

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00206 vom 1. Juli 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-07-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00206

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00206 du 1 juillet 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00206 del 1 luglio 2019

Erwägungen

E. 1

8. Februar 2019 einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/62 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 unbesehen 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. 1.3

Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a): Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1).

Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c; Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 51 zu Art. 4) ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Drogensucht – einem Symptom gleich – Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 28 E. 3b); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.2).

Im erwähnten Urteil 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4 hat das Bundesgericht entschieden, dass die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 psychosomatische Leiden betrifft und auf Suchtproblematiken nicht anwendbar ist (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_6/2016 vom 3. Februar 2016 E. 4.2.3 mit Hinweis auf die Kritik von Liebreich / Uttinger / Ebner, Sind Abhängigkeitserkrankungen aus höchstrichterlicher Sicht [weiterhin] nicht mit anderen psychischen Störungen [z.B. somatoformen Störungen]

vergleichbar? - Eine Urteilsbesprechung von BGE 8C_582/2015 im Lichte der theoretischen Anwendbarkeit des ergebnisoffenen, strukturierten Beweisverfahrens, in: SZS 2016 S. 96; ferner: Liebrecht et alii, Das Suchtleiden bzw. die Abhängigkeitserkrankungen - Möglichkeiten der Begutachtung nach BGE 141 V 281 [= 9C_492/2014], in: SZS 2016 S. 12).

E. 1.4

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). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 15. März 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. Februar 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine im Umfang noch zu bestimmende Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. Mai 2019 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen ersichtlich sei, dass der Beschwerdeführer an einer Alkohol- und Cannabisabhängigkeit leide.

Diese gesundheitliche Einschränkung sei für die Invalidenversicherung nicht relevant sei. Die Diagnosen ergäben keine längerfristige und schwerwiegende Arbeitsunfähigkeit. Die Ursache für den Gesundheitszustand liege im langjährigen Substanzgebrauch (S. 1 f.).

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, seine Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sei nicht wegen eines Drogenkonsums, sondern wegen diverser eigenständiger Krankheitsbilder massiv eingeschränkt (S. 4 f. Ziff. 12-18). Diese lägen einerseits im neuropsychologischen/kognitiven und andererseits im somatischen Bereich. Aufgrund der Kombination von kognitiven und körperlichen Erkrankungen bestehe nicht nur in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachmann eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, sondern auch in allen denkbaren Verweistätigkeiten (S. 6 Ziff. 20). Die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, Berichte von den von ihm angegebenen Ärzten einzuholen (S. 5 Ziff. 17) und hätte die vor dem Verfügungszeitpunkt initiierten Abklärungen im Rahmen ihrer abschliessenden Stellungnahme einbeziehen und würdigen müssen (S. 6 Ziff. 24-25). Selbst der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) gehe von einem sekundären Gesundheitsschaden aus, der die Erwerbsfähigkeit nachhaltig einschränke (S. 7 Ziff. 26).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. 3.

3.1

Dr. med. A.____, Facharzt für Neurologie, stellte in seinem auf den 12. Dezember 2017 datierten Bericht (Urk. 7/32) folgende Diagnosen (S. 1): - Mild Cognitive

Impairment mit vorwiegend frontalen und temporalen Defiziten, Erstdiagnose im Jahr 2017 - im MRI und im Liquor keine Hinweise auf eine symptomatische Ursache - cervikoradikuläres Reizsyndrom beidseits, vorwiegend C6 und C7, Erstdiagnose August 2016 - intraforaminale Einengungen der Halswirbelkörper (HWK) 4-7 linksbeidseitig - chronische Hepatitis C bei Status nach Polytoxikomanie, Status nach Esketamin mit Argon Juni bis August 2017

Dr. A.____ führte aus, er habe den Patienten zuletzt am 15. Februar 2018 zur Verlaufskontrolle gesehen (S. 1 oben). Bezüglich der Beschwerden, die zur Erstkonsultation 2016 geführt hätten und auf ein cervikoradikuläres Reizsyndrom C6 links zurückgeführt worden seien, habe sich die Situation inzwischen soweit gebessert, dass im Alltag keine relevante Beeinträchtigung mehr bestehe. Allerdings hätten sich die Beschwerden in den Händen deutlich verschlimmert. Elektrodiagnostisch könne an der rechten Hand ein leichtes Carpal-Tunnelsyndrom (CTS) diagnostiziert werden. Im ergänzend durchgeführten MRI der Halswirbelsäule (HWS) zeige sich im Vergleich zur Voruntersuchung eine leichte Zunahme der intraforaminalen Einengungen, aber weiterhin keine Myelopathie. Es könne deshalb davon ausgegangen werden, dass die Fühlstörung in den Händen primär cervikoradikulär bedingt sei (S. 3).

