

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00747 vom 6. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00747

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00747 du 6 mars 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00747 del 6 marzo 2019

Erwägungen

E. 1

Dr. med. X.____, geboren 1958, ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Zuletzt war er vom 17. Dezember 1996 bis am 30. November 2012 Leitender Arzt in der psychiatrischen Klinik A.____ (Urk. 10/2/4), wobei er ab Januar 2012 von der Arbeit freigestellt war (Urk. 10/1/1 und 10/10/6). Am 3. November 2012 (Urk. 10/2) meldete er sich unter Hinweis auf ein Burnout und epileptische Anfälle bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Mit Verfügung vom 30. Mai 2013 (Urk. 10/25) verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hin weis).

E. 1.3

Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch (wie auch Drogensucht) begründen nach ständiger Rechtsprechung keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein kör perlicher oder geistiger die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsscha den eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geis tigen 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 verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ein-schränkt. 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. 1.4

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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung 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).

E. 1.5

Für die richterliche Beurteilung eines Falles sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 9C_540/2015 vom 15. Oktober 2015 E. 3.1). 2.

E. 2

Am 5. April 2016 (Urk. 10/27) meldete er sich unter Angabe einer anhaltenden depressiven Verstimmung, eines Burnouts sowie eines im Oktober 2012 erlittenen epileptischen Anfalls erneut bei der Invalidenversicherung an. Die IV-Stelle holte ärztliche Berichte ein (Urk. 10/33-35) und gab bei der B.____ ein polydisziplinäres Gutachten (Fachrichtungen: Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie) in Auftrag (B.____-Gutachten vom 21. Dezember 2016; Urk. 10/50). Mit Vorbescheid vom 2. März 2017 stellte sie dem Versicherten die Ablehnung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 10/56). Dagegen erhob der zwischenzeitlich eingesetzte Beistand Y.____ (vgl. den Beschluss der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde der Stadt Zürich [nachfolgend: KESB] vom 16. März 2017; Urk. 10/62) am 31. März 2017 (Urk. 10/64) Einwände und reichte den Bericht der integrierten Psychiatrie C.____ vom 27. Februar 2017 (Urk. 10/63) ein. Mit Verfügung vom 29. Mai 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie angekündigt ab (Urk. 10/69 = Urk. 2).

E. 2.1

) keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hält dem zusammengefasst entgegen, dass die Beschwerdegegnerin und ihr Regionaler Ärztlicher Dienst (nachfolgend: RAD) dem B.____-Gutachten volle Beweiskraft zuerkannt hätten. Aus den Berichten der behandelnden Ärzte und dem Gutachten gehe unzweifelhaft hervor, dass bei ihm eine Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen und damit ein Suchtgeschehen bestanden habe. Jedoch sei in weitgehender Übereinstimmung eine zusätzliche psychiatrische Diagnose in Form einer rezidivierenden depressiven Störung in unterschiedlichen Schweregraden gestellt worden, welcher der psychiatrische B.____-Gutachter ebenfalls einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen habe. Zudem sei festgehalten worden, dass sich aufgrund der dokumentierten Krankheitsentwicklung eine depressive Entwicklung seit 2004 erkennen lasse. Vor diesem Hintergrund überzeuge es nicht, wenn die Beschwerdegegnerin einen invalidenversicherungsrechtlich bedeutsamen Gesundheitsschaden allein damit verneint habe, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor allem durch das Abhängigkeitsverhalten begründet sei. Aufgrund der medizinischen Akten sei davon auszugehen, dass zwischen der Suchtproblematik und den diagnostizierten begleitenden psychischen Gesundheitsschäden ein Zusammenhang oder eine Wechselwirkung bestehe, so dass die Sucht zumindest aufrechterhalten werde und damit nach der massgeblichen Rechtsprechung invalidisierend sei. Es bestünde genügend Hinweise auf eine psychische Erkrankung, welche bereits seit 2004 dokumentiert sei. Dem anlässlich der Erstanmeldung eingeholten Arztbericht von Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. Januar 2013 sei zu entnehmen, dass der Versicherte seit 2008 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gestanden habe (Urk. 1 S. 9 f.). Aufgrund der medizinischen Aktenlage und unter Berücksichtigung der kürzlich ergangenen Ereignisse sei unbestritten, dass er aufgrund seiner kognitiven Einschränkungen nicht mehr in der Lage sei, einer Arbeitstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nachzugehen. Es lägen irreversible Schädigungen vor, welche eine Erwerbstätigkeit massiv beeinträchtigen beziehungsweise verunmöglichten. Ob es sich dabei um Folgeschädigungen der Sucht handle, könne offenbleiben. Fest stehe, dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe, was zur Zusprechung einer ganzen Rente führe. In Bezug auf den Konsum von Suchtmitteln sei er seit seinem Aufenthalt im Psychiatriezentrum F.____, das heisse seit dem 30. März 2017, abstinent. Dennoch habe keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes, geschweige denn eine mögliche Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können (Urk. 1 S. 10).

