

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00159 vom 3. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00159

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00159 du 3 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00159 del 3 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

9. Februar 2019 ein (Urk. 7/116). Am 10. Mai 2019 nahm Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle Stellung (Urk. 7/120/11). Alsdann kündigte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 4. September 2019

die Abweisung seines Gesuches um Ausrichtung einer Invalidenrente an (Urk. 7/121).

Da gegen ihn erhob der Versicherte am 20. September 2016 Einwand (Urk. 7 / 124). Nach der Prüfung des Einwandes wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren von X.____ mit Verfügung vom 24. Januar 2020 wie vorbeschrieben ab (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

Am 30. Januar 2017 meldete sich X.____ bei der IV-Stelle wieder zum Leistungsbezug an (Urk. 7/22-23). Daraufhin tätigte die IV-Stelle Abklärungen in beruflich-erwerblicher (Urk. 7/30, Urk. 7/36-37, Urk. 7/40-42, Urk. 7/52) und medizinischer (Urk. 7/43, Urk. 7/45, Urk. 7/47, Urk. 7/51) Hinsicht. Der Versicherte trat am 17. April 2017 eine Arbeitsstelle als Serviceangestellter in einem 60%-Pensum bei Z.____ an (Urk. 7/63/1). Die IV-Stelle gewährte dem Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form von Support durch einen Job-Coach am Arbeitsplatz für die Periode vom 15. August 2017 bis 14. Februar 2018 (Mittlung vom 17. Oktober 2017 [Urk. 7/62]; vgl. auch Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung vom 17. Oktober 2017 [Urk. 7/63]).

Ab 1. November 2017 steigerte der Versicherte sein Arbeitspensum bei Z.____ auf 80 % . Der neue Arbeitsvertrag wurde bis 28. Februar 2018 befristet (Urk. 7/72/1). Auf Ersuchen des Versicherten hin (Urk. 7/73) teilte ihm die IV-Stelle am 13. Februar 2018 mit, dass sie seine berufliche Eingliederung bei

Z.____ im Sinne eines Arbeitsversuchs unterstütze (Urk. 7/75/1). Mit Verfügungen vom 27. März 2018 sprach sie ihm rückwirkend für die Zeitperiode vom 1. September 2017 bis 28. Februar 2018 ein Taggeld zu (Urk. 7/76 , Urk. 7/87 , Urk. 7/90). Am 21. März 2018 erklärte die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen als abgeschlossen, da der Versicherte beim Abschlussgespräch vom 20. Februar 2018 ausgeführt habe, dass er ab dem 1. März 2020 ein volles Arbeitspensum bei der

Z.____ aufnehmen werde (Urk. 7/84).

Hernach prüfte die IV-Stelle den Rentenanspruch des Versicherten. Dafür holte sie zunächst beim behandelnden Psychiater Dr. med. A.____ , Psychiatrie/

Psychotherapie FMH, den Verlaufsbericht vom 1. Mai 2018 (Urk. 7/95) und den Arztbericht von B.____ , Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 17. Mai 2018 (Urk. 7/97) ein. Alsdann auferlegte sie dem Versicherten mit Schreiben vom 6. Juli 2018 die Durchführung eines Entzugs von Kokain und Alkohol mit Urinkontrollen und Haaranalyse zum Abstinenznachweis ; weiter forderte sie ihn auf bis am 8. August 2018 mitzuteilen, bei welchem Arzt oder welcher Ärztin er den Entzug durchführen werde (Urk. 7/98). Dieser liess mit Eingabe vom 11. Juli 2018 einwenden, die ihm auferlegte Schadenminderungspflicht sei zumindest teilweise unmöglich, da der Entzug vor längerer Zeit erfolgt sei , teilte die Adresse seines behandelnden Psychiaters mit und ersuchte um umgehenden Rentenentscheid (Urk. 7/99). Mit Schreiben vom 25. Juli 2018 hielt die IV-Stelle daran fest, dass nach sechs bis acht Monaten der Nachweis der Suchtmittelabstinenz durch Haaranalyse zu erfolgen habe und der Rentenanspruch erst anschliessend geprüft werden könne (Urk. 7/101). Nach Eingang der Berichte zu Haaranalysen am 4. Januar 2019 (Urk. 7/115) holte die IV-Stelle

bei Dr. A.____ den Verlaufsbericht vom

E. 1.2.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 145 V 215 E. 5.1, 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 objektivierte Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2.2