Daneben klagt der Patient über multipelste neue Missempfindungen seit Sommer 2017. Bezüglich der Fühlstörung in den Füßen fanden sich elektrodiagnostisch trotz suggestiver Anamnese keine

Hinweise auf eine Polyneuropathie. Eine lumbale Ursache habe im ergänzend durchgeführten MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) ausgeschlossen werden können. Die Ursache der Fühlstörung in den Beinen bleibe deshalb unklar.

Initial sei die Creatin-Kinase

(CK) als Hinweis auf eine Muskelschädigung deutlich erhöht gewesen. Im Verlauf habe sich der Wert aber rasch normalisiert, ohne dass sich die Beschwerden des Patienten gebessert hätten. Über die Ursache der vorübergehenden CK-Erhöhung könne deshalb nur spekuliert werden (S. 3).

Dr. A.____ führte aus, als eigentlicher Hauptbefund fanden sich in der neuropsychologischen Untersuchung vom 18. Januar 2018 Defizite frontal und temporal (Gedächtnis), einem Mild Cognitive

Impairment entsprechend. Das Muster der Gedächtnisstörung sei nicht typisch für eine depressive Entwicklung, die trotzdem nicht ausgeschlossen werden könne. Im ergänzend durchgeführten Schädel-MRI und in der Lumbalpunktion fanden sich keine Hinweise auf eine symptomatische Ursache der kognitiven Defizite (vgl. S. 2 unten, S. 3). Seit dem 1. Januar 2018 konsumiere der Beschwerdeführer

wieder Haschisch am Abend und könne dann wieder sechs bis sieben Stunden schlafen, sei am Morgen aber nicht erholt

(S. 1 Mitte). 3.2

Dr. A.____

stellte in seinem Bericht vom 2. März 2018 (Urk. 7/31) folgende Diagnose (S. 1 Ziff. 2.5-6): - Mild Cognitive

Impairment mit vorwiegend frontalen und temporalen Defiziten, Erstdiagnose im Jahr 2017 - im MRI und im Liquor keine Hinweise auf eine symptomatische Ursache - cervikoradikuläres Reizsyndrom beidseits, vorwiegend C6 und C7, Erstdiagnose August 2016 - intraforaminale Einengungen HWK4-7 linksbetont - chronische Hepatitis C bei Status nach Polytoxikomanie, Status nach Esketamin mit Argon Juni bis August 2017

Dr. A.____ führte aus, die Erstbehandlung des Patienten habe am 5. Oktober 2016 stattgefunden, und die letzte Kontrolle sei am 15. Februar 2018 erfolgt (Ziff. 1.1). Zur Arbeitsunfähigkeit seien keine genauen Angaben möglich. Schon im Jahr 2015 habe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, und in letzter Zeit bestehe mindestens eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % bis 80 % (Ziff. 1.3). Der Patient arbeite als Psychiatriepfleger. Aufgrund der Gedächtnisstörung und der Einschränkung der frontalen Funktionen (exekutive Funktionen) sei die Einhaltung eines geordneten Tagesablaufs und die Führung von strukturierten Gesprächen mit dem Patienten erheblich erschwert (Ziff. 3.1 und 3.4). Zur Fahreignung führte Dr. A.____ aus, aufgrund der neurologischen und neuropsychologischen Befunde ergebe sich zum aktuellen Zeitpunkt keine eindeutige Einschränkung der Fahreignung (Ziff. 3.6). 3.3

Dr. med.

B.____, Facharzt für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 6. März 2018 (Urk. 7/33) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - Polyneuropathie, bestehend seit 8. November 2017 - Neuroborreliose, bestehend seit 31. Januar 2018

Dr. B.____ führte aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 2. Oktober 2017 bei ihm in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 6. März 2018 erfolgt (Ziff. 1.1). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit habe vom 24. August bis 31. Dezember 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, vom 31. Dezember

2017 bis 28. Februar 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % und vom 26. Januar bis 18. März 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (Ziff. 1.3). Zur Zeit sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig (Ziff. 3.2, Ziff. 4.1-2). Es bestünden kognitive, sensorische und motorische Defizite (Ziff. 2.2). Die Kraft und Sensibilität distal aller Extremitäten sei niedrig, und der Beschwerdeführer leide an Konzentrationsbeschwerden und Kopfschmerzen. Er habe stromschlag-ähnliche Gefühle in den oberen Extremitäten (Ziff. 2.4). Abschliessend führte Dr. B.____ aus, der einzige positive Befund sei der Borrelia Western Blot und Test, weshalb eine Behandlung gegen Borrelien versucht werde. Die Diagnose sei jedoch unsicher (Ziff. 5). 3.4

Med. pract.