E. 3

Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 29. Juni 2017, vertreten durch seinen Beistand und dieser wiederum vertreten durch lic. iur. Z.____ von den Sozialen Diensten der Stadt Zürich, Beschwerde. Er beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprechung einer ganzen Rente ab Oktober 2016 sowie das Absehen von einer weiteren Schadenminderungspflicht. In prozessualer Hinsicht stellte er das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2). Mit der Beschwerde reichte er diverse Beilagen ein (Urk. 3/2 und 3/4-11). Mit Eingabe vom 25. August 2017 (Urk. 6) reichte der Beschwerdeführer den Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 23. August 2017 (Urk. 7/1) samt Beilagen (Urk. 7/2-7/4) ein. Mit Beschwerdeantwort vom 7. September 2017 (Urk. 9) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem

Beschwerdeführer mit Verfügung vom 13. September 2017 (Urk. 11) mitgeteilt wurde. Mit der gleichen Verfügung wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Zur Abklärung einer fraglichen Hirnatrophie wurden beim Beschwerdeführer am 7. Dezember 2015 eine Magnetresonanztomographie sowie eine Magnetresonanztomographie des Gehirns durchgeführt. Dabei wurden ein altersentsprechendes Hirnparenchymvolumen, kaum Mikroangiopathie und keine Hirnatrophie festgestellt (Urk. 10/35/2).

E. 3.2

Auf Zuweisung der behandelnden Dr. med. G. ____, Fachärztin für Neurologie, untersuchten Dr. med. H. ____, Fachärztin für Neurologie, und die Neuropsychologin lic. phil. I. ____, den Beschwerdeführer am 4. März 2016 neuropsychologisch und verhaltensneurologisch. In ihrem Bericht vom 6. März 2016 hielten sie fest, im Vordergrund habe ein Verhaltenssyndrom mit Logorrhoe, sprunghaften und assoziativen Gedankengängen, Umständlichkeit und Weitschweifigkeit sowie Anosognosie mit Dissimulation und Bagatellisierungstendenz gestanden. Testpsychologisch habe sich zudem ein Dysexekutivsyndrom mit Einschränkungen der mentalen Flexibilität und Ideenproduktion, Planungs- und Strukturierungsdefizite, eine erhöhte Interferenzanfälligkeit sowie eine gestörte Aufmerksamkeit (Konzentrationsstörungen, Störungen der geteilten Aufmerksamkeit, erhöhte Ablenkbarkeit) sowie mnestiche Defizite (insbesondere eine Abrufschwäche) gezeigt. Die dargelegten Befunde entsprächen unter Mitberücksichtigung der Verhaltensauffälligkeiten einer formal mindestens leichten bis mittel schweren Funktionsstörung vorwiegend frontotemporo-subkortikaler/limbischer Hirnstrukturen. Dies passe prinzipiell gut zu einer chronisch-toxischen Belastung durch den langjährigen und persistierenden schädlichen Substanzkonsum (Urk. 10/35/4). Die Ausübung des Berufes als Psychiater sei nicht mehr realistisch. Massnahmen der Invalidenversicherung seien dringend angezeigt (Urk. 10/35/5).

