

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00309 vom 6. März 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00309](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00309)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00309 du 6 mars 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00309 del 6 marzo 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

In formellrechtlicher Hinsicht rügte der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (Urk. 1 S. 5 f.).

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen ( Art. 49 Abs.

### **E. 1.2**

Es trifft zwar zu, dass sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nicht explizit zum Vorwurf der leitlinienwidrigen Auswertung der neuropsychologischen Testung äusserte. Aus der Verfügung gehen indes die Überlegungen hervor, von denen sich die Beschwerdegegnerin leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützte. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt insoweit nicht vor.

Soweit im Übrigen der Anspruch auf rechtliches Gehör durch das vorangegangene Verfahren tangiert worden wäre, wäre ein solcher Mangel jedenfalls ohne hin im Rahmen des vorliegenden Prozesses geheilt, da sich die Beschwerdegegnerin in der Eingabe vom 18. Juni 2018 mit dem betreffenden Einwand befasste (Urk. 14-15), der Beschwerdeführer sich dazu am 26. Juni 2018 äusserte (Urk. 17) und das hiesige Gericht als Beschwerdeinstanz den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann. 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 3. April 2018 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm mit Wirkung ab 1. August 2013 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; eventuell sei die psychiatrische Begutachtung zu wiederholen. In prozessualer Hinsicht er suchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Am 9. Mai 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Mit Gerichtsverfügung vom 18. Mai 2018 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und ihm Rechtsanwältin Petra Oehmke, Affoltern am Albis, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 10). Am 23. Mai 2018 reichte er eine weitere Eingabe ein (Urk. 11). Hierzu nahm die Beschwerdegegnerin am 18. Juni 2018 Stellung (Urk. 14-15). Am 26. Juni 2018 liess er sich sodann erneut vernehmen (Urk. 17), wovon der Beschwerdeführerin am 28. Juni 2018 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 18).

### **E. 2.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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 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. 2.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 2.3**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

3.

### **E. 3**

Satz 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ ATSG ] ) . Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als

auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatsächlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/dd mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b). Der Mangel eines nicht oder nur ungenügend begründeten Entscheides kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der entscheidenden Behörde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdeführenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu Stellung nehmen können und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 1). Von der Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichlaufenden und der Anhörung gleichgestellten Interesse der versicherten Person an einer möglichst beförderlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht vereinbar sind (BGE 120 V 357 E.

2b, 116 V 182 E. 3c und d).

### **E. 3.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Rentenablehnung – unter Hinweis auf das psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten der Experten der Klinik C.\_\_\_\_ und den Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Ophthalmologie, vom 5. April 2016 – damit, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Die akute Entzündung der Augen sei behandelbar; Weitsichtigkeit, Hornhauverkrümmung und Altersweitsichtigkeit seien mittels Sehhilfe zu korrigieren. Aus dem Gutachten gehe sodann hervor, dass die wiederkehrenden Arbeitsunfähigkeiten auf ein primäres Suchtgeschehen zurückzuführen seien. Die depressiven Phasen leichten Grades seien therapeutisch angebar. Eine leitliniengerechte andauernde antidepressive Behandlung sei nicht durchgeführt worden. Die neuropsychologische Untersuchung habe beim Beschwerdeführer keine Funktionseinschränkungen im Störungsbereich aufgewiesen. Trotz der in jungen Jahren erfahrenen willkürlichen Verhaftungen und der Folter sei es dem Versicherten seit 1984 möglich gewesen, einer Erwerbstätigkeit von 100 % nachzugehen (Urk. 2 S. 2). Im Rahmen der Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, es sei überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass es sich beim Alkoholismus primär um eine Suchtgeschehen handle, das nicht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens sei. Sodann sei auch nach neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu den leichten bis mittelschweren Depressionen ein besonderes Augenmerk auf die Frage der Therapierbarkeit zu legen (Urk. 8).

