

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00702 vom 20. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00702

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00702 du 20 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00702 del 20 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

Der 1982 geborene X._____

arbeitete von 1999 bis 2002 im Gartenbau und geht seither keine regelmässigen Erwerbstätigkeit nach. Er meldete sich am 16. Juni 2015 (Urk. 8/1) unter Hinweis auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, eine rezidivierende depressive Störung sowie eine schizoaffektive Störung bei der Invalidenversicherung zum Bezug von Leistungen an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte Auskünfte über die erwerbliche und medizinische Situation ein. Mit Mitteilung vom 9. Februar 2016 (Urk. 8/1

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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des

Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

E. 1.3

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 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 objektivierten 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). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 10. September 2020 damit, dass keine IV-relevante gesundheitliche Einschränkung vorliege und stütze sich dabei auf das von ihr eingeholte bidisziplinäre

Gutachten.

Es sei

zunächst eine medizinische Untersuchung in Auftrag gegeben worden, bei welcher der Beschwerdeführer jedoch während der Abklärung unter Substanzeinfluss gestanden sei, weshalb eine psychiatrische Diagnosefindung nicht möglich gewesen sei. Daraufhin sei ihm eine Schadensminderungspflicht in Form einer sechs monatigen Abstinenz auferlegt worden, welche nur kurzfristig eingehalten worden sei (S. 1). Um eine abschliessende Beurteilung durchführen zu können, sei erneut ein Gutachten in Auftrag gegeben worden. Die medizinische Untersuchung habe keine psychiatrischen Diagnosen ergeben, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken würden. Es hätten sich ausserdem Widersprüche und Inkonsistenzen in den Angaben des Beschwerdeführers gefunden. Die Beschwerdegegnerin hielt fest, dass die Schadenminderung aus versicherungsmedizinischer Sicht bedeute, dass alles Zumutbare getan werden müsse, um die Arbeitsfähigkeit zu erlangen, erhalten oder erhöhen. Die Behandler hätten bestätigt, dass eine Abstinenz zu einer Verbesserung des Gesundheitsschadens führen und somit auch die Arbeitsfähigkeit erhöhen könne. Eine vorübergehende Verschlechterung bei Entzug und nachfolgender Abstinenz sei bekannt und aus medizinischer Sicht zumutbar (S. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), dass Gutachten vom 2. September 2019 sei aus näher dargelegten Gründen nicht umfassend und berücksichtige die geklagten Beschwerden nur unzureichend. Der Gutachter habe sich nicht genügend mit seinem Verhalten auseinandergesetzt ;

auch die Auseinandersetzung mit den Vorakten sei höchst oberflächlich erfolgt. Schliesslich habe der Gutachter oft keine ausreichende Begründung für seine von den Vorakten und von der Beurteilung von zahlreichen Behandlern abweichende Ansicht geliefert. Hinzu komme, dass der Gutachter nicht nach dem strukturierten Beweisverfahren, welches das Bundesgericht auch für Abhängigkeitskrankungen vorschreibe, ermittelt habe, ob und

gegebenenfalls inwieweit sich das diagnostizierte Abhängigkeitssyndrom auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Das Gutachten entspreche damit nicht den bundesgerichtlichen Kriterien an ein medizinisch verwertbares Gutachten. Somit

sei auf die Beurteilung der diversen Behandler abzustellen und von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten auszugehen (S. 21 f.).

Aufgrund der Berichte der verschiedenen behandelnden Fachpersonen sei davon auszugehen, dass eine Abstinenz zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich bzw. nicht zu empfehlen sei, da eine solche seinen Gesundheitszustand verschlechtern würde. Die auferlegte Schadenminderungspflicht einer vollständigen Abstinenz sei damit aktuell weder zumutbar noch zielführend, sondern vielmehr kontraproduktiv. Zumindest sei aufgrund der vor bestehenden psychiatrischen Erkrankungen davon auszugehen, dass ein Entzug die Arbeitsfähigkeit nicht verbessern würde. Die Voraussetzungen für die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht seien deshalb nicht gegeben, da diese unzumutbar sei (S. 27). 3. 3.1

Med. pract .

