

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00958 vom 26. April 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-04-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00958

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00958 du 26 avril 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00958 del 26 aprile 2019

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 Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts , ATSG) . Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom men den ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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

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 Gesundheits schaden 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 Gesamtwür di gung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwi schen 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 Krank heit 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 sucht bedingten 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. 1.3

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. 2

Der Versicherte erhob am 1. November 2018 (Urk. 1), mit Ergänzungen vom 3. Dezember 2018 (Urk. 7), Beschwerde gegen die Verfügung vom 26. September 2018 (Urk. 2) und beantragte (Urk. 1 S. 2 oben), diese sei aufzuheben (Ziff. 1) und es seien ihm Leistungen, namentlich eine ganze Rente, zuzusprechen (Ziff. 2); eventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Ziff. 3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. Januar 2019 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 11. Januar 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, gemäss dem eingeholten psychiatrischen Gutachten liege keine psychische Krankheit vor, welche die Arbeitsfähigkeit einschränke, sondern ein jahrelanges reines Suchtgeschehen (S. 1 unten).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 7), die Einordnung der Problematik als reines Suchtgeschehen sei falsch, effektiv liege eine medizinische Problematik mit Krankheitswert vor, welche die Arbeitsfähigkeit derart einschränke, dass Anspruch auf eine ganze Rente bestehe (S. 2 Ziff. 2.). Soweit das psychiatrische Gutachten zu einem anderen Schluss gelange, erfasse es den massgebenden medizinischen Sachverhalt unrichtig und zu dessen Klärung bedürfe es weiterer Abklärungen (S. 3 Ziff. 3).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist mithin, ob ein anspruchrelevanter Gesundheitsschaden vorliegt.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer weilte vom 16. Juni bis 18. September 2015 in der Klinik im Y.____, worüber am 1. Oktober 2015 berichtet wurde (Urk. 10/17/4-6 = Urk. 10/49/59-61). Dabei wurden die folgenden Diagnosen genannt (S. 2 Ziff. 3): - Polytoxikomanie (ICD-10 F19.2) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0; ICD-10 F33.1) - Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenen und abhängigen Anteilen (ICD-10 F61.0), Differentialdiagnose (DD): Soziale Phobie (ICD-10 F40.1) - Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.2)

Der Beschwerdeführer habe eine sehr lange und sehr komplexe Vorgeschichte. Seit dem 11. Lebensjahr sei er depressiv und seit dem 14. Lebensjahr sei er bei verschiedenen Psychologen und Psychiatern in Behandlung gewesen. Seit sechs bis sieben Jahren sei er regelmässig in eine ambulante Behandlung gegangen. 1998 sei er im Sanatorium Z.____

wegen Depressionen nach Konsum behandelt worden. 1999/2000 habe eine Behandlung in der A.____ Klinik (A.____) wegen Depressionen nach Ecstasy Konsum stattgefunden. Im Jahr 2011 habe eine 10-tägige Entzugsbehandlung in der Klinik B.____ stattgefunden, welche der Beschwerdeführer abgebrochen habe, da er es mit den Personen nicht mehr ausgehalten habe. Im Mai 2015 habe für 2.5 Wochen eine Entzugsbehandlung im Sanatorium Z.____ stattgefunden. Diese sei aufgrund intransparenter Rückfälle nach 2.5 Wochen anstatt nach sechs geplanten Wochen abgebrochen worden. Der Beschwerdeführer habe bis zum Übertritt in die Klinik im Y.____ bei einem Freund verbleiben können (S. 1 Ziff. 1).

Der Beschwerdeführer habe aufgrund der sozialen Ängste und der depressiven Stimmung beide Lehren nicht abschliessen können. Eine Polytoxikomanie liege seit zirka zehn Jahren vor (S. 1 Ziff. 1).