Nach bisheriger und langjähriger höchstrichterlicher Rechtsprechung führten Suchterkrankungen als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Sie wurden im Rahmen der Invalidenversicherung erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt haben, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender, Gesundheitsschaden eingetreten war, oder wenn sie selber Folge eines

körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens waren, dem Krankheitswert zukam. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden fehlte demgegenüber, wo in der Begutachtung im Wesentlichen nur Befunde erhoben wurden, welche in der Sucht ihre hinreichende Erklärung fanden (Hinweise zur bisherigen Rechtsprechung in BGE 145 V 215 E. 4.1). Diese bisherige Rechtsprechung änderte das Bundesgericht mit BGE 145 V 215 dahingehend, dass - fachärztlich einwandfrei diagnostizierten - Abhängigkeitsyndromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen nicht zum Vornahme rein jeder invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden kann (E. 5.3.3), sondern diese vielmehr als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht fallen (E. 6). Gemäss BGE 143 V 418 E. 6 f. ist die Frage nach den Auswirkungen sämtlicher psychischer Erkrankungen auf das funktionelle Leistungsvermögen grundsätzlich unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu beantworten. Hierzu gehören nach dem oben Ausgeführten auch Abhängigkeitsyndrome (E. 6.2). Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens kann und muss insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden. Diesem kommt nicht zuletzt deshalb Bedeutung zu, weil bei Abhängigkeitserkrankungen - wie auch bei anderen psychischen Störungen - oft eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorliegt. Letztere sind selbstverständlich auch bei Abhängigkeitserkrankungen auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgezeitigen (vgl. bezüglich der Depressionen BGE 143 V 409 ff. E. 4.5.2). Eine krankheitswertige Störung muss umso ausgeprägter vorhanden sein, je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Beschwerdebild mitprägen (E. 6.3).

Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (zur BGE-Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 9C_132/2020 vom 7. Juni 2021 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 1.2.3

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3, 145 V 215 E. 7; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leicht gradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

E. 1.3

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. 1.5

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). 2.

E. 2

. März 2020 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2020 sei die Beschwerdeführerin zu verpflichten, ihm eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 55 % auszurichten. Eventualiter sei ihm eine Invalidenrente gemäss einem Invaliditätsgrad von 43 % auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Die Beschwerdeführerin beantragte mit Beschwerde Antwort vom 1. April 2020

Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage der IV-Akten, Urk. 7/1-131), was dem Beschwerdeführer am 20. April 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

E. 2.1

Die Allgemeinmedizinerin B.____ hielt in ihrem Bericht vom 17. Mai 2018 fest, dass sie dem Beschwerdeführer keine längeren Arbeitsunfähigkeitsatteste ausgestellt habe. Sie könne die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht beurteilen (Urk. 7/97 /5).

E. 2.2

4

Dr. A.____ führte sodann in seinem Verlaufsbericht vom 19. Februar 2019 aus, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aktuell zu 20 % vermindert sei. Die Möglichkeit, die aktuell vorliegende Erwerbsfähigkeit längerfristig erhalten zu können, scheinerealistisch (Urk. 7/116 /2). 2. 3

RAD-Arzt Dr. C.____ schrieb in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung, dass die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nachvollzogen werden könne. Allerdings werde diese vom langjährigen ambulanten Psychiater als remittiert beurteilt. Die Diagnose einfache Aufmerksamkeitsstörung (Erstdiagnose bei Behandlungsbeginn bei Dr. A.____) könne aufgrund fehlender Befunde, anamnestischer Angaben und fehlender spezifischer Testungen nicht nachvollzogen werden. Es bestehe zudem ein Zustand nach Alkohol- und Kokainabhängigkeit. Die Abstinenz sei durch die Haaranalyse des Instituts für L.____ vom 3. Januar 2019 (vgl. Urk. 7/115) nachgewiesen. Aufgrund der Akten bestehe der Verdacht einer narzisstischen Akzentuierung. Wegen der Abhängigkeitserkrankungen und des Risikos eines Rückfalls sei die bisherige Tätigkeit als Geschäftsführer des Saunaclubs des Lebenspartners des Beschwerdeführers (gemeint ist dessen frühere Tätigkeit

als Betriebsleiter der Y.____ GmbH, vgl. Urk. 7/23, Urk. 7/30, Urk. 7/36-37, Urk. 7/40-42, Urk. 7/52) nicht mehr zumutbar. Für diese Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit November 2016. Für angepasste Tätigkeiten könne jedoch spätestens seit Mitte April 2017 keine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit

nachvollzogen werden (Urk. 7/120/11).

