

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00694 vom 31. Oktober 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00694

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00694 du 31 octobre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00694 del 31 ottobre 2017

Erwägungen

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]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung

[IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit (Abs. 1) : a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b.

die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind .

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis).

Nach Massgabe von Art. 16 Abs. 1.

E. 1.3

Gemäss Art. 17 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann (Abs. 1). Der Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit ist die Wiedereinschulung in den bisherigen Beruf gleichgestellt (Abs. 2). Als Umschulung gelten gemäss Art.

E. 1.4

Gesetz und Verordnung enthalten keine Vorschriften über die materiellrechtliche Revision von Eingliederungsleistungen wegen einer seit ihrer Zusprechung eingetretenen Veränderung der Verhältnisse. Ebenso wenig ist geregelt, unter welchen Voraussetzungen im Falle einer vorangegangenen Verweigerung von Eingliederungsleistungen ein neues

Gesuch entgegenzunehmen und zu prüfen ist. In BGE 105 V 173 hat das Bundesgericht entschieden, dass Eingliederungsleistungen gleich wie Renten und Hilflosenentschädigungen zu behandeln sind und dass demzufolge Art. 17 ATSG sowie die dazugehörigen Verordnungsbestimmungen in analoger Weise auch auf die Revision von Eingliederungsleistungen angewendet werden müssen. Art. 87 Abs. 3 IVV betrifft – trotz seiner Stellung im Abschnitt E «Die Revision der Rente und der Hilflosenentschädigung» – zwar nicht die eigentliche materiellrechtliche Revision laufender Leistungen, sondern einen andern Sachverhalt, nämlich die Neuprüfung nach vorangegangener Leistungsverweigerung. Es rechtfertigt sich aber, die vorerwähnte Rechtsprechung auch auf Art. 87 Abs. 3 IVV auszudehnen und diese Bestimmung ebenfalls in analoger Weise auf Eingliederungsleistungen anzuwenden. Aufgrund der dortigen Verweisung auf Art. 87 Abs. 2 IVV ist daher, wenn eine Eingliederungsleistung verweigert wurde, eine neue Anmeldung nur zu prüfen, wenn die versicherte Person glaubhaft macht (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen), dass sich die tatsächlichen Verhältnisse in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert haben (BGE 125 V 410 E. 2b, 109 V 119 E. 3a; AHI 2000 S. 233 E. 1b).

E. 1.5

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 verursachen der 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. 1.6

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 zugeordnet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.7

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

bis).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Massnahmen (lit . a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit . a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit . b) und in der Abgabe von Hilfsmitteln (lit .

d).

E. 2.1

Die IV-Stelle stellte sich in der angefochtenen Verfügung vom 24. Mai 2017 (Urk. 2) im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass Dr. Z.____ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 7. Januar 2016 keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und ausgehend hiervon auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit geschlossen habe. Insgesamt liege keine schwere psychische Störung vor, die nicht mehr behandelt werden könne. Die mittlerweile bestehende Suchtmittelabstinenz wirke sich positiv auf die sozialphobischen und die depressiven Symptome aus. So habe sich die schwere depressive Episode unter adäquater Behandlung deutlich zurückgebildet. Den akzentuierten Persönlichkeitszügen komme im Übrigen aus rechtlicher Sicht kein Krankheitswert zu.

E. 2.2

Der Versicherte brachte demgegenüber in seiner Beschwerdeschrift vom 16. Juni 2017 (Urk. 1) zusammengefasst vor, dass es ihm im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. Z.____ tatsächlich deutlich besser gegangen sei. Sein gesundheitlicher Zustand habe sich jedoch ab Oktober 2016 infolge unregelmässiger Arbeitszeiten und des Drucks der Stellensuche zusehends verschlechtert. Von November 2016 bis Januar 2017 habe er sich daher in stationäre psychotherapeutische Behandlung begeben. Im weiteren Verlauf seien erneut schwere Depressionen aufgetreten, weshalb er sich nun seit Mai 2017 wiederum in stationärer Therapie befinde. Die gesundheitliche Situation erschwere ihm die Integration in den Arbeitsmarkt enorm. Er sei jedoch motiviert, wieder zu arbeiten und finanziell auf eigenen Füüssen zu stehen, brauche hierzu allerdings Unterstützung. 3. 3.1

