf und nach Reduktion der Neuroleptika wie im Voraufenthalt keine sicher psychotischen Symptome ausgemacht werden können. Zwar sei auf Nachfrage ein chronisches Stimmenhören bejaht worden, indes sei nie eine diesbezügliche Ablenkung erkennbar gewesen. Der Versicherte habe keine Wahndynamik gezeigt und nicht unter den Stimmen gelitten, die er zudem nur sehr vage beschrieben habe. Trotz nicht sicherer Indikation habe der Versicherte an Olanzapin festgehalten. Chlorprothixen sei hingegen aufgrund zu starker Sedierung bei ohnehin geringem Antrieb gestoppt worden.

Dem Versicherten sei entgegen seinem Wunsch keine Verhandlungsunfähigkeit attestiert worden, worauf er den Prozess gegen seinen Vermieter nach eigenen Aussagen gewonnen und die Kündigung seiner Wohnung abgewendet habe. Im Übrigen habe er eine geringe Therapiemotivation gezeigt, sei tagsüber oft im Bett gelegen oder unterwegs gewesen. Eigeninitiativ habe er sich in einer sozialtherapeutisch-abstinenzorientierten Einrichtung mit Werkstatt vorgestellt und wolle sich auch selbst um den nächsten ambulant-psychiatrischen Termin kümmern. Kognitiv habe er in den Gesprächen und im Screening leichte, vermutlich alkoholassozierte Einbussen gezeigt, sei aber durchgehend orientiert und in seinen Alltagsfähigkeiten (auch bei externen Terminen inkl. Gesprächstermin) nicht beeinträchtigt gewesen. Man empfehle kognitive Screeningkontrollen, wobei das Resultat im MMST mit erneut 27 von 30 Punkten stabil geblieben sei. Affektiv zeige der Versicherte eine Dysphorie bis Gereiztheit, eine ausgeprägte depressive Symptomatik persistiere nicht erkennbar. Es werde ambulant die weitere Reduktion von Zyprexa auf 5 mg empfohlen sowie möglichst das Absetzen von Temesta zur Nacht sowie gegebenenfalls erneut die Etablierung einer Therapie mit einem SSRI (Urk. 21/4 S. 3 f.).

E. 3.4.1

Gemäss den Angaben in den der Beschwerdegegnerin am 4. Juli 2016 zugegangenen Berichten von Dr. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, besuchte der Versicherte bei ihr ab dem 17. Januar 2015 eine ambulante Behandlung im Zentrum C.____ und ab dem 27. Juli 2015 eine tagesklinische Behandlung im Zentrum G.____ (Urk. 9/26/1

f. und 9/26/15). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden im Bericht der Tagesklinik vom 1. Juni 2016 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 33.1), und ein «Restzustand» bzw. eine verzögert auftretende psychotische Störung, konkret chronische akustische Halluzinationen (ICD-10: F10.75), gestellt (Urk. 9/26/14). Im Übrigen wurden beim Versicherten in der Tagesklinik zwischen dem 4. Dezember 2015 und 2. Juni 2016 acht unangekündigte (Urk. 9/26/14) Urinkontrollen durchgeführt, wobei nie ein Alkoholkonsum nachweisbar war (Urk. 9/26/6-13).

E. 3.4.2

Dem Bericht der Tagesklinik ist ferner – teilweise präzisierend zur Anamnese in den Austrittsberichten der stationären Behandlungen – zu entnehmen, der Versicherte leide nach eigenen Angaben vor allem seit dem Tod von Ehefrau und Tochter bei einem Erdbeben in Istanbul im Jahr 1999 unter dem Verlust der Lebensaufgabe und -freude sowie immer wiederkehrenden akustischen Halluzinationen. Seit dem Jahr 2004 bestehe ein übermässiger Alkoholkonsum.

Nach Machenschaften eines türkischen Kollegen mit Kopfgeldzahlungen hätten im Oktober 2014 Verfolgungsjagden mit deutlichen Suizidideen/-plänen (Suizidversuch durch Ertrinken) begonnen. Lust- und Interessenlosigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Sinnloskeitsgedanken, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und Schlafstörungen (medikamentös besser) hätten sich zunehmend manifestiert. Zudem seien wieder akustische Halluzinationen (lautes Schiffshorn, Menschengruppen, Schienen, Gespräche mit dem Vater) aufgetreten. Im Rahmen eines inkompletten Selbstheilungsversuchs habe er dann massiv Alkohol (2 Liter Wein und Bier, Schnaps) konsumiert.

