

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00475 vom 4. Juni 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00475

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00475 du 4 juin 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00475 del 4 giugno 2021

Erwägungen

E. 1

6. Mai 2018 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche

Situation ab (Urk. 8/ 6-7, Urk. 8/8, Urk. 8/11, Urk. 8/12, Urk. 8/14) und holte bei Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), eine Stellungnahme ein (Urk. 8/15/3-5). Gestützt darauf verneinte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 19. Oktober 2018 (Urk. 8/16) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, da der Versicherte vor Ablauf des gesetzlichen Wartjahres wieder voll arbeitsfähig gewesen sei. Nach dem dagegen

am 26. Oktober 2018 sowie am 7. Januar 2019 Einwand erhoben worden war (Urk. 8/18, Urk. 8/30), nahm die IV-Stelle weitere medizinische Abklärungen vor (Urk. 8/34, Urk. 8/36, Urk. 8/39, Urk. 8/42, Urk. 8/45) und holte schliesslich eine Beurteilung bei

Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, ein, welche am

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

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 unbeschrieben 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). 1. 3

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

Somit sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3).

E. 1.4

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, 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; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). 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 beweissbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen ist nach der neusten Rechtsprechung des Bundesgerichts auch bei einem fachärztlich diagnostizierten Abhängigkeitssyndrom nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich dieses im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt (BGE 145 V 215).

E. 1.5

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. 6

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E.

4.7). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 9. Juli 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 9. Juni 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen, eventuell sei die Sache an die Vorinstanz zur Einholung eines Gutachtens zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 11. September 2020 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass der Beschwerdeführer von April bis Juli 2018 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und ihm per August 2018 wieder eine 100%ige Tätigkeit zumutbar gewesen sei (S. 1). Da vor Ablauf des gesetzlichen Wartejahres wieder eine volle Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe, bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Aufgrund der erheblichen psychosozialen Belastungen seien die geltend gemachten psychischen Beeinträchtigungen

nicht zu berücksichtigen und es liege keine langandauernde gesundheitliche Beeinträchtigung vor (S. 2).

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass gestützt auf die medizinischen Akten ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszuweisen sei. Auf die RAD-Stellungnahme vom 4. Oktober 2018 könne nicht abgestellt werden. Einerseits sei die Beurteilung des psychischen Leidens durch Dr. med. A.____

als fachfremd zu bezeichnen und andererseits datiere die Stellungnahme noch vor der Änderung der Rechtsprechung zur Sucht (S. 10 f.). Die Abhängigkeitssyndrome seien auch von der RAD-Ärztin Dr. B.____

völlig unberücksichtigt geblieben. Die von ihr gestellte Prognose widerspreche die meisten Prognosen der behandelnden Fachärzte (S. 11 unten). Es liege ein invalidenversicherungsrechtlich bedeutsames psychisches Leiden vor und es sei seit November 2017 von keiner Arbeitsfähigkeit auszugehen, weshalb ihm eine ganze Rente zuzusprechen sei (S. 13). Sowohl die Prognose als auch die Ansicht der Beschwerdegegnerin, wonach beim Beschwerdebild psychosoziale Faktoren im Vordergrund stünden, liessen sich durch die Akten nicht stützen und berücksichtigen die diagnostizierten Abhängigkeitssyndrome nicht. Eine eigene Untersuchung habe der RAD keine vorgenommen. Es bestünden daher Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Beurteilung, weshalb die Rückweisung an die Verwaltung zur Anordnung eines psychiatrisch-orthopädischen Gutachtens beantragt werde (S. 14).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort vom 11. September 2020 (Urk. 7) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, gemäss Bericht von Dr. G.____ der Klinik D.____ vom 28. September 2018, auf welchen sich auch der RAD stützte, sei der Beschwerdeführer betreffend Alkohol- und Cannabinoidabhängigkeit abstinent gewesen. Dies sei auch im Bericht der Klinik E.____ vom 11. Januar 2019 erwähnt worden. Daran habe sich auch gemäss Bericht von Dr. L.____ der Klinik D.____ vom 20. Januar 2020 nichts geändert. Somit leide der Beschwerdeführer an einer Nikotinabhängigkeit, welche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, und ein strukturiertes Beweisverfahren erübrige sich (S. 2). Im Übrigen sei auf die in Kenntnis der Vorakten abgegebene Stellungnahme von Dr. B.____ des RAD abzustellen, welche über die notwendige fachliche Qualifikation verfüge und die medizinische Situation einleuchtend beurteilt habe. Zusammenfassend liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor und ein Anspruch auf Invalidenleistungen sei zu verneinen (S. 3).