Da die Nichteintretensverfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. März 2012 (Urk. 6/25) nicht auf einer materiellen Prüfung des Rechtsanspruchs beruhte, ist die leistungsabweisende Verfügung vom 14. September 2011 (Urk. 6/22) als zeitliche Vergleichsbasis heranzuziehen (vgl. BGE 133 V 108). In diesem Zeitpunkt stellte sich der

Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Wesentlichen wie folgt dar: 3.1.1

Vom 10. bis 18. November 2010 war der Versicherte aufgrund eines chronischen Alkoholabusus (ICD-10 F10.1), einer akuten Gastritis sowie eines Nikotinabusus im A.____ hospitalisiert. Der physische Entzug habe komplikationslos durchgeführt werden können. Zum psychischen Entzug wurde der Beschwerdeführer sodann in die B.____ überwiesen (Urk. 6/14/8). Dem Bericht der leitenden Ärztin med. pract. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Mai 2011 sind folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen, welche alle seit mehreren Jahren bestünden (Urk. 6/15/6): - Substanzinduzierte Depression (ICD-10 F12.2), - Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.21), - Cannabisabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.21), - Soziale Phobie (ICD-10 F40.1).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei demgegenüber ein Tabakabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.25). Während der suchtspezifischen stationären Behandlung vom 18. November 2010 bis 18. Mai 2011 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 6/15/7, vgl. auch Urk. 6/7/2 ff.). Seit dem Austrittszeitpunkt würden in Bezug auf die bisherige Tätigkeit keine körperlichen oder psychischen Einschränkungen mehr bestehen. Insgesamt sei die Prognose jedoch schwer zu stellen, da es sich um Erkrankungen handle, die zu einem chronisch rezidivierenden Verlauf neigen würden (Urk. 6/15/7). 3.1.2

Der Versicherte befand sich in der Folge vom 2. August bis 2. Dezember 2011 bei im Wesentlichen unveränderten Diagnosen in der B.____ in halbstationärer Behandlung (Urk. 6/26/3). Gemäss Arztbericht vom 6. Dezember 2011 sei er vorläufig aus suchtmmedizinischer Sicht noch arbeitsunfähig und es solle eine langsame und schrittweise Reintegration in den Arbeitsprozess erfolgen (Urk. 6/26/5). 3.2

Im Rahmen der nun zu beurteilenden Neuanmeldung präsentiert sich die medizinische Aktenlage zusammenfassend wie folgt: 3.2.1

Vom 10. Januar bis 22. Februar 2013 wurde der Beschwerdeführer in erster Linie aufgrund einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) im D.____ stationär behandelt (Urk. 6/26/1). Er sei durch eine Notfallärztin eingewiesen worden, nachdem er im Rahmen eines exazerbierten Alkohol- und Cannabisabusus akut suizidale Äusserungen gegenüber der Lebenspartnerin gemacht habe. Der Alkoholentzug habe problemlos durchgeführt werden können. Der Versicherte habe ein deutlich depressives Zustandsbild mit vermindertem Antrieb und Hoffnungslosigkeit gezeigt. Mittels medikamentöser Therapie habe sich seine Stimmung zunehmend verbessert. Er sei schliesslich in gutem Allgemeinzustand entlassen worden (Urk. 6/26/2). 3.2.2

Im Anschluss unterzog sich der Beschwerdeführer vom 25. Februar bis 31. Mai 2013 einer tagesklinischen Therapie in der B.____. Er habe sich intensiv mit seiner Suchtproblematik auseinandergesetzt und sich im Vergleich zu früheren Aufenthalten wesentlich stabiler bezüglich des Alkohols und des Cannabis gezeigt. Alle während der gesamten Therapiezeit durchgeführten Atemlufttests seien negativ gewesen und es hätten sich auch klinisch keine Hinweise auf einen Alkohol- oder Cannabiskonsum ergeben. Das ausgesprochene Vermeidungsverhalten habe in einer deutlich abgemilderten Form bestanden (Urk. 6/50/8; vgl. ferner Urk. 6/36 und 6/45 f.).

