

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00521 vom 15. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00521

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00521 du 15 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00521 del 15 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren

1969, war von 2001 bis

E. 1.1

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 invaliditätsbe gründend 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. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, und Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). In sofern 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).

Im erwähnten Urteil 8C_582/2015 vom 8. Oktober

2015 E. 4 hat das Bundesgericht entschieden, dass die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 psychosomatische Leiden betrifft und auf Suchtproblematiken nicht anwendbar ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_6/2016 vom 3. Februar 2016 E. 4.2.3 mit Hinweis auf die Kritik von Liebrecht / Uttinger / Ebner, Sind Abhängigkeitserkrankungen aus höchstrichterlicher Sicht [weiterhin] nicht mit anderen psychischen Störungen [z.B. somatoformen Störungen] vergleichbar? - Eine Urteilsbesprechung von BGE 8C_582/2015 im Lichte der theoretischen Anwendbarkeit des ergebnisoffenen, strukturierten Beweisverfahrens, in: SZS 2016 S. 96; ferner: Liebrecht et

alii, Das Suchtleiden bzw. die Abhängigkeitserkrankungen - Möglichkeiten der Begutachtung nach BGE 141 V 281

[= 9C_492/2014], in: SZS 2016 S.

12).

E. 1.2

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermaßen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E.

E. 1.3

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen

Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 1. 4

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

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wo zu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin vertrat im angefochtenen Entscheid die Auffassung, dass die Arbeitsunfähigkeit vor allem durch ein Abhängigkeitsverhalten bedingt sei und deshalb kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliege. Mit der Durchführung der im Rahmen der Schadensminderungs pflicht auferlegten teilstationären Therapie habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert, und zuletzt habe eine leichte depressive Episode vorgelegen. Der Substanzkonsum sei ebenfalls reduziert worden, sei aber nach wie vor als primäres Suchtgeschehen einzuordnen. Weiter bestehe aus kardiologischer Sicht keine Einschränkung, und das rheumatologische Leiden erfordere keine Behandlung

(Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer wandte dagegen ein, dass seinem Suchtleiden eine eigenständige psychische Störung zugrunde liege, welcher Krankheitswert zukomme. Ob eine relevante psychiatrische Störung bestehe, sei von der Beschwerdegegnerin ungenügend abgeklärt worden, insbesondere genüge die Aktenbeurteilung des RAD vom 9. November

2016 nicht, da sie die Anamnese nicht vollständig wiedergebe und Wesentliches ausser Acht lasse. So sei er bereits im Kindesalter psychisch belastet gewesen, und habe als Erwachsener zunächst jahrelang ein geregeltes Ehe- und Erwerbsleben geführt. Die vorliegend massgebliche psychische Dekompensation im Jahre

2012 sei nicht durch den Drogenkonsum, sondern durch den Tod der Mutter verursacht worden, welchen er als einschneidend erlebt habe. Die danach gutachterlich festgestellte Depression mittleren Grades sei entgegen der zu optimistischen Prognose bis heute nicht remittiert. In der Folge habe er seine langjährige Arbeitsstelle und damit verbunden seine finanzielle Existenzgrundlage verloren, wodurch er psychisch komplett entgleist sei. Hervorzuheben sei, dass er zuletzt eine positive Tendenz gezeigt und das H.____ eine günstige Prognose gestellt habe. Weiter seien auch die bestehenden erheblichen somatischen Beschwerden mit klinischem Korrelat noch rechtskonform abzuklären (Urk. 1 S. 3 ff.). 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung. Zu prüfen ist insbesondere, ob ein eigenständiger psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht. 3. 3.1

Mit Bericht vom 10. November

2013 nannte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, als Diagnose eine Depression und ein lumbovertebrales Syndrom (Urk. 6/4/2-3). 3.2

Die Ärztin des B.____, Klinik für Rheumatologie, nannte in ihrem Bericht vom 22. November

2013 (Urk. 6/41/6-7) als rheumatologische Diagnose ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom und als Differentialdiagnose eine Spondylarthropathie.