E. 2.4

Streitgegenstand ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. Strittig und zu prüfen ist dabei, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verhält und ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen invalidisierenden Gesundheitsschaden verneint hat. 3.1

Dipl.-Psych. G.____ und Psychotherapeut H.____, Klinik D.____, äusserten sich im Austrittsbericht vom 22. Januar 2018 (Urk. 8/11/10-12) über die stationäre Behandlung des Versicherten vom 16. November 2017 bis 3. Januar 2018 und nannten folgende

psychiatrische Diagnosen bei Austritt aus der Klinik : - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.21) - psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide : Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F11.21) - psychische und Verhaltensstörung durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.25) - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) .

Mit 16 Jahren sei es zum ersten Alkoholkonsum, danach rasch zu täglichem Konsum von hochprozentigem Alkohol gekommen. In der Folge sei der tägliche Konsum von Tabak und Haschisch und gelegentlich Kokain hinzugekommen. Bis zum Klinikintritt habe es keine Abstinenzphasen gegeben. Als Folgeerkrankungen seien eine Fettleber und ein beginnender Diabetes entstanden (S. 2 unten). Der qualifizierte körperliche Alkoholentzug sei mit Temesta komplikationslos verlaufen. Nach Übertritt in die Entwöhnungsabteilung habe der Beschwerdeführer am multimodalen Behandlungsprogramm teilgenommen. Der Beschwerdeführer habe die Behandlung bedingt durch einen Todesfall in der Familie vorzeitig abbrechen müssen (S. 3). Es bestehe bis auf weiteres eine 0%ige Arbeitsfähigkeit (S. 2 Mitte). 3.2

Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leitender Arzt des Spitals J.____, berichtete am 5. Juni 2018 (Urk. 8/8/1-7)

unter Beilage eines Sprechstundenberichts vom 7. März

2018 (Urk. 8/8/8-9) und des Austrittsberichts vom 11. April

2018 (Urk. 8/8/10-12) von einer am 5. April 2018 durchgeführten Implantation einer totalen Hüft-Endoprothese und nannte als weitere Diagnosen eine Coxarthrose rechts sowie eine Adipositas. In Anbetracht der durchgeführten Operation sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit drei Monate nach der Operation gestattet. Angesichts der Nebendiagnosen könne er keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit nehmen. Der Beschwerdeführer habe sich zu den eingeplanten Nachuntersuchungen nicht vorgestellt (Urk. 8/8/1-6 Ziff.

E. 2.5

und 2.7-8) .

Am 27. Juni 2018 stellte sich der Beschwerdeführer zum ersten Mal nach der Operation in der Sprechstunde bei Dr. I.____ vor. Dieser berichtete über einen sehr zufriedenstellenden Verlauf. Das vom Beschwerdeführer geschilderte Brennen habe als Ursache eine Schädigung des Nervus

cutaneus

lateralis

femoralis, welche sich im Verlauf regredient zeigen werde und nicht behandlungsbedürftig sei. Aus seiner Sicht sei jegliche gewünschte Aktivität ohne Einschränkungen erlaubt (Urk. 8/11/8-9). 3. 3

Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 6. Juli 2018 (Urk. 8/11/1-7) als Diagnosen psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.21), eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) sowie eine Coxarthrose links mit Status nach

Hüft-TP links (Ziff. 2.5) . Er sehe den Beschwerdeführer unregelmässig. Er habe ihn im Herbst/Winter 2017/ 2018 nach längerer Zeit wegen Depression und Exazerbation der Alkoholabhängigkeit wiedergesehen (Ziff. 1.2). Leider sei es nach dem Aufenthalt in der Klinik D.____ zu einem Rückfall der Alkoholabhängigkeit gekommen. Dennoch habe im April 2018 eine Hüft-TP eingesetzt werden können (Ziff. 2.2). Bei Status nach erfolgreicher Implantation werde die Arbeitsfähigkeit vor allem durch das Alkoholabhängigkeitssyndrom geprägt sein (Ziff. 2.7). Er habe den Beschwerdeführer seit April 2018 nicht mehr gesehen (Ziff. 2.8). 3.4

