

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/256 vom 30. Dezember 1997

Sg Versicherungsgericht, 1997-12-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2015_256

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/256 du 30 décembre 1997

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/256 del 30 dicembre 1997

Regeste

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Primäres Suchtleiden verneint. Kombinierte Persönlichkeitsstörung besteht unabhängig vom Suchtleiden. Würdigung Gutachten. Anspruch auf eine ganze Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. August 2016, IV 2015/256).

Erwägungen

E. 1

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der am 23. August 2004 angemeldete Rentenanspruch des Beschwerdeführers (IV-act. 29). 1.1 Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), am 1. Januar 2004 sind die neuen Normen der 4. IV-Revision und am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des ATSG in Kraft getreten. Am 1. Januar 2012 sind schliesslich die aufgrund der IV-Revision 6A geänderten Bestimmungen des IVG in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 2. Juli 2015 ergangen (IV-act. 245), wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist (Anmeldung vom 23. August 2004, IV-act. 29), der vor dem Inkrafttreten des ATSG und der revidierten Bestimmungen der 4. und 5. IV-Revision begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über die noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen, ab 1. Januar 2008 auf die neuen Normen der 5. IV-Revision und ab 1. Januar 2012 auf die neuen Normen der 6A IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2006, I 428/04, E. 1). Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2012 gültigen Bestimmungen des ATSG und IVG wiedergegeben, soweit nicht ausdrücklich auf die altrechtlichen Bestimmungen verwiesen wird. 1.2 Anspruch auf eine Invalidenrente hat eine versicherte Person, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen nicht wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, während einer einjährigen Wartefrist durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid ist (Art. 28 Abs. 1 IVG). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze IV-Rente,

wenn sie mindestens zu 70% invalid ist; bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% besteht ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. 1.3 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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). 1.4 Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht begründen keine Invalidität im Sinn des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, welchem Krankheitswert zukommt. Dabei ist das ganze für die Sucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Was die krankheitsbedingten Ursachen der Sucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass der Sucht eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Sucht darstellt. Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt. Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Sucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen. Die Frage nach der objektiv zu verstehenden Zumutbarkeit einer Tätigkeit beurteilt sich entscheidend nach dem, was der Arzt, im Kontext der Psychiater als Facharzt, dazu sagt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2014, 8C_906/2013, E. 2.2). 1.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, 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 (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf

allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

E. 2

Zunächst zu prüfen ist die Frage, ob der medizinische Sachverhalt für die Beurteilung des Rentengesuchs spruchreif ist. 2.1 Die Beschwerdegegnerin stützte die Abweisung des Rentengesuchs in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch RAD-Arzt Dr. C.____ (30%ige Arbeitsunfähigkeit aus orthopädischer Sicht; IV-act. 238). Angesichts der gegenüber dem ZMB-Gutachten in psychiatrischer Sicht diametral widersprechenden Beurteilung (100%ige Arbeitsfähigkeit) und dem Umstand, dass RAD-Arzt Dr. C.____ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht hat, ist seine Einschätzung nicht geeignet, die Frage nach der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers schlüssig zu beantworten. Hinzu kommt, dass sich seine Ausführungen im Wesentlichen auf eine - teilweise aktenwidrige (vgl. hierzu nachstehende E. 2.2.3 und E. 2.2.5) - Kritik am psychiatrischen Teil des ZMB-Gutachtens beschränken und er keine eigene begründete Einschätzung der komplexen psychischen Situation des Beschwerdeführers vorgenommen hat. RAD-Arzt Dr. C.____ legt insbesondere nicht dar, auf welcher Befundgrundlage oder Diagnosediskussion er zu seinen Schlussfolgerungen gelangt. Die weitere Voraktenlage lässt er - namentlich bei seiner nicht näher begründeten Verneinung einer kombinierten Persönlichkeitsstörung - vollständig unberücksichtigt. Ob die Kritik von RAD-Arzt Dr. C.____ geeignet ist, die Beweiskraft des ZMB-Gutachtens zu erschüttern, wird nachfolgend beurteilt. 2.2 Die Beweiskraft des allgemein-internistischen, orthopädischen und ophthalmologischen Teils des ZMB-Gutachtens ist zwischen den Parteien unbestritten geblieben (vgl. auch die RAD-Stellungnahme vom 18. Februar 2015, IV-act. 238). Aus den Akten ergeben sich keine Gesichtspunkte, die Zweifel daran entstehen lassen. Hingegen hält die Beschwerdegegnerin den psychiatrischen Teil des ZMB-Gutachtens aus verschiedenen Gründen für nicht beweiskräftig (vgl. insbesondere die Kritik von RAD-Arzt Dr. C.____ vom 18. Februar 2015, IV-act. 238-4 f.). 2.2.1 Zwar wäre es der Vollständigkeit halber wünschenswert gewesen, wenn der psychiatrische Teilgutachter und Leiter des ZMB - wenigstens auf Nachfrage hin - eine isoliert fachpsychiatrische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kenntlich gemacht hätte. Ein Mangel an der gesamtgutachterlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, die im Rahmen einer alle Gutachter einschliessenden Konsenskonferenz erarbeitet wurde (IV-act. 233-55 ff. und -63; zur Signatur durch sämtliche Teilgutachter siehe IV-act. 233-64), ist damit allerdings nicht dargetan. Von Bedeutung für die Beurteilung des Rentenanspruchs ist nämlich allein die gesamtgutachterlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit. Es ist ferner in der Praxis nicht unüblich, dass ein fallführender medizinischer Experte die aus seinem Fachgebiet zu bescheinigende Arbeitsunfähigkeit ausschliesslich im Rahmen der gesamtgutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung - die letztlich für die Erwerbsunfähigkeit allein entscheidend ist - einfließen lässt. Sinn und Zweck der gemeinsamen Einschätzung der am Gutachten beteiligten Fachärzte ist es denn auch, - allenfalls abweichend von einzelnen Experten - eine einhellige Auffassung zu finden (Urteil des Bundesgerichts vom 22. März 2016, 9C_955/2015, E. 3.4). Im Übrigen ergibt sich aus der Diagnoseliste, welchen psychischen Leiden der psychiatrische ZMB-Gutachter einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen hat (IV-act. 233-56). Deren Schweregrad und Wirkungsweise hat er im psychiatrischen Teil sowie im Rahmen der gesamtgutachterlichen Beurteilung ausführlich

beschrieben (IV-act. 233-46 ff.; IV-act. 233-59). Er wies sodann darauf hin, dass die Persönlichkeitsstörung - unabhängig des Suchtmittelkonsums - die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflusst (IV-act. 233-60), was er auf Nachfrage hin nochmals bestätigt hat (IV-act. 237-2). Damit hat der psychiatrische ZMB-Gutachter sämtliche Gesichtspunkte und Überlegungen transparent gemacht, die in die gesamtgutachterliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung eingeflossen sind.

2.2.2 Der Vorwurf von RAD-Arzt Dr. C.____, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung sei nicht ausgewiesen (IV-act. 238-4), erweist sich als unbegründet. Der psychiatrische ZMB-Gutachter hat nicht bloss die ihm mitgeteilten Fakten zur Kindheits- und Jugendentwicklung berücksichtigt. Vielmehr stützte er seine Diagnose auf die im Rahmen der eigenen Untersuchungen und gestützt auf eine ausführliche Diskussion der Voraktenlage gewonnenen Erkenntnisse (IV-act. 233-52 ff. und -61 ff.). Die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung u.a. mit narzisstischen Zügen deckt sich sodann nicht bloss mit der Erkenntnis des psychiatrischen Gutachters der MEDAS Ostschweiz (Gutachten vom 5. November 2008, IV-act. 108, insbesondere IV-act. 108-26 ff., -31 f. und -35; zum psychiatrischen Consiliargutachten vom 10. September 2008 siehe IV-act. 108-41 ff.), sondern auch mit derjenigen der Experten der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Gutachten vom 17. Mai 1989, IV-act. 51-19 ff. [hinsichtlich der narzisstischen Züge siehe insbesondere IV-act. 51-25]; zur entsprechenden von den vom 16. bis 18. August 2011 stationär behandelnden medizinischen Fachpersonen der Psychiatrischen Klinik D.____ erhobenen Verdachtsdiagnose siehe IV-act. 195-2 und -4; vgl. auch den Bericht der Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie vom 18. Juni 2004, IV-act. 43-25 ff., und siehe auch den Bericht von E.____, Psychotherapeut SPV, vom 12. Mai 2007, IV-act. 64).