A.____ , ärztlicher Leiter

am B.____ Zentrum , nannte in seinem Bericht vom 3. Januar 2017 (Urk. 8/27) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Schizoaffektive Störung, gegenwärtig mittelgradig depressiv mit somatischem Syndrom (ICD-10: F25.1) - Paranoides Erleben permanent - Phasenweise: halluzinatorisches Erleben , Ich -Störung - Differenzialdiagnose: Paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0) - Falls paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0) einzeln kodiert: zusätzlich rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), Erstepisode 1992 (10. Lebensjahr) - Gemischte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und depressiven Anteilen (ICD-10: F61), bestehend seit Jugend - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) - Soziale Phobie (ICD-10: F40.1)

Zudem beschrieb er, der Beschwerdeführer sei in innerlich gespanntem und depressivem Zustandsbild erschienen. Er habe das Gefühl, Leute würden hinter seinem Rücken über ihn reden. Er nehme nach wie vor Gestalten wahr und das «Phantom» der Mutter spüre er ebenfalls. Manchmal sehe er es, manchmal hauche es ihn an. Er nehme den Atem der Mutter dabei akustisch und taktil wahr. Zudem sei ein Poltergeist im Haus und er höre diesen , wenn er alleine sei. Er habe starke Schlafstörungen, Gewalterinnerungen, Flash-Backs, eine permanente Begleitung von Angst, ein depressives Gedankenkreisen, Verfolgungserleben, und eine belastende Situation in der Partnerschaft. Med. pract .

A.____ gab an, von Cannabis bestehe eine deutlich lange Abstinenzperiode, welche jedoch keine Veränderung des klinischen Bildes in Bezug auf die Affektstörung, die psychotische Störung, die PTSD-Symptome oder die Angstsymptomatik gezeigt habe (S. 1). Eine Arbeit oder Anpassung sei nicht realistisch und der Beschwerdeführer sei in jeder Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2).

Am 25. April 2017 (Urk. 8/34) ergänzte med. pract . A.____ , der Beschwerdeführer würde seit dem 25. Juli 2017 Aripiprazol 10

mg einnehmen. Er habe sich bisher stets gegen eine stationäre psychiatrische Behandlung ausgesprochen, wobei diese wiederholt erwogen worden sei. Er lebe recht zurückgezogen, beziehe ein Zimmer in einer Wohnung mit zwei anderen Wohnpartner und strukturiere

seinen Tag durch den Aufenthalt in sozialpsychiatrischen oder kirchlichen Institutionen. Tage weise nehme er an der C.____ teil und führe dabei einfache Tätigkeiten aus. Phasenweise nehme er psychologische Konsultationen wahr oder nehme am Angebot im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der Psychiatrischen Klinik D.____ teil. 3.2

Prof. Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nannte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 7. September

2016 (richtig: 2017, Urk. 8/45) keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, da der Beschwerdeführer bei der Exploration nachweislich unter Substanzeinfluss gestanden sei. Eine abschliessende psychiatrische Diagnosefindung sei daher verunmöglicht worden (S. 37). Er stellte zudem fest, dass aufgrund der Laborparameter stark anzunehmen sei, dass der Beschwerdeführer die auferlegte Schadenminderungspflicht nicht eingehalten habe. Er plädierte dafür, die Auflage zu verlängern und mit Nachweisen (Urindrogenscreening) zu versehen. Zudem habe sich der Beschwerdeführer einer stationären Abklärungs- und Behandlungsmassnahme zu unterziehen, welche sicherstelle, dass ein psychopathologisches Zustandsbild ausserhalb von Substanzeinfluss beurteilt werden könne und die Voraussetzung für eine leitliniengerechte Behandlung schaffe. Aus gutachterlicher Sicht solle dem Beschwerdeführer eine diesbezügliche Schadenminderungspflicht Auflage erteilt werden. Die medikamentöse Compliance sei per Blutserumspiegelkontrollen der Psychopharmaka nachzuweisen. Prof. Dr. E.____ empfahl eine Verlaufsbeurteilung nach mindestens sechsmonatiger Abstinenz sowie nach Abschluss der Abklärungen und nachgewiesener Therapietreue (S. 38). 3.3

Dem Bericht der Psychiatrischen Klinik D.____ vom 29. Dezember 2017 (Urk. 8/58/3-9) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 1): - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F 43.1) - Cannabinoid -Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F12.2) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) - Chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp (ICD-10: G44.2), Differenzialdiagnose chronischer posttraumatischer Kopfschmerz (ICD-10: G44.3)