Ab dem 25. Juni 2013 sei sodann eine regelmässige ambulante Psychotherapie erfolgt, wobei der Versicherte die Alkoholabstinenz weiterhin sehr gut habe einhalten können. Es

bestehe jedoch eine reduzierte psychische Belastbarkeit in Form von herabgesetzter Stresstoleranz, eingeschränkten Copingstrategien, noch leicht reduzierter Lebensfreude, knapp eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit sowie einer Schuldproblematik. Mittel- bis langfristig sei aber von einer günstigen Prognose auszugehen. Der jetzige stabile Verlauf lasse vermuten, dass sich ein Teil der Depressions- und allenfalls auch der Angstsymptomatik deutlich gebessert habe (Urk. 6/50/8 f.). Aktuell sei der Versicherte in Bezug auf die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Elektromonteur und Koch zu 60 % arbeitsfähig. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit in geschütztem Rahmen sei von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 6/50/10). 3.2.3

Dr. med. E.____, leitender Arzt der B.____ und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 15. Dezember 2014 fest, dass die Frage, ob es sich bei der Suchtproblematik um eine primäre oder sekundäre Störung handle, nicht beantwortet werden könne. Es könne weder ausgeschlossen werden, dass die depressive Störung Folge der Suchtproblematik sei, noch dass es sich umgekehrt verhalte (Urk. 6/55/1 f.). 3.2.4

Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Januar 2016 sind keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden sich (Urk. 6/77/15): - Alkoholabhängigkeitserkrankung, seit Januar 2013 abstinent (ICD-10 F10.20), - Cannabis-Abhängigkeit, seit Januar 2013 abstinent (ICD-10 F12.20), - Rezidivierende depressive Störung, zum Untersuchungszeitpunkt remittiert (ICD-10 F33.4), - Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit vorrangig ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 Z73.1), - Anamnestisch: soziale Phobie, zum Untersuchungszeitpunkt subsyndromal ausgeprägt.

Der Versicherte habe berichtet, über lange Zeit Alkoholprobleme gehabt zu haben. Im Jahr 2004 sei er deswegen erstmals hospitalisiert worden. Er habe allerdings sowohl diese als auch eine weitere Behandlung im Jahr 2008 abgebrochen. Hiernach sei es zu weiteren Rückfällen und Therapien gekommen. Erst seit dem 9. Januar 2013 sei er vollständig abstinent. Die Abstinenz tue ihm gut; er fühle sich fitter, aktiver und bekomme auch positive Rückmeldungen aus seinem Umfeld, was sein Selbstvertrauen stärke. Es bestehe kein Bedürfnis mehr, Alkohol zu trinken. Den Cannabiskonsum habe der Beschwerdeführer ebenfalls seit 2013 eingestellt. Der Verzicht tue ihm gut, er sei nun unternehmungslustiger und weniger träge. Stimmungsschwankungen würden nach wie vor auftreten, aber sie seien nicht mehr so intensiv wie in früheren Zeiten (Urk. 6/77/8 f.).