### **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, Dr. A.\_\_\_\_ behaupte das Vorliegen eines primären Suchtgeschehens, seine Ausführungen würden aber auf ein Suchtgeschehen sekundärer Natur schliessen lassen. Die vom nämlichen Gutachter durchgeführten neuropsychologischen Tests würden eine mindestens mittelgradige kognitive Funktionsstörung beweisen. Eine solche gehe unter Bezugnahme auf die

Leitlinien für die Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung sowie Zuordnungen zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit in der Regel mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 – 70 % einher. Der behandelnde Psychiater habe sogar eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % attestiert. Er habe sämtliche Therapieoptionen ausgeschöpft; insbesondere habe auch eine regelmässige psychopharmakologische antidepressive Behandlung stattgefunden. Zusammenfassend sei deshalb festzustellen, dass er gesundheitsbedingt seit 2010 dauerhaft zu mindestens 80 % arbeitsunfähig sei (Urk. 1 S. 11 f.). 4.

#### 4.1

Med. pract. E.\_\_\_\_, Oberarzt an der Klinik F.\_\_\_\_, nannte in seinem Bericht vom 6. Januar 2012 als Diagnosen eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.21), eine arterielle Hypertonie und eine Hyperlipidämie. Der Beschwerdeführer habe in seiner Studentenzzeit in der Türkei zwei Mal Folter über Monate erlebt. Diese Traumatisierung habe sicherlich einen Einfluss auf den Verlauf der Alkoholabhängigkeit. In der aktuellen Behandlung werde die Traumatisierung berücksichtigt und entsprechend mitbehandelt. Es sei noch nicht klar, ob auch eine posttraumatische Belastungsstörung zu diagnostizieren sei, wobei das klinische Bild in diese Richtung deute (Urk. 9/52/5-6). 4.2

Der am Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer des Universitätsspitals G.\_\_\_\_ tätige Oberarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ diagnostizierte am 8. Februar 2013 (Urk. 9/53) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F10.24). Der posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) mass er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei. Als Differentialdiagnose nannte er eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0 [S. 1]). Er führte aus, einer grundsätzlich indizierten traumafokussierten Behandlung seien bislang die Alkoholabhängigkeit und die konsekutive soziale Problematik entgegengestanden. Die deshalb eher ressourcenorientierte Therapie habe in etwa 1-2 wöchentlichen Abständen stattgefunden. Der Beschwerdeführer habe die Termine zuverlässig wahrgenommen. Eine medikamentöse Einstellung mit Antabus sei zwischenzeitlich als Therapieoption diskutiert worden. Der Beschwerdeführer sei dieser Möglichkeit letztlich aber ablehnend gegenübergestanden (S. 2). Nach Abschluss der stationären Alkoholentzugs- und Traumabehandlung sei der Versicherte voraussichtlich per 1. Juli 2013 wieder vollumfänglich belastbar (S. 3). 4.3

Vom 14. Januar bis am 1. Juli 2013 befand sich der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung in der Klinik I.\_\_\_\_, Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und die fallführende Psychotherapeutin Perret stellten in ihrem Bericht vom 15. Juli 2013 (Urk. 9/64) die folgenden Diagnosen (S. 1): - Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol (ICD-10 F10.21) - andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) - rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.10)

Sie gaben an, für den Beschwerdeführer sei die Bearbeitung seiner Traumatisierung im Vordergrund gestanden. Seine Alkoholsucht habe er als weniger drängend und als Bewältigungsversuch seiner traumatischen Lebensgeschichte angesehen (S. 4). Der Beschwerdeführer habe nach Therapieende keine weitere psychologische oder psychiatrische Betreuung gewünscht (S. 5). 4.4

Dr. med. K.\_\_\_\_, stellvertretender Chefarzt an der Klinik F.\_\_\_\_, nannte in seinem Bericht vom 13. Februar 2015 (Urk. 9/112/7-10) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilte er das Alkoholabhängigkeits syndrom, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F10.21). Er schilderte, die vom 18. August bis am 16. Dezember 2014 stattgehabte stationäre Behandlung sei aufgrund der aktuellen Exazerbation der Erkrankung, bedingt durch zahlreiche psychosoziale Belastungssituationen, erfolgt. Diese Belastungssituationen hätten die Entstehung einer depressiven Dekompensation begünstigt (S. 1). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe ab dem Entlassungstag eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 2). 4.5

Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 13. Februar 2015 eine chronifizierte depressive Störung (ICD-10 F33.10), eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) und eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.25). Er gab an, im Vordergrund stehe das deutlich depressive Zustandsbild, welches sich auch nach der Durchführung von zahlreichen therapeutischen Massnahmen nicht nachhaltig gebessert habe. Aufgrund der vorliegenden Symptomatik sei der Beschwerdeführer nicht arbeits fähig. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 80 %, weshalb er die Berentung empfehle (Urk. 9/113). 4.6

Dr. D.\_\_\_\_ nannte am 5. April 2016 nachstehende Diagnosen: - o.u. Hyperopie, Astigmatismus und Presbyopie - o.d. tiefe Amblyopie seit Kindheit - o.u. aktuell akute Blepharokonjunktivitis, differentialdiagnostisch mit allergischer Komponente - o.u. kompensierte Tensio im oberen Normbereich, bei unauffälligen Papillen

Sie führte aus, sie habe aufgrund der Blepharokonjunktivitis eine Therapie ein geleitet. Sie empfehle regelmässige Kontrollen alle 1-2 Jahre (Urk. 9/145). 4.7

Dr. L.\_\_\_\_ diagnostizierte am 16. Februar 2017 (Urk. 9/162) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte depressive Störung (ICD-10 F33.10), eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) und eine Alkoholabhängigkeit sekundär (ICD-10 F10.25). Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilte er die Adipositas (S. 1). Seinem Bericht kann ent nommen werden, dass sich seit seiner letzten Beurteilung der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zusehends verschlechtert hat. Alle Bemühungen im medizinisch-therapeutischen und im beruflich-rehabilitativen Bereich seien gescheitert. Der Versicherte habe sich phasenweise bemüht, sich sowohl gesundheitlich als auch beruflich wieder zu integrieren, doch er sei «nie auf einen grünen Zweig» gekommen. Er sei immer wieder resigniert in seine Depression zurückgefallen, während welcher er regelmässig wieder zur Flasche gegriffen habe. Trotz massiver Schamgefühle wegen seines Scheiterns habe er nicht die nötige Energie aufgebracht, um nachhaltig etwas an seiner Lebenssituation zu ändern. Es sei nicht mehr mit einer Rückkehr in einen geordneten Alltag mit Arbeit zu rechnen. Die gegenwärtige Behandlung bestehe aus sporadischen Konsultationen im Sinne einer supportiven Therapie circa ein Mal pro Monat. Abstinenzorientierte Ansätze seien nur vorübergehend erfolgreich gewesen. Der Beschwerdeführer habe alle Medikamente abgesetzt, da diese keine nachhaltige Wirkung gehabt hätten und in Kombination mit seinem Alkoholkonsum eine zusätzliche Gefahr für die Leber darstellen würden (S. 2). Unter Berücksichtigung des biologischen Alters des Beschwerdeführers (64 Jahre) und des

erfolgslosen Verlaufs aller therapeutischen und rehabilitativen Bemühungen empfehle er die Zusprache einer ganzen IV-Rente (S. 4). 4.8

Dr. A.\_\_\_\_ führte in seinem Gutachten vom 13. Juni 2017 (Urk. 9/168) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 13): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.01)

Zudem stellte er nachstehende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13): - Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig nach CDT-Werten ohne regelmässigen Substanzgebrauch (ICD-10 F10.26) - Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.25)