2.2.3 Die Behauptung von RAD-Arzt Dr. C.____, es bestünden Inkonsistenzen in Form von unterschiedlichen Angaben zur Menge des eingenommenen Methadons (IV-act. 238-3 und -4, je lit. d), erweist sich als aktenwidrig. Sowohl der allgemein-internistische Gutachter (IV-act. 233-32) als auch der psychiatrische Experte (IV-act. 233-50 und -56) hielten eine Menge von 70 mg fest. Diese Dosis blieb in der Folge offenbar unverändert (Bericht des KSSG vom 24. September 2015, act. G 6.1, S. 2).

2.2.4 Aus der Sicht von RAD-Arzt Dr. C.____ ist der psychiatrische Teil des ZMB-Gutachtens auch deshalb mangelhaft, da eine Differenzierung zwischen der Einnahme von Methadon "versus Beigebrauch von Heroin" nicht durchgeführt worden sei. Ob eine aktuelle Heroinbeeinflussung bestanden habe, werde nicht einmal differentialdiagnostisch erwogen. Der psychiatrische ZMB-Gutachter sei auch nicht auf die Diskrepanz zwischen der angegebenen Einnahme des Antidepressivums und dem festgestellten Medikamentenspiegel eingegangen (IV-act. 238-4). Der psychiatrische ZMB-Gutachter war darüber im Bild, dass der Beschwerdeführer "nebenbei" noch Heroin "sniffe" (IV-act. 233-50 und -54; vgl. auch die Angabe gegenüber dem allgemein-internistischen Experten in IV-act. 233-35). Dieser Beikonsum fand in die Diagnoseliste Eingang (IV-act. 233-51 oben und -56). Sodann gelangte er nachvollziehbar zur Auffassung, dass eine Drogenabstinenz keinen Einfluss auf die grundlegende Persönlichkeitsstörung habe (IV-act. 233-60). Es ist unter diesen Umständen weder ersichtlich noch von RAD-Arzt Dr. C.____ näher begründet worden, inwiefern unter dem Aspekt des Heroin-Beikonsums ein Mangel an der gutachterlichen Beurteilung besteht, zumal er in der Stellungnahme vom 11. Juni 2014 noch der Auffassung war, eine vollständige Abstinenz sei für eine aussagekräftige Begutachtung nicht erforderlich (IV-act. 227-2). Zu ergänzen bleibt, dass der vom Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung im KSSG angegebene gelegentliche nasale Konsum vor der Begutachtung bestätigt wurde. Es ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass der

Beschwerdeführer den Heroinkonsum vor oder während der Begutachtung gesteigert haben könnte und dies von den ZMB-Gutachtern übersehen worden wäre. Was die Medikation mit einem Antidepressivum anbelangt, so räumte RAD-Arzt Dr. C.____ selbst ein, dass dieses im Medikamentenspiegel nachgewiesen worden sei (IV-act. 238-4). Im Übrigen begründete er nicht und es bleibt damit unklar, inwiefern die Angabe zum Medikamentenkonsum - selbst wenn sie unzutreffend wäre -, eine mit Blick auf das für die quantitative Arbeitsunfähigkeit im Vordergrund stehende, nicht depressive Leiden einer kombinierten Persönlichkeitsstörung eine Inkonsistenz zu begründen vermöchte (siehe hierzu auch die Antwort des psychiatrischen ZMB-Gutachters in IV-act. 237-2).

2.2.5 Sodann wendet RAD-Arzt Dr. C.____ - ohne Angabe einer konkreten Fundstelle - ein, einmal werde "rezidivierende depressive Störung, ggw. leichte Episode mit Status nach multiplen Suizidversuchen" mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und dann wiederum "leichte depressive Episode" ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (IV-act. 238-5). Auch diese Kritik erweist sich insoweit als aktenwidrig, als sowohl im psychiatrischen (IV-act. 233-51) sowie im gesamtgutachterlichen Teil (IV-act. 233-57) sich die Diagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit Status nach multiplen Suizidversuchen findet. Zwar fand im psychiatrischen Teil keine Wertung der Diagnosen nach dem Gesichtspunkt des Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit statt, woraus aber kein Schluss auf die Frage nach der Arbeitsfähigkeitsrelevanz bzw. auf eine fehlende Auswirkung geschlossen werden kann. Im gesamtgutachterlichen Teil hingegen, der entscheidend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. März 2016, 9C_955/2015, E. 3.4), wird der Diagnose eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bescheinigt (IV-act. 233-56).