Der Beschwerdeführer sei vom 7. November bis 19. Dezember 2017 stationär in der Klinik hospitalisiert gewesen. Bei Eintritt habe sich der Beschwerdeführer psychopathologisch ängstlich, angespannt, wahnhaft mit Beeinträchtigungserleben, Ich-Störungen und Sinnestäuschungen sowie initialer Insomnie über mehrere Tage bei Alpträumen gezeigt. Der Affekt sei starr niedergestimmt, dysphor und reizbar gewesen. Unter Sistierung von Cannabis habe der Beschwerdeführer zunehmend unter schweren Alpträumen und Schlaflosigkeit, unter Gedankenkreisen und subjektiver Affektlabilität, Leergefühl und geminderter Konzentrationfähigkeit gelitten. Zur Verbesserung des Schlafs unter Cannabis - Abstinenz habe man Diphenhydramin, Quetiapin und Mirtazapin sowie zur Reduktion des Leidensdruckes aufgrund von Alpträumen zudem Doxazosin eingesetzt. Zur Reduktion von Ängsten und Gedankenkreisen habe man Olanzapin und antidepressiv Sertralin etabliert. Hierunter habe sich eine Besserung des Schlafs sowie im Verlauf auch der ängstlichen Angespanntheit gezeigt. Für den Beschwerdeführer hätten jedoch insgesamt die Vorteile des Cannabis-Konsums überwogen, insbesondere bezüglich der Schlafqualität und der Alpträume. Aus diesem Grund sei es während des Aufenthaltes zweimalig zu Konsumereignissen gekommen. Im Rahmen der Arbeitstherapie sei eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolgt, was jedoch nur partiell gelungen sei. Das Ziel einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erscheine gegenwärtig nicht realistisch. Mittels psychologischer Testung sei eine Posttraumatische Belastungsstörung

diagnostiziert worden. Dies bezüglich habe sich der Beschwerdeführer sehr offen gezeigt, weiter an der Thematik zu arbeiten. Hilfestellungen hinsichtlich Wohnen, Finanzen, Arbeiten und Tagesstruktur habe er überwiegend abgelehnt und an den eigenen Vorstellungen gehaftet. Die Urinprobe sei positiv auf THC gewesen (S. 5).

Am Ende der Therapie habe der Eindruck bestanden, der Beschwerdeführer sei unter reduziertem Cannabis-Konsum und etablierter Medikation weniger ängstlich und angespannt gewesen sowie offener im Kontakt mit dem Team. Gleichzeitig habe sich jedoch eine Posttraumatische Belastungsstörung mit sehr hohem Leidensdruck manifestiert.

Der Cannabis-Konsum habe auf diese Symptomatik eine lindernde Wirkung. Die Symptomatik von Misstrauen, Stimmenhören, Alpträumen, Beeinträchtigungserleben, Schlaflosigkeit, Affektlabilität liessen sich alle unter die genannte Diagnose subsumieren. Zudem seien die Kriterien einer mittelschweren depressiven Episode erfüllt (S. 5 f.). 3.4

Lic. phil. F.____, Fachpsychologin für Psychotherapie und klinische Psychologin FSP, nannte in ihrem Bericht vom 24. März 2019 (Urk. 8/77) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 4): - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen aufgeführt (S. 4): - Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F12.2) - Chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp, Differenzialdiagnose chronischer posttraumatischer Kopfschmerz (ICD-10: G44.3)

Der Beschwerdeführer habe im Rahmen der Anamneseerhebung berichtet, dass seine Mutter seit dem 12. Lebensjahr heroinabhängig gewesen sei. Er sei in Pflegefamilien aufgewachsen und habe abwechselungsweise jedes zweite Wochenende bei seiner Mutter und seinem Vater verbracht. Er sei früh mit dem Drogenkonsum seiner Mutter konfrontiert worden und habe schon immer eine diffuse Angst um sie gehabt; ihre langen Abwesenheiten an diesen Wochenenden habe er als sehr quälend empfunden. Als er zehn Jahre alt gewesen sei, habe er eines Morgens seine Mutter tot im Wohnzimmer gefunden. Fachpsychologin F.____

führte aus, dass

in der Zusammenschau der Anamnese, der bisherigen diagnostischen Befunde und des klinischen Bildes deutlich

werde, dass die primäre Erkrankung eine Posttraumatische Belastungsstörung sei. Diese Erkrankung sei derart ausgeprägt, dass die Schullaufbahn sehr chaotisch gewesen sei und aufgrund der Konzentrationsstörungen keine Ausbildung möglich gewesen sei. Es habe in der Anamnese seit der Kindheit nur wenige emotional einigermaßen stabile Phasen gegeben. Der Cannabiskonsum sei kein primäres Suchtverhalten, sondern der Versuch einer Selbstbehandlung. In der Erfahrung des Beschwerdeführers sei es bisher der einzige Weg gewesen, seine Symptomatik (innere Unruhe, Flashbacks und Schlafstörungen) zu lindern. Deshalb könne eine vollständige Cannabisabstinenz nur zu einer Verschlechterung der Symptomatik führen. Es empfehle sich, zunächst die Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung in den Fokus der Behandlung zu nehmen und erst in einem zweiten Schritt eine Cannabisabstinenz anzustreben (S. 7).