E. 3.3.1

Die B. ____, Sachverständigen erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten (Disziplinen: Allgemeine/Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Neuropsychologie) gestützt auf die ihnen zur Verfügung gestellten Akten und die zwischen dem 13. und dem 26. September 2016 durchgeführten persönlichen Untersuchungen (Urk. 10/50)

E. 3.3.2

Im Rahmen der Konsensbeurteilung hielten die Gutachterpersonen die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 10/50/8): - Alkoholabhängigkeit mit gegenwärtig ständigem Substanzgebrauch (ICD-10: F10.25) - Schädlicher Gebrauch von Kokain (ICD-10: F14.1) - Benzodiazepingebrauch (ICD-10: F13.1); Differentialdiagnose (nachfolgend: DD): Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F13.2) - Aktenanamnestisch rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig Schweregrad nicht sicher beurteilbar (ICD-10: F33.9) - Leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen sie den Diagnosen eines Status nach seriellen, sekundär generalisierten epileptischen Anfällen am 22. Oktober 2010, einem fortgesetzten Nikotinkonsum (schädlicher Gebrauch; ICD-10: F17.1) sowie einer aktenanamnestisch vorübergehenden psychotischen Störung, am ehesten substanzinduziert

(ICD-10: F14.5) bei (Urk. 10/50/8). Sie hielten fest, in der Gesamtschau der neuropsychologischen Testungen und Beurteilungen sowie der psychiatrischen Untersuchungen zeige sich ein im versicherungsmedizinischen Sinne relevantes Dysexekutivsyndrom. Darüber hinaus bestehe eine erhebliche Anosognosie bis hin zur Dissimulation und Bagatellisierung. Als besonders problematisch erscheine, dass der Explorand die Problematik/Existenz seiner Abhängigkeit negiere und kein Behandlungserfordernis sehe. Einen Wiedereinstieg ins Berufsleben beurteilten sie unter Berücksichtigung der gegenwärtigen psychischen Konstellation als kaum möglich (Urk. 10/50/9). In therapeutischer Hinsicht empfahlen sie zunächst eine ambulante suchttherapeutische Anbindung zur Erhöhung der intrinsischen Motivation beziehungsweise Herstellung eines Behandlungsanliegens und konsekutiv eine stationäre Entzugsbehandlung mit anschliessender Entwöhnung (Urk. 10/50/12).

E. 3.4

Der Beschwerdeführer war vom 2. bis am 23. Februar 2017 in der Klinik J.____ der C.____ fürsorgerisch untergebracht. Die Behandlungspersonen berichteten der Beschwerdegegnerin am 27. Februar 2017 über diesen Aufenthalt (Urk. 10/53). Als Diagnosen nannten sie (Urk. 10/53/1): - Demenz bei Pick-Krankheit (ICD-10: F02.0) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F10.1) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F14.1) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa und Hypnotika: Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F13.1) Sie führten aus, es bestehe ein klinisch eindeutiges Bild der behavioralen Variante einer frontotemporalen Demenz. Bildgebend sei jedoch nach ihrem aktuellen Aktenstand noch kein Nachweis gesichert (Urk. 10/53/1).

E. 3.5

Am 22. Mai 2017 (Urk. 10/68/2) nahm der RAD-Arzt dipl. med. K.____, Facharzt für Neurologie sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zuhanden der Beschwerdegegnerin Stellung zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Er führte aus, im Bericht der Klinik J.____ vom Februar 2017 werde die Diagnose einer Demenz bei Pick-Krankheit gestellt. Diese sei bei fortbestehendem Alkoholkonsum nicht nachvollziehbar. Zudem habe das CT des Gehirns keine Atrophiezeichen gezeigt und die Laborwerte hätten für eine Alkoholabhängigkeit gesprochen. Es werde eine mehrmonatige stationäre Entwöhnungsbehandlung in einer geeigneten Klinik empfohlen. Anschliessend sei die Abstinenz durch Haaranalyse zu belegen. Eine Aussage zu Sekundärschäden im Rahmen der Suchterkrankung sei erst nach mehrmonatiger Abstinenz möglich.