Der Experte berichtete, der Beschwerdeführer habe auf die gestellten Fragen in Bezug auf seine Lebensgeschichte und die Entwicklung seiner psychischen Probleme ohne auffällige Verzögerung klare und präzise Antworten gegeben, was auf ganz unauffällige mnestiche Funktionen hindeute. Im formalen Denken sei er geordnet, wenngleich auch leicht verlangsamt gewesen. Inhaltlich hätten sich keine Hinweise auf Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen ergeben (S. 12). Der Beschwerdeführer habe in psychopathologischer Hinsicht einen leicht verlangsamen Gedankengang, eine bedrückte Stimmung bei allerdings erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit, leichte Antriebsstörungen und eine leicht verlangsamte Psychomotorik aufgewiesen. Ergänzend zu den anamnestischen Angaben über Durchschlafstörungen und eine Tagesmüdigkeit sowie Rückzugstendenzen bei einer allerdings erhaltenen Tagesstruktur könne gegenwärtig von einer leichten depressiven Symptomatik ausgegangen werden. Seine Kindheit sei ohne gravierende traumatische Ereignisse verlaufen, womit sich auch keine Hinweise auf die Bildung einer Persönlichkeitsstörung ergeben würden. Die abgeschlossene akademische Ausbildung im Heimatland schliesse sowohl eine Intelligenzminderung als auch Verhaltensstörungen oder sonstige psychische Probleme mit Krankheitswert in der Kindheit, Pubertät und im frühen Erwachsenenalter aus. Aufgrund der erhobenen anamnestischen Angaben sei der Beschwerdeführer bis 1982 in der Türkei mehrmals verhaftet und körperlicher Gewalt ausgesetzt gewesen. Nach dem letzten Gefängnisaufenthalt im Jahr 1982 habe er aber sein Studium abgeschlossen und anschliessend während eines Jahres als Buchhalter im Heimatland gearbeitet. Trotz anamnestisch sehr glaubhaft geschilderter Misshandlungen im Gefängnis könne aufgrund des Leistungsniveaus seit 1982 nicht von der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen werden. Nach der Ankunft in der Schweiz – so der Gutachter weiter – habe der Beschwerdeführer während 31 Jahren eine konstante Arbeitsleistung erbracht, womit sowohl die akutenmässig postulierte posttraumatische Belastungsstörung als auch eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung trotz intermittierender Alpträume, Schreckhaftigkeit und Flashbacks ausgeschlossen werden könnten. Es könne aber – so der Gutachter weiter – seit der Jugendzeit ein schädlicher Alkoholgebrauch angenommen werden, wobei von einer Entwicklung der Alkoholabhängigkeit erst seit circa 2011 aufgrund eines dysfunktionalen Verhaltensmusters bei psychosozialen Belastungen (zwei gescheiterte Ehen, Verlust der Arbeitsstelle) ausgegangen werden könne. Bei fehlenden Hinweisen auf eine genetische Vorbelastung, gravierende traumatische Ereignisse in der Kindheit und Persönlichkeitsdefizite im Erwachsenenalter sei beim Beschwerdeführer von einer primären Alkoholsucht auszugehen. Die Vielzahl von psychosozialen Belastungen sowie der Verlust der Tagesstruktur seit 2011 habe bei ihm aufgrund seiner dysfunktionalen Verhaltensmuster zu wiederkehrenden depressiven Episoden mit allerdings akutenmässig dokumentierten

intermittierenden Remissionsphasen geführt, womit unter Mitberücksichtigung einer leichten depressiven Symptomatik anlässlich der Exploration eine rezidivierende depressive Störung bestätigt werden könne. Die depressiven Dekompensationen seien beim Beschwerdeführer einerseits auf die Ausschöpfung seiner psychischen Ressourcen bei einer Vielzahl von psychosozialen Belastungen, andererseits aber auch auf eine fehlende regelmässige psychopharmakologische Behandlung und Alkoholabstürze zurückzuführen. Die durchgeführte neuropsychologische Untersuchung habe beim Exploranden hirnganische Einschränkungen ausgeschlossen; auch die Laboruntersuchung (CDT) deute auf einen unregelmässigen Alkoholkonsum hin. Während der Untersuchung hätten kein Foetus aethylicus und auch keine körperlichen suchtspezifischen Entzugserscheinungen festgestellt werden können, was zusätzlich eine gegenwärtig aktive Sucht ausschliesse. Neuropsychologisch habe der Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere kognitive Leistungsabfälle aufgewiesen, die bei konsistentem Verhalten auf die diagnostizierte leichte depressive Symptomatik zurückzuführen seien (S. 13 f.). Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führte Dr. A. aus, aufgrund der leichten psychokognitiven Einschränkungen und insbesondere unter Mitberücksichtigung der nicht ausgeschöpften therapeutischen Massnahmen könne in sozialmedizinischer Hinsicht und insbesondere in der Längsschnittbeurteilung aus psychiatrisch-neuropsychologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Gegenüber in der Längsschnittbeurteilung eingeschränktes Aktivitäts- und Leistungsniveau würde die erhaltene Fähigkeit des Beschwerdeführers sprechen, für sich selbst zu sorgen; dies auch in der Hoffnung, nach der Bereinigung im Heimatland ein würdevolles Leben führen zu können. Der Versicherte verfüge über sehr hohe intellektuelle und persönliche Ressourcen, um bei gesicherter Alkoholabstinenz und unter fachlicher Unterstützung bis zur Pensionierung eine volle Arbeitsleistung zu erbringen. Um für die berufliche Wiedereingliederung eine Basis herzustellen, sei neben der Alkoholabstinenz auch eine regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inklusive Gesprächspsychotherapie und Psychopharmakotherapie notwendig (S. 14).

