

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00704 vom 12. Dezember 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-12-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00704

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00704 du 12 décembre 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00704 del 12 dicembre 2025

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den 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 unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven 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. 1.3

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 - Abhängigkeitssyndromen 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 Abhängigkeitssyndrome (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 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).

E. 1.4

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3).

E. 1.5.1

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Bei einer Neuanmeldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine, 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.5.2

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit . a) oder auf 100 Prozent erhöht (lit . b). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterchiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3 , je mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 8C_255/2024 vom 27. Januar 2025 E. 4.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_255/2024 vom 27. Januar 2025 E. 4.1 , je mit Hinweisen).

E. 1.5.3

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen , ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungs aufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanschuldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 ; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.). 1. 6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet

sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_16/2025 vom 24. April 2025 E. 4.3.1). 2.

E. 2

6. November 2004 eine vom 1. Oktober

2003 bis 31. Mai

2004 befristete ganze Invalidenrente zu (Urk. 7/29), was sie mit Einspracheentscheid vom 17. März 2005 bestätigte (Urk. 7/50) .

Am 10. Juni 2013 meldete sich der Versicherte

neuerlich zum Leistungsbezug an (Urk. 7/57) . Die IV-Stelle verneinte mit Verfügung vom 10. April 2014 einen Leistungsanspruch (Urk. 7/91) , woran sie nach gerichtlicher Rückweisung der Sache zu ergänzenden orthopädischen Abklärungen (Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2014.00463 vom 30. September 2014, Urk. 7/96) mit Verfügung vom 21. März 2016 wiederum festhielt (Urk. 7/150) . Die dagegen erhobene Beschwerde wurde mit Urteil IV.2016.00460 vom 28. Juni 2016 neuerlich in dem Sinne gutgeheissen, dass die Sache zur weiterhin nicht durchgeführten orthopädischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wurde (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Verneinung eines Rentenanspruchs im angefochtenen Entscheid damit, dass gemäss den medizinischen Abklärungen zwar eine Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit aufgrund der psychiatrischen Einschränkung bestehe . Die Abklärung habe aber gezeigt, dass bisher keine adäquate suchtmedizinische Behandlung stattgefunden habe. Somit seien die medizinischen Massnahmen bisher nicht ausgeschöpft, auch wenn die Gutachterin von einer ungünstigen Prognose ausgehe, könne dies ohne Therapieversuch nicht tatsächlich festgestellt werden. Somit werde das Gesuch aufgrund der im Vordergrund stehenden medizinischen Behandlung abgewiesen. Unter adäquater Behandlung bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in angepasster Tätigkeit (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellt sich in seiner Beschwerde (Urk. 1) dagegen auf den Standpunkt, im Gutachten der B.____, welches beide Parteien sowie der RAD als nachvollziehbar und plausibel erachten würden, sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit seit dem 6. Juni 2017 und eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit seit Januar 2022 festgestellt worden und dies unter gleichzeitiger Berücksichtigung der noch verbleibenden Behandlungsoptionen, welche bestenfalls mittel- bis langfristig eine positive Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben könnten. Bezüglich noch möglicher Massnahmen werde eine ambulante Suchtbehandlung als sinnvoll erachtet, jedoch darauf hingewiesen, dass dadurch weder eine volle Abstinenz noch eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne, sondern Ziel eine Krankheitseinsicht und emotionale Akzeptanz der Sucht sei (S. 6 f. Ziff. 4). Bei diesem Sachverhalt könne ihm nicht angelastet werden, er habe seine Pflicht zur Schadenminderung nicht wahrgenommen und die Behandlungsoptionen nicht ausgeschöpft (S. 7 Ziff. 5). Auf die diesbezüglich vom beweismässigen Gutachten massiv abweichende RAD-Beurteilung könne nicht abgestellt werden (S. 7 f. Ziff. 6 und Ziff. 7). Sechs Monate nach seiner Neuanmeldung, mithin ab 1. Juli 2022, habe er Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (S.