C.____, Leitender Arzt, und lic. phil. D.____, Fachleiterin Neuropsychologie, E.____, führten

in ihrem neuropsychologischen Untersuchungsbericht vom 6. März 2018 (Urk. 7/51) aus, dass sich im Gesamtbild eine mittelschwere kognitive Störung habe objektivieren lassen. Ätiologisch-pathogenetisch sei diese am ehesten multifaktoriell zu interpretieren. Einerseits liege beim Patienten ein langjähriger erhöhter Konsum von Alkohol, Cannabis, Kokain und Heroin vor, wobei er angegeben habe, nach wie vor Alkohol und Cannabis zu

konsumieren. Des Weiteren besteht ein Verdacht auf eine Borreliose, was ebenfalls kognitive Defizite verursachen könnte. Bei einem Fragebogen zur Erfassung depressiver Symptome habe der Patient zu dem eine mittelgradige Ausprägung erreicht, wenngleich er im Kontakt nicht typisch depressiv erscheine. Es sei aber dennoch möglich, dass eine affektive Beteiligung zu den kognitiven Defiziten beitrage (S. 5 Mitte).

Die Fachpersonen führten zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit aus, bei einer mittelschweren kognitiven Störung sei die Funktionsfähigkeit im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen deutlich eingeschränkt. Es könnten nur noch einfachere Arbeiten ausgeführt werden. Aus rein neuropsychologischer Sicht wäre die Arbeitsunfähigkeit bei etwa 60 % einzuschätzen, wobei die somatischen Befunde noch limitierend hinzukommen könnten. Das Aneignen neuer Informationen sei für den Patienten mit einem erhöhten Lernaufwand verbunden. Die Informationsaufnahme sollte durch wiederholtes Nachfragen und Aufschreiben sichergestellt werden. Aufgrund der Aufmerksamkeitsdefizite sei mit einer erhöhten Fehleranfälligkeit zu rechnen (S. 5 unten).

3.5

Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem Bericht 18. April 2018 (Urk. 7/37) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - mittelschwere kognitive Störung multifaktoriell, Diagnose im März 2018 durch E.____, Symptome zunehmend seit dem Jahr 2016 - Polytoxikomanie (ICD-10 F19.25), bestehend seit 1978

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie einen Status nach Hepatitis C Infektion (Diagnose im Jahr 2000) und einen Verdacht auf Borreliose III (Diagnose im Jahr 2018; Ziff. 2.6).

Dr. F.____

führte aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 23. Oktober 2017 bei ihr in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 11. April 2018 erfolgt (Ziff. 1.1). Sie habe formal keine Arbeitsunfähigkeiten attestiert, aber sie halte den Versicherten als Psychiatriepfleger als zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.3). In ihrer Prognose zur Arbeitsunfähigkeit führte Dr. F.____ aus, sie gehe von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit aus (Ziff. 2.7). Die bisherige und auch eine angepasste Tätigkeit seien aufgrund der aufgeführten psychisch-kognitiven und körperlichen Erkrankungen nicht mehr zumutbar (Ziff. 4.1-4). Es sei möglich, dass der Beschwerdeführer eine halbe Stunde pro Tag den Haushalt mache (Ziff. 4.5).

3.6

Der in der gleichen Praxis wie Dr. B.____ (vgl. vorstehend E. 3.3) tätige Dr. med. G.____, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, führte in seinem Schreiben vom 13. Juli 2018 (Urk. 7/45) bezugnehmend auf die Anfrage der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der Krankheitsentwicklung der Neuroborreliose aus, es sei ihnen leider ein Fehler unterlaufen. Es habe der Verdacht auf eine Neuroborreliose bestanden, welcher sich nicht bestätigt habe.

3.7

Pract. med. H.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 23. Oktober 2018 (Urk. 7/54/7-8) aus, dass aufgrund der bestehenden mittelschweren kognitiven Störung die aktuelle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Psychiatriepfleger nachvollziehbar sei. Die Ursache der kognitiven Störung werde als multifaktoriell beschrieben. Es bestehe ein Status nach Polytoxikomanie und ein aktueller

Konsum von Alkohol und Cannabis. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei diesbezüglich eine Abstinenz zu empfehlen. Der Versicherte sei in der Lage gewesen, über lange Jahre abstinent zu sein. Der neuerliche Konsum von Alkohol und Cannabis werde in Verbindung mit der beruflichen Überforderung gebracht. Die Verdachtsdiagnose Borreliose habe nicht bestätigt werden können, und ein Teil der Beschwerden werde im Zusammenhang mit der Therapie der Borreliose gesehen.