E. 3.6

Vom 30. März bis am 30. Mai 2017 war der Beschwerdeführer erneut fürsorgerisch im Psychiatriezentrum F.____ untergebracht. Im Austrittsbericht vom 21. Juni 2017 hielten die behandelnden Arztpersonen folgende Diagnosen fest (Urk. 3/8 S. 1): - Klinisch: Verdacht auf Frontalhirnsymptomatik bei toxisch bedingter Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F09) DD: maniforme Störung - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F14.1) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa und Hypnotika: Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F13.1) Sie führten aus, aufgrund seiner psychiatrischen Erkrankung sei der Beschwerdeführer nicht weiter fähig, selbständig zu wohnen, weshalb sie bei der KESB einen Antrag auf fürsorgerische

Unterbringung in einer geeigneten Institution gestellt hätten. Diesem habe die KESB der Stadt Zürich mit Verfügung vom 3. Mai 2017 zugestimmt und in Absprache mit dem Beistand sei eine Platzierung in einer langzeitpsychiatrischen Einrichtung beschlossen worden (Urk. 3/8 S. 4).

E. 3.7

Am 30. Mai 2017 trat der Beschwerdeführer zur psychiatrischen Langzeitpflege in die Klinik L. ___ über. Gemäss dem Schreiben der ärztlichen Leiterin dieser Institution, Dr. med. M. ___, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, an den Beistand vom 16. Juni 2017 lebe der Beschwerdeführer auf einer geschlossenen Station und habe keinen Zugang zu Suchtmitteln (Urk. 3/10). Er habe eine zehnwöchige Abstinenz (richtig: elfwöchige Abstinenz; seit 30. März 2017) hinter sich, wobei nur eine minime Besserung des psychopathologischen Befundes festzustellen sei. Es sei fraglich, ob eine Entwöhnungsbehandlung bei völlig fehlender Krankheitseinsicht durchführbar und sinnvoll wäre. Sie könne nicht beurteilen, ob sich sein Zustand unter weiterer Abstinenz noch verbessere. Es sei sehr unwahrscheinlich, dass er sich je soweit erholen werde, dass eine auch niederprozentige Arbeit als Psychiater in Frage käme (Urk. 3/10 S. 2).

E. 3.8

Nachdem sich am 16. Juni 2018 ein Zwischenfall mit einer Pflegeperson ereignet hatte, wurde der Beschwerdeführer gleichentags in die psychiatrisch-psychotherapeutische Privatklinik D. ___ überwiesen. Dort wurde er bis zu seiner Rückkehr in die Klinik L. ___ am 22. August 2017 stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 23. August 2017 stellten die behandelnden Arztpersonen die folgenden Diagnosen (Urk. 7/1 S. 1): - Schwere neuropsychologische Störung mit Verhaltenssyndrom sowie kognitiven Defiziten (ICD-10: F09) - Verdacht auf bipolare Störung (ICD-10: F31.1) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa und Hypnotika: Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F13.1) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F14.1) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2)