8 Ziff. 8).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente ab 1. Juli 2022 (frühest möglicher Beginn des Rentenanspruchs nach der Neuanmeldung vom 4. Januar 2022, Urk. 7/238, Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG). Die Beschwerdegegnerin fällt mit der angefochtenen Verfügung eine materielle Entscheidung über den Rentenanspruch und verneinte denselben nicht wegen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht zufolge Nichterfüllung der auferlegten Behandlungsmassnahme im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG sowie Art. 7 in Verbindung mit Art. 7b Abs. 1 IVG. Dies folgt aus der Begründung des angefochtenen Entscheids und dabei insbesondere aus den ihm zugrunde gelegten, lediglich über einen QR-Code abrufbaren gesetzlichen Grundlagen (Urk. 2 S. 3). Die Beschwerdegegnerin führt in denselben die materiellrechtlichen Bestimmungen zum Rentenanspruch an, nicht aber diejenigen gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG und Art. 7 und Art. 7b IVG. Entsprechend bildet die Frage nach einer Verletzung der Schadenminderungs- oder Mitwirkungspflicht und eine damit begründete Rentenverweigerung nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids, und es gilt den Rentenanspruch des Beschwerdeführers aufgrund der Neuanmeldung vom 4. Januar 2022 materiell zu prüfen.

Die Beschwerdegegnerin ist unbestritten auf diese eingetreten, weshalb zu prüfen ist, ob seit der letzten materiellen Prüfung des Rentenanspruchs eine anspruchserhebliche Änderung eingetreten ist.

Zeitliche Vergleichsbasis bildet die leistungsablehnende Verfügung vom 16. Juli 2018 (Urk. 7/208), welche mit Urteil IV.2018.00785 vom 30. April 2019 insoweit bestätigt wurde, als dem Versicherten einzig für die Zeit vom

1. Oktober 2017 bis 31. Mai 2018 eine befristete ganze Invalidenrente zugesprochen wurde, im Übrigen aber ein Anspruch ebenfalls verneint wurde (Urk. 7/213).

3. 3.1

Wie in E. 4.1 im Urteil IV.2018.00785 vom 30. April 2019 in Würdigung der medizinischen Aktenlage und dabei insbesondere des Gutachtens der C.____ vom 6. Juni 2017 (vgl. dazu Urk. 7/213 S. 8 ff. E. 3.3) festgestellt, ist der Beschwerdeführer zufolge der angeborenen Hüftdysplasie rechts, welche am 13. Juli 2017 in einer Hüfttotalprothese mündete, und der beginnenden Dysplasiacoxarthrose links in seiner angestammten Tätigkeit auf dem Bau dauerhaft nicht mehr arbeitsfähig. Mit der Hüftoperation ging sodann eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit bis am 2. Februar 2018 auch in angepasster Tätigkeit einher (Urk. 7/213 S. 11). Den gutachterlich gestellten psychiatrischen Diagnosen einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), der Abhängigkeit von Cannabinoiden (ICD-10 12.2), zurzeit abstinent, und dem schädlichen Gebrauch von Kokain (ICD-10 F14.1), zurzeit abstinent, wurden keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (Urk. 7/213 S. 8 E. 3.3 und S. 11 ff. E. 4.3). 3.2

3.2.1

Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie E.____, Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und Prof. Dr. med. univ. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für Kardiologie und für Endokrinologie-Diabetologie, von

der B.____ stellten in ihrem Gutachten vom 3. Januar 2024 (Urk. 7/327/1-166) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7

Ziff. 4.3): - Dysplasiecoxarthrose beidseits (IGD-10: M16.7) bei - Status nach Implantation Hüft-TP rechts 2017 mit Muskelatrophie rechtes Bein von 4 cm - Bewegungseinschränkung Hüfte links - Substanzkonsumstörung durch Alkohol, ständiger Substanzgebrauch, mittelgradiger Ausprägung (DSM-5: F10.20) - Cannabiskonsumstörung (DSM-5: F12.10) - persistierende substanzinduzierte schizophreniforme psychische Störung DSM-5: F10.259/F12.259, DD: schizoaffektive Störung ICD-10: F25, DD: paranoide Schizophrenie ICD-10: F20.0

