

BL_GERICHTE 720 14 290 / 118 vom 25. August 2014

BL Gerichte, 2014-08-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_14_290_118

FR: BL_GERICHTE 720 14 290 / 118 du 25 août 2014

IT: BL_GERICHTE 720 14 290 / 118 del 25 agosto 2014

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 25. September 2014 ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 3.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im Bereich der Invalidenversicherung Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 3.2 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelbenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten

und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 299 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine).

3.3.1

Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 268 E. 3c). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbstständiger Gesundheitsschädigungen darstellen. Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (vgl. BGE 127 V 299 E. 5a) : Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich verbessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteile des Bundesgerichts vom 19. August 2013, 9C_856/2012, E. 2.2.1 und vom 11. März 2015, 8C_580/2014, E. 2.2.1).

3.3.2

Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (vgl. BGE 120 V 102 f E. 4c; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Stauffer/Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3. Aufl., Zürich 2014, Rz. 51 zu Art. 4) ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Drogensucht – einem Symptom gleich – Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 30 E. 3b); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteile des Bundesgerichts vom 19. August 2013, 9C_856/2012, E. 2.2.2 mit Hinweisen

und vom 11. März 2015, 8C_580/2014, E. 2.2.1). 3.4 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) bzw. nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der seit 1. Januar 2008 anwendbaren Fassung) hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. 3.5 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

E. 4

Ausgangspunkt bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet damit die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig bzw. im Aufgabenbereich eingeschränkt ist.

E. 4.1

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

E. 4.2

Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

E. 4.3

Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

E. 4.4

In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativoder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

E. 5

Zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

E. 5.1

Mit Bericht vom 13. April 2012 an den zuständigen Krankentaggeldversicherer diagnostizierten Dr. med. E. , Oberarzt, und Dr. med. F. , Assistenzärztin, des Dienstes G. , eine Kokainabhängigkeit bei episodischem Konsum (ICD-10 F14.26) bei Status nach schwergradiger Kokainabhängigkeit mit ständigem Substanzkonsum (ICD-10 F14.25), eine aktuell leichte depressive Störung (ICD-10 F33.1) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge

des unreifen Typs (ICD-10 F73.1), differenzialdiagnostisch eine unreife Persönlichkeitsstörung. Der Patient sei mindestens seit Behandlungsbeginn am 28. Dezember 2011 vollständig arbeitsunfähig; die Störung bestehe jedoch schon länger.

E. 5.2

Im Auftrag der Polizei H. erstattete Dr. med. I. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, am 17. Juli 2012 ein psychiatrisches Gutachten zur Fahreignung des Beschwerdeführers. Darin diagnostizierte er eine Kokainabhängigkeit (ICD-10 F14.24) sowie einen schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1). Eigenanamnestisch habe der Explorand angegeben, dass er sich in einer Lebenskrise befinde. Auslöser sei eine neue Arbeitsstelle ab April 2011 gewesen. Kokain habe er als „Selbstmedikation“ konsumiert. Vor zwanzig und vor zehn Jahren habe er an Angstzuständen gelitten. Er habe damals jeweils eine Gesprächstherapie gemacht. Im Alter zwischen 16 und 20 Jahren habe er regelmässig, zwei- bis dreimal pro Woche, THC konsumiert, dann aufgehört. Von etwa 24- bis 28-jährig habe er erneut Cannabis geraucht. Seit elf Jahren konsumiere er kein THC mehr. Der Konsum sei nach Ansicht des Exploranden vielleicht Auslöser für die Panikattacken gewesen. Kokain habe er erstmals mit etwa 20 Jahren probiert; der nächste Konsum habe 28-jährig stattgefunden. Er habe im Ausgang konsumiert, dort gehöre es schon fast dazu. Das Kokain habe ihm seine Schüchternheit und Ängste genommen. Er habe auch mehr trinken können. Im November oder Dezember 2011 sei der Konsum uferlos geworden. Er habe mehrere Tage ohne zu schlafen verbracht. Es habe sich eine Art Sucht entwickelt. Der letzte Rückfall sei vor drei Wochen gewesen und habe drei Tage gedauert. Sein Trinkverhalten sei stabil. Er trinke etwa zweimal pro Monat Alkohol; im Ausgang ein paar Bier, mit Kokain mehr. Auf Nachfrage habe der Explorand angegeben, es könnten schon so acht Bier pro Nacht sein. Problemtrinken habe er nie praktiziert, er sei nie suchtgefährdet gewesen. Dr. I. kam zum Schluss, dass eine Fahreignung aus medizinischer Sicht nicht befürwortet werden könne, solange der Explorand nicht erfolgreich eine Entwöhnungsbehandlung absolviere.