Die Belastbarkeit und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seien durch die Affektlabilität, die innere Unruhe und durch die depressive Symptomatik (Energiearmut) deutlich reduziert. Die Konzentrationsstörungen hätten zur Folge, dass die Konzentrationsspanne kurz sei und dass schon einfache Aufgaben einen hohen Energieaufwand bedeuten würden. Dies führe in seinem Beruf als Gärtner dazu, dass er nur stundenweise und mit möglichst wenig Druck arbeiten könne (S. 5 f.). Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt daher nicht zumutbar. Auch eine angepasste berufliche Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Die berufliche Wiedereingliederung sei aktuell nicht realistisch. Bei gutem Verlauf könne mittelfristig eine berufliche Tätigkeit von wenigen Stunden pro Tag in geschütztem Rahmen angestrebt werden (S. 7). 3.5

Lic. phil. G.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, und Dr. med. H.____
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH,

erstatteten am 28. August 2019 (Urk. 8/100) und 2. September 2019 (Urk. 8/101) ein bidisziplinäres Gutachten.

In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Urk. 8/101 S. 13 ff.) wurden aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. H.____ folgende Diagnosen (S. 16 f.): - Laborchemisch zu bestätigender Cannabiskonsum (ICD-10: F12.1) und klinisch zu bestätigende Cannabisabhängigkeit (ICD-10: F12.25) - Laborchemisch zu bestätigender übermässiger Alkoholkonsum (ICD-10: F10.1) bei klinischer Verdachtsdiagnose einer Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.25) - Anamnestisch familiäre Zerrüttung durch Scheidung der Eltern und durch Trennung des Exploranden von der Herkunftsfamilie (ICD-10: Z63.5) - Anamnestisch früher und unnatürlicher Tod der Mutter (ICD-10: Z63.4) mit entsprechender Exposition des Exploranden im Alter von 10 Jahren (ICD-10: Z61.7) - Anamnestisch emotionale Vernachlässigung in der Kindheit (ICD-10: Z62.4) - Anamnestisch Ereignisse, welche den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge haben können (ICD-10: Z61.3)

Aus neuropsychologischer Sicht wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 17): - Leichte bis mittelgradige kognitive Störung mit Defiziten schwerpunkt mässig in attentionalen und exekutiven Funktionen sowie in der sprachlichen Auffassung, bei ansonsten unauffälligen Leistungen und einem durchschnittlichen nonverbalen kognitiven Leistungsniveau

Hinsichtlich der aktenanamnestischen Diagnosen hielten die Gutachter fest (S. 17), dass sich die aktenkundigen Diagnosen einer «gemischten» Persönlichkeitsstörung mit «posttraumatischen», emotional-instabilen und depressiven Anteilen (ICD-10: F61), einer sozialen Phobie (ICD-10: F40.1), einer Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), einer (anhaltenden) wahnhaften Störung (ICD-10: F22.0) mit Differentialdiagnose einer schizoaffektiven Störung (ICD-10: F33) aufgrund der in den Akten dargelegten psychopathologischen Befunde und aufgrund einer fehlenden ICD-10-Kriterienprüfung nicht bestätigen liessen.

Zur Arbeitsfähigkeit führten sie aus, aus psychiatrischer Sicht sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in ausführender Hilfstätigkeit auszugehen. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass derzeit eine behandlungsbedürftige und innerhalb längstens einem halben Jahr behandelbare psychiatrische Störung (ICD-10: F12.25 und F10.1) vorliege, sei eine