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) führten sie folgende an (S. 7

Ziff. 4.3) : - Status nach Läsion des Nervus peroneus rechts, mit motorischer Restitutio und verbliebenen sensiblen Defiziten Grosszehe rechts (ICD-10: G57.3) - depressive Störung, aktuell voll remittiert (ICD-10: F32.5)/ differenziell diagnostisch substanzinduzierte depressive Störung (ICD-10: F19.24) - Störung durch Glücksspiel (DSM-5: F63.0) - Substanzkonsumstörung durch Kokain,

gegenwärtig abstinent (ICD-10: F14.20) - somatische Belastungsstörung, subsyndromal (DSM-5: F45.1) - Verdacht auf nicht obstruktive hypertrophe Kardiomyopathie, DD Speichererkrankung nicht ausgeschlossen (ICD-10: I42.9) - arterielle Hypertonie (ICD-10: I10.0) - minimale Aortenklappeninsuffizienz (ICD-10: I35.1) - minimale Mitralklappeninsuffizienz (ICD-10: I34.0): - Nikotinabusus (ICD-10: Z72.0) - Verdacht auf

Refluxösophagitis (ICD-10: K21.0)

Die Krankheitsentwicklung fassten die Gutachter/Innen interdisziplinär kurz zusammen : Beim Beschwerdeführer liege eine Hüftdysplasie beidseits vor, wobei rechts multiple Beckenosteotomien durchgeführt und 2017 eine Hüfttotalendoprothese eingesetzt worden sei. Bereits früh seien psychische Alterationen aufgetreten . Zur ersten Berührung mit Alkohol sei es im Alter von zehn Jahren mit einem regelmässigen Konsum gekommen. Bei Heroinkonsum im Alter von 17/18 Jahren (mit einmaliger Entzugsbehandlung) habe sich im weiteren Verlauf ein Abhängigkeitssyndrom bei polyvalenter Substanzkonsumstörung (Kokain, Cannabinoide, Alkohol) entwickelt. Im Verlauf bis dato hätten weder Entzugsbehandlungen noch Langzeitentwöhnungstherapien mit suchtspezifischer Unterstützung stattgefunden. Der Verlauf der Suchtstörung zeige die Entwicklung am ehesten substanzinduzierter psychotischer sowie depressiver Phasen, so

dass eine stationäre Krisenintervention per fürsorglicher Unterbringung erforderlich gewesen sei (2022, 2023). Seit etwa 15 Jahren bestehe eine arterielle Hypertonie, im Januar 2022 sei eine schizophreniforme Störung (DD paranoide Schizophrenie, bipolare Störung) aufgeführt worden, ausserdem eine hypertrophe nicht obstruktive Kardiomyopathie, DD Speichererkrankung (S. 6

Ziff. 4.1).

Für die angestammte Tätigkeit (Hilfsarbeiter Reinigung, körperlich mittelschwer, vgl. S. 5) bestehe aus orthopädischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit , wobei sich diesbezüglich seit dem Gutachten vom 6. Juni 2017

durch den Einbau der Hüfttotalprothese nichts geändert habe, da die Belastungsfähigkeit nach der Operation reduziert bleibe und

weiterhin auch Funktionseinschränkungen der Hüfte links bestünden (S. 10 Ziff. 4.6).