Die Therapie in der Klinik im Y.____ sei seitens der Klinik am 18. September 2015 aufgrund wiederholter intransparenter Rückfälle abgebrochen worden (S. 3 Mitte). Während der Hospitalisation sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die Prognose sei aufgrund der verschiedenen Rückfälle und Therapieabbrüche eher schlecht. Vermutlich benötige er zurzeit ein niederschwelligeres Therapieangebot (S. 3 Ziff. 5). Eine längerdauernde Abstinenz wäre eine Grundvoraussetzung für einen Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess (S. 3 Ziff. 6).

E. 3.2

Die Ärzte des Sanatoriums Z.____ führten mit Austrittsbericht vom 29. Dezember 2015 (Urk. 10/ 28/1-4 = Urk. 10/49/62-65) aus, der Beschwerdeführer habe sich vom 24. November bis 15. Dezember 2015 zum vierten Mal in ihrer stationär-psychiatrischen Behandlung befunden und nannten folgende

Hauptdiagnose : - psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch (ICD-10 F19.1)

Zudem führten sie die folgenden Nebendiagnosen auf: - psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode (ICD-10 F11.2): Abhängigkeitssyndrom - psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain (ICD-10 F14.2) : Abhängigkeitssyndrom - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 F10.2): Abhängigkeitssyndrom - kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F61)

Nach einer Entwöhnungstherapie in der Klinik Y.____ habe der Beschwerdeführer allmählich wieder vermehrt Alkohol konsumiert, sodass er zuletzt auf eine tägliche Menge von sechs bis sieben Bier und eine halbe Flasche Whisky gekommen sei. Zuletzt habe er am Tag vor Eintritt Alkohol konsumiert. Des Weiteren habe er fast täglich 2-3 Gramm Kokain konsumiert, ebenfalls zirka zeitgleich mit dem Austritt aus der Klinik Y.____ . Zudem habe er, neben den verordneten Gaben Sevre Long 920 mg täglich, des Öfteren Targin und MST in unbekanntem Mengen, alle drei Tage Heroin nasal und durch Rauchen und schliesslich täglich 3 x 2 mg Xanax und zirka 150 mg Valium, ebenfalls täglich, konsumiert. Er habe gewünscht, im Anschluss an eine stationäre Stabilisierungsphase in die C.____ überzutreten (S. 1).

Der Eintritt in die Klinik sei erfolgt, um einen geplanten Alkoholentzug durchzuführen. Der Beschwerdeführer habe sich bei Eintritt in einem deutlich sedierten Zustand präsentiert. Sie hätten mit einem durch Valium gestützten Alkoholentzug begonnen. Der Alkoholentzug sei, unter engmaschiger somatischer Abklärung, komplikationslos

verlaufen. Da der Beschwerdeführer erfreulicherweise, abgesehen von den verordneten Medikamenten, frei von jeglichem weiteren Substanzkonsum geblieben sei, habe der geplante Übertritt in die C.____ ins Auge gefasst werden können (S. 3 unten). Er habe im Zuge des stationären Aufenthaltes eine massive Koprostase mit Druckschmerzhaftigkeit sowie Abwehrspannung über dem gesamten Abdomen, die auch kurzfristig eine Überweisung ins Seespital D.____ zur Folge gehabt habe, entwickelt (S. 4 oben). Er habe in klinisch gebessertem Zustand sowie bei fehlender Fremd- und Selbstgefährdung ihre Klinik verlassen können (S. 4).

E. 3.3

Dipl. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 7. Juni 2016 (Urk. 10/29/3-4) aus, es liege eine Suchterkrankung vor. Der Beschwerdeführer befinde sich in einer Substitutionsbehandlung, es fände jedoch regelmässig Beikonsum statt. Grundsätzlich würde es notwendig sein, auf den Beikonsum zu verzichten, da dieser die Arbeitsfähigkeit einschränke und langfristig zu Sekundärschäden führen würde. Ohne den Verzicht des Beikonsums und eine stationäre Entwöhnungsbehandlung sei eine Unterstützung durch die Beschwerdegegenerin beim Arbeitsplatzverlust nicht möglich.