lege artis Suchtbehandlung vor der beruflichen Wiedereingliederung zu empfehlen. Auch in angepasster Tätigkeit sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, da sich eine ausführende (ungelesene) Hilfstätigkeit optimal leidensangepasst darstelle (S. 20 f.). Aus neuropsychologischer Sicht würden keine Einschränkungen der Anwesenheit in der bisherigen Hilfstätigkeit bestehen. Es liege eine leichte bis mittelgradige kognitive Störung vor, welche theoretisch eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % für einfache Aufgaben, respektive für eine Hilfstätigkeit begründe (Einschränkung der Produktionsleistung während einer uneingeschränkten Anwesenheit). Die Arbeitsfähigkeit liege demnach bei 70 % (S. 20). Im Rahmen der Begutachtung seien zwei therapiebedürftige, psychische Störungen diagnostiziert worden, welche eine suchtspezifische Behandlung erforderten. Die Durchführung einer solcher Behandlung sei den entsprechenden Leitlinien zu entnehmen. Entscheidend sei die konsequente Einhaltung einer Abstinenz bezüglich beider Substanzen, da mittlerweile augenscheinlich sei, dass dem Beschwerdeführer ein moderater Konsum von Alkohol oder Cannabis nicht möglich sei. Die Laboranalysen vom 12. und 20. August 2019 würden auf einen übermässigen bis exzessiven Konsum beider Substanzen hin deuten. Eine Entwöhnungsbehandlung bei einer geeigneten Einrichtung (Klinik I.____) sei aus gutachterlicher Sicht dringend zu empfehlen. Unter Inanspruchnahme einer suchtspezifischen und abstinenzorientierten Behandlung seien die Erfolgchancen einer bleibenden Reintegration im ersten Arbeitsmarkt intakt. Voraussetzung sei aber eine entsprechende Motivation des Beschwerdeführers, welche bis dato nicht ersichtlich sei (S. 21).

Zudem hielten sie fest, die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers sei mit dem ersichtlichen Funktionsniveau nicht vereinbar. Eine Unmöglichkeit jeglicher Beschäftigung lasse sich nicht begründen. Die kategorische Verneinung jeglicher (beruflicher) Selbstwirksamkeit durch den Beschwerdeführer sei prognostisch ungünstig, lasse sich aber durch die

Dekonditionierungseffekte therapeutisch auflösen (S.

19). Psychiatrisch habe der Beschwerdeführer kein konsistentes und widerspruchsfreies Bild geboten. Der Beschwerdeführer habe eine maximal 45-minütige Konzentrationsspanne erwähnt, habe aber an einer 3 ¼-stündigen Exploration ohne massgebliche Konzentrationsstörung teilnehmen können. Er habe über ein Spektrum von Freizeitaktivitäten berichtet, welche mit einer maximal 45-minütigen Aufmerksamkeitsspanne nicht vereinbar seien (Indoor: Lesen und Schreiben; Outdoor: Fahrradfahren, Snowboarden, Aikido). In Diskrepanz dazu sei der Beschwerdeführer der Ansicht, dass er vollständig unfähig sei an Massnahmen der Wiedereingliederung teilnehmen zu können («mental» fehlende Gesundheit). Die selbst deklarierte, derzeit vollständige Unfähigkeit an Massnahmen der Wiedereingliederung teilnehmen zu können, kontrastiere mit der bisherigen tageweisen Beschäftigung im Rahmen der «C.____». Die Performanzvalidierung in der neuropsychologischen Untersuchung sei unauffällig gewesen und die Befunde seien als valide anzusehen (S. 20).

Dr. H.____ gab hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in seinem psychiatrischen Teil gut achten zusätzlich an, dass nach einer erfolgten Cannabis- und Alkohol-Entwöhnungsbehandlung und unter Berücksichtigung der Vorbildung des Beschwerdeführers eine ausführende Hilfstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt ohne Einschränkungen medizinisch zumutbar sei. Zum heutigen Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer zu einer solchen Tätigkeit befähigt,

wenngleich in de facto beschützendem Rahmen und nur stundenweise. Zur differenzierteren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei festzuhalten, dass die aktuelle Symptomatik ausschlaggebend sei (S. 75).

73). Es seien keine Einschränkungen der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit auszuweisen, welche sich von den Einschränkungen eines fortgesetzten Cannabis- oder Alkoholkonsums abgrenzen lassen würden. Es seien aber zwei therapiebedürftige, psychische Störungen (ICD-10: F12.25 und F10.1) diagnostiziert worden, welche eine suchtspezifische Behandlung erforderten (S. 75). 3.6

Dr. J. ____, Psychologin, und Dr. med. K. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, von der Psychiatrischen Klinik D. ____ nahmen am 30. Januar 2020 (Urk. 8/117) Stellung zum interdisziplinären Gutachten. Dabei führten sie aus, das Gutachten liefere eine unzureichende Erklärung der Defizite. Ausser der Substanzstörung werde keine schlüssige Erklärung oder Begründung für die aus ihrer Sicht ausgeprägten Einschränkungen der alltagsrelevanten Funktionen geliefert. Der psychiatrische Gutachter habe das Funktionsniveau systematisch zu hoch eingeschätzt. Im Gutachten seien die vorliegenden Berichte mangelhaft gewürdigt worden. Es werde zudem fälschlicherweise ausgeführt, dass nur eine abstinenzgestützte Behandlung den Leitlinien entspreche. Des Weiteren fehle im Gutachten eine differenzierte Einordnung des Alkoholkonsums gemäss den ICD-Kriterien. Die Diagnose einer Abhängigkeit werde im Wesentlichen auf Grundlage des Laborbefunds gestellt (S. 75).