Die (gemeint wohl : quantitative) Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei nur psychisch bedingt (S. 10 Ziff. 4.5) , wobei die Arbeitsfähigkeit auf 30 % geschätzt werde, dies seit Januar 2022 (S. 12 Ziff. 4.7) . Seit dem Urteil vom 30. April 2019 sei eine Veränderung in der festgestellten Psychopathologie festzustellen. Aktuell sei von einer mittelschwer- bis eher schwergradigen Ausprägung der Suchtpathologie mit der persistierenden psychotischen Symptomatik (trotz der Medikation zuletzt vor zwei Tagen) auszugehen. Die vorliegenden Daten zur Alkoholabhängigkeitsentwicklung beim Beschwerdeführer wie Lebenszeit, Alkoholmenge, Länge der Erkrankung, Dosis pro Trinkmenge, fehlende Abstinenzphasen mit Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit (persistierende psychotische sowie depressive Phasen) seien wichtige Einflusswerte. Die Konsumstörung durch Alkohol sowie die komorbide persistierende psychotische Symptomatik und die Konsumstörung durch Cannabinoide seien gemäss den gültigen Kriterien des DSM-5 festzulegen. Bei bestehender Vulnerabilität für die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in der Familie (schizophrene Psychose bei der Schwester) sei eine differenzialdiagnostische Abgrenzung zwar wichtig, aber nicht endgültig hier festzulegen. Dennoch sei es möglich, dass der Beschwerdeführer neben der Substanzkonsumstörung auch eine paranoide Schizophrenie entwickeln könne, wobei diese Diagnose erst im weiteren zeitlichen Verlauf nach sechsmonatiger voller Abstinenz von psychotropen Substanzen gestellt werden könnte. Die Veränderung des Gesundheitszustandes sei ab Januar 2022 anzunehmen (S. 13 Ziff. 4.9 und S. 14 Ziff. 2 -3).

Zur Frage medizinischer Behandlungsoptionen führten die Experten aus, die Motivationsförderung für die emotionale Akzeptanz der Suchterkrankung bleibe aus aktueller Sicht weiterhin vordergründig. Dem Versuch einer ambulanten Behandlung bei einem Facharzt mit suchtspezifischer Kompetenz auf freiwilliger Basis sollte eine Chance gegeben werden, wobei das Ziel einer vollen Abstinenz von polyvalenten Substanzen aktuell wenig realistisch erscheine. Da sich im Längsschnitt der Suchtproblematik eine Unfähigkeit oder fehlende Motivation zur Abstinenz zeige, sollte eine Suchtbehandlung auf Leidensminderung und Schadensbegrenzung statt auf die Heilung ausgerichtet werden. Da eine rein körperliche Entzugsbehandlung bei bereits seit Jahrzehnten bestehender Abhängigkeit keine ausreichende Therapie darstelle, bleibe zumindest die Reduktion der Alkoholmenge durch den Einsatz von Anti-Graving Substanzen zwecks weiterer Stabilisierung durch Reduktion der Trinkmenge notwendig (S. 12 Ziff. 4.8) .

Die psychiatrische Gutachterin verneinte Hinweise auf Aggravation, Simulation oder Verdeutlichungstendenzen (S. 69 Ziff. 4.3) und führte zur Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität an, es seien deutliche Dissimulationstendenzen festzustellen, insbesondere in Bezug auf konkrete Angaben von Häufigkeit und Menge des Konsums von psychotropen Substanzen (Alkohol, THC) bei offen sichtlich störungsbedingter fehlender Krankheitseinsicht und fehlendem Krankheitsverständnis (S. 74 Ziff. 6.2). 3.2.2

Aus kardiologischer Sicht bestehe seit 30. April 2019 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Tätigkeiten, welche nicht stark anstrengend seien (S. 94 Ziff.

E. 7

/15

E. 7.1

und S. 95 f. Ziff. 8). Die internistische Begutachtung führte zum Ausschluss einer Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 106 Ziff. 6.3).

In der neuropsychologischen Abklärung ergaben sich Hinweise auf Schwankungen in der Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers, was einer validen Beurteilung entgegenstand. Jedoch wurden vor dem Hintergrund der mutmasslich limitierten Ressourcen im Sinne eines geringen Bildungshintergrundes sowie fortgesetztem Alkohol-, Cannabis- und Kokainkonsum Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit insbesondere im attentionalen und exekutiven Bereich als denkbar erachtet (Urk. 7/327/125 Ziff. 6.3). 3.3

Dipl. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, RAD, sprach sich in seiner Stellungnahme vom 10. Januar 2024 für die Beweiskraft des B.____-Gutachtens aus und schloss sich den Schlussfolgerungen bezüglich Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit an. Auch ging er von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes im psychiatrischen Bereich aus. Die bestehende Substanzkonsumstörung von Alkohol habe im Verlauf zugenommen. In Kombination mit Cannabinoiden und früher auch anderen Drogen sei es zu einer schizophreniformen psychotischen Störung gekommen. Zusätzlich bestünden deutliche neuro-kognitive Einschränkungen, welche die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränkten.