Im Rahmen der Untersuchung sei der Versicherte zu allen Qualitäten - örtlich, zeitlich, persönlich und situativ - orientiert gewesen. Es hätten im Weiteren weder Störungen des Bewusstseins, der Auffassung, der Konzentration noch des Gedächtnisses festgestellt werden können. Der formale Gedankengang sei geordnet und nicht grübelnd oder eingeengt gewesen. Ferner hätten sich keine Hinweise für Sinnestäuschungen, inhaltliche Denkstörungen oder Ich-Störungen ergeben. Auch eine hypochondrische Erlebnisverarbeitung oder phobische Erlebnisweisen im engeren Sinne hätten sich nicht gezeigt. Anamnestisch sei eine soziale Phobie eruiert, welche zum Untersuchungszeitpunkt allenfalls subsyndromal vorgelegen habe. Anhaltspunkte für zwanghafte Handlungen oder Gedanken hätten demgegenüber nicht bestanden. Die Grundstimmung sei euthym und weder labil noch dysphorisch gewesen. Eine Verminderung des Antriebs und der affektiven Modulationsfähigkeit habe sich ebenso

wenig fest stellen lassen wie eine akute oder latente Suizidalität. Sichtbare körperliche Entzugerscheinungen oder Intoxikationszeichen seien nicht aufgefallen (Urk. 6/77/11 f.).

Der Beschwerdeführer habe subjektiv über eine psychisch stabile Situation berichtet. Auch aus objektiver Sicht habe sich zum Untersuchungszeitpunkt keine relevante depressive oder ängstliche Symptomatik gezeigt. Psychometrisch habe sich auf den beiden Fremdbeurteilungsskalen ebenfalls kein depressives Syndrom abgebildet (Urk. 6/77/16). In Bezug auf die Alkohol- und Cannabisabhängigkeit habe der Versicherte eine mittlerweile längerfristige Abstinenz seit Januar 2013 beschrieben, welche auch durch die vorliegenden Arztberichte bestätigt werde. Zusätzlich habe der Beschwerdeführer von charakteristischen Begleitumständen berichtet. Hinsichtlich der Suchterkrankung sei gegenwärtig von einer sehr positiven Entwicklung auszugehen, wobei angesichts des vorliegenden Verlaufscharakters und der Schwere der zugrundeliegenden Suchtmittelabhängigkeit naturgemäss keine Sicherheit hinsichtlich der Prognose vermittelt werden könne (Urk. 6/77/17). Die ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsanteile würden sich aus den Beschreibungen der vorangegangenen Arztberichte ergeben. Die Kriterien einer sozialen Phobie seien aktuell nicht erfüllt. Insgesamt sei hinsichtlich der vor dem Hintergrund einer akzentuierten Persönlichkeit rezidivierend verlaufenden depressiven Störung von einem durchaus positiven Verlauf auszugehen (Urk. 6/77/18). Abschliessend gelangte Dr. Z.____ zum Schluss, dass der Versicherte unter den Bedingungen der freien Wirtschaft in einer seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der derzeit stabilen psychischen Situation nicht indiziert (Urk. 6/77/19 f.). 3.2.5

Ergänzend führte Dr. Z.____ in seiner Stellungnahme vom 21. Februar 2016 aus, dass die aktendokumentierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jedwede Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht seit dem 10. Januar 2013 ausgewiesen sei. Auch die Steigerung ab April 2014 auf eine 60%ige Arbeitsfähigkeit sei nach vollziehbar. Ab spätestens Mai 2015 sei durchgehend von einer vollen Arbeitsfähigkeit unter den Bedingungen der freien Wirtschaft auszugehen (Urk. 6/80/1). Ausserdem vertrat Dr. Z.____ die Auffassung, dass die Suchtentstehung durch ein vorbestehendes psychisches Leiden begünstigt respektive ausgelöst worden sei. In Form der ausgeprägten ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsakzentuierung, welche im Verlauf auch zur Ausbildung einer sozialen Phobie geführt habe, liege eine eigenständige psychiatrische Problematik, welche die Entstehung der Sucht (Entlastungstrinken) deutlich begünstigt habe (Urk. 6/80/2). 3.2.6