E. 4

Wochen eine Abstinenz in stationärer psychiatrischer Behandlung eingehalten hatte (vgl. Urk. 3/10 S. 1 f.). Demgegenüber hatten die Voruntersuchungen im Oktober 2010 (Urk. 10/50/26) sowie im Dezember 2015 (Urk. 10/35/1 f.) diesbezüglich noch zu weitgehend unauffälligen Ergebnissen geführt. So hatten die B. ___-Gutachter festgehalten, es hätten sich keine Zeichen einer fokalen oder generalisierten Hirnatrophie gezeigt. Entsprechend verneinten sie Hinweise auf eine mögliche neurodegenerative Erkrankung als Ursache für die neuropsychologischen Defizite und führten diese Einschränkungen auf den persistierenden langjährigen schädlichen Substanzkonsum zurück (Urk. 10/50/9). Der neuropsychologische Fachgutachter, Prof. Dr. rer. nat. med. habil. N. ___ hielt im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der B. ___ fest, die von ihm erhobenen Untersuchungsbefunde bestätigten weitestgehend die Ergebnisse der im März 2016 durchgeführten verhaltensneurologischen und neuropsychologischen Untersuchung. Vor dem Hintergrund der anamnestisch eruierbaren Gesamtkonstellation sowie des aktuellen verhaltensneurologischen und neuropsychologischen Leistungsprofils könnten die aktuell dokumentierten neurokognitiven Minderleistungen am ehesten auf dem Boden eines langjährigen Substanzmissbrauchs interpretiert werden (Urk. 10/50/83 f.). Die Neurologin

Dr. H.____ und die Neuropsychologin lic. phil. I.____ hatten in ihrem Bericht vom 6. März 2016 zu Händen der damaligen behandelnden Neurologin Dr. med. O.____ (Urk. 10/27/7) dargelegt, dass die festgestellte leichte bis mittelschwere Funktionsstörung vorwiegend frontotemporo-subkortikale beziehungsweise limbische Hirnstrukturen betraf (Urk. 10/35/4). Die Neurologin der D.____ beurteilte die im Juli 2017 bildgebend festgestellte Atrophie unter anderem als supratentoriell frontoparietal betont und stellte eine Volumenminderung der Hippocampusformation, leicht links betont, fest (Urk. 7/1 S. 4). Damit betrifft die Hirnatrophie einerseits den Frontallappen, dessen Funktion aufgrund der neuropsychologischen Testung als eingeschränkt beurteilt worden war. Bei der ebenfalls betroffenen Hippocampusformation handelt es sich um einen Teil der limbischen Hirnstrukturen. Auch diesbezüglich wurde somit nunmehr eine Volumenminderung in einem Hirnareal nachgewiesen, in welchem eine neuropsychologische Funktionsstörung festgestellt worden war.

E. 4.1

Die IV-Stelle wies das erneute Leistungsbegehren am 29. Mai 2017 mit der Begründung ab, gemäss der medizinischen Beurteilung sei die Arbeitsunfähigkeit vor allem durch das Abhängigkeitsverhalten bedingt. Dies stelle invalidenversicherungsrrechtlich keine Invalidität dar (Urk. 2 S. 1). Die B.____-Gutachter hatten hierzu festgehalten, bei der zerebralen MR-Bildgebung vom 7. Dezember 2015 hätten sich keine Zeichen einer fokalen oder generalisierten Hirnatrophie gezeigt. Es fänden sich somit keine Hinweise auf eine über den persistierenden langjährigen schädlichen Substanzkonsum hinausgehende organisch-neurologische Ursache für die neuropsychologischen Defizite im Sinne einer möglichen neurodegenerativen Erkrankung (Urk. 10/50/9). Zur Beurteilung der Frage, ob seit der Verneinung eines Rentenanspruches im Mai 2013 eine anspruchserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, kann nur dann auf das B.____-Gutachten vom 22. Dezember 2016 (Urk. 10/50) abgestellt werden, wenn bis zum Erlass der streitigen Verfügung (12. Juli 2016, vgl. BGE 131 V 242 E.