E. 3.4

Gemäss Bericht vom 17. November 2017 (Urk. 10/41) weilte der Beschwerdeführer vom 23. Oktober bis 7. November 2017 im Spital F.____ (Ziff. 1.2), dies aufgrund einer Sepsis bei ausgeprägtem Erysipel des Ober- und Unterschenkels rechts (Ziff. 1.4).

E. 3.5

Dr. med. G.____, Praktischer Arzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 4. Dezember 2017 (Urk. 10/42/6-12) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 16. November 2016 (Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwergradige Episode (ICD-10 F33.1) - soziale Phobie (ICD-10 F40.1), Differentialdiagnose (DD) ängstlich-vermeidendes Persönlichkeitsstörung - Abhängigkeitssyndrom von Opioiden und Hypnotika, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (kontrollierte Abhängigkeit; ICD-10 F11.2 und F13.2)

Aktuell erfolgten zirka dreiwöchentliche Konsultationen (Ziff. 1.5; vgl. Urk. 10/49 S. 15 oben: «alle 2-3 Wochen»). Der Patient sei seit Behandlungsbeginn zu keinem Zeitpunkt auch nur annähernd arbeitsfähig gewesen (Ziff. 1.6).

E. 3.6

Dr. med. H.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 7. Dezember 2017 (Urk. 10/43) aus, sie behandle den Beschwerdeführer seit Februar 2015 (Ziff. 1.2). Sie nannte - lediglich unter Angabe der ICD-Codierung - folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1.): - kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F61, Erst diagnose Kindheit), Depression - psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F19.1) - psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F11.2) - psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom (F14.2) - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (F10.2)

Sie führte aus, zurzeit sei der Patient zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.7), über eine Wiederaufnahme der Arbeit sei noch keine Aussage möglich (Ziff. 1.9).

E. 3.7

Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 7. April 2018 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/49/1-36). Sie stützte sich auf die ihr überlassenen und von ihr zusätzlich eingeholten (Urk. 10/49/37-58) Akten, die Angaben des Beschwerdeführers und die von ihr am 5. April 2018 (S. 2 Ziff. 1.1) erhobenen Befunde (S. 19 ff.).

Die Gutachterin nannte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 28 Ziff. 6.1): - Polytoxikomanie mit Alkohol-, Opiat-, Kokain-, Benzodiazepin-, Cannabis- und Stimulanzien-Abhängigkeit, gegenwärtig schwerpunktmässig aktive Opiat- und Benzodiazepinabhängigkeit (ständiger Konsum und Substitution; ICD-10 F19.2)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie (S. 28 Ziff. 6.2): - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - klaustrophobische Züge bei Fahren in überfülltem Bus oder Zug (ICD-10 F40.2) - akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

Die Gutachterin berichtete, gemäss eigenen Angaben sei der Versicherte ein Jahr später als üblich in den Kindergarten eingetreten und habe auch – schulpsychologisch begleitet - drei Schuljahre in einer Kleinklasse absolviert (S. 23 Mitte). Seine erste Lehre als Innendekorateur habe er wegen Überforderung mit den handwerklichen praktischen Anforderungen sowie mit den intellektuellen Anforderungen in der Berufsschule im zweiten Jahr abgebrochen. 1996 (mit 19 Jahren) habe er zu einer Bodenlegerfirma gewechselt, wo er angelernt worden und bis 2015/2016 knapp 20 Jahre lang geblieben sei (S. 23 unten).