1 f.). Eine eindeutige Zuordnung der funktionellen Defizite zu spezifischen Diagnosen sei kaum möglich, wobei man von einem multifaktoriellen Geschehen ausgehe und als wesentliche Faktoren die Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), die rezidivierende depressive Störung (F33.x) und die Cannabisabhängigkeit (F12.2) bzw. damit im Zusammenhang stehende Entzugs-, Intoxikations- oder Residualzustände ständen (S. 4). Der Beschwerdeführer sei über die C. ____ des Sozialamts stundenweise in einem geschützten Rahmen tätig, was ihn nach eigenen Angaben und in Übereinstimmung mit den dortigen Beobachtungen an seine Belastungsgrenze führe. Die Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen betrage also maximal 30-40 %, was eine noch weiter darunter liegende Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nahelege. Der Gutachter gehe in seinem Gutachten im Wesentlichen von den Angaben des Beschwerdeführers aus, welcher seine Alltagsfähigkeiten wohl massiv überschätze bzw. seinen Wunsch als Wirklichkeit darstelle (S. 4 f.). Aus suchttherapeutischer Sicht sei die Abstinenz ein mögliches (kein zwingendes) Behandlungsziel, welches jedoch bei ausgeprägter Abhängigkeit, ungünstigem Verlauf und/oder schweren Komorbiditäten im Sinne eines Schadensminderungsansatzes zugunsten realistischer Ziele angepasst werden könne. Eine Reduktion der Cannabismenge und Cannabiskonsumfrequenz und eine Aufgabe besonders dysfunktionaler Konsummuster würden beim Beschwerdeführer leitliniengerechte und valide Behandlungsansätze darstellen. Eine Abstinenz von Cannabis und gegebenenfalls Alkohol würde zwar möglicherweise zu einer Verbesserung der Symptomatik, aber eventuell auch zu einer zumindest kurz- bis mittelfristigen Verschlechterung der Traumafolgesymptomatik und der depressiven Beschwerden führen. Selbst dann sei gleichwohl unwahrscheinlich, dass die vorliegenden schweren funktionellen Defizite sich in einem arbeitsfähigkeitsrelevanten Ausmass verbessern würden. Bei unter Abstinenzbedingungen bisher kaum beobachtbarer Verbesserung, nicht zu erwarten dem Erkenntnisgewinn und erheblichem Leidensdruck sei die neuerlich auferlegte Abstinenz

von Cannabis und gegebenenfalls Alkohol weder sinnvoll noch zumutbar (S. 5). 4. 4.1

Unter Berücksichtigung der gesamten medizinischen Aktenlage sind beim Beschwerdeführer psychische Beeinträchtigungen ausgewiesen (vgl. vorstehend E.

3.1 -3.6). 4.1.1

So nannten die B.____ - Ärzte im Bericht vom 13. Dezember 2017 als psychiatrische Diagnosen eine schizoaffektive Störung, eine gemischte Persönlichkeitsstörung, eine Posttraumatische Belastungsstörung, eine soziale Phobie sowie eine rezidivierende depressive Störung (E. 3.1). Die behandelnden Ärzte der Psychiatrischen Klinik D.____ und Fachpsychologin

F.____ attestierten ebenfalls eine Posttraumatische Belastungsstörung und eine rezidivierende depressive Störung (E. 3.3 und E. 3.4). Daneben besteht seit Jahren ein Cannabinoid -Abhängigkeitssyndrom. Die B.____ - Ärzte und Fachpsychologin

F.____ verneinten eine Arbeitsfähigkeit sowohl für die angestammte als auch für eine angepasste Tätigkeit (E. 3.1 und E. 3.4). Auch die behandelnden Ärzte der Psychiatrischen Klinik D.____ gingen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus (E. 3.6 vorstehend). 4.1.2