E. 5.3

Der Beschwerdeführer war im Laufe des Jahres 2013 mehrfach in der Klinik J. hospitalisiert. Im Austrittsbericht der ersten Hospitalisation vom 21. Februar 2013 bis 24. Februar 2013 stellten die behandelnden Ärzte folgende Schlussdiagnosen: psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain (akute Intoxikation, ICD-10 F14.0), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (akute Intoxikation, ICD-10 F10.0) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Abhängigkeitssyndrom, ICD-10 F10.2). Gemäss Austrittsbericht vom 18. März 2013 betreffend die zweite Hospitalisation vom 9. März 2013 bis 10. März 2013 seien beim Patienten eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2) und eine Kokainabhängigkeit (ICD-10 F14.2) zu diagnostizieren. Vom 10. April 2013 bis 11. April 2013 war der Beschwerdeführer erneut hospitalisiert. Als Schlussdiagnosen wurden am 23. Mai 2013 psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain (Abhängigkeitssyndrom, ICD-10 F14.2) und psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (akute Intoxikation, ICD-10 F19.0) festgestellt. Im Anschluss an die vierte Hospitalisation vom 30. April 2013 bis 1. Mai 2013 diagnostizierten die behandelnden Ärzte mit Bericht vom 3. Mai 2013 psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (Kokain, Amphetamin, Alkohol): psychotische Störung, ICD-10 F19.5).

E. 5.4

Im Arztbericht an die IV-Stelle vom 25. April 2013 diagnostizierte der behandelnde Psychologe K. , Ambulatorium J. , eine Kokainabhängigkeit (ICD-10 F14.24), ein schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1), eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.9) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F.33.2).

E. 5.5

Mit Bericht vom 18. November 2013 führe Dr. med. L. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, aus, dass sich der Beschwerdeführer zur Durchführung einer psychoanalytischen Behandlung bei ihm gemeldet habe. Er habe ihm – wie bereits der behandelnde Dr. med. M. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie – geraten, zunächst einen stationären Kokain-/Herointzug zu machen, da eine psychoanalytische Therapie während Drogenkonsum keine Wirksamkeit entfalten könne. Dr. L. habe den Eindruck bekommen, dass der Patient seit langem an einer Depression leide, die er mit Kokain selbst zu behandeln versuche.

E. 5.6

Der Beschwerdeführer war vom 13. Dezember 2013 bis 18. Dezember 2013 in der Klinik D. hospitalisiert. In der ärztlichen Kurzinformation zum Austritt vom 27. Dezember 2013 hielten die behandelnden Ärzte als Diagnosen Störungen durch Kokain (Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem Substanzgebrauch, ICD-10 F14.24), Störungen durch Opioide (Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig substituiert, ICD-10 F11.22), Störungen durch Tabak (Abhängigkeitssyndrom mit ständigem Substanzgebrauch, ICD-10 F17.25), einen Verdacht auf kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F61) sowie eine Läsion des Septum nasale fest. Die bei Eintritt bestehende depressive Symptomatik habe sich im Verlauf der Hospitalisation unter Abstinenz von Kokain und ausreichender Opioidsubstitution regredient gezeigt.