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit könne aus versicherungsmedizinischer Sicht keine abschliessende Stellungnahme erfolgen. Als medizinische Massnahmen würden eine Abstinenz bezüglich Alkohol und Cannabis (unter ärztlicher Betreuung/Therapie mit entsprechendem laborchemischem Nachweis), die Wiederaufnahme einer regelmässigen fachpsychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung (nach Anruf von Dr. F.____ vom 18. Juli 2018 habe diese die Lizenz abgegeben und ihre Praxis schliessen müssen), sowie eine Kontrolle der neuropsychologischen Untersuchung nach der Abstinenz bezüglich Alkohol und Cannabis zur Verlaufskontrolle empfohlen. Nach Durchführung der medizinischen Massnahmen für mindestens sechs Monate könne eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und eine Arbeitsfähigkeit zumindest in angepasster Tätigkeit erwartet werden. 3.8

Pract. med. H.____, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 16. November 2018 (Urk. 7/54/9-10) aus, eine definitive Ursache für die kognitive Störung sei der medizinischen Berichterstattung nicht zu entnehmen. Aktuell bleibe als Ursache der langjährigen Substanzmissbrauch. Somit wäre diesbezüglich von einem sekundären Gesundheitsschaden bei Suchtgeschehen auszugehen.

Die empfohlenen medizinischen Massnahmen machten aus therapeutischer Sicht auf jeden Fall Sinn, da diese den Gesundheitszustand des Versicherten verbessern könnten. Ob sich hierdurch die Arbeitsfähigkeit steigern liesse, könne letztlich abschliessend erst nach der Behandlung beurteilt werden. Aufgrund des geschilderten Verlaufes sei es aber aus arbeitsmedizinischer Sicht unwahrscheinlich, dass es zu einer wesentlichen Steigerung der Arbeitsfähigkeit kommen werde.

Ob eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf dem 1. Arbeitsmarkt umsetzbar sein werde, hänge von verschiedensten auch psychosozialen Faktoren ab (Arbeitsmarktsituation, langjähriger Suchtmittelmissbrauch, teils weiter bestehende Arbeitslosigkeit, Alter, bisherige Tätigkeit wahrscheinlich nicht mehr möglich) und sei letztlich keine medizinische Frage. Aus arbeitsmedizinischer Sicht erscheine eine Reintegration jedoch eher unwahrscheinlich. 3.

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 10. Mai 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 8

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

Dr. F.____ stellte in ihrem Bericht vom 15. Januar 2019 (Urk. 7/60) folgende Diagnosen: - mittelschwere kognitive Störung, multifaktoriell bedingt (ICD-10 F06.7) - Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) - Status nach Polytoxikomanie (ICD-10 F19.25) - intermittierender Cannabis-Abusus (ICD-

E. 10

), jedoch mangelt es insbesondere den Berichten

der behandelnden Psychiaterin Dr. F.____ vom 18. April 2018 und vom 15. Januar 2019 (vgl. vorstehend E. 3.5 und E. 3.9) an einer objektiven Befundlage und hinreichenden Diagnostik, welche die schlussendlich von ihr attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar machen würden. So nahm

Dr. F.____

weitestgehend eine Vermischung mit fachfremden Diagnosen vor und leitete die Arbeitsunfähigkeit primär aus diesen ab.

Eine Beurteilung des Schweregrades der Einschränkungen des Beschwerdeführers und seiner Leistungsfähigkeit lassen ihre Berichte nicht zu. Abgesehen davon verlor sie laut pract. med. H.____ ihre Berufsausübungsbewilligung und musste die Praxis schliessen (vgl. vorstehend E. 3.7, Urk. 7/54/6). 4.3

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 4.4

Aufgrund des Gesagten erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Es fehlt demnach vorliegend an verlässlichen medizinischen Grundlagen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in somatischer und psychischer Hinsicht. Zur Beurteilung seiner invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche bedarf es daher zusätzlicher medizinischer Grundlagen, welche sich zu den offenen Fragen äussern.

Die angefochtene Verfügung vom 18. Februar 2019 (Urk. 2) ist folglich aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu erneuter Entscheidung über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 5. 5.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

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 der vertretene Beschwerdeführer

Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und beim massgebenden

Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 18. Februar 2019 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christian Jaeggi - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 Mosimann Schucan

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