In dem interdisziplinären Gutachten (E. 3.5) wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

eine leichte bis mittelgradige kognitive Störung mit Defiziten vor allem in attentionalen und exekutiven Funktionen sowie in der sprachlichen Auffassung genannt. Aus neuropsychologischer Sicht wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % für einfache Aufgaben attestiert. Daneben diagnostizierte Dr. H.____ zwei psychische Störungen (ICD-10: F 12.25 und F10.1), welche für eine sucht spezifische Behandlung bedürftigkeit

zumass (E. 3.5). Zur Arbeitsfähigkeit gab er an, dass dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt erst nach erfolgter Cannabis- und Alkohol-Entwöhnungsbehandlung zumutbar sei, und implizierte damit, dass er den Beschwerdeführer aufgrund der Suchterkrankung (vorerst) als nicht arbeitsfähig erachtet. Trotzdem führte er die Abhängigkeitserkrankungen als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf und gab an, dass aus psychiatrischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in ausführenden Hilfstätigkeiten auszugehen sei. Damit kammerte

der psychiatrische Gutachter

bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die Suchtproblematik als zum vornherein invaliditätsfremd aus. 4.2

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 – Abhängigkeits syndromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen nicht zum vornherein jede 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 Abhängigkeits syndrome (E. 6.2). Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens kann und muss insbesondere der 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 Folgen zeitigen (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). 4.3

Das bidisziplinäre Gutachten, welches die Grundlage der angefochtenen Verfügung bildet, entspricht nicht den mit BGE 145 V 215 etablierten Anforderungen. Es geht von der mit dieser Bundesgerichtsentscheidung aufgegebenen Prämisse aus, dass Suchterkrankungen als solche (d.h. primären Suchterkrankungen) per se keine invalidenversicherungsrechtliche Relevanz zukommt, weshalb Dr. H.____ die Auswirkung des diagnostizierten jahrelangen Abhängigkeitssyndroms auf die Leistungsfähigkeit nicht im Lichte der Standardindikatoren (insbesondere des Schweregrads der Erkrankung) beurteilt hat, sondern bei der psychiatrischen Arbeitsfähigkeitsschätzung unberücksichtigt liess. Dies ist auf das Versäumnis der Beschwerdegegnerin zurückzuführen, den Gutachtensauftrag nach Änderung der Rechtsprechung an die neu geltenden Kriterien anzupassen. Ein strukturiertes Beweisverfahren anhand der massgeblichen Indikatoren und damit eine ergebnisoffene und schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch unter Berücksichtigung der Suchterkrankung ist gestützt auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten folglich nicht möglich.

Die behandelnden Ärzte des B.____ und der Psychiatrischen Klinik D.____ gingen in ihren Berichten davon aus, dass der Beschwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt vollständig arbeitsunfähig sei. Im Hinblick auf die Erfahrungstatsache, dass therapeutisch tätige Fachpersonen aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 456 E. 4.5), kann auf ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht unbesehen abgestellt werden. Ihre Berichte über die bisherigen Behandlungen und das Krankheitsgeschehen im Längsverlauf zeigen aber auf, dass eine umfassende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch amtlich bestellte fachmedizinische Experten notwendig ist. 4.4

Die angefochtene Verfügung ist damit aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein neues, den praxisgemässen Anforderungen entsprechendes psychiatrisches-neuropsychologisches Gutachten einhole und hernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers erneut entscheide.

In dem Sinn ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

Im Hinblick auf die von der Beschwerdegegnerin in der Vergangenheit angeordneten Entzugsbehandlungen im Vorfeld einer Begutachtung (Urk. 8/46; Urk. 8/61 ; vgl. E.

1) und generell als

schadenmindernde Massnahmen (Urk. 8/104; Urk. 2; vgl. E. 1) ist Folgendes anzumerken:

E. 5

) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien und holte zur Prüfung von IV-Leistungen weitere medizinische Unterlagen ein. Am 19. Juni 2017 (Urk. 8/41-42) veranlasste sie ein psychiatrisches Gutachten, welches am 7. September 2016 (richtig: 7. September 2017; Urk. 8/45) erstattet wurde. Am 14. September

2017 (Urk. 8/46) hielt die IV-Stelle den Versicherten unter Hinweis auf seine Mitwirkungspflicht an, sich einem Entzug von Cannabis und Alkohol zu unterziehen, die verordnete n Medikamente regelmässig einzunehmen, an einer stationären Abklärung teilzunehmen und einen Abstinenznachweis mittels Blutspiegelkontrolle durchführen zu lassen. Sollte er sich diesen Massnahmen nicht unterziehen, werde aufgrund der Akten entschieden und ein allfälliger Leistungsanspruch abgelehnt (Urk. 8/46 S. 2). Aufgrund nicht erfolgreicher Abstinenz forderte die IV-Stelle den Versicherten mit Mitteilung vom 8. Oktober 2018 (Urk. 8/61) erneut auf, während mindestens drei Monaten eine Cannabis- und Alkoholabstinenz einzuhalten und dies mittels Urinkontrollen zu dokumentieren.