Dipl.-Psych. G.____ berichtete am 28. September 2018 (Urk. 8/14) über die erneute, vom 30. April bis 7. August 2018 erfolgte stationäre Behandlung und nannte folgende Diagnosen (Ziff. 2.5): - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F10.21) - Status nach Implantation einer Hüft-TP (Mai 2018) bei Coxarthrose links - psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide : Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F12.21) - psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: schädlicher Gebrauch (ICD-10 F14.1)

Die Entwöhnungsbehandlung basiere auf einem abstinentorientierten Therapieprogramm zur Festigung der psychischen Stabilität ohne Suchtmittel. Ziel der Behandlung sei es, die Patienten im stationären abstinentorientierten Rahmen auf ein rauschmittelfreies Leben vorzubereiten und hierzu Ressourcen zu aktivieren oder aufzubauen. Der Beschwerdeführer sei somatisch so stark eingeschränkt gewesen, dass er während der Behandlung den Aufzug benutzen müsse. Längere Strecken zu laufen sei kaum möglich gewesen, weshalb zum Zeitpunkt des Austritts nicht von einer Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne (Ziff. 2.7-8). 3.5

Dr. A.____ , RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 4. Oktober 2018 (Urk. 8/15/3-5) aus, die Tätigkeit als Maler sei sehr hüftbelastend , und nannte als mögliches Belastungsprofil eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne hüftbelastende Zwangshaltungen, ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände. Zu vermeiden seien Vibrationsbelastungen und Nässe-/Kälteexpositionen . Es sei nicht zu erwarten, dass sich der Gesundheitszustand wesentlich verändern werde. Die degenerativen Veränderungen würden im Laufe des Lebens zunehmen (S. 4). Bei der Abhängigkeitserkrankung handle es sich um eine primäre Sucht (S. 5). 3.6

Med. pract .

L.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik D.____ , nannte im ärztlichen Zeugnis vom 21. November 2018 (Urk. 8/28) zuhause des Sozialzentrums M.____ als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) und eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.2). Es bestehe seit dem 1. September 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und der Beschwerdeführer sei aktuell in der Klinik E.____ hospitalisiert.

Im Austrittsbericht der Klinik E.____ vom 11. Januar 2019 (Urk. 8/34, korrigierter Bericht siehe Urk. 8/36) über die se

vom 7. November

2018 bis 1. Januar 2019 dauernde Hospitalisation nannten die Ärzte als psychiatrische Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak : schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig seit Mitte 2018 abstinent (ICD-10 F10.21). Als Auslöser für die Verschlechterung der depressiven Symptomatik kämen die anhaltende Stellenlosigkeit, familiäre Konflikte im Zusammenhang mit dem Tod des Vaters im Januar 2018 in Frage. Verstärkt werde die Symptomatik durch noch ungenügende Strategien im Umgang mit Verlangen nach Alkohol, so dass der Beschwerdeführer seine Wohnung zum Teil nicht mehr verlassen habe. Symptomatisch standen ein sozialer Rückzug, Ein- und Durchschlafstörungen mit Alpträumen, innere Anspannung mit der Gefahr zu impulsiven Durchbrüchen sowie lebensmüde Gedanken im Vordergrund. Es sei aufgefallen, dass es für den Beschwerdeführer schwierig gewesen sei, sich auf andere Strategien einzulassen, insbesondere auf Strategien, welche auch zu Hause umsetzbar seien. Bezüglich des belastenden Familienkonflikts und der Trauer über den Tod des Vaters habe er nur wenige Möglichkeiten gefunden, mit den schwierigen Emotionen umzugehen. Der Beschwerdeführer habe wiederholt Mühe gehabt, sich an Termine zu halten, habe diese oft selbständig abgesagt oder unentschuldigt gefehlt. Insgesamt habe eine gewisse Stabilisierung beobachtet werden können, die Schlafqualität habe sich verbessert und der Beschwerdeführer habe entspannter und zugänglicher gewirkt. Für die weitere Entwicklung von dringend benötigten Strategien zur Abstinenzehaltung sei die Anschlussbehandlung in der Tagesklinik der Klinik D. ___ aufgegleist worden. 3. 7