Jedoch seien die Behandlungen nicht ausgeschöpft. Bei Aufnahme einer regel mässigen mindestens wöchentlichen suchtmmedizinischen-psychiatrischen Behandlung bei einem muttersprachlichen Behandler mit medikamentöser Therapie des Cravings und Motivation für eine teilstationäre beziehungsweise stationäre Entwöhnungsbehandlung vom Alkohol und von Cannabinoiden liesse sich bei günstigem Verlauf eine mindestens 80%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit nach zwölf Monaten erreichen (Urk. 7/332/8-10). 4.4.1

Die Parteien gehen übereinstimmend von der Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens der B.____ aus, was mit Blick auf die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.6 hiervor) nicht zu beanstanden ist. Das Gutachten beruht auf den erforderlichen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten sprachen sie sich hinreichend darüber aus, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes im massgeblichen Vergleichszeitraum stattgefunden hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_54/2021 vom 10. Juni 2021 E. 2.3 m.w.H.), weshalb bei der Überprüfung des Rentenanspruchs keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. vorstehend E. 1.5.2). 4.2

Sodann gelangten die Gutachter zur begründeten und nachvollziehbaren Ansicht, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Hüftbeschwerden in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Reinigung zu 100% arbeitsunfähig ist und unter somatischen Gesichtspunkten

lediglich noch nicht besonders anstrengende, leichte körperliche Tätigkeiten in Wechselbelastung mit Heben und Tragen von Lasten bis zu zehn Kilogramm unter Ausschluss von Zwangshaltungen und

von Tätigkeiten in Vorneige, auf Leitern und Gerüsten

sowie von knieenden und hockenden Tätigkeiten zumutbar sind (Urk. 7/327 S. 9 Ziff. 4.4 und S. 10 Ziff. 4.5). 4.3

Was den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anbelangt, gelangte die psychiatrische Gutachterin gestützt auf die klinische Untersuchung mit einlässlicher Anamneseerhebung, Symptomerfassung sowie Verhaltensbeobachtung und damit gestützt auf die wichtigsten Grundlagen gutachterlicher Schlussfolgerungen (Urteil des Bundesgerichts 8C_127/2022 vom 8. Juli 2022 E. 5.2.2 mit Hinweisen) zum nachvollziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführer an einer Substanzkonsumstörung durch Alkohol und Cannabis sowie an einer persistierenden substanzinduzierten schizophreniformen Störung leidet. Dabei berücksichtigte sie insbesondere auch die anamnestisch festgestellten deutlichen Bagatellisierungs- und Dissimulationstendenzen des Beschwerdeführers bezüglich des Suchtverhaltens (Urk. 7/327 S. 74 Ziff. 6.1 und S. 76 Ziff. 6.3) und würdigte die neuropsychologische Zusatzuntersuchung (S. 72) sowie die übrige Aktenlage in nachvollziehbarer Weise (S. 74 f. Ziff. 6.2).

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 30 %

begründete sie unter Beachtung der massgebenden Indikatoren hinreichend und einleuchtend. Es wird im Gutachten nachvollziehbar aufgezeigt, dass angesichts der komorbiden psychotischen Symptomatik und der neuropsychologischen Defizite, des Verlaufs der Konsumstörungen mit frühem Beginn sowie der krankheitsbedingten Fähigkeitseinschränkungen (unter anderem: schwere Einschränkungen bei der Durchhaltefähigkeit, der Anpassung an Regeln und Routinen, bei der Planung und Strukturierung, bei der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit

und Gruppenfähigkeit, S. 80 Ziff. 7.2) trotz nicht ausgeschöpfter Behandlungsmöglichkeiten bei fehlender Krankheitseinsicht und Ressourcen aufgrund aufrechterhaltener sozialer Strukturen sowie erhaltener Fähigkeit zur Selbstversorgung (S.