Aus subjektiver Sicht benütze der Versicherte die Formulierung, seit Kindergarten an «Depressionen» zu leiden, vermöge aber auf eingehende Befragung hin nur diffus und ausweichend, generalisierend zu berichten beziehungsweise es sei «alles nur schlimm» gewesen (S. 24 oben). Ob in der Vergangenheit je klinische Phasen mit relevanter Depressivität aufgetreten seien, erscheine fraglich. Der Versicherte sei zwar mehrmals psychiatrisch zum Entzug hospitalisiert gewesen, da bei seinen dann auch jeweils Verstimmungen und Suizidandrohungen aufgetreten, diese schienen aber angesichts der komplexen Entzüge, denen sich der bald polytoxikomane Versicherte wiederholt zu unterziehen gehabt habe, sucht- und entzugsbedingt, und nicht als eigentliche primäre (depressive) Affektstörung. Nur einmal, 1997, sei der Versicherte für zwei Monate auf einer Spezialabteilung für Depressionskrankheiten hospitalisiert gewesen, alle anderen Klinikaufenthalte hätten auf Akutstationen oder in Suchtinstitutionen stattgefunden. Während er 1997 noch im zweiwöchigen Aufenthalt auf einer Akutstation unmittelbar zuvor als «mittelgradig depressiv» eingestuft worden sei, seien die Depressions-spezialisten bei ihrer zweimonatigen Observation zur Schlussfolgerung gelangt, der Versicherte leide an einer Dysthymia beziehungsweise neurotischer Depression, die bekanntlich keine eigentliche arbeitsmedizinische Relevanz habe (S. 24 unten).

Es sei auf die selektiven Angaben des Versicherten zur Substanzanamnese hin zuweisen. Aus den Akten gehe hervor, dass er seit 16-jährig Alkohol und Cannabis, seit zumindest 19-jährig Benzodiazepine, zudem ab etwa 30-jährig auch in grossen Mengen Kokain und Opiate, teilweise intravenös, konsumiert habe, dabei auch medizinische Substrate wie beispielsweise Fentanylpflaster gekaut habe, und dass die von ihm erst als Folge der

Opiat-Analgesie für die Rippenfraktur 2015 geltend gemachte Opiatabhängigkeit mindestens schon 6-7 Jahre zuvor bestanden habe (S. 25 Mitte).

Es könne auf keinerlei Weise argumentiert werden, dass die Abhängigkeit von diesen verschiedenen Substanzen etwa Folge einer relevanten psychischen Störung gewesen wäre. Die Dysthymie an sich, sowie die Klaustrophobie, und die beschriebene neurotische Akzentuierung (histrionisch, haltlos, in Opferrolle) erfüllten den Tatbestand einer ins Gewicht fallenden, primären, relevanten, insbesondere arbeitsmedizinisch relevanten psychischen Störung nicht. Auch als Bodenleger sei der Versicherte weder von seiner Mühe, sich in überfülltem Bus oder Zug zu bewegen, noch durch die neurotisch-dysthymen Verstimmungen je massgeblich in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen (S. 25 unten).

Eine Antriebsstörung könne nicht objektiviert werden. Der Versicherte schildere spontan Lust und Freude, auch Stolz (selber seine Wohnung sehr schön renoviert zu haben), Plausch am Gärtnern und Plaudern mit seinem besten Freund, Abendessen mit seinem Bruder, Solariumbesuch, Schwimmen mit seiner Schwester, Besuch von Schwester und Kindern, Geniessen von Ferien in Italien «an der Sonne», zuletzt noch wenige Tage vor der Begutachtung etc. Dann werde handkehrum und in Kontrast mit der spontan dargestellten Tagesstrukturierung und Aktivitäten eine Störung der Vitalität und schwere Depressivität beklagt (S. 27 oben).

Aus diagnostischer Sicht sei abschliessend ein primäres Suchtgeschehen zu diagnostizieren, dies auch auf dem Hintergrund offensichtlicher familiär-hereditärer Belastung mit Suchtkrankheiten. Die ständige Intoxikation mit vor allem sedierenden Substanzen und die dadurch schwankende Vigilanz lasse das Arbeiten als Bodenleger, auf Baustellen, mit Manipulation von möglicherweise gefährlichen Maschinen /Geräten (Schleifmaschinen, Messer etc.) als risikobehaftet erscheinen; aus dieser Perspektive sei Arbeitsunfähigkeit zu attestieren (S. 27 Mitte).