Aktuell gebe er an, letztmals im Dezember 2015 Alkohol konsumiert zu haben. Von März bis ca. Ende April 2016 seien keine akustischen Halluzinationen mehr aufgetreten und der Schlaf habe sich verbessert. Ende April 2016 habe der Versicherte indes erneut über akustische Halluzinationen berichtet, die mittlerweile wieder zurückgegangen seien. Weiterhin bestünden aber Angstanfälle (unspezifische Ängste), gekennzeichnet durch eine innere Unruhe und Anspannung, die seinen Tag-Nacht-Rhythmus stören und trotz erarbeiteter Bewältigungsstrategie persistieren würden (Urk. 9/26/14 f.).

Zum ärztlichen Befund wurde notiert, man erlebe den Versicherten als affektarm, verlangsamt, stark zurückhaltend und in einer indifferenten, gedrückten Stimmung. Die Schwingungsfähigkeit sei deutlich reduziert. Er sei in der emotionalen Kontaktaufnahme abwartend, wirke eher misstrauisch, sei wortkarg und habe wenig Blickkontakt. Verlangsamt sei der Versicherte in Aufmerksamkeit, Konzentration und im formalen Gedankengang. Er wirke leicht deprimiert, innerlich unruhig, ängstlich und antriebsarm. Die Vitalgefühle seien gestört. Ein- und Durchschlafstörungen bestünden insbesondere im Zusammenhang mit seinen Ängsten. Intermittierend bestünden Akosmen und Stimmenhören. Er lebe sozial zurückgezogen (Urk. 9/26/15).

E. 3.4.3

Als konkrete Einschränkung wurde im Bericht der Tagesklinik eine reduzierte psychische Belastbarkeit mit reduzierter Aufmerksamkeit, Aufnahmefähigkeit und Konzentration festgestellt. Infolgedessen bestehe eine schnelle Erschöpfung und Überforderung, ein Rückzug und die Gefahr der Exazerbation der psychischen Symptome bei Belastungen. Der Versicherte benötige daher eine ruhige Umgebung, regelmässige Pausen und wechselnde Aufgaben. Zu vermeiden seien repetitive, monotone Tätigkeiten, Grossräume und Tätigkeiten mit Verletzungsgefahr. Er benötige weiterhin eine Tagesstruktur, weshalb man ein Belastbarkeits training oder eine Beschäftigungsmassnahme empfehle. Sofern er weiterhin stabil bleibe, bestehe eine eher gute Prognose, dass er zumindest eine angepasste Tätigkeit im geschützten Rahmen in einem reduzierten Arbeitspensum aufnehmen könne (Urk. 9/26/15 f.). Im Bericht des Zentrums C.____ wurde das vorstehend Ausgeführte für die Zeit ab Mai 2016 insofern präzisiert, als Konzentrationsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit als mittelgradig beeinträchtigt beurteilt wurden. Ausserdem wurde empfohlen, die Beschäftigung mit jeweils täglich zwei Stunden zu beginnen und schrittweise zu steigern (Urk. 9/26/5).

E. 3.5

Nach dem Vorbescheid verfasste Dr. K.____ am 9. November

2016 einen weiteren Bericht. Darin betonte sie, dass psychosoziale Faktoren nur am Anfang der Erkrankung im Vordergrund gestanden hätten, sich inzwischen aber eine rezidivierende depressive Störung im Sinne einer verselbständigten psychischen Störung entwickelt habe. Die an die Wohnbedingungen und Unstimmigkeiten mit dem ehemaligen Vermieter geknüpften Probleme hätten sich gelöst. Derzeit sei die Wohnsituation stabil. Im Übrigen übernahm sie den Wortlaut aus dem Vorbericht vom 1. Juni 2016 und aktualisierte die Medikation mit Zyprexa. Es wurden weder neue Halluzinationen seit der letzten Berichterstattung erwähnt, noch Angaben zur konkreten Behandlung (ambulant oder tagesklinisch) nach dem 1. Juli 2016 gemacht (Urk. 9/48).