2.2.6 Nach der Auffassung von Dr. C.____ stehen den vom psychiatrischen ZMB-Gutachter dargelegten Funktionsbeeinträchtigungen die selbstständige Anreise an den Begutachtungsort, die Besorgung einer preiswerten Unterkunft und das Erfreuen am Szenenwechsel gegenüber. Ausserdem kümmere er sich um die Erledigung seiner basalen Alltagsangelegenheiten (IV-act. 238-5). Vorab ist darauf hinzuweisen, dass der psychiatrische und die übrigen Gutachter über sämtliche der genannten Aspekte im Bild waren und davon ausgegangen werden kann, dass sie diese im Rahmen der Gesamtbeurteilung nicht ausser Acht gelassen haben (siehe etwa IV-act. 233-48). Ferner wird dem Beschwerdeführer nicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, sondern immerhin noch eine Arbeitsfähigkeit von 20% zugemutet, was insbesondere mit dem Besorgen der "basalen Alltagsangelegenheiten" zu vereinbaren ist. Angesichts des vom Beschwerdeführer beklagten schwierigen persönlichen Umfelds an seinem Wohnort leuchtet es sodann ein, dass er zur Auffassung gelangte, ein Szenenwechsel tue ihm gut. Wie er im Übrigen zutreffend ausführt (act. G 6, Rz 4), änderte der Szenenwechsel nichts an den vom psychiatrischen ZMB-Gutachter festgestellten Befunden (u.a. "traurig, gehemmt und resigniert", zum Ganzen IV-act. 233-48 f.).

2.2.7 Die nicht begründete Einschätzung von RAD-Arzt Dr. C.____, es liege eine primäre Sucht vor (IV-act. 238-5), steht nicht nur im Widerspruch zur ZMB-Beurteilung (zum unabhängig von der Suchtproblematik bestehendem Leiden siehe IV-act. 233-60 und IV-act. 237-2), sondern auch zur Einschätzung der Experten der MEDAS Ostschweiz (zum sekundären Charakter der "Suchterkrankung" siehe IV-act. 108-34). Sie beruht offenbar wesentlich auf seiner unzutreffenden, teilweise sogar aktenwidrigen Kritik am ZMB-Gutachten.

2.3 Bei der Würdigung der Beurteilung des psychiatrischen ZMB-Gutachters fällt ausserdem ins Gewicht, dass sie auf eigenständigen Abklärungen beruht und für die streitigen Belange umfassend ist. Insbesondere verschaffte er sich ein Bild über die Ressourcen des

Beschwerdeführers. Die medizinischen Vorakten wurden sodann verwertet und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden berücksichtigt und gewürdigt. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür und solche ergeben sich namentlich auch nicht aus der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. C. ____, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Solche gehen auch nicht aus der Beschwerdeantwort vom 26. Oktober 2015 (act. G 3) hervor. Es besteht daher kein Anlass, von der polydisziplinär bescheinigten 80%igen Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten abzuweichen. Wie der psychiatrische ZMB-Gutachter in der ergänzenden Antwort klargestellt hat, besteht die gesundheitliche Einschränkung bereits seit Jahrzehnten (IV-act. 237-2). Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass bereits im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (1. August 2003; vgl. Art. 48 Abs. 2 aIVG, in der vorliegend massgebenden bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung) eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit seit mehr als einem Jahr bestanden hat.

E. 3

Im Rahmen eines mangels repräsentativer Grundlage für die Bestimmung der Vergleichseinkommen (siehe den IK-Auszug, IV-act. 34) anwendbaren Prozentvergleichs resultiert selbst bei einem allfälligen Verzicht auf einen Tabellenlohnabzug ein Invaliditätsgrad von 80% und damit ein Anspruch auf eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. August 2003 (vgl. vorstehende E. 2.3).

E. 4

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen, die Verfügung vom 2. Juli 2015 aufzuheben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. August 2003 eine ganze Rente zuzusprechen. Die Sache ist im Sinn der Erwägungen zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. 4.3 Die Zusprache einer Parteientschädigung gemäss Art. 61 lit. f ATSG fällt ausser Betracht, da der Beschwerdeführer durch das Sozialamt vertreten wird (vgl. die im Entscheid des Versicherungsgerichts vom 18. November 2011, IV 2009/341, E. 5.2, begründete Praxisänderung). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 2. Juli 2015 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. August 2003 eine ganze Rente zugesprochen. Die Sache wird im Sinn der Erwägungen zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

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