E. 4.2

Der Beschwerdeführer reichte im Beschwerdeverfahren noch weitere medizinische Unterlagen ein (Urk. 3/8 - 3/11 und Urk. 7/1 - 7/4). Diese datieren zwar grossmehrheitlich nach dem Verfügungserlass vom 29. Mai 2017 (Urk. 2), namentlich der Austrittsbericht der Privatklinik D.____ AG vom 23. August 2017 (Urk. 7/1) und die darin wiedergegebenen Untersuchungen wie das MRI des Neurokraniums vom 12. Juli 2017 und die Lumbalpunktion vom 27. Juli 2017. Dabei ist jedoch dem Umstand Rechnung zu tragen, dass das Ergebnis der MRI-Untersuchung des Neurokraniums geeignet ist, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (vgl. E. 1.5). Denn zwischen dem Erlass der angefochtenen Verfügung (29. Mai 2017; Urk. 2) und dem Untersuchungsdatum (12. Juli 2017; Urk. 7/1 S. 4) liegt lediglich ein Zeitraum von eineinhalb Monaten, während die letzte MRI-Untersuchung des Schädels rund eineinhalb Jahre vor dem Verfügungserlass stattgefunden hatte (7. Dezember 2015; Urk. 10/35/1 f.). Zudem ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass sich der Beschwerdeführer ab dem 30. März 2017, das heisst zwei Monate vor dem Verfügungserlass, ohne Unterbruch in stationärer psychiatrischer Behandlung befunden hatte (Urk. 7/1 S. 1-3), wie der eindrückliche Bericht über die Hospitalisation des Versicherten und deren Umstände aufzeigt. Damit sind auch die im Beschwerdeverfahren neu eingereichten, nach dem Verfügungserlass verfassten medizinischen Unterlagen (Urk. 3/8 - 3/11 sowie Urk. 7/1 - 7/4) zu berücksichtigen.

E. 4.3

Die von der C.____ diagnostizierte Demenz bei Pick-Krankheit konnte durch die serologischen Untersuchungen, welche aufgrund der zuvor fehlenden Zustimmung des Beschwerdeführers zur entsprechenden Untersuchung erst im Juli 2017 durchgeführt werden konnten, ausgeschlossen werden (Urk. 7/1 S. 4 f.). Bei der am 12. Juli 2017 durchgeführten MRI-Untersuchung des Neurokraniums zeigte sich , eine leichte Atrophie , infratentoriell im Vermis und supratentoriell fronto parietal indessen betont , sowie eine leichte links

betonte Volumenminderung der Hippocampusformation (vgl. Urk. 7/1 S. 4). Dies nachdem der Beschwerdeführer zum Untersuchungszeit punkt bereits seit rund 1

E. 4.4

Aufgrund der zwischenzeitlich nachweisbaren Hirnatrophie erweist sich die gut achterliche Beurteilung, wonach die festgestellten neuropsychologischen Defizite auf keine neurodegenerative Erkrankung zurückzuführen seien, in ihrer Absolut heit als überholt. Denn der Beschwerdeführer weist jedenfalls gesundheitliche Befunde auf, deren gesamthafte Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit ungeklärt ist . Ergänzende Abklärungen sind daher notwendig. Die Beschwerdegegnerin hat die fehlenden medizinischen Abklärungen erneut im Rahmen einer mehrdisziplinären Begutachtung mit Gesamt beurteilung vorzunehmen, um die Wechselwirkungen zwischen allfälligen zusätzlich zu berücksichtigenden und den bereits in die Beurteilung einbezogenen Einschränkungen zu berücksichtigen und die sich daraus ergebende Einschränkung der Arbeits- respektive Erwerbsfähigkeit neu zu quantifizieren.