Auf Nachfrage der Sachbearbeiterin führte Dr. C.____ am 28. August 2019 sodann aus, dass für den Beschwerdeführer sämtliche Tätigkeiten zumutbar seien, die ohne Suchtpotential seien. Fraglich sei daher, ob die neue Tätigkeit des Beschwerdeführers im Z.____ wegen des Alkoholausschanks überhaupt geeignet sei (Urk. 7/120/12). 3.

E. 2.2.1

Dem an die Beschwerdegegnerin gerichteten Bericht der Psychiatrischen Klinik D.____ , Zentrum für Integrative Psychiatrie und Alkoholverhalten wohnung 72A, vom 24. März 2017 (Urk. 7/45) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 5. Dezember 2016 bis 18. Februar 2017 stationär behandelt wurde. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (nach ICD-10)

wurden aufgeführt: - Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet (F33.9) - Einfache Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) - Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) - Asymptomatische HIV-Infektion (Z21) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: gegenwärtig abstinenz (F10.21) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: gegenwärtig abstinenz (F14.21)

Der Beschwerdeführer sei zuvor vom 3. bis 14. November 2016 in der Klinik E.____ zum Entzug und vom 15. November bis 4. Dezember 2016 in der Klinik F.____ gewesen, zudem ab 12. Januar 2016 während vier Monaten sowie im Juni 2016 während vier Wochen in der Klinik G.____ in H.____ . Weiter werden anamnestisch zwei Suizidversuche (am 23. Dezember 2015 und 2. November 2016) aufgeführt. Die posttraumatische Belastungsstörung sei seit Jugendalter im Vordergrund stehend. Die depressive Symptomatik bestehe seit 15 Jahren. Die ADHS-Symptomatik sei hier erstmals bestätigt und medikamentös behandelt worden, was zu einer wesentlichen Verbesserung in der Konzentration geführt habe. Die Kokainabhängigkeit bestehe seit drei Jahren, zuvor habe er nur gelegentlich konsumiert. Nach sechsjähriger Alkoholabstinenz sei der Beschwerdeführer vor einem Jahr wieder rückfällig geworden.

Zum Befund (ohne Angabe des Untersuchungsdatums) wird namentlich festgehalten, dass Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Merkfähigkeit unauffällig seien ; im formalen Denken beschleunigt, logisch und inhaltlich kohärent . Die Konzentration sei eingeschränkt. In der Affektivität sei er leichtgradig verflacht; der Antrieb sei unauffällig. Keine Veränderung der zirkadianen Besonderheiten.

Bei der Prognose wird darauf hingewiesen, dass beim Beschwerdeführer multiple psychiatrische und somatische Diagnosen vorlägen. Dabei falle insbesondere eine verminderte Stresstoleranz auf. Der Beschwerdeführer verfüge über gute kognitive Fähigkeiten, über Introspektionsfähigkeit und den Willen zur Aufrechterhaltung der Abstinenz. Da er stets im Arbeitsprozess eingebunden gewesen sei, würde die Prognose als gut angesehen. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Der Beschwerdeführer möchte baldmöglichst wieder in den Arbeitsalltag einsteigen mit einem 50 %-Pensum, das evtl. anschliessend gesteigert werden könne. Berufliche Massnahmen und Job-Coaching seien angezeigt.