E. 5.7

Die Beschwerdegegnerin gab zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts bei Dr. med. N. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag, welches am 27. Januar 2014 erstattet wurde. Darin diagnostizierte Dr. N. eine psychische und Verhaltensstörung durch Kokain, ständiger Substanzgebrauch mit affektivem Syndrom (ICD-10 F14.25 und F14.7); eine psychische und Verhaltensstörung durch Opioide, gegenwärtig mit Methadonsubstitution (ICD-10 F11.22); ein Status nach psychischer und Verhaltensstörung durch Cannabinoide (ICD-10 F12) sowie eine psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20). Zur bisherigen persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung hielt Dr. N. fest, dass der Explorand mit etwa 16 Jahren angefangen habe, Drogen zu konsumieren, mit zum Teil exzessiven Cannabiskonsum. Er habe auch mit LSD experimentiert. Etwa ab 2009 habe ein zunehmender Kokainkonsum eingesetzt, oft in Kombination mit übermäßigem Alkoholkonsum. Das Suchtverhalten habe sich im Jahr 2011 nochmals akzentuiert. Nach einer kurzen abstinenten Phase in der zweiten Jahreshälfte 2012 sei es Anfang 2013 zu einem deutlichen Rückfall gekommen. Nachdem ein Heroinkonsum (Sniffen) eingesetzt habe, werde der Explorand gegenwärtig mit 160mg Methadon substituiert. Beim Exploranden liege übers Ganze gesehen eine Polytoxikomanie vor, wobei ein eindeutiger Schwerpunkt im Kokainkonsum zu setzen sei. Trotz Substitution mit einer hohen Dosis

Methadon finde ein Beikonsum von Kokain und Benzodiazepinen statt. Der Explorand sei noch nicht bei einer eigenen (Sucht-)Wirklichkeit angelangt, sondern verkenne und verdränge seinen Zustand. Daher lehne er auch eine notwendige längerdauernde Entwöhnungsbehandlung in einer stationären spezialisierten Einrichtung ab. Er brüste sich vielmehr damit, das Kokain jederzeit und ohne körperliche Entzugssymptome absetzen zu können. Jedoch zeige der Explorand die typischen Symptome einer psychischen Abhängigkeit. Er sei auf die leistungssteigernde Wirkung des Kokains angewiesen, verfallende ohne das Mittel in einen energie- und lustlosen, deprimierten Zustand. Er verliere zunehmend seine höheren Interessen, werde unruhig, schlafgestört und appetitlos. Auch die Ängste würden zunehmen. In der Untersuchung hätten unter Berücksichtigung der Anamnese keine Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsstörung gefunden werden können. Es sei unklar, auf welche Befunde sich die entsprechende Diagnose von Psychologe K. beziehe, welcher Art die Persönlichkeitsstörung sei und welchen Einfluss sie haben solle. Ebenso wenig habe ein Nachweis für eine schwere depressive Störung festgestellt werden können. Der Explorand zeige zwar ein für die Kokainsucht typisches amotivationales Syndrom. Dieses entspreche aber nicht einer unabhängigen depressiven Erkrankung, sondern sei Folge des Kokainkonsums und trete insbesondere in Abstinenzphasen auf. So werde der Zustand auch während den Monaten im zweiten Halbjahr 2012 beschrieben, als der Explorand auf Kokain verzichtete. Es bestehe folglich eine primäre Suchterkrankung. Die Suchtentwicklung habe zu einem Zeitpunkt eingesetzt, als noch keine Hinweise für anderweitige Störungen bestanden. Derzeit könnten auch keine organischen oder neurologischen Folgeschäden oder Konzentrationsstörungen beobachtet werden. Es liege auch keine suchtbedingte Wesensveränderung oder psychischer Hospitalismus vor. Einzig das beschriebene amotivationale Syndrom sei festzustellen, welches sich nach einer längeren Entwöhnungsbehandlung von selbst bessern würde. Es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor.

E. 5.8

Mit Schreiben vom 8. Mai 2014 nahm Dr. N. zu dem zwischenzeitlich eingereichten Bericht von Dr. L. vom 18. November 2013 und dem Hospitalisationsbericht der Klinik D. vom 27. Dezember 2013 Stellung und führte aus, dass beide Berichte aus der Zeit vor der Begutachtung stammten. Die dargestellte medizinische Entwicklung sei folglich in seinem Gutachten vom 27. Januar 2014 implizit berücksichtigt worden. Durch die Berichte seien keine neuen Aspekte hinzugekommen.