Dr. med. N. ___ , Oberarzt Klinik D. ___ , berichtete am 18. Januar 2019 (Urk. 8/39/1-6) über einen verschlechterten Gesundheitszustand und führte neben den bekannten Diagnosen aus, es imponiere ein mittel- bis teils schwergradiges depressives Syndrom. Zudem leide der Beschwerdeführer psychisch stark unter der schlechten physischen Verfassung (Ziff. 1.1-3). Es bestehe beim Beschwerdeführer aufgrund der psychischen Symptomatik und des Verlaufes eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für eine Tätigkeit sowohl im freien Arbeitsmarkt als auch bezogen auf eine geschützte Stelle. Die Prognose sei eher schlecht in dem Sinne, dass der Beschwerdeführer im ersten Arbeitsmarkt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht mehr voll belastbar sein werde (Ziff. 2.1). Der Beschwerdeführer befinde sich vollzeitig in der Tagesklinik in Behandlung. Die rezidivierende depressive Störung sei eine Erkrankung mit wiederkehrenden Krankheitsepisoden. Bei Alkoholerkrankungen handle es sich um eine chronische Erkrankung. Die Abstinenzehaltung bezüglich des Alkoholkonsums sei essenziell für eine dauerhafte und erfolgreiche Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Daher sei eine suchtspezifische langfristige Therapie die Grundlage der Behandlung (Ziff. 3.3).

Im Schlussbericht vom 15. April 2019 (Urk. 8/42) über die tagesklinische Behandlung vom 14. Januar bis 12. April 2019 hielt Dr. N. ___ fest, der Beschwerdeführer sei in einem insgesamt gebesserten psychischen Gesamtzustand und bei klarer Distanzierung von Suizidalität aus der Tagesklinik in die angestammten Verhältnisse ausgetreten. Aufgrund der anhaltenden somatischen und psychischen Beschwerden sei eine künftige Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt als nicht realistisch zu betrachten (S. 5). 3. 8

Med. pract. L. ___ nannte im Bericht vom 20. Januar 2020 (Urk. 8/45) als Diagnosen ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, episodisches Trinken, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20), eine rezidivierende Depression, gegenwärtig mittelschwere Depression (ICD-10

F33.1), eine Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.25) sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl für die bisherige als auch für angepasste Tätigkeiten (Ziff. 2.1). Die gegenwärtige Behandlung bestehe aus wöchentlich stattfindenden ambulanten psychotherapeutischen Gesprächen (1-2 Termine) mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen und medikamentöser Langzeittherapie (Ziff. 3.1). Die Prognose sei eher schlecht. Die rezidivierende depressive Symptomatik habe seit dem letzten Bericht Schwankungen gezeigt von einer mittelschweren bis zu einer schweren Depression mit konstanten passiven Suizidgedanken. Eine längere Abstinenzphase (2018/19) sei seit der letzten tagesklinischen Behandlung in der Klinik D.____ (April 2019) durch mehrere kurze Rückfälle unterbrochen worden. Rückfälle seien mit starkem sozialem Rückzug und mit Vernachlässigung von allen Lebensbereichen verbunden. Eine gute therapeutische Beziehung helfe dem Beschwerdeführer, seinen Alltag einigermaßen bewältigen zu können. Im Herbst 2019 habe er Motivation gezeigt, in ein betreutes Wohnen (Haus O.____) zu gehen, sei dort aber abgelehnt worden (Ziff. 3.3). Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei nur zum Teil möglich und eventuell sei nur eine Arbeit mit weniger Pensum auf dem zweiten Arbeitsmarkt möglich. Die zuletzt im Januar 2020 vom Sozialamt organisierte Grundbeschäftigung habe eine Überforderung ausgelöst (Ziff. 4.1). 3.

E. 7

) die Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 12. Oktober 2020 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk.

E. 9

Dr. B.____ des RAD führte in der Stellungnahme vom 28. April 2020 (Urk. 8/50/6) aus, im Behandlungsverlauf habe die schwere depressive Symptomatik bereits teilremittieren können. Im Verlauf der tagesklinischen Behandlung habe sich der Beschwerdeführer zunehmend stabiler und mit verbesserter Stimmung gezeigt. Im weiteren ambulanten Verlauf habe bereits eine mittelgradige depressive Symptomatik bestanden. Medizintheoretisch sei unter weiterer adäquater psychiatrischer Behandlung mit einer vollständigen Remission der gegenwärtig mittelgradigen depressiven Episode zu rechnen. Die erheblichen psychosozialen Belastungen würden die Krankheit aufrecht erhalten. So sei das Befinden des Beschwerdeführers stark von äusserlichen Umständen abhängig, so dass zu Hause die Einsamkeit, die soziale und familiäre Situation aber auch somatische Probleme immer wieder zu Verschlechterungen führen würden. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich aus der seit der RAD-Stellungnahme vom 4. Oktober 2018 neu aufgeführten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere depressive Episode, keine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Es könne an der Stellungnahme vom 4. Oktober 2018 festgehalten werden. 4. 4.1