E. 2.2.2

Der behandelnde Psychiater Dr. A.____ stellte in seinem Bericht vom 26. April 2017 die folgenden Diagnosen (Urk. 7/51/1): - Rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.4) mit Erstmanifestation im Februar 2003 - Einfache Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10:

F90.9) mit Erstdiagnose bei Behandlungsbeginn 2003 - Schädlicher Alkoholabusus im Kontext mit depressiven Entgleisungen (ICD-10: F10.20), zur Zeit abstinent - Schädlicher Kokainmissbrauch im Kontext mit depressiven Entgleisungen (ICD-10: F14.20), zur Zeit abstinent - Asymptomatische HIV-Infektion (ICD-10: Z21).

Dem Bericht von Dr. A.____ ist zu entnehmen, dass ihm der Beschwerdeführer im Jahr 2003 zugewiesen worden sei (Urk. 7/51/2, vgl. dazu auch das Psychiatrische Konsilium der Psychiatrischen Polyklinik des Universitätsspitals I.____ , vom 7. Oktober 2003, Urk. 7/51/8) . Unter Antidepressiva habe bis 2009 eine weit gehende Stabilität erreicht werden können. Damals sei der Beschwerdeführer erst mals im Kontext mit depressiver Dekompensation und sekundärem Alkoholabusus hospitalisiert worden (Urk. 7/51/2, vgl. den Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste J.____ , vom 29. September 2009, Urk. 7/51/6-7). Im Mai 2014 sei die Diagnose HIV positiv gestellt worden. Seit 2015 sei es im Kontext von beruflichen Überlastungssituationen und depressiven Schwankungen zu eskalierenden Phasen von Aethyl- und Kokainmissbrauch gekommen, die zu mehreren stationären Entzugsbehandlungen geführt hätten (Urk. 7/51/2, vgl. die Austrittsberichte der Integrierten Psychiatrie K.____ vom 6. Januar 2017 betreffend stationäre Behandlung vom 3. bis 11. November 2016 , des Sanatoriums

F.____ vom 29. Dezember 2016 betreffend stationäre Behandlung vom 15. bis 30. November 2016

sowie den Kurzaustrittsbericht der Psychiatrischen Klinik D.____ , Zentrum für Integrative Psychiatrie und Alkoholentwöhnung 72A, vom 18. Februar 2017 betreffend stationäre Behandlung vom 5. Dezember 2016 bis 18. Februar 2017 , Urk. 7/51/9-15).

Dr. A.____ hielt fest, dass beim Beschwerdeführer körperlich keine Defizite bestehen würden. Geistig würden solche aber insbesondere mit depressiven Dekompensationen , mangelnde Flexibilität und Vergesslichkeit bei teils stark verringerter Leistungsfähigkeit zum Tragen kommen (Urk. 7/51/2).

Dr. A.____ attestierte dem Beschwerdeführer seit November 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/51/2).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dem RAD-Arzt ist insoweit zuzustimmen, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in ihren knapp gehaltenen Berichten die von ihnen gestellten Diagnosen respektive den Schweregrad der Störung nicht aufgrund der erhobenen Befunde nachvollziehbar dargelegt haben. Auch begründete Dr. A.____ in seinem Verlaufsbericht vom 19. Februar 2019 nicht, weshalb er dem Beschwerdeführer (weiterhin) eine um 20 % verminderte Leistungsfähigkeit attestierte (vgl. E. 2.2.4). Indessen begründet auch Dr. C.____ - der den Beschwerdeführer nicht selber untersucht hat - nicht, weshalb er offenbar davon ausgeht, dass die Abhängigkeitserkrankungen im Vordergrund stehen und allein diese bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und des Zumutbarkeitsprofils zu berücksichtigen sind (und die rezidivierende depressive Episode keinerlei Einfluss hat), wogegen die Fachpersonen der Kliniken Integrierte Psychiatrie K.____ , Psychiatrische Klinik D.____ und Sanatorium