5.

5.1

Nach Lage der Akten steht fest und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer an keinen somatischen – insbesondere auch nicht ophthalmologischen – Beschwerden leidet, die eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten. 5.2

Bezüglich der psychischen Symptomatik beruht das Gutachten von Dr. A. auf einer einlässlichen psychiatrischen Untersuchung und einer neuropsychologischen Testung, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Der Experte legte die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilte die medizinische Situation überzeugend und setzte sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Er legte einleuchtend dar, dass trotz der glaubhaft geschilderten Misshandlungen im Gefängnis aufgrund des seit 1982 gezeigten Leistungsniveaus eine posttraumatische Belastungsstörung und eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ausgeschlossen werden können. Er verwies auf eine Vielzahl von psychosozialen Belastungsfaktoren, die zusammen mit dem Verlust der Tagesstruktur aufgrund der dysfunktionalen Verhaltensmuster des Beschwerdeführers sowie der fehlenden regelmässigen psychopharmakologischen Behandlung und der «Alko

holabstürze» zu wiederkehrenden depressiven Episoden mit aktenmässig dokumentierten intermittierenden Remissionsphasen führten. Der Gutachter gelangte sodann zum begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen und in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Dabei kann von einer vorübergehenden höchstens 50%igen Arbeitsunfähigkeit während der mittelschweren depressiven Symptomatik sowie von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit während der stationären Behandlungen ausgegangen werden, in der Längsschnittbeurteilung kann allerdings seit Ende 2012 keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (S. 14, 15 und 16). Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 2.3 hievore). 5.3 5.3.1

Was das unter Bezugnahme auf die Leitlinien für die Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung sowie Zuordnungen zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit erfolgte Vorbringen des Beschwerdeführers, Dr. A.\_\_\_\_ habe die neuropsychologischen Testergebnisse leitlinienwidrig aus gewertet (Urk. 1 S. 6 ff.), betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den entsprechenden Richtlinien vorschreiben. Einem testmässigen Erfassen der Psychopathologien im Rahmen der psychiatrischen Exploration kann generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend sind. Massgebend ist, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_466/2017 vom 9. November 2017 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Abgesehen davon dient das erwähnte Beurteilungssystem ohnehin einzig als Hilfestellung bei der Einschätzung der – aus einer neuropsychologischen Störung resultierenden – Arbeitsunfähigkeit. Es zeigt orientierende Richtwerte auf, wobei – wie bereits die Autoren der erwähnten Leitlinie aufzeigen – der Grad der Arbeitsunfähigkeit erheblich von diesen Prozentwerten abweichen kann (Urk. 3/6 S. 3, S. 5 und S. 8). Bereits daraus folgt, dass das Gutachten nicht automatisch seine Beweiskraft verlöre, wenn es nicht in allen Teilen den Leitlinien entspräche. 5.3.2