E. 4.5

Was die zudem umstrittene Schadenminderungspflicht betrifft, hatte sich die Beschwerdegegnerin schon mit Schreiben vom 2. März 2017 an den Beschwerdeführer gewandt (Urk. 10/55/1). Sie informierte ihn damals unter anderem, dass gemäss ihren Abklärungen der Gesundheitszustand des Versicherten mit einer stationären Entgiftungsbehandlung und einer mehrmonatigen stationären Entwöhnungsbehandlung wesentlich verbessert werden könnte. Weiter setzte die IV-Stelle den Beschwerdeführer in Kenntnis, dass nach Abschluss der Entwöhnungsbehandlung eine mehrmonatige suchtmedizinische Behandlung ambulant fortzusetzen sei. Die IV-Stelle legte ihrem Brief das Informationsblatt „Invalidenversicherung: Ihre Mitwirkungspflicht“ bei und machte den Versicherten damit auf die darin umschriebene Mitwirkungspflicht aufmerksam. Sie betonte zudem, die Mitwirkungspflicht gelte auch bei Abweisung eines Leistungsbegehrens und im Hinblick auf eine zukünftige IV-Anmeldung. Wenn der Beschwerdeführer an den entsprechenden Massnahmen nicht teilnehme, könne dies dazu führen, dass auf ein zukünftiges Leistungsgesuch nicht eingetreten werde. Bei einer erneuten Anmeldung sei zudem die Abstinenz vom Beschwerdeführer anhand einer Haaranalyse zu belegen. Im Weiter legte die Beschwerdegegnerin ein Informationsblatt bei, welches die gesetzlichen Grundlagen enthalte. In der angefochtenen Verfügung vom 29. Mai 2017 vermerkte sie dazu lediglich, die auferlegte Schadenminderungspflicht gelte weiterhin (Urk. 2). In der dagegen erhobenen Beschwerde vom 29. Juni 2017 (Urk. 1 S. 10 Ziffer 6) führte der Versicherte betreffend die Frage nach der Schadenminderungspflicht aus , dass er seit seinem Aufenthalt im Psychiatriezentrum F.____ , also seit dem 30. März 2017 , in Bezug auf den Konsum von Suchtmitteln vollständig abstinent sei. Dennoch habe keine wesentliche

Verbesserung des Gesundheitszustandes geschweige denn eine mögliche Erwerbsfähigkeit festgestellt werden können. Es sei daher von der Auferlegung der mit Schreiben vom 2. März 2017 umschriebenen Schadenminderungspflicht abzu sehen bzw. festzustellen, dass sie im Ergebnis bereits umgesetzt und das Festhalten an derselben nicht zielführend sei.

Das Gericht hat heute entschieden, die Sache werde zur ergänzenden Abklärung und zum neuen Entscheid über den Rentenanspruch zurückgewiesen. Im neuen Gutachten wird auch abzuklären sein, ob gestützt auf dessen Ergebnisse eine kontrollierte Alkoholabstinenz angebracht und zumutbar ist. Sollte die Beschwerdegegnerin an den brieflich mitgeteilten, aber bisher nicht verbindlich verfügten Auflagen vor der Durchführung weiterer Abklärungen festhalten wollen, wird sie diesbezüglich ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 43 Abs. 3 ATSG respektive Art. 7b in Verbindung mit Art. 7 IVG durchzuführen haben. Ob allenfalls unter dem Titel der Schadenminderungspflicht gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG Anforderungen betreffend allfällige Eingliederungsmassnahmen an den Versicherten gestellt werden können, muss gegebenenfalls unter Beachtung der gesundheitlichen Entwicklung bis zum Zeitpunkt der zu erlassenden neuen Verfügung und unter Beachtung der vom Versicherten realistisch zumutbaren Anstrengungen beurteilt werden. Ungeachtet der dem nach noch zu prüfenden sowie eventuell anzuordnenden Schadenminderungsauflagen, welche nur für die Zukunft wirksam sein könnten, wird die IV-Stelle, je nach Ergebnis der weiteren Abklärungen, gegebenenfalls über einen vorübergehenden Rentenanspruch zu befinden haben (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_914/2010 vom 2. Dezember 2010 E. 2.).

E. 4.6

Damit ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum neuen Entscheid über den Rentenanspruch an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

E. 5

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 29. Mai 2017 aufgehoben und die Sache

an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste -
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 Bundesge-
setzes 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, 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 Der Gerichtsschreiber Grünig Klemmt

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