Sie führte aus, dass die Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule und des Beckens leichte degenerative Veränderungen im Sinne einer Osteochondrose des Lendenwirbelkörpers 2/3 gezeigt hätten. Auf eine weitere Abklärung bezüglich Spondylarthropathie mittels MRI sei bei Klaustrophobie aktuell verzichtet worden. Die durchgeführte HLAB27-Bestimmung sei jedoch negativ ausgefallen. 3.3

Dr. med. C.____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte in ihrem Gutachten vom 20. Dezember

2013 (Urk. 6/8/16-23) folgende Diagnosen (S. 5): - seit Jahren chronisch rezidivierende Beschwerden der Lendenwirbelsäule tief lumbal, derzeit rechtsbetont - Hyposensibilität am rechten Oberschenkel ventral - Fehlstatik der Wirbelsäule, ausgeprägte Haltungsinsuffizienz bei ver schwächter Rumpfmuskulatur - beidseits erheblich verkürzte Ischiokruralmuskulatur - freie Funktionen der grossen/kleinen Gelenke der oberen /unteren Extremitäten - Zustand nach zweimaliger Fusskontusion rechts mit konservativer Therapie - insgesamt eher schwächlicher Habitus

In der Beurteilung hielt sie fest, dass die vom Beschwerdeführer vorgetragene Schmerzen tief lumbal klinisch ihr Korrelat fänden. Es dürfe von einer verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule ausgegangen werden, aber auch von einer verminderten Belastbarkeit bei eher schwächlichem Habitus. Aus therapeutischer Sicht sei es dringend notwendig, dass die verkürzten Muskelstrukturen, speziell der Ischiokruralmuskulatur, gedehnt und über eine

Haltungskorrektur die Wirbelsäule wieder im Lot belastet würden. Nach muskulärer Kräftigung, geeignet über medizinische Trainingstherapie, sollten wieder regelmässige sportliche Freizeitaktivitäten durchgeführt werden. Für Januar

2014 habe der Beschwerdeführer Termine für eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit.

Weiter führte Dr. C. ___ aus, dass der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben bei einer Tätigkeit im Retourenlager körperlich schwere Arbeiten verrichten müsse und Durchzug ausgesetzt sei.

Aus orthopädischer Sicht sei eine Rückkehr in den Arbeitsprozess ab 15. Januar 2014 möglich mit Pensum 50 %, wenn gewährleistet sei, dass der Beschwerdeführer körperlich leichte und gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten verrichten könne. Ab 1. Februar

2014 sei dann für angepasste Tätigkeiten ein volles Pensum gegeben. Ab 1. März

2014 könne der Beschwerdeführer durchschnittlich mittelschwere und gelegentlich körperlich schwere Tätigkeiten verrichten. Es wäre für ihn gut, wenn längerfristig eine innerbetriebliche Umsetzung erfolgen könnte, sodass er durchschnittlich mittelschwere Tätigkeiten verrichten könne (S. 5 f.). 3.4

Dr. med. D. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Gutachten vom 22. Dezember

2013 (Urk. 6/8/3-15) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - prolongierte Trauer nach dem Tod der Mutter (im Oktober

2012), aktuell noch mittelschwer depressiv - Differentialdiagnose: anhaltende depressive Reaktion/Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) - chronisch rezidivierende lumbale Rückenschmerzen - Verdacht auf somatoforme Schmerzverarbeitung im Rahmen der prolongierten Trauer (ICD-10 F45.4)

Dr. D. ___ führte aus, dass die psychiatrische Behandlung bezüglich der erheblichen depressiven Symptomatik völlig insuffizient sei. Sie finde zum ersten Mal seit Herbst

2013 statt (ein Jahr nach dem Tod der Mutter) und lediglich in sechs- bis achtwöchigen Intervallen (bisher erst vier Sitzungen) und dies nur zur Medikamenteneinstellung, ohne die Psychotherapie, die der Beschwerdeführer eigentlich wünschen und brauchen würde. Auch die antidepressive Medikation sei ungenügend. Das verabreichte Remeron sei zu hoch dosiert, um die Schlafstörungen zu beheben und wirke in der Nacht antriebssteigernd, so dass der Beschwerdeführer trotz Müdigkeit oft nicht mehr einschlafen könne. Hier dränge sich dringend ein Medikamentenwechsel auf. Das schlafinduzierende Remeron sollte reduziert, dafür am Tag ein antriebssteigerndes und stimmungsaufhellendes Antidepressivum verschrieben werden (S. 7 f.). Prognostisch sei mit einer vollständigen Wiederherstellung der psychischen Gesundheit zu rechnen. Bei einer verbesserten antidepressiven Medikation sowie Installierung einer psychotherapeutischen Begleitung könnte rasch eine Remission der depressiven Symptomatik erwirkt werden (S. 10).