Die Dysthymia (ICD-10 F34.1) und die akzentuierten Persönlichkeitszüge hätten, als neurotische Stimmungs- beziehungsweise Persönlichkeitsvarianten, keine arbeitsmedizinische oder IV-Relevanz beziehungsweise die Arbeitsfähigkeit werde von ihnen nicht tangiert. Auch die klaustrophobischen Gefühle beim Fahren in einem überfüllten Bus oder Zug könnten keine Arbeitsunfähigkeit als Bodenleger begründen. Der Versicherte habe seine beruflichen Fähigkeiten im Übrigen auch durchaus durch seine langjährige Anstellung als Bodenleger bewiesen (S. 27 unten).

Im Sinne einer Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung führte die Gutachterin unter anderem aus, die psychiatrische Aktenlage (IV-Akten, Akten des Taggeldversicherers) sei, auch mit der zusätzlichen Dokumentation der von ihr eingeholten psychiatrischen Austrittsberichte aus dem Zeitraum von 1997-2015, hinreichend dokumentiert. Im aktuellen Alltag liessen sich keine relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und auch keine Einschränkungen beim Pflegen von Freizeitaktivitäten oder sozialen Aktivitäten objektivieren. Die spontanen Alltags-Beschreibungen des Versicherten anlässlich der Begutachtung - mit Spaziergängen, Velofahren nach Rüschlikon, Zürich-Wollishofen und Horgen, Schwimmen und Solariumbesuch, Plausch im Garten des Freundes und beim Plaudern mit bestem Freund, reger Aktivität in der Familie (Besuchen von Bruder, Schwester und Kindern, Mutter und Stiefvater), regelmässige Ferien in Italien, sowie mit spontan geäussertem Sehnsucht nach Sexualität und Frauen, was aber «durch die Opiate und

den Libidoverlust nicht möglich» sei - liessen auf keinerlei depressive oder sozial gehemmte Antriebsstörung schliessen. Auch Lust und Freude würden spontan geschildert. Dies sei kaum mit einer erheblichen psychischen Störung vereinbar (S. 30 Ziff. 7.3).

Der geschilderte heutige Alltag sowie der psychopathologische Befund entsprechen einer Dysthymie. Es lägen dabei genügend Hinweise auf sofort mobilisierbare Ressourcen vor, die auch mit einer 100%igen Arbeitstätigkeit in der freien Wirtschaft zu vereinbaren seien, mit Einschränkungen für Arbeiten mit Maschinen oder auf grossen Höhen wegen der substanzbedingt verminderten Vigilanz (S. 30 f.).

In Würdigung der vorhandenen Akten/Arztberichte führte die Gutachterin unter anderem aus, während des zweimonatigen Klinikaufenthalts im Jahr 1997 seien die Depressionsspezialisten zur Schlussfolgerung gelangt, der Versicherte leide an einer Dysthymia (F34.1) beziehungsweise neurotischer Depression. Auch eine etwaige Persönlichkeitsstörung sei hier nicht observiert worden. Etwaige klinisch / arbeitsmedizinisch relevante depressive Erkrankungsphasen könnten konkret auch nach 1997 nicht abgegrenzt werden. Wenn Depressionen aufgetreten beziehungsweise diagnostiziert worden seien, seien sie wohl in Wirklichkeit Begleitphänomen der chronischen Sucht/ Polytoxikomanie (und Entzugsphänomen) gewesen. Entsprechend finde sich dann und wann, aber auch dies nicht durchgehend, die Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung» in den Austrittsberichten. Diese affektive Störungskomponente sei aber aus gutachterlicher Sicht nicht separat festzuhalten, da sie in der Diagnose einer schweren Polytoxikomanie impliziert sei (S. 31).