Vom 22. November 2016 bis 30. Januar 2017 befand sich der Beschwerdeführer in der F.____ in stationärer Behandlung. Im Unterschied zu Dr. Z.____ diagnostizierten die behandelnden Ärzte eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1; Urk. 6/90/2). Als aktuelle Symptome führten sie insbesondere ein Morgentief, gehäufte Alpträume, einen stark ausgeprägten sozialen Rückzug sowie Schuldgefühle an. Im Gespräch sei der Versicherte leicht verlangsamt, grübelnd, deprimiert und sehr ratlos gewesen. Zudem habe nebst einer Hoffnungslosigkeit eine Störung der Vitalgefühle vorgelegen. Suizidgedanken hätten nicht bestanden. Während des stationären Aufenthalts habe sich der Beschwerdeführer stabilisiert und bezüglich seiner depressiven Erkrankung habe er eine Symptomreduktion erzielen können. Ein Neuanfang erscheine aufgrund neuer Motivation und Hoffnung möglich. Eine fortgesetzte ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung werde dringend empfohlen (Urk. 6/90/3). Hierdurch sowie mittels einer beruflichen Neuorientierung sei davon auszugehen, dass der

Ver sicherte in Zukunft wieder zu 100 % arbeitsfähig sein werde (Urk. 6/90/4). 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist strittig, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat (vgl. E. 2.1 f.). Aus den Akten ergibt sich, dass der Versicherte in erster Linie um berufliche Massnahmen in Form einer Umschulung ersucht (vgl. Urk. 6/5/2, 6/19/1, 6/31/5, 6/90/3 f.

und 6/95/10). Da die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 28. Februar 2013 (Urk. 6/27) eingetreten ist, ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und/oder dessen erwerbliche Auswirkung seit Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 14. September 2011 (vgl. E. 3.1) derart verändert hat, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Umschulung besteht (vgl. E. 1.3 und 1.4).

Ein solcher setzt gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung einen Mindestinvaliditätsgrad von etwa 20 % voraus (Urteile des Bundesgerichts 9C_373/2009 vom 2. November 2009 E. 4 und 9C_905/2014 vom 17. Februar 2015 E. 5). 4.2

Grundlage der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) bildet das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ vom 7. Januar 2016 samt Ergänzung vom 21. Februar 2016 (Urk. 6/77 und 6/80). Die Expertise basiert auf umfassenden psychiatrischen Untersuchungen und wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 6/77/2 ff.). Der Versicherte konnte seine aktuellen Beschwerden schildern und wurde von Dr. Z.____ eingehend zu diversen Themenbereichen wie dem schulischen und beruflichen Werdegang und dem gewöhnlichen Tagesablauf befragt (Urk. 6/77/5-7). Zusätzlich wurde die Psychopathologie testmässig erfasst (Urk. 6/77/12-14). Die geklagten Leiden fanden im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit überzeugend dargelegt und erläutert wurden (Urk. 6/77/15 ff. und 6/80/1 f.). Soweit möglich erfolgte im Weiteren eine ausführliche und schlüssige Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 6/77/15 ff., 6/77/21 und 6/80/1 f.). Insgesamt erfüllt das psychiatrische Gutachten somit die praxismässigen Kriterien betreffend den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. E. 1.7).

Der Versicherte übt in seiner Beschwerdeschrift (Urk. 1) denn auch zu Recht keine Kritik am psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.____, sondern führt aus, dass es ihm im Zeitpunkt der Begutachtung deutlich besser gegangen sei. Dies stimmt mit den Feststellungen von Dr. Z.____ überein, welcher sowohl hinsichtlich der rezidivierenden depressiven Störung als auch in Bezug auf die Suchtmittelabhängigkeiten von einer positiven Entwicklung ausging und eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestierte (E. 3.2.4). Es kann somit grundsätzlich festgehalten werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der leistungsabweisenden Verfügung der IV-Stelle vom 14. September 2011 (Urk. 6/22) bis zur Begutachtung im Januar 2016 - insbesondere nach den erfolgreichen stationären Entzugstherapien im Frühjahr 2013 (vgl. E. 3.2.1 f.) - wesentlich verbessert hat. 4.3

Der Beschwerdeführer macht allerdings geltend, dass sich seine psychische Verfassung im weiteren Verlauf bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. Mai 2017 wieder deutlich verschlechtert habe und er sich aufgrund erneuter schwerer Depression in stationäre Behandlung in der F.____ habe begeben müssen (Urk. 1). Die behandelnden Ärzte diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Episode (vgl. E. 3.2.6).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, ein zig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 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. 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). Solange therapeutisch angebar fehlt es einer leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankung bereits diagnosebedingt am hinreichenden Schweregrad, um als invalidisierender Gesundheitsschaden gelten zu können (Urteil des Bundesgerichts 8C_753/2016 vom 15. Mai 2017 E. 4.4).