E. 3.6

Im Verlaufsbericht des Zentrums G.____ vom 21. Februar 2017, erstmals unterzeichnet vom Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. L.____, wurden neben akustischen (verstorbener Vater spreche mit ihm, Gespräche von Menschenmengen, eine Frau rufe ihn) neu bzw. wie einst im Bericht der Klinik B.____ zusätzlich optische Halluzinationen (siehe eine Gestalt am Ufer eines Sees oder im Zug) konstatiert. Dazu wurde angemerkt, der Versicherte verkenne dabei, dass er an einem völlig anderen Ort sei. Die Halluzinationen seien begleitet von Angst, Schweissausbrüchen und nächtlichen Alpträumen. Ein vom Sozialamt initiiertes Belastbarkeitstraining sei wegen der Ängste, sich zu verletzen, bis heute nicht möglich gewesen. Der Versicherte versuche, den Tag so gut wie möglich zu überstehen. Der Zustand habe sich trotz Medikation nicht verbessert. Es sei von einer Therapieresistenz auszugehen (Urk. 3/4).

E. 3.7

4

Im Bericht, datiert vom 26. Mai 2017, wurde darauf hingewiesen, dass der Versicherte trotz seiner Begleiterkrankungen mit chronischer Suizidalität bei rezidivierender depressiver Störung ein operatives Vorgehen in Bezug auf das Pancreaskopfkarzinom

wünsche. Der bekannt depressive Versicherte sei psychoonkologisch und psychiatrisch behandelt worden und habe während des stationären Aufenthalts durchwegs ein depressives Zustandsbild gezeigt, das sich nach Diagnose der hepatischen Metastasierung und Inoperabilität des Grundleidens noch deutlich verschlechtert habe. Eine akute Suizidalität habe zu keinem Zeitpunkt bestanden. Der Versicherte vereinbarte selbst einen Termin im Zentrum C.____, wo er weiterhin an die Tagesklinik angebunden sei (Urk. 13/4). 4. 4.1

Die medizinischen Unterlagen wurden zunächst vom RAD-Arzt Dr. D.____, Facharzt für Neurologie, gewürdigt. Er kam am 26. Juli 2016 zum Schluss, die Schadenminderungspflicht im Sinne einer sechsmonatigen Alkoholabstinenz könne als erfüllt betrachtet werden. Unter dieser habe sich der Gesundheitszustand gebessert. Bei der berichteten mittelgradigen depressiven Episode sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht direkt nachvollziehbar. Eine gewisse gesundheitliche Beeinträchtigung sei anzunehmen. Inwiefern psychosoziale Faktoren mitwirken würden, sei nicht klar zu isolieren. Allenfalls könne die reelle funktionelle Leistungskapazität in einem Arbeitsversuch geklärt werden. Alternativ könne ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag gegeben werden (Urk. 9/32/5).

Daran hielt Dr. D.____ in seiner zweiten Stellungnahme vom 13. Dezember 2016 fest. Er fügte einzig hinzu, soweit aus Sicht des Kundenberaters weder Eingliederungsmassnahmen noch eine Begutachtung indiziert seien, stehe es diesem offen, auf die berichtete volle Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt abzustellen (Urk. 9/50/3). 4.2

Nach Anhebung der Beschwerde holte die Beschwerdegegnerin eine weitere Stellungnahme beim RAD ein. Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, nahm am 16. Mai 2017 ausführlich Stellung.

Anhand der im Bericht des Sanatoriums A.____ vom 31. Dezember 2014 beschriebenen Befunde und Diagnosen sei nicht überwiegend wahrscheinlich ersichtlich, dass neben den darin genannten psychosozialen Belastungen ein eigenständiges psychisches Leiden zum geklagten Beschwerdebild beigetragen habe. Hinsichtlich der Alkoholfolgen würden sich zudem keine Befunde finden, die auf eine irreversible körperliche oder mentale Schädigung hindeuten würden. Im Verlauf der stationären Behandlung werde der Versicherte ferner als psychisch unauffällig beschrieben. Aus dem Bericht der Klinik B.____ vom 18. Juni 2015 ergebe sich nicht viel Neues. Es würden paranoide Symptome geschildert, jedoch wiederum kein ausgeprägtes depressives Zustandsbild. Über den weiteren Verlauf des stationären Aufenthalts werde nichts berichtet und der Bericht sei offensichtlich erst nachträglich angefertigt worden.