Der Beschwerdeführer stützt sich bei der Geltendmachung eines psychischen Gesundheitsschadens auf die Berichte des behandelnden Psychiaters med. pract. L.____ (vorstehend E. 3.6 und 3.9)

sowie die zahlreichen Berichte über die stationären Aufenthalte in der Klinik D.____ (vorstehend E. 3.1, E. 3.4 und E. 3.8) und der Klinik E.____ (vorstehend E. 3.7), welche im Wesentlichen eine mittel- bis schwergradige rezidivierende depressive Störung und ein Alkoholabhängigkeitssyndrom diagnostizierten sowie eine Arbeitsunfähigkeit attestierten.

Die Beschwerdegegnerin mass den Berichten der behandelnden Ärzte keinen Beweiswert zu und kam - nach Rücksprache mit dem RAD - zum Schluss, dass keine langandauernde gesundheitliche Beeinträchtigung vorliege und die gegebenen erheblichen psychosozialen Belastungen von der Invalidenversicherung nicht berücksichtigt werden könnten (vgl. Urk. 2 S. 2).

Mit ergänzender Begründung führte die Beschwerdegegnerin im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens unter anderem weiter aus, dass der Beschwerdeführer hinsichtlich Alkohol- und Cannabinoidabhängigkeit inzwischen abstinent sei und gestützt auf die nachvollziehbare Beurteilung des RAD kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege (vgl. Urk. 7 S. 2 f.). 4.2

Soweit sich die Beschwerdegegnerin auf die Stellungnahmen ihrer RAD-Ärzte Dr. A.____ vom 4. Oktober 2018 und

Dr. B.____

vom 28. April 2020 ab stützte, kann ihr - zumindest in psychiatrischer Hinsicht - nicht gefolgt werden.

Die von den behandelnden Ärzten genannten Diagnosen wurden von psychiatrischen Fachärzten gestellt und geben gewichtige Anhaltspunkte für ein massgebliches Krankheitsgeschehen, das laut sämtlichen Arztberichten zu einer länger dauernden Arbeitsunfähigkeit geführt hat.

Auch wenn die Berichte über den stationären Aufenthalt in der Klinik E.____

vom 7. November 2018 bis 11. Januar 2019 eine gewisse Stabilisierung sowie die tagesklinische Behandlung in der Klinik D.____ vom 14. Januar bis 12. April 2019 nach anfänglicher Verschlechterung einen verbesserten psychischen Gesamtzustand aufzeigen, kann daraus nicht geschlossen werden, dass die Depression gänzlich verschwunden ist und das Beschwerdebild einzig in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine hinreichende Erklärung findet.

Allein mit dem Hinweis der RAD-Ärztin

Dr. B.____, dass

das Befinden des Beschwerdeführers von äusseren Umständen abhängig sei, lässt sich die fachärztlich gestellte Diagnose einer mittel- bis schwergradigen rezidivierenden depressiven Störung nicht entkräften. Auch wenn sich in den Berichten der behandelnden Fachärzte

zweifelloso Anhaltspunkte für psychosoziale Belastungen

finden, fehlt es - sowohl in den Berichten der behandelnden Ärzte als auch der RAD Stellungnahme von Dr. B.____ - an einer schlüssigen und nachvollziehbaren Aussage darüber, ob die erhobenen Befunde ihre hinreichende Erklärung ausschliesslich in den psychosozialen Faktoren finden oder aber, ob sich ein eigenständiger invalidisierender Gesundheitsschaden entwickelt hat. 4.3

Bei einer depressiven Episode, sei sie nun schwer oder mittelschwer, kann eine invalidisierende Wirkung entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht a priori mit dem Hinweis auf psychosoziale Faktoren von der Hand gewiesen werden. So ist bei

leichten bis mittelschweren depressiven Störungen, wie bei jeder geltend gemachten gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit, im Einzelfall (einzig) danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitierend auswirkt, wobei eine leistungs-, insbesondere rentenbegründende Invalidität jeden falls eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose voraussetzt. Denn gerade mit Blick darauf, dass auch bei einem depressiven Leiden soziale Belastungen, die direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, auszuklammern sind, setzt die vor zu nehmende Abgrenzung zu reaktiven, invaliditätsfremden Geschehen auf psy cho soziale Belastungen eine nachvollziehbare Diagnosestellung voraus. Entspre chend sind auch affektive Störungen, einschliesslich der leichten bis mittel schwe ren depressiven Erkrankungen, gemäss geänderter Rechtsprechung dem struktu rier ten Beweisverfahren unterstellt (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 143 V 418 E. 7.1).