Aus psychiatrischen Gründen sei der Beschwerdeführer aufgrund der anhaltenden depressiven Symptomatik (verzögerte Trauerreaktion) zurzeit noch 100 % arbeitsunfähig. Bei einem positiven Ansprechen auf den empfohlenen Wechsel der Psychopharmaka auf ein aktivierenderes Antidepressivum sowie eine Reduktion des Remerons zur besseren Schlafmodulation wäre ab 1. Februar ein Wiedereinstieg zu 50 % denkbar für eine

körperlich leichte, rückenadaptierte Tätigkeit mit schrittweisen Steigerungen auf 100 % im Laufe vom März

2013 (richtig: März 2014; S. 11). 3 .5

Die Psychologin des B.____ , Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie , nannte in ihrem Bericht vom 17. März

2014 aufgrund ihres Erstgesprächs mit dem Beschwerdeführer (Urk. 6/16) folgende Diagnosen: - Depression (ICD-10 F32.1) - mittelgradig depressive Episode - psychosoziale Belastungssituation - Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) 3 . 6

Mit Bericht vom 29. April

2014 (Urk. 6/21/5-6) hielt die zuständige Ärztin des B.____ , E.____ , unter Beilage weiterer Berichte (Urk. 21/7-14) fest , dass keine kardiologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden . Weiter führte sie aus , dass aus kardiologischer Sicht eine positive Familienanamnese für eine hypertrophe Kardiomyopathie bestehe, wobei der Beschwerdeführer selber aktuell keinerlei Hinweise auf die klinische Manifestation einer hypertrophen Kardiomyopathie zeige (EKG, Echokardiographie und auch Herz-MRI seien absolut normal). 3 .

E. 3

1. März

2014 bei der Y.____

als Fachmitarbeiter Warenlogistik tätig, wobei der letzte Arbeitstag am 20. Juni

2013 war (Urk. 6/15) .

Unter Hinweis auf eine schwere Depression sowie Rücken- und Herz beschwerden meldete sich der Versicherte am 11. Dezember

2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog Akten der Z.____

Krankenversicherung bei (Urk. 6/4, Urk. 6/8).

Am 23. Juli

2015 teilte die IV-Stelle den Abschluss der Arbeitsvermittlung mit (Urk. 6/38). Mit Schreiben vom 27. August

2015 auferlegte die IV-Stelle dem Versicherten im Rahmen der Schadenminderungspflicht die Durchführung einer stationären Therapie (Urk. 6/40).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/73 ; Urk. 6/82) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. April

2017 einen Rentenanspruch (Urk. 6/85 = Urk. 2) 2.

Der Versicherte erhob am 11. Mai

2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. April

2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei in ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen, namentlich Eingliederungsmassnahmen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 16. Juni 2017 (Urk.

E. 3.3

mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E.

E. 5

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 4. Juli 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 5.2

mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Eine leichte depressive Episode grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C_337/2015 vom 7. April

2016 E. 4.4.1 mit weiteren Hinweisen).

E. 7

Die Ärzte des F.____, bei welchen der Beschwerdeführer seit 8. Mai

2014 und letztmals am 2. August 2015 die Einzelgesprächstherapie besuchte, nannten in ihren Berichten (undatiert; Urk. 6/31, Urk. 6/39) folgende Diagnosen: - psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom (gegenwärtig Substitution mit Methadon), ICD-10 F11.2 - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit Verdacht auf psychotische Symptome, ICD-10: F83.2; Differentialdiagnose ICD-10 F33.3 - posttraumatische Belastungsstörung, ICD-10 F43.1

Als die Krankheit aufrechterhaltende Faktoren nannte der Arzt die Suchtproblematik, die Traumatisierung in der Kindheit, das Auslösen von Angstzuständen und den Tod der Mutter vor zwei Jahren (Urk. 6/39 Ziff. 4.4) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 6/39 Ziff. 2.1). 3 .