Im Bericht des Zentrums G.____ vom 1. Juni 2016 erfahre man ein Jahr später, dass der Versicherte im Dezember 2015 zuletzt Alkoholkonsumiert habe. Der psychiatrische Befund habe sich hinsichtlich der paranoiden Symptomatik beruhigt und die depressive Symptomatik zeige sich nicht verstärkt. Dass dennoch die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt werde, sei nicht nachvollziehbar, insofern anamnestisch keine längere Remissionsphase (ohne Alkoholkonsum) dokumentiert sei, was eigentlich das Kriterium für die Diagnosestellung wäre. Der Bericht vom 9. November 2016 sei eine nahezu wörtliche Wiederholung.

Insofern – so die Schlussfolgerung von Dr. E.____ – seien die bisherigen RAD-Stellungnahmen nachvollziehbar, in welchen insbesondere explizit auf das Verbesserungspotenzial durch Alkoholabstinenz hingewiesen worden sei. Insgesamt würden aus den Berichten des Zentrums G.____ keine objektiven Befunde und Diagnosen

hervorgehen, die neben den ausgeprägten und auch langwierigen psychosozialen Belastungen als Ursache der Beschwerden, andere massgebliche psychische Leiden oder Krankheitsfolgen ausweisen würden (Urk. 9/55). 4.3

Dr. E. ___ hob somit die Gemeinsamkeit in den RAD-Stellungnahmen hervor, was letztlich aber nicht darüber hinwegzutäuschen vermag, dass Dr. D. ___ ein invalidisierendes Leiden – wenn auch nicht als ausgewiesen – so zumindest als möglich und abklärungsbedürftig erachtete, Dr. E. ___ ein solches indes klar verneinte. Während eine solche Diskrepanz im Normalfall eine Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung indizieren könnte, fällt eine solche vorliegend von vornherein ausser Betracht. Der Versicherte verstarb am 2. November 2017 und die behandelnden Ärzte haben sich bereits in mehreren echtzeitlichen Berichten zu den relevanten Fragen geäussert, so dass von einer Rückweisung der Sache keine neuen medizinischen Kenntnisse zu erwarten wären. Möglich bleibt ein externes Aktengutachten, in welchem zu prüfen wäre, ob – entgegen der gemeinsamen Auffassung von Dr. E. ___ und Dr. D. ___ – bereits aufgrund der vorhan denen medizinischen Unterlagen ein invalidisierendes Leiden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist.

Nach der allgemeinen Beweisregel (Art.

E. 3.7.1

Hinsichtlich der vom Versicherten im Gerichtsverfahren eingereichten Berichte des Stadtspitals J. ___ , die alle nach Erlass der angefochtenen Verfügung behandelte somatische Leiden betreffen, ist vorab festzuhalten, dass aus rechtlicher Sicht grundsätzlich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung massgebend ist. Später eingereichte ärztliche Berichte sind ausnahmsweise zu berücksichtigen, wenn daraus Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses gezogen werden können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_48/2015 vom 1. Juli 2015 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1, 130 V 138 E. 2.1 und 121 V 362 E. 1b in fine).

E. 3.7.2

Allerdings fand sich im Austrittsbericht vom 29. März 2017 die Diagnose rezidivierende depressive Störung mit einem «Status nach» schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen im September 2016. Ferner wurde erläutert, da der Versicherte verlangsamt und apathisch gewirkt habe, sei bei vorbestehender rezidivierender depressiver Störung ein psychiatrisches Konsilium erfolgt. Es habe sich erneut eine depressive Verstimmung gezeigt. Die Therapie mit Zyprexa und Truxal sei vom Versicherten nicht toleriert und abgesetzt worden. Sirdalud habe man ausgeschlichen. Die psychopharmakologische Behandlung beim Austritt reduzierte sich folglich auf 3 mg Invega pro Tag. Eine stationäre psychiatrische Weiterbehandlung lehnte der Versicherte ab (Urk. 13/1).