Der Beschwerdeführer machte geltend, die Behauptung des Experten A.\_\_\_\_, wo nach eine regelmässige antidepressive psychopharmakologische Behandlung nicht stattgefunden habe, sei aktenwidrig (Urk. 1 S. 9). Tatsächlich erfolgte während der stationären Aufenthalte eine Psychopharmakotherapie. Indes wurde im Anschluss daran auf die Weiterführung der Therapie verzichtet. So berichtete der Beschwerdeführer, nach dem Austritt aus der Klinik im I.\_\_\_\_ habe er sich keiner Psychotherapie mehr unterzogen (Urk. 9/96 S. 3 f.). Dem Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2014 kann entnommen werden, dass sich der Beschwerdeführer bislang standhaft geweigert hatte, einen Therapieversuch mit einem Antidepressivum durchzuführen (Urk. 9/104/9-10 S. 2; siehe auch Urk. 9/96 S. 7). Der nämliche Arzt gab am 16. Februar 2017 an, es fänden circa ein Mal im Monat sporadische Konsultationen im Sinne einer supportiven Therapie statt. Der Beschwerdeführer habe alle Medikamente abgesetzt, da diese keine nachhaltige Wirkung gehabt hätten und in Kombination mit seinem Alkoholkonsum eine zusätzliche Gefahr für die Leber darstellen würden (Urk. 9/162 S. 2). Im Rahmen der Begutachtung teilte der Beschwerdeführer sodann mit, die von Dr. L.\_\_\_\_ verordneten Medikamente habe er wegen Nebenwirkungen absetzen müssen. Er nehme einzig noch eine Schlaftablette ein (Urk. 9/168 S. 11). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass trotz der anlässlich der stationären Aufenthalte eingenommenen Arzneimittel keine erhöhten Leberwerte

festgestellt wurden und der Beschwerdeführer damals über keine deswegen aufgetretenen Nebenwirkungen klagte. Vor diesem Hintergrund ist die gutachterliche Beurteilung nicht zu be mangeln, wurde doch tatsächlich keine regelmässige konsequente Behandlung durchgeführt. 5.3.3

In welcher Hinsicht aufgrund der Ausführungen von Dr. A.\_\_\_\_ zu beruflichen Eingliederungsmassnahmen die Beweiskraft des Gutachtens in Frage zu stellen ist, ist sodann nicht ersichtlich. Insbesondere geht aus diesen nicht hervor, inwie fern die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ungenügend sein soll. 5.3.4

Der Beschwerdeführer rügt weiter die gutachterliche Qualifikation des Alkoholismus als reines Suchtgeschehen (Urk. 1 S. 7 ff.). 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 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 verursachenden 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).

Dem Beschwerdeführer ist insoweit zuzustimmen, dass nach der Rechtsprechung eine Alkoholabhängigkeit im Rahmen der Invalidenversicherung relevant wird, wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist (Urk. 1 S. 9), wobei aber zu präzisieren bleibt, dass Letzterem Krankheitswert zu kommen muss. Dies bleibt nachfolgend zu prüfen. 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit

Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 6.2.1**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE

140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V

281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamtthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE

143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 6.2.2**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 6.3.1**

Was den Komplex

«Gesundheitsschädigung» respektive den Indikator der «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» angeht, ist festzuhalten, dass nur dort, wo bereits in den Diagnosekriterien ein Bezug zum Schweregrad gefordert wird, ein solcher nicht erreichter Schweregrad gegebenenfalls bereits den Ausschluss einer krankheitswertigen Störung erlauben würde. Verallgemeinert auf sämtliche psychiatrischen Diagnosen angewendet, greift diese Auffassung jedoch zu kurz. Fehlt in der Diagnose die Schweregradbezogenheit, zeigt sich die Schwere der Störung in ihrer rechtlichen Relevanz erst bei deren funktionellen Auswirkungen (vorgenannter BGE 143 V 418 E. 5.2.2). Der Beschwerdeführer leidet an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.01). Die wiederkehrenden depressiven Episoden mit intermittierenden Remissionsphasen wurden jedoch durch zahlreiche psychosoziale Belastungsfaktoren (zwei gescheiterte Ehen, Verlust der Arbeitsstelle, wenig Kontakt zu den Kindern), die rechtlich keine Invalidität zu begründen vermögen, und den Verlust der Tagesstruktur im Jahr 2011 ausgelöst (Urk. 9/168 S. 14). In Bezug auf den funktionellen Schweregrad erweist sich der Indikator der diagnoserelevanten Befunde damit als lediglich geringfügig ausgeprägt.