E. 5.9

In ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 20. Juni 2014 diagnostizierten die behandelnden Ärzte und die behandelnde Psychologin der Klinik D. beim Beschwerdeführer eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und depressiven, negativistischen, paranoiden und dissozialen Anteilen (ICD-10 F.61.0); eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F.33.1); eine Störung durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem Substanzgebrauch (ICD-10 F14.24); Störungen durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom, substituiert durch Methadon (ICD-10 F11.24); eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie eine Läsion des Septum nasale. Der Erstkonsum von Kokain habe mit ca. 18 Jahren stattgefunden; es folgte ein unregelmässiger Konsum als Partydroge. Seit etwa drei Jahren habe es eine Steigerung des Konsums gegeben. Bei einer fünfmonatigen Abstinenz-phase von August 2012 bis Januar 2013 sei es zu einer Zunahme der Depressivität gekommen. Mit 16 Jahren habe der

Patient das erste Mal Alkohol und THC konsumiert. Bei Angststörungen, Panikattacken sowie Schlafproblemen nehme der Patient Benzodiazepine. Der Erstkonsum von Heroin habe im Sommer 2013 stattgefunden im Sinne einer „zusätzlichen Behandlung der Depression“. Mit 18 Jahren habe der Patient eine angstspezifische Behandlung beim Psychiater absolviert. Er sei erneut im Alter von 32 Jahren und im Alter von 42 Jahren wegen depressiven Problemen und Panikstörungen respektive ausschliesslich wegen einem depressiven Zustandsbild in Behandlung gewesen. Zum aktuellen Zeitpunkt sei aufgrund des depressiven Zustandsbildes von einer vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Ein Zusammenhang mit der bestehenden Abhängigkeitserkrankung, wie sie Dr. N. postulierte, sei aus ihrer Sicht denkbar. Des Weiteren bestünden möglicherweise Einschränkungen der vollen Arbeitsfähigkeit im Rahmen der festgestellten Persönlichkeitsstörung. In diesem Kontext sei möglicherweise auch die bestehende Kokainabhängigkeit zu sehen. Die Ärzte und die Psychologin der Klinik D. gehen von einem primären depressivnarzisstischen Bild als zugrundliegende Problematik aus, welcher der Patient mit dem Kokainkonsum entgegenzuwirken versuchte. Aus der Anamnese könne diese Hypothese theoretisch hergeleitet, aber nicht schlüssig bewiesen werden. Der späte Beginn der Substanzstörung spreche aber für die Entwicklung einer sekundären Suchterkrankung. Beim aktuellen Konsumgeschehen von einem Gramm pro Woche sei daraus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben.

E. 5.10

Dr. O. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Stellungnahme vom 3. Juli 2014 aus, dass das Argument, die depressive Erkrankung sei der Sucht vorangegangen und habe diese ausgelöst, nicht nachvollziehbar sei. Die Sucht habe gemäss Akten und Anamnese im Jahre 1987 begonnen, somit viele Jahre vor dem erstmaligen Auftreten der depressiven Störung. Die Anamnese zeige, dass die depressive Störung durch die Sucht induziert sei, da diese sich unter kontrollierten Entzugsbedingungen verbessere. Die berufliche Anamnese zeige überdies, dass der Versicherte in den Zeiten ohne Substanzkonsum frei von Depression und Angst sowie voll arbeits- und leistungsfähig gewesen sei. Das zeitliche Zusammenfallen der Panikstörung respektive depressiven Erkrankung mit dem Substanzkonsum genüge nicht, um die Abhängigkeit als sekundäre Folgeerkrankung anzusehen. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei nicht nachvollziehbar. Es liege keine zeitlich überdauernde Verhaltensstörung vor, vielmehr normalisiere sich das Verhalten des Versicherten bei Abstinenz. Die bisweilen schwankende Behandlungseinsicht sei ein typisches Merkmal von Suchterkrankungen. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung werde mehrheitlich auch von den behandelnden Ärzten nicht gestellt. Mit den diagnostizierten suchtiinduzierten Verhaltensstörungen lägen ausserdem klare Ausschlusskriterien für eine solche Diagnose vor. Trotz des beginnenden Konsums mit 18 Jahren sei der Versicherte in der Lage gewesen, eine kaufmännische Lehre abzuschliessen und über viele Jahre hinweg ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen.