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) obliegt es bei erstmaliger Rentenprüfung nämlich der versicherten Person, die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen

Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt (BGE 139 V 547 E. 8.1). Wie dargelegt kommt den medizinischen Experten eine entscheidende Rolle zu. Diese haben im Einzelnen zu begründen und mittels ihrer Feststellungen und Einschätzungen zu Leidensdruck, psychischen Ressourcen oder funktionellen Defiziten darzulegen, in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, oder aber festzuhalten, dass die Beantwortung dieser Frage - trotz Ausschöpfung aller Möglichkeiten fachgerechter Exploration - nicht oder nicht sicher genug möglich ist. Bleiben die Auswirkungen eines objektivierbaren wie auch eines nicht (bildgebend) fassbaren Leidens auf die Arbeitsfähigkeit trotz in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sorgfältig durchgeführter Abklärungen vage und unbestimmt, ist der Beweis für die Anspruchsgrundlage nicht geleistet und nicht zu erbringen (BGE 140 V 290 E. 4.1). 4.4

Vorab ist festzuhalten, dass Alkoholismus nach ständiger Rechtsprechung keine Invalidität im Sinne des Gesetzes begründet. Eine solche Sucht wird invaliden versicherungsrechtlich 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 ab er 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). Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts der verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt. Soweit der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage nach 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).

Aus den medizinischen Unterlagen geht hervor, dass der Versicherte mindestens dreimal komplikationslos einen Alkoholentzug absolvierte. Nach dem ersten im Dezember 2014 erlitt er im Mai 2015 einen Rückfall, der zu einer weiteren stationären psychiatrischen Behandlung einschliesslich eines Alkoholentzugs im Juni/Juli 2015 führte. Danach konsumierte er erneut bzw. letztmals im Dezember 2015 Alkohol. Die danach tagesklinisch kontrollierte Alkoholabstinenz war offenbar dauerhaft. Gegenteiliges wäre zumindest bei den längeren Hospitalisationen im Stadtspital J.____ aufgefallen. Insofern ist davon auszugehen, dass eine Alkoholabstinenz trotz der psychischen Beschwerden zumutbar war. 4.5

Die Invalidenversicherung ist sodann eine finale Versicherung. Das heisst, es wird nicht nach der Art und Genese eines Gesundheitsschadens gefragt, der die Erwerbsunfähigkeit verursacht. Der Gesundheitszustand ist folglich immer gesamtheitlich zu betrachten. Selbst eine Erwerbsunfähigkeit, deren psychogene krankhafte Grundlage (auch) durch eine soziokulturelle Überforderung verursacht worden ist, fällt in den Geltungsbereich der Invalidenversicherung, vorausgesetzt es handelt sich um ein verselbstständigtes psychisches Leiden. Eine rentenbe gründende Invalidität kann damit nicht allein mit dem Hinweis auf das Vorhandensein soziokultureller oder psychosozialer Belastungsfaktoren verneint

werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_830/2013 vom 29. April 2014 E. 5.2.3 mit Hinweis auf BGE 136 V 279 E. 3.2.1, 127 V 294 E. 5a).

Konkret gilt gemäss Bundesgericht: Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.3 und 127 V 294 E. 5a). Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbe gründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

Aktenkundig begab sich der Beschwerdeführer erstmals im November 2014 in psychiatrische Behandlung. Beim damaligen Eintritt ins Sanatorium A.____ war er seit fast zwei Jahren arbeitslos und bewohnte seit einem Monat ein kleines Zimmer, finanziert von der Fürsorgebehörde. Der Wohnblock sollte allerdings bereits im Februar 2015 abgerissen werden. Davor hatte er einige Wochen bei der Heilsarmee übernachtet (vgl. E. 3.1.4 und Urk. 9/12). Zur erneuten psychiatrischen Hospitalisierung im Sanatorium A.____ im Juni 2015 kam es nach Angaben des Versicherten aufgrund eines länger bestehenden Konfliktes mit seinem Vermieter. Dabei nahm er während des Aufenthalts an einer Verhandlung teil, bei der er gegenüber dem Vermieter obsiegte und vorerst in der Wohnung bleiben konnte. Im Austrittsbericht wurde daraufhin festgehalten, dass während der gesamten Behandlung nicht die Depression oder psychotischen Symptome, sondern die sozialen Probleme thematisch dominiert hätten. Dieser Umstand wurde mit einer Z-Diagnose bekräftigt (vgl. E.

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