Wie weit die depressive Episode respektive Störung während der Therapie oder auch des Klinikaufenthaltes schliesslich reduziert werden konnte , ist im Übrigen nicht entscheidend, lässt doch eine psychiatrische Diagnose für sich allein ge nommen ohnehin keinen Schluss auf eine gesundheitlich bedingte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zu, sondern erst deren Folgeabschätzung.

Eine medizinische Einschätzung der gesamthaft, auch unter Berücksichtigung de r langen und lebensprägenden Suchtbiographie , vorhandenen funktionellen Ein schränkungen und ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist weder der Be urteilung der behandelnden Ärzte noch derjenigen von RAD-Ärztin Dr. B.____ zu entnehmen. Insbesondere aber fehlt es den vorliegenden medizinischen Be richten an den erforderlichen Angaben zu den Standardindikatoren (vorstehend E. 1. 4). Die Verneinung des Vorliegens eines invalidisierenden Gesundheits scha dens basiert

vorliegend einzig auf einer reinen und kurzen Aktenbeurteilung durch die RAD- Ärztin Dr. B.____ . Diese hat den Beschwerdeführer nicht selber gesehen und untersucht. Dies wäre aber angezeigt gewesen, da es vor liegend entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht bloss um die Beur teilung eines im Wesentlichen feststehenden Sachverhalts ging . Die unter schied liche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist nicht nur eine abweichende Folgen abschätzung eines an sich feststehenden und unbestrittenen Leidens. So erweist sich der medizinische Sachverhalt im Zeitpunkt der angefochtenen V erfügung in psychiatrischer Hinsicht nicht als stabilisiert und die behandelnden Ärzte gehen im Gegensatz zum RAD weder von einer guten Prognose noch einer vollständigen Remission aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 3.4). Damit lässt sich aufgrund der vorhandenen Abklärungen nicht hin reichend feststellen, dass lediglich ein psychosozial bedingtes Beschwerdebild und keine langandauernde gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegen. 4.4

Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt ungenügend erstellt. So zeigt sich die Beurteilung des RAD

als für die Beurteilung der Auswirkungen der rezi dividierenden depressiven Störung, der Suchtmittelabhängigkeit und möglichen Wechselwirkungen

als zu wenig aussagekräftig . Zur Feststellung, inwieweit vor liegend die psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen oder eine verselbständigte und im Rahmen des gesamten Beschwerdebildes ins Gewicht fallende psychische Störung vorliegt und gegebenenfalls eine längerdauernde

Erwerbsunfähigkeit begründet, bedarf es einer eingehenden fachärztlichen psychiatrischen Beurteilung, welche die Anforderungen der neueren Rechtsprechung an die psychiatrische Begutachtung, wie oben dargelegt (E. 1.3, 1.4), beachtet.

Aufgrund der in den Akten erwähnten,

auch schlechten physischen Verfassung und der ebenfalls vorhandenen somatischen Beeinträchtigungen sowie wegen allfälliger Suchtfolgeschäden, ist es angezeigt, dass die Beschwerdegegnerin ein polydisziplinäres Gutachten veranlasst. Seit der Hüftoperation und der erfolgten Nachkontrolle im April und Juni 2018

finden sich diesbezüglich keine neueren Berichte in den Akten und auch der letzte Bericht des Hausarztes datiert vom 6. Juli 2018. 4. 5

Nach dem Gesagten erweist sich die vorliegende Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt als unvollständig, weshalb die angefochtene Verfügung vom 9. Juni 2020 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese eine den aktuellen Anforderungen der geänderten Rechtsprechung genügende Prüfung der Auswirkung der diagnostizierten Leiden auf die Arbeitsfähigkeit vornehme und hernach über den Leistungsanspruch (berufliche Massnahmen und Invalidenrente) des Beschwerdeführers neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG in der hier anwendbaren, bis am 31. Dezember 2020 in Kraft gewesenen Fassung (Art. 83 ATSG) kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000. — festgesetzt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 700.-- der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 9. Juni 2020 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. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Y. ___ Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des 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 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

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