2015 tauche dann der «Verdacht» einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) in einem Versicherungsbericht der Klinik im Y.____ (vgl. vorstehend E. 3.1) auf, und werde dann im recht summarischen Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik Sanatorium Z.____ vom Dezember 2015

übernommen (vgl. vorstehend E. 3.2), nun quasi als «Faktum». Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung werde dann auch kommentarlos vom aktuell behandelnden Psychiater 2017 übernommen, allerdings nun als Differentialdiagnose zu einer allfälligen Soziophobie (vgl. vorstehend E. 3.5), die aber

- siehe auch Psychostatus und Befunde/Beobachtungen der Gutachterin anlässlich der Begutachtung - ebenso wenig objektiviert werden könne (S. 32 oben).

Keine der Instanzen, welche die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung in ihren Berichten aufnehmen, prüfe die Annahme aber an den diagnostischen ICD-10-Kriterien. Die Differentialdiagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert könne anlässlich der Begutachtung nicht bestätigt werden. Nach ICD-10 Kriterien F60 handle es sich dabei um Menschen, deren «charakteristische und dauerhafte innere Erfahrungs- und Verhaltensmuster insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben, in mehr als einem der Bereichen Kognition, Affektivität, Impulskontrolle/Bedürfnisbefriedigung und die Art des Umgangs mit anderen Menschen, abweichen». Der Versicherte beschreibe immerhin ein erfülltes Beziehungs- und Sexualleben (das ihm erst durch den Libidoverlust seit einer Medikamenten-Einstellung abhandengekommen sei), einen zwanzigjährigen beruflichen Werdegang mit pausenloser Anstellung, seine Interessen an Sport, Reisen, Schwimmen, Velofahren, Solarium und Plausch am Garten etc. beziehungsweise auch - trotz gleichzeitig langjähriger polytoxikomaner Entwicklung - hinreichend differenzierte Persönlichkeitsentwicklung und

Befriedigung von sozialen, lebensinhaltlichen Berufs- und Freizeit-Bedürfnissen (S. 32).

E. 3.8

Dipl. med. E.____, RAD (vorstehend E. 3.3), führte am 18. April 2018 aus, aus näher dargelegten Gründen sei auf das Gutachten von Dr. I.____ abzustellen (Urk. 10/50 S. 3 f.).

E. 4.1

Das Gutachten von Dr. I.____ erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.3) vollumfänglich, insbesondere weil die Gutachterin auch bis 1997 zurück reichende Akten berücksichtigt hat und entsprechend fundiert zu einem all fälligen Langzeitverlauf Stellung nehmen konnte. Dafür, dass - wie beschwerde weise angeführt - der medizinische Sachverhalt «unrichtig» erfasst worden sein sollte, gibt es weder Anhaltspunkte noch wurde dazu in der Beschwerde Näheres ausgeführt.

Mithin ist auf das Gutachten abzustellen.

E. 4.2

Gemäss den schlüssigen Darlegungen der Gutachterin lässt sich keine Persönlichkeitsstörung diagnostizieren, und die entsprechende, erstmals 2015 erwähnte und sodann weiter übernommene Diagnose wurde nie nachvollziehbar begründet. Da mit scheidet eine Persönlichkeitsstörung als Auslöser des im Alter von 16 Jahren einsetzenden Suchtgeschehens aus.

Auch die vom Beschwerdeführer umgangssprachlich als Depressionen bezeichneten Befindlichkeiten im Vorschul- und Schulalter lassen sich nicht zu einer Diagnose verdichten, welche der Suchtproblematik unterlegt werden könnte. Gleiches gilt für die vom Beschwerdeführer berichteten anfänglichen Schul schwierigkeiten.

Die Gutachterin hat die Polytoxikomanie des Beschwerdeführers unmissverständlich als primäres Suchtgeschehen eingeordnet. Es gibt keine sachliche Veranlassung, davon abzuweichen. Vielmehr ist ihrer sorgfältigen und überzeugend begründeten Beurteilung zu folgen und vom so erstellten Sachverhalt auszu gehen.

E. 4.3

Nachdem ein primäres Suchtgeschehen praxisgemäss nicht anspruchsbegründend ist (vorstehend E. 1.2), erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

E. 5

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Viktor Györfy - 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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Tiefenbacher

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