Nach Einholung weiterer medizinischer Unterlagen veranlasste die IV-Stelle eine interdisziplinäre medizinische Begutachtung (Psychiatrie und Neuropsychologie, Expertise n vom 28. August 2019 und 2. September 2019; Urk. 8/100 und Urk. 8/101). Mit Vorbescheid vom 18. Oktober

2019 (Urk. 8/105) stellte sie dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht und wies ihn mit Schreiben gleichen Datums auf seine Mitwirkungspflicht im Sinne der Durchführung einer Behandlung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes hin (Urk. 8/104). Nach dem der Versicherte Einwände erhob (Urk. 8/112 und Urk. 8/118) und die behandelnden Ärzte zum Gutachten Stellung genommen (Urk. 8/117) hatten, entschied die IV-Stelle mit Verfügung vom 10. September 2020 im angekündigten Sinne (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Versicherte am

9. Oktober 2020 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 10. September 2020 sei aufzuheben und es sei ihm ab 1. Januar 2016 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen, es sei die mit Schreiben der IV-Stelle vom 18. Oktober 2019 angeordnete Schadenaufhebungspflicht aufzuheben, eventualiter sei die Angelegenheit zur Einholung eines neuen (polydisziplinären) Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (S. 2). In verfahrensrechtlicher Hinsicht stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um Be

willigung der unentgeltlichen Prozessführung (S. 2) und reichte die Unterstützungs bestätigung des Sozialamts ein (Urk. 3). Die IV-Stelle schloss am 11. November 2020 (Urk.

E. 5.1

Das Bundesgericht hat im Zuge der Änderung der Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung von Suchterkrankungen (E. 4.2) auch seine Praxis zur Anordnung von Abstinenzen geändert. Wie bei den sekundären Suchtgeschehen ist neu auch bei primären Abhängigkeitssyndromen die Anordnung einer Entzugsbehandlung im Vorfeld einer Begutachtung unter dem Titel der Mitwirkungspflicht im Abklärungsverfahren nicht statthaft, würde damit doch die Qualifikation des Suchtgeschehens und seiner erwerblichen Auswirkungen als zum vornherein invalidenversicherungsrechtlich irrelevant und deshalb auszuschneiden vorweggenommen (Urteil des Bundesgerichts 9C_309/2019 vom 7. November 2019 E. 4.2.2).

E. 5.2

Demgegenüber darf eine Entzugsbehandlung als Behandlungsmassnahme selbstredend (unverändert) jederzeit zur Schadenminderung angeordnet werden. Hier bei muss aber vorgängig die Zumutbarkeit einer solchen im konkreten Fall vor allem aus medizinischer Sicht umfassend beurteilt werden.

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass die grundsätzliche Behandelbarkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung einen Leistungsanspruch in der Invalidenversicherung - trotz des diesbezüglich irreführenden Wortlauts

von Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG -

nicht per se ausschliesst

(BGE 143 V 409 E. 4.2.1, BGE 127 V 294 E. 4b). Namentlich ist es nicht so, dass ein Rentenanspruch der Invalidenversicherung vor Durchführung der medizinischen Behandlung nicht zu prüfen wäre oder gar nicht erst entstehen könnte. Dieser muss nach der Geltendmachung unverzüglich geprüft werden, auch wenn in Zukunft Behandlungsmassnahmen beabsichtigt und möglich sind. Die Therapierbarkeit und/oder prognostizierte Besserungsfähigkeit eines Gesundheitsschadens stehen auch der Ausrichtung einer Invalidenrente nicht im Weg, wenn im Zeitpunkt der Prüfung des Leistungsanspruchs die Voraussetzungen erfüllt sind (Arbeitsfähigkeit von 40 % während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch und danach Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 %, Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG).

E. 5.3

Eine allfällige Rentenzusprache steht sodann

- wie immer - unter dem Revisionsvorbehalt von Art.

E. 7

) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom

E. 12

. August 2020 (Urk. 9) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 17

Abs. 1 ATSG, wobei sich revisionsrelevante Tatsachen an den Urkunden im Sinne dieser Bestimmung insbesondere aus dem Ergebnis angeordneter und zwischenzeitlich durchgeführter Eingliederungs- und Behandlungsmassnahmen ergeben

können

(vgl. BGE 122 V 77 E. 2b) . 6 . 6 .1

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). 6 .2

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.

Damit erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 10. September 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen 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.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich 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 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
GräubBabic

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