E. 8

Mit Bericht vom 8. März

2016 (Urk. 6/56, Urk. 6/63/2-6) hielt Dr. med. G.____, H.____, wo sich der Beschwerdeführer vom 20. Januar bis 27. Februar

2016 zum ersten Mal in stationärer Behandlung befand, folgende Diagnosen fest: - Hauptdiagnose: - psychische und Verhaltensstörung durch Sedative oder Hypnotika: Entzugssyndrom (ICD-10 F13.3) - Nebendiagnosen: - rezidivierende depressive Störung,

gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0) - psychische und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom: Kokain, Heroin, Benzodiazepine (ICD-10 F19.2)

Dr. G. ___ hielt in seiner Beurteilung fest, dass der Benzodiazepinenzug komplikationslos gewesen sei und die Opioidsubstitution fortgesetzt werde. Es liege eine leichte depressive Störung mit vor allem Antriebsmangel und Rückzugstendenzen vor, und es erfolge eine tagesklinische Weiterbehandlung zum Aufbau von Aktivitäten und zur Tagesstrukturierung (S. 4). 3 .

E. 9

Dr. med. univ. I. ___ , J. ___ , hielt mit Schreiben vom 22. Juni 2016 (Urk. 6/63/1) fest, dass der Beschwerdeführer nach dem stationären Aufenthalt im H. ___ für einen Monat in der K. ___ der L. ___ gewesen sei. Zwar sei diese auf Suchterkrankungen spezialisiert, doch habe der Beschwerdeführer dort einen starken Suchtdruck empfunden und habe auch immer wieder mal etwas angeboten bekommen, was ihn auch einmal rückfällig werden lassen. Der Beschwerdeführer selber habe daher entschieden, dort nach einem Monat abzubrechen, da er verständlicherweise keinen Fortschritt haben könne. 3 .

E. 10

Mit Bericht vom 24. Oktober

2016 (Urk. 6/70) hielt Dr. med. M. ___ ,

H. ___ , wo sich der Beschwerdeführer vom 21. Juli bis zum 12. September

2016 zur zweiten stationären Therapie aufhielt, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Ziff. 1.1) : - psychische und Verhaltensstörung durch Sedative oder Hypnotika: Entzugssyndrom (ICD-10 F13.3) - psychische und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom: Kokain, Heroin, Benzodiazepine (ICD-10 F19.2) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)

Dr. M. ___ führte aus, dass es dem Beschwerdeführer laut seinen Ausführungen seit dem letzten Austritt im Februar deutlich besser gegangen sei . Er habe keine Drogen mehr konsumiert, habe sich vermehrt über den Tag aktivieren können, und Kopfschmerzen seien nicht mehr aufgetreten. Anfang Juni habe er die K. ___ besucht. Hier habe er sich nicht wohl gefühlt, hinzu seien Spannungen mit seiner

Schwester gekommen, welche für ihn die Haupt Bezugsperson sei. In der K. ___ sei ihm durch Mitpatienten vermehrt Dormicum und andere Drogen angeboten worden, wozu er nicht nein sagen könne. Etwa drei Tage vor Eintritt habe er letztmalig 0.5 mg Heroin und Kokain konsumiert, und habe zwischen 4-6 Tabletten Dormicum

pro Tag eingenommen. Der Beschwerdeführer wünsche sich für seinen Aufenthalt, seinen Dormicum -Konsum auf 0 mg zu reduzieren. Zusätzlich berichte er über eine massive Durchschlafstörung und vermehrte Ängste mit somatischen Symptomen bis zum Schweißausbruch (Ziff. 1.4).

Dr. M. ___ hielt fest, dass für die Dauer des stationären Aufenthalts vom 21. Juli bis 12. September

2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe (Ziff. 1.6). Der Beschwerdeführer sei zurzeit arbeitslos und suche aktiv nach einem neuen Job über das RAV (Ziff. 1.7).