77 Ziff. 6.3, S. 79 Ziff. 7.2)

eine funktionell deutlich einschränkende mittel schwer- bis schwer ausgeprägte Suchtpathologie vorliegt (vgl. S. 76 Ziff. 6.3). Inkonsistenzen im Sinne einer Verdeutlichung oder Aggravation konnte die psychiatrische Expertin keine feststellen, vielmehr Dissimulationstendenzen bei deutlich fehlender Krankheitseinsicht und fehlendem Krankheitsverständnis (S.

69 Ziff. 4.3 und S. 74 Ziff. 6.1). Zusammenfassend ist die Gutachterin ihrer Aufgabe als psychiatrische Expertin unter Berücksichtigung der durch

BGE 141 V 281

normierten Beweisthemen und der in dieser Hinsicht bestehenden Begründungserfordernisse überzeugend nachgekommen. Es bestand und besteht deshalb kein Anlass, ihrer medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen. 4.4

Gestützt auf das beweiswertige Gutachten der B. ___ ist damit erstellt, dass der Beschwerdeführer sowohl in seiner ursprünglich ausgeübten Tätigkeit auf dem Bau als auch in jeder sonstigen körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeit

unverändert nicht arbeitsfähig und in einer seinen körperlichen und psychischen Einschränkungen angepassten Tätigkeit (vgl. zum Belastungsprofil: Urk. 7/327 S.

E. 9

). Mit Verfügung vom 16. Juli 2018 verneinte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch (Urk. 7/208). Die dagegen gerichtete Beschwerde des Versicherten wurde mit Urteil IV.2018.00785 vom 30. April 2019 in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als dem Versicherten eine vom 1. Oktober 2017 bis 31. Mai 2018 befristete ganze Invalidenrente zugesprochen wurde (Urk. 7/213). Auf die gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde des Versicherten (Urk. 7/215/2-8) trat das Bundesgericht mit Urteil 8C_427/2019 vom 4. Juli 2019 nicht ein (Urk. 7/217).

E. 11

Ziff. 4.7)

seit Januar 2022 zu 70 % eingeschränkt ist. 4.5

4.5.1

Soweit die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch mit der Begründung verneint, unter adäquater Behandlung würde eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 80 % bestehen (E. 2.1), stellt sich die Frage nach der Rolle von Behandlungspotentialen bei der Bestimmung der Arbeitsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit. Bei der Invaliditätsbemessung darf ein Behandlungserfolg gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung unter dem Titel der Pflicht zur Selbsteingliederung - einer Anspruchsvoraussetzung - vorweggenommen, das heisst unmittelbar angerechnet werden, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren (Art. 7b Abs. 1 IVG

und Art. 21 Abs. 4 ATSG) durchgeführt werden müsste, wenn der Erfolg direkt vom Verhalten der versicherten Person abhängt, indem diese selbst ohne (weitere) Hilfe von Fachleuten die Leistungskapazität realisieren könnte. Dies trifft dann zu, wenn therapeutische Vorkehren, die eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erwarten lassen (zum Beispiel Einnahme verschriebener Medikamente), aus Eigeninitiative umsetzbar sind. Insoweit geht die Selbsteingliederung dem Rentenanspruch (und auch gesetzlichen Eingliederungsleistungen) vor.

Besteht keine aus Eigeninitiative umsetzbare Selbsteingliederungspflicht, weil die versicherte Person es nicht ohne Weiteres selber in der Hand hat, Arbeitsfähigkeit herzustellen

oder auf ihre Eingliederungsfähigkeit hinzuwirken, kann bei einem noch nicht aus therapierten Leiden ein Rentenanspruch entstehen. Dies gilt auch, wenn das Behandlungspotential und die infrage kommenden therapeutischen Vorkehren abklärungsbedürftig sind. Die versicherte Person ist bei der Abklärung und Durchführung der auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands abzielenden Therapie mitwirkungspflichtig (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Die betreffenden Spielräume der Schadenminderung (Art. 7 IVG) müssen im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens definiert werden. Ob eine geplante Behandlung erfolgreich sein