Für eine Therapieresistenz der depressiven Störung gibt es im konkreten Fall keine Anhaltspunkte. Einerseits war eine Behandlung der bereits in der Vergangenheit mehrfach aufgetretenen depressiven Episoden stets möglich (vgl. E. 3.1.1 und 3.2.1 f.). Insbesondere hielt auch Dr. Z. ___ in seiner Expertise fest, dass die rezidivierende depressive Störung zum Untersuchungszeitpunkt remittiert sei (E. 3.2.4). Andererseits ist dem Bericht der F. ___ vom 27. Januar 2017 zu entnehmen, dass eine Symptomreduktion habe erzielt werden können (Urk. 6/90/3). In Anbetracht dieser Gegebenheiten ist folglich in Nachachtung der zitierten bundesgerichtlichen Praxis nicht von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen. Dies gilt im Übrigen auch in Bezug auf die Alkohol- und Cannabisabhängigkeit. Zum einen lebt der Versicherte gemäss eigenen Aussagen seit Frühjahr 2013 abstinent (Urk. 1), was auch von den behandelnden Ärzten nicht in Abrede gestellt wird (vgl. E. 3.2.2 und 3.2.6). Zum anderen wird eine 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. E. 1.5). Letzteres bejahte zwar Dr. Z. ___ in seiner Stellungnahme vom 21. Februar 2016 unter Bezugnahme auf die rezidivierende depressive Störung (E. 3.2.5), und widersprach damit der Einschätzung von Dr. E. ___ vom 15. Dezember 2014 (E. 3.2.3). Vorliegend braucht indes nicht abschliessend geklärt zu werden, ob es sich bei der Suchtproblematik um eine primäre oder sekundäre Störung handelt, da die mittelgradige depressive Episode - wie soeben ausgeführt - aufgrund mangelnder Therapieresistenz keinen rechts erheblichen Gesundheitsschaden zu begründen vermag. Selbiges gilt sodann in Bezug auf die von Dr. Z. ___ festgestellten akzentuierten Persönlichkeitszüge mit vorrangig ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 Z73.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Vor diesem Hintergrund kann auch den Suchterkrankungen keine anspruchsbegründende Bedeutung zukommen. 4.4

Zusammenfassend hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mit Blick auf die Suchtproblematik seit Erlass der als Vergleichsbasis dienenden Verfügung vom 14. September 2011 (Urk. 6/22) erheblich verbessert, da nun mehr seit mehreren Jahren eine Abstinenz besteht. Hiervon abgesehen liegt ausgehend von den seitens der medizinischen Fachpersonen gestellten Diagnosen aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine anspruchsbegründende Arbeitsunfähigkeit respektive Invalidität vor. Demnach sind weder die gesetzlichen Voraussetzungen für berufliche Massnahmen - namentlich für eine Umschulung im Sinne von Art. 17 IVG - noch diejenigen für eine Rente der Invalidenversicherung (Art. 28 IVG) erfüllt.

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch des Versicherten berechtigterweise verneint. Da die angefochtene Verfügung vom 24. Mai 2017 (Urk. 2) daher nicht zu beanstanden ist, ist die Beschwerde abzuweisen. 5.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 500.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

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

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

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

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

E. 6

Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) Ausbildungsmassnahmen, die Versicherte nach Abschluss einer erstmaligen beruflichen Ausbildung oder nach Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ohne vorgängige berufliche Ausbildung wegen ihrer Invalidität zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit benötigen.

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