Durch das Fortführen der psychiatrischen Medikation und einer regelmässigen störungsspezifischen psychotherapeutischen Behandlung, wenn möglich Reduktion der PSYCHOPAX-Tropfen auf null, würden sich die Einschränkungen durch medizinische Massnahmen vermindern lassen. Diese Massnahmen würden sich womöglich günstig auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, sodass langfristig mit dem Wiedererlangen einer Arbeitsfähigkeit unter angepassten Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt gerechnet werden könne (Ziff. 1.8). 4 .

Den medizinischen Berichten lässt sich entnehmen, dass im Zeitpunkt des letzten Austritts aus dem H.____ aus psychiatrischer Sicht noch eine depressive Episode leichten Grades sowie ein Entzugs- und ein Abhängigkeits syndrom bestanden (vgl. vorstehend E. 3.10) .

Rechtsprechungsgemäss (vorstehend E. 1.2) ist eine leichte depressive Episode grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen. Vorliegend ist zudem bei Durchführung der empfohlenen Psychotherapie und Einnahme der Medikation eine Verbesserung zu erwarten, weshalb die Therapieresistenz zu verneinen ist.

Was das Entzugs- und Abhängigkeitssyndrom angeht, so trat aktenkundig die Suchtproblematik im Mai

2014 erstmals auf (E. 3.7) . Bis zu diesem Zeitpunkt standen die Rückenbeschwerden und die depressive Reaktion auf den Tod der Mutter im Vordergrund. Bei letzterer handelte es sich vor Auftreten der Suchtproblematik um eine Depression mittleren Grades, wobei der Gutachter von einer völlig ungenügenden medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung ausging und nach Durchführung der von ihm empfohlenen Therapie von der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit bereits im Laufe von rund drei Monaten ausging (E. 3.4) . Angesichts der guten Behandelbarkeit und der günstigen Prognose der Depression ist davon auszugehen, dass ihr auch damals kein Krankheitswert zukam und das danach einsetzende Suchtgeschehen nicht überwiegend wahrscheinlich als dessen Folge anzusehen ist.

Zudem weist der erste , erfolgreiche stationäre Aufenthalt (E. 3.8) des Beschwerdeführers darauf hin , dass auch die Suchtproblematik selber behandelbar ist. Hinzu

kommt, dass der Beschwerdeführer laut dem Austrittsbericht des H.____ aktiv über das RAV auf Stellensuche ist und sich somit offenbar auch selber für arbeits- und vermittlungsfähig hält.

Insgesamt ist damit in Übereinstimmung mit der Einschätzung des RAD (Urk. 6/72 S. 8 f.) von einem reinen Suchtgeschehen auszugehen , welches invalidenversicherungsrechtlich irrelevant ist .

Aus somatischer Sicht ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden ebenfalls zu verneinen. Nach eingehender fachärztlicher Abklärung wurden beim Beschwerdeführer keine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende kardiologische Diagnosen gestellt (E. 3.6).

Aus orthopädischer Sicht wurden zwar Einschränkungen festgestellt; die begutachtende Orthopädin ging jedoch - nach geeigneter muskulärer Kräftigung - von einer vollen Arbeitsfähigkeit für durchschnittlich mit teilschwere und gelegentlich körperlich schwere Tätigkeiten aus (E. 3.3).

Ob und inwiefern dies von der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers - welche er als körperlich schwer beschrieb - abweicht, kann vorliegend offen bleiben, zumal das Ausmass der Einschränkung jedenfalls nicht so erheblich ist, dass sie eine rentenbegründende Invalidität bewirken könnte. Wie zudem einer hand schriftlichen Notiz zu entnehmen ist, wurde der Beschwerdeführer beim B.____ seit Februar

2014 nicht mehr vorstellig (Urk. 6/41/1) und es ist auch nicht ak tenkundig, inwieweit er die empfohlene medizinische Trainingstherapie durch führte. Zu m zu nächst noch aufgeführten Verdacht auf eine somatoforme bezie hungsweise chronische Schmerzstörung (E. 3.4-3.5) ist zu bemerken, dass dieser sich in der Folge offenbar nicht bestätigte (E. 3.7-3.10) .

Damit ist das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens und infol ge dessen ein Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu verneinen. 5.

Zusammenfassend ergibt sich, dass der angefochtene Entscheid zu Recht be steht, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem Be schwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Patrick Lerch - 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 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 Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Ur kunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannGrieder-Martens

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