wird, kann erst nach Abschluss der betreffenden Therapie beurteilt werden. Solange sie andauert, kommt ein unbefristeter Rentenanspruch infrage; hat sich der prognostizierte Behandlungserfolg realisiert (oder die versicherte Person die Mitwirkungspflicht verletzt), wird die Invalidenrente gegebenenfalls auf dem Weg der materiellen Revision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) herabgesetzt oder aufgehoben. Wenn der prognostizierte Behandlungserfolg schon im Vorhinein absehbar und terminierbar ist, kann eine befristete Invalidenrente gesprochen werden (vgl. BGE 151 V 194 E. 5.1.4 mit diversen Hinweisen). 4.5.2

Sowohl die Gutachter der B.____ als auch dipl. med. H.____ vom RAD gehen nachvollziehbar von Behandlungspotential bezüglich der Konsumstörungen aus (E. 3.2.1 und E. 3.3), wobei die vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen in beiden Fällen jedenfalls eine längere fachärztliche suchtttherapeutische Begleitung beinhalten würden und damit klarerweise nicht mittels Selbsteingliederung durch den Beschwerdeführer erfolgen können. Was den prognostizierten Behandlungserfolg anbelangt, gehen die Meinungen der Gutachter und von dipl. med. H.____ deutlich auseinander. Erstere stellen angesichts des langjährigen Verlaufs und der fehlenden Krankheitseinsicht eine zurückhaltende Prognose (E.

3.2.1) . Dipl. med. H.____

geht vom Erreichen einer mindestens 80%igen Arbeitsfähigkeit nach zwölf Monaten adäquater Therapie aus (E. 3.3), dies indes ohne nachvollziehbare Begründung und ohne Bezugnahme auf den Verlauf. Damit vermag die versicherungsinterne Beurteilung des RAD-Arztbeschlusses die gutachterliche Einschätzung nicht in Frage zu stellen und der von ihm prognostizierte Behandlungserfolg innert zwölf Monaten ist nicht überwiegend wahrscheinlich. Entsprechend ist der Rentenanspruch (vgl. nachfolgende E. 5) nicht zum vornherein zu befristen (E. 4.5.1) . 5.

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Leistungsfähigkeit, wobei der massgebliche Invaliditätsgrad für die Zeit ab 1. Juli 2022 gestützt auf die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs zu ermitteln ist (BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). Dabei ist unter Verweis auf die diesbezüglichen Erwägungen im Urteil IV.2019.00785 vom 30. April 2019 (Urk. 7/213 S. 15 ff. E. 5) das Valideneinkommen gestützt auf den standardisierten Bruttolohn gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2022 im Baugewerbe Kompetenzniveau 1, Männer, von Fr. 5'825.-- (LSE 2022, Tabelle T1_tirage_skill-Level, Ziff. 41-43) festzulegen und das Invalideneinkommen gestützt auf das Total, Männer, Kompetenzniveau 1 , derselben Tabelle von Fr. 5'305.--. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % in angepasster Tätigkeit führt dies, ohne dass Weiterungen zu einem allfälligen Abzug vom Tabellenlohn (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa) notwendig sind, jedenfalls zum Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab 1. Juli 2022 (E. 1.4).

Die Beschwerde ist mit dieser Feststellung gutzuheissen. 6.

Es bleibt abschliessend darauf hinzuweisen , dass die Existenz möglicher und zumutbarer Therapieoptionen mit Blick auf die Schadenminderungspflicht (E.

4.5.1) von Bedeutung ist , und es der Beschwerdegegnerin unbenommen ist, eine neuerliche Behandlungsaufgabe zu prüfen . Eine allfällig ungenügende Mitwirkung des Beschwerdeführers und

ein fehlender Eingliederungswille könnte n im Rahmen eines Rentenrevisionsverfahrens von Bedeutung sein und, sofern die Behandlungsaufgabe voraussetzungsgemäss erfolgte, zur ganzen oder teilweisen Renteneinstellung führen.

7.

Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 700.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 28. Oktober 2024 aufgehoben und festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. Juli 2022 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin
BachofnerGasser Küffer

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