F.____ sowie der behandelnde Psychiater die Substanzkonsumstörungen eher als Ausdruck einer depressiven Störung (mit Suizidalität bzw. selbstschädigendem Verhalten) und verminderter Stresstoleranz beschrieben (vgl. Urk. 7/51/9, Urk. 7/51/11, Urk. 7/45/3-4). Ob aus der vom behandelnden Psychiater gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4), geschlossen werden kann, dass diese Störung für die Beurteilung des Leistungsvermögens unbeachtlich ist, weil sie remittiert ist, wäre aufgrund der vorliegenden Umstände zu diskutieren gewesen, zumal diese Diagnose auch bei Behandlung zur Verminderung des Rückfallrisikos verwendet wird (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F] Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10., überarbeitete Auflage, Bern 2015, S. 181). Wären die «Abstürze» des Beschwerdeführers als Folge einer depressiven (oder einer anderen) Störung zu qualifizieren, würde das vom RAD-Arzt definierte Belastungsprofil, wonach sämtliche Tätigkeiten ohne Suchtpotential (spätestens seit Mitte April 2017) un eingeschränkt zumutbar seien, kaum Sinn machen. Zudem wird durch die RAD-Beurteilung auch die Zweckmässigkeit der von der Beschwerdegegnerin durchgeführten Eingliederungsmassnahmen infrage gestellt.

E. 3.2

Indem der RAD-Arzt allein auf die Abhängigkeitsstörungen fokussierte, setzte er sich auch nicht weiter mit den Gründen für die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Betriebsleiter bei der Y.____ GmbH auseinander. Laut Dr. A.____ können insbesondere berufliche Überlastungssituationen respektive Überforderung zu Rückfällen führen (vgl. E. 2.2.2 und E. 2.2.3). Es wäre daher zu berücksichtigen gewesen, dass der Beschwerdeführer von 1995 bis 1997 eine Lehre als Verkäufer in einem TV-Geschäft absolviert und anschliessend stets im Gastgewerbe als Servicemitarbeiter oder Barmann gearbeitet hatte (Urk. 7/52/2), bevor er im Mai 2011 die Funktion eines Betriebsverantwortlichen bei der Y.____ GmbH (bzw. im Betrieb seines Lebenspartners) übernahm. Deren Arbeitgeber bezieht sich zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer Arbeiten verrichten könne, welche weniger Verantwortung sowie persönliche Belastungen verlangten; die Aufgaben sollten keine langfristigen Projekte oder Pendenzen beinhalten. Der Beschwerdeführer brauche Strukturen und klare Arbeitsanweisungen/Aufgaben zuteilungen. Er habe die Fähigkeit, jederzeit ein verständnisvoller, aufmerksamer Gastgeber zu sein, der ein respektvolles und von Wertschätzung geprägtes Klima generiere (Urk. 7/36/3). Angesichts der Berufsbiografie des Beschwerdeführers und den von der Arbeitgeberin angeführten Ressourcen und Defiziten wäre zu erörtern gewesen, ob respektive inwieweit die Überforderungssituationen tatsächlich mit einer psychischen Störung zusammenhängen oder ob primär eine ungenügende berufliche Qualifikation zur Überforderung führte.

E. 3.3

Zusammenfassend ergeben sich zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzung von Dr. C.____ und sind die Voraussetzungen für das Abstellen auf eine reine Aktenbeurteilung des RAD nicht erfüllt (vgl. E. 1.4.2). Der rechtserhebliche Sachverhalt erweist sich da mit als unzureichend abgeklärt.

Die Sache ist deshalb in Aufhebung der angefochtenen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den medizinischen Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht gutachterlich abklären lässt und danach über einen möglichen

Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfügt. 4 .

4 .1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 b iS IVG) und ermessensweise auf Fr. 600.-- anzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 4 .2

Der vertretene Beschwerdeführer hat zudem Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Seine Rechtsvertreterin macht mit Honorarnote vom 2. März 2020 einen Aufwand von 7,42 Stunden sowie Spesen und Auslagen von Fr. 66.75 geltend (Urk. 3), was nicht unangemessen erscheint. Beim gerichtsblichen Stundenansatz von Fr. 220.-- ergibt dies inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer einen Betrag von Fr. 1'830.--.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 24. Januar 2020 aufgehoben und die Sache an der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach der Einholung eines psychiatrischen Gutachtens über den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente neu verfüge . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- 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. 1'830.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi - 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 Der Gerichtsschreiber HurstHübscher

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

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). 1. 4

1. 4 .1

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 1. 4 .2

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs .

Berichten des RAD, welche auf eigenen Untersuchungen beruhen (Art. 49 Abs. 2 IVV), kommt Beweiswert zu, sofern sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Selbst eine reine Aktenbeurteilung des RAD kann beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 9C_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.3, 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf

die (versicherunginterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

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