E. 5.11

Im Rahmen der vorliegenden Beschwerde reichte der Beschwerdeführer eine weitere Stellungnahme der Ärzte der Klinik D. vom 10. September 2014 ein. Darin führten diese aus, dass entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht bereits ab 1987, als der Beschwerdeführer 18 Jahre alt war, von einer Kokainabhängigkeit ausgegangen werden könne. Vielmehr habe sich der damals unregelmässige Gebrauch als Partydroge nicht auf

den Alltag ausgewirkt. Zudem könne durch diesen Substanzkonsum auch nicht von einer längerfristigen Schädigung der Gesundheit ausgegangen werden. Von einer Kokainabhängigkeit könne erst mit dem erneuten Konsumbeginn vor etwa drei Jahren gesprochen werden. Der Kokainkonsum nahm alltagseinschränkende Ausmasse an und zog somatische Gesundheitsschäden (Läsion des Septum nasale) nach sich. Die Behandlungen von Panikstörungen und depressiven Stimmungsproblematiken hätten damit lange vor der Entwicklung der Kokainabhängigkeit stattgefunden. Seit Anfang 2014 sei der Beschwerdeführer mit Ausnahme eines einmaligen Konsumereignisses abstinent. Bereits im Bericht vom 20. Juni 2014 sei erwähnt worden, dass es wahrscheinlich sei, dass der Beschwerdeführer aufgrund narzisstischkränkender Konflikte in jungen Jahren eine depressive Störung entwickelt habe, welche er zunächst mit psychiatrischer und antidepressiver Unterstützung zu kurieren versucht habe. Dementsprechend wäre es auch ableitbar, dass der im weiteren Verlauf im Sinne eines Selbstmedikationsversuches durch die Einnahme von Kokain eine Verbesserung des psychischen Zustandsbildes angestrebt und sich konsekutiv daraus eine Kokainabhängigkeit entwickelt habe. Obwohl die diagnostischen Kriterien für eine narzisstische Persönlichkeitsstörung nicht vollständig erfüllt seien, imponierten seit Behandlungsbeginn im Januar 2014 pathologischnarzisstische Verhaltensweisen.

E. 5.12

In seiner Stellungnahme vom 28. November 2014 führte Dr. O. aus, dass die Annahme, der Beschwerdeführer sei erst seit 2011 kokainabhängig, nicht überzeuge. Die Anamnese zeige vielmehr, dass der Beschwerdeführer – wie dies für den Substanzkonsum nicht unüblich sei – die Dosis und Einnahmehäufigkeit über die Jahre kontinuierlich gesteigert habe und dass anschliessend die psychischen und sozialen Folgen zugenommen hätten. Dr. I. und Dr. N. gingen übereinstimmend davon aus, dass keine zugrundeliegende psychiatrische Erkrankung vorliege. Die zeitnahen fachpsychiatrischen Akten würden die Abfolge von Substanzkonsum und induzierter psychischer Störung belegen. Dies werde im Gutachten von Dr. N. vom 27. Januar 2014 nachvollziehbar dargelegt. Aufgrund der Akten sei hinreichend belegt, dass es sich bei den Angstsymptomen im Alter von 18 Jahren um psychische Nebenwirkungen des Substanz-, namentlich des Cannabiskonsums, gehandelt habe. Aus den Angaben im Gutachten von Dr. I. vom 17. Juli 2012 könnten mehrere suchtbegünstigende, aber invaliditätsfremde Umgebungsfaktoren erkannt werden. Diese Umgebungsfaktoren und nicht eine depressive Erkrankung und anschliessende Selbstmedikation seien eigenanamnestisch als Ursachen für eine Suchtentwicklung genannt worden.

E. 5.13

Die Ärzte der Klinik D. nahmen mit Schreiben vom 8. Januar 2015 zu den Ausführungen von Dr. O. Stellung und bestritten diese. 6.1. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 25. August 2014 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vollumfänglich auf die Einschätzungen von Dr. N. und Dr. I. sowie die Stellungnahmen von Dr. O. . Demnach ging sie davon aus, dass beim Beschwerdeführer keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege. 6.2. Wie in Erwägung 4.3 hiervoor ausgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen

gelangen, bei der Beweiswürdigung grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse des Gutachtens von Dr. N. in Frage zu stellen oder davon abzuweichen. Das Gutachten weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzt sich mit den bei den Akten liegenden (abweichenden) fachärztlichen Einschätzungen auseinander und ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Das Gutachten entspricht damit den bundesgerichtlichen Vorgaben, weshalb darauf grundsätzlich abgestellt werden kann. Dies gilt umso mehr, wenn ergänzend – wie dies die Beschwerdegegnerin getan hat – auf das Gutachten von Dr. I. und die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. O. abgestellt wird.