### **E. 6.3.2**

Bezüglich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz»

wurde der Beschwerdeführer wiederholt stationär therapiert. Im Anschluss daran erfolgte indes keine adäquate ambulante Behandlung (vgl. E. 5.3.2 hievore). Eine Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten liegt damit nicht vor. Von einer Behandlungsresistenz kann damit noch längst nicht gesprochen werden. Die Eingliederungsmassnahme im M.\_\_\_\_ bezeichnete der Beschwerdeführer als «Quatsch». Er führte aus, er müsse zuerst mit seiner Lebenspartnerin keine Probleme mehr haben, was ihn am meisten belastete. Er wolle nicht mehr im M.\_\_\_\_ arbeiten (Urk. 9/96 S. 10). Das Beschäftigungsprogramm beendete er in der

Folge nach einer Woche; dies weil er die Reklamationen und Erpressungen nicht habe akzeptieren können (Urk. 9/168 S. 11). Der Verlauf des Eingliederungsversuchs spricht gegen eine Eingliederungsresistenz.

### **E. 6.3.3**

Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcen hemmende Wirkung beizumessen ist (vorgenannter BGE 143 V 418 E).

8.1). Der Beschwerdeführer leidet an verhältnismässig leichten ophthalmologischen Beschwerden, die keiner spezifischen Behandlung bedürfen (Urk. 9/177 S. 2). Hirnorganische Einschränkungen wurden aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung ausgeschlossen (Urk. 9/168 S. 14). Der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit kommt sodann keine invalidisierende Wirkung zu (vgl. dazu E. 6.4 hienach). Es sind damit lediglich geringfügige als «Komorbiditäten» zu berücksichtigende krankheitswertige Störungen ausgewiesen.

### **E. 6.3.4**

Bei den Komplexen « Persönlichkeit » und « sozialer Kontext » ergibt sich Folgendes: Nach der Trennung von der zweiten Ehefrau lebte der Beschwerdeführer während zwei Jahren in einer Partnerschaft. Seither – das heisst seit drei Jahren – lebt er alleine in einem Studio mit einer kleinen Küche, Dusche und Toilette (Urk. 9/168 S. 10). Bis vor sechs Monaten trainierte er in einem Fitnessstudio. Seither fühlt er sich schlecht und hat keine Motivation und Lust mehr, etwas zu unternehmen. Tagsüber liest er und schaut fern. Er kocht und putzt seine Wohnung. Zudem unternimmt er regelmässig Spaziergänge und trifft ein bis zwei Mal pro Woche für eine Stunde seine Ex-Partnerin. Ansonsten lebt er zurückgezogen (Urk. 9/168 S. 11 f.). Trotz eines gewissen sozialen Rückzugs unterhält der Beschwerdeführer noch eine Tagesstruktur. Sein Lebenskontext enthält damit bestätigende, sich potentiell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

### **E. 6.3.5**

In der Kategorie « Konsistenz » (bezüglich Abgrenzung und gegenseitigen Bezügen zu den Komplexen « Persönlichkeit » und « sozialer Kontext ») eingehend Michael E.

Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2016, S. 28 ff. [nachfolgend: Ein Jahr Schmerzrechtsprechung], vgl. auch Michael E. Meier, Zwei Jahre neue Schmerzrechtsprechung, in: Riemer-Kafka/Hürzeler [Hrsg.], Das indikatoreorientierte Abklärungsverfahren, 2017, S.

105-148, S. 136

ff. [nachfolgend: Zwei Jahre Schmerzrechtsprechung]) zielt

der Indikator « gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen » auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers ist etwas eingeschränkt, wobei fraglich ist, ob hierfür krankheitsbedingte Gründe oder die fehlende Motivation verantwortlich sind. Er hat indes eine Tagesstruktur, kocht und putzt, unternimmt regelmässig Spaziergänge und trifft seine Ex-Partnerin. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus verglichen mit der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80 % ist damit nicht erstellt.

#### **E. 6.3.6**

Im Rahmen des Indikators « behandlungs- und eingliederungsanamnestisch aus gewiesener Leidensdruck » (zur Abgrenzung vom Indikator « Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz » vgl. Michael E. Meier, Ein Jahr Schmerz rechtsprechung, S. 25 Rz 60 und Michael E. Meier, Zwei Jahre Schmerzrechtsprechung, S. 129) weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex « Gesundheitsschädigung ») auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Der Beschwerdeführer unterzog sich seit 2010 stationären Behandlungen im Psychiatrie Zentrum N.\_\_\_\_ (25. Oktober bis 2. Dezember 2010 [Urk. 9/52/9-10]), in der Klinik F.\_\_\_\_ (2. Dezember 2010 bis 27. April 2011 [Urk. 9/52/7-8], 18. Oktober 2011 bis 18. Januar 2012 [Urk. 9/52/2-4 S. 2] und 18. August bis 16. Dezember 2014 [9/112/7-10]), in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsspitals G.\_\_\_\_ (28. Dezember 2012 bis 14. Januar 2013 [Urk. 9/52/2-4]), in der Klinik im I.\_\_\_\_ (14. Januar bis 1. Juli 2013 [Urk. 9/64]) und im Sanatorium O.\_\_\_\_ (1. bis 10. Juli 2014 [Urk. 9/104/8]). Im Anschluss an die stationären Aufenthalte ist indes keine adäquate ambulante psychiatrische Behandlung mit entsprechender pharmakologischer Therapie dokumentiert (vgl. E. 5.3.2 hier vor). Vor diesem Hintergrund kann trotz der durchgeführten stationären Behandlungen und in Anbetracht der geltend gemachten ausgeprägten Beschwerden nicht von einem klar ausgewiesenen Leidensdruck gesprochen werden. Hingegen sind gewisse Selbsteingliederungsmassnahmen ersichtlich, weshalb eingliederungsanamnestisch ein Leidensdruck vorhanden ist, der aber nicht ausgeprägt ist.

#### **E. 6.3.7**

Zusammenfassend ist bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren und insbesondere mit Blick auf die inexistenten gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätsniveaus eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer Arbeitsunfähigkeit aus psychischer Sicht führen könnte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

#### **E. 6.4**

Nachdem wie oben dargelegt der depressiven Störung keine invalidisierende Wirkung zukommt, kann die Alkoholabhängigkeit des Beschwerdeführers weder Folge noch Auslöser eines Gesundheitsschadens sein, welchem Krankheitswert zukommt. Entsprechend kommt der Abhängigkeit kein invalidisierender Charakter zu. Dem Beschwerdeführer ist zwar zuzustimmen, dass langjähriger Alkoholmissbrauch die

körperliche und geistige Gesundheit so schwer schädigen kann, dass die Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben ist (Urk. 1 S. 9). Entscheidend ist aber, dass reine Suchtfolgen grundsätzlich iv-rechtlich irrelevant sind, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Reine Suchtfolgen können invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Alkoholabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_620/2017 vom 10. April 2018 E. 2.2.2). Dies ist aber vorliegend nicht der Fall.

#### **E. 6.5**

Bei dieser Sachlage ist nicht ersichtlich, inwiefern eine erneute psychiatrische Begutachtung (Urk. 1 S. 2) neue, für die Beurteilung des vorliegenden Falls entscheidende Erkenntnisse liefern könnte, sodass darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d mit weiteren Hinweisen). 7.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

#### **E. 8**

ATSG) sind.

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

#### **E. 8.1**

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für den unterliegenden Beschwerdeführer kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 800.-- anzusetzen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

#### **E. 8.2**

Die mit Gerichtsverfügung vom 18. Mai 2018 bestellte unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Petra Oehmke, macht mit Honorarnote vom 21. Februar 2019 (Urk. 19) einen Aufwand von 14.40 Stunden sowie Auslagen von Fr. 105.-- geltend, wofür ihr eine Entschädigung in der Höhe von Fr. 3'525.-- (inklusive Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zuzusprechen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Petra Oehmke, Affoltern am Albis, wird mit Fr. 3'525.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Oehmke -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

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

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