6.3 Daran vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Soweit er geltend macht, dass bereits der Auslöser des Erstkonsums im Alter von 18 Jahren in einer Angststörung und damit in einer psychischen Erkrankung zu sehen ist, ist ihm mit Dr. O. entgegen zu halten, dass aus dem zeitlichen Zusammenfallen von Erstkonsum und Angstsymptomatik keine Aussagen über einen allfälligen Kausalzusammenhang gezogen werden können. Im Rahmen der Exploration bei Dr. I. erachtete der Beschwerdeführer selbst umgekehrt eher den THC-Konsum als möglicher Auslöser für die Angstzustände. Von einer Selbstmedikation ist in diesem Zusammenhang keine Rede. Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, dass sein Drogenkonsum sich – entgegen der Darstellung von Dr. O. – nicht kontinuierlich über die Jahre gesteigert habe. Vielmehr habe er die Drogen zunächst eingesetzt zur Bekämpfung der Angst- und Panikstörung und dann – nach einigen Jahren Abstinenz – als Reaktion auf die zunehmenden sozialen und beruflichen Schwierigkeiten ab 2011, welche wiederum auf die Persönlichkeitsstörung zurückzuführen waren. In den Akten finden sich keine vollständig widerspruchsfreien Angaben zu den abstinenten Phasen des Beschwerdeführers. Aus dem Gutachten von Dr. I. ist lediglich eine Phase im Alter zwischen 20 und 24 Jahren erkennbar, in denen der Beschwerdeführer keine Drogen einnahm. Die Beschwerdegegnerin führt in ihrer Duplik zwei Phasen von 1997 bis 2000 (28- bis 31-jährig) und von 2002 bis 2004 (33- bis 35-jährig) an, in denen der Beschwerdeführer vollständig drogenabstinent gewesen sei. Festgestellt werden kann indessen, dass es sich um wenige und verhältnismässig kurze Phasen handelte. Ferner hat der Beschwerdeführer gegenüber Dr. N. angegeben, bereits ab 2009 – und nicht erst seit 2011 – zunehmend Kokain konsumiert zu haben. Jedenfalls zeigte der Beschwerdeführer bereits deutlich vor 2011 ein erkennbares Suchtverhalten. Selbst wenn mit dem Beschwerdeführer davon ausgegangen werden könnte, dass eine Drogenabhängigkeit erst im Jahr 2011 eingetreten sei, sind den echtzeitlichen und zeitnahen medizinischen Unterlagen keine genügenden Anhaltspunkte für einen dem Suchtgeschehen zugrunde liegenden eigenständigen Gesundheitsschaden zu entnehmen. Die im Bericht des Dienstes G. vom 13. April 2012 genannten akzentuierten Persönlichkeitszüge und die leichte depressive Störung werden – ebenso wie die Verdachtsdiagnose einer unreifen Persönlichkeitsstörung – diagnostisch nicht begründet und es findet namentlich keine Abgrenzung zum Suchtgeschehen statt. Ausserdem genügen diese Diagnosen nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung in der Regel nicht, um für sich eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen (vgl. E. 3.3.2 hiervor). Auch der behandelnde Psychologe K. und Dr. L. begründen in den zitierten Berichten ihre

Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung und einer depressiven Störung nicht und grenzen diese nicht von der im Vordergrund stehenden Abhängigkeitsproblematik ab. Der Gutachter Dr. N. und der RAD-Arzt Dr. O. führen indessen nachvollziehbar und schlüssig aus, dass die funktionellen und affektiven Einschränkungen des Beschwerdeführers als Folge seines Substanzkonsums anzusehen sind. Selbst die Ärzte der Klinik D. führen in ihrem Bericht vom 20. Juni 2014 aus, dass der von Dr. N. postulierte Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und depressivem Zustandsbild denkbar sei. Dass der Abhängigkeitserkrankung eine eigenständige psychiatrische Krankheit zugrunde liege, wird in diesem Bericht als „nicht schlüssig beweisbare Hypothese“ bezeichnet. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers spricht auch seine berufliche Anamnese nicht für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. Zwar hat Dr. N. die Unregelmässigkeiten im beruflichen Werdegang des Beschwerdeführers übersehen. Diese Unregelmässigkeiten sind indessen nicht derart ausgeprägt, dass daraus Schlussfolgerungen über den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gezogen werden können. Echtzeitliche medizinische Unterlagen, welche einen Zusammenhang zwischen den beruflichen Problemen und einer gesundheitlichen Einschränkung oder auch zwischen den beruflichen Problemen und dem Suchtmittelkonsum belegen, liegen nicht vor. Die nachträglichen Einschätzungen der behandelnden Ärzte der Klinik D. genügen damit nicht, um das Gutachten von Dr. N. in Frage zu stellen (vgl. E. 4.4 hiervor). Bei diesem Ergebnis erübrigt sich eine weitere Abklärung des medizinischen Sachverhalts. 6.4 Zusammenfassend kann nach dem Ausgeführten festgehalten werden, dass aufgrund der medizinischen Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verneint werden muss, dass der Beschwerdeführer an einem der Suchterkrankung zugrundeliegenden psychischen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert leidet. Vielmehr erhebt der Gutachter Dr. N. ausschliesslich Befunde, die in der Drogenabhängigkeit des Beschwerdeführers ihre Erklärung finden und gleichsam in dieser aufgehen. Aufgrund der vorliegenden Akten bestehen ferner Anhaltspunkte dafür, dass sich die Symptomatik des Beschwerdeführers bei einer Drogenabstinenz positiv verändern oder gar wegfallen würde. Folglich ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden zu verneinen (vgl. E. 3.3.1 hiervor). Die reinen Suchtfolgen sind nicht als invalidisierend anzusehen. Dass die Suchterkrankung darüber hinaus zu einem invalidisierenden Gesundheitsschaden geführt hat, wird nicht geltend gemacht und ist aus den Akten auch nicht ersichtlich. Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 7

Es bleibt über die Kosten zu befinden.

E. 7.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten, die praxisgemäss auf Fr. 600.– festgesetzt werden, ihm zu auferlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist nun allerdings mit Verfügung vom 29. September 2014 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse.

E. 7.2

Die ausserordentlichen Kosten sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens wett-zuschlagen.

E. 7.2.1

Die Kosten eines von einer versicherten Person veranlassten Gutachtens sind vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Versicherungsträger insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (Art. 45 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG; Urteil des Bundesgerichts vom 22. März 2010, 8C_821/2009, E. 5.1 mit Hinweisen). Dies ist vorliegend nicht der Fall, so dass dem Antrag des Beschwerdeführers, die Kosten für die Berichte der behandelnden Ärzte der Klinik D. vom 10. September 2014 und vom 8. Januar 2015 seien der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, nicht stattzugeben ist (vgl. auch: Urteil des Bundesgerichts vom 1. Mai 2013, 9C_820/2012, E. 2.4).

E. 7.2.2

Da dem Beschwerdeführer in der Verfügung vom 29. September 2014 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit seiner Rechtsvertreterin bewilligt worden ist, ist diese trotz Wettschlagung der ausserordentlichen Kosten für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat – trotz entsprechender Aufforderung durch das Gericht am 22. Dezember 2014 – mit ihren Eingaben vom 29. Dezember 2014 und 3. Februar 2015 keine Honorarnote eingereicht. Das Gericht hat die Parteientschädigung folglich von Amtes wegen nach Ermessen festzusetzen (§ 18 Abs. 2 in Verbindung mit § 18 Abs. 1 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). In Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen erachtet das Gericht eine Parteientschädigung in der Höhe von pauschal Fr. 2'400.– (inklusive Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) als angemessen und es ist der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ein entsprechendes Honorar aus der Gerichtskasse auszurichten. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein pauschales Honorar in der Höhe von Fr. 2'400.– (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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