

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00130 vom 9. August 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-08-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2006.00130](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00130)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00130 du 9 août 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00130 del 9 agosto 2006

## Erwägungen

### E. 3

3.1. Dr. med. A. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, nannte im Bericht vom 22. Januar 2004 die folgenden Diagnosen (Urk. 7/16 S. 3 lit. A):

Alkoholabhängigkeit vom Typ des Pegeltrinkens, in geschützter Umgebung jedoch abstinenter

reaktive, depressive Episode, schwierigste psychosoziale Situation

Status nach Cannabis- und Kokainabusus, Nikotinabusus

Viermalige Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik B. \_\_\_\_, letzte Hospitalisation freiwillig vom 13. Januar bis 3. April 2003

Mit Hilfe der akuten Therapie habe der Beschwerdeführer in den letzten Monaten stabilisiert werden können. Abstriche oder schwerste depressive Episoden seien nicht mehr aufgetreten. Der Beschwerdeführer sei relativ selbstständig und arbeitswillig. Falls sich eine geeignete Beschäftigung anbiete, könne diese auch versucht werden. Der Beschwerdeführer dürfe nicht überfordert werden; er könne durchaus angenehm im Umgang sein (Urk. 7/16 S. 3 hinten).

Er sei seit der Hospitalisation zu 100 % arbeitsunfähig. Im Jahre 2003 habe er einen Monat gearbeitet. Er habe eine Ausbildung im kaufmännischen Bereich gemacht und die Taxi-Prüfung bestanden. Im Moment sei er stellenlos (Urk. 7/16 S. 3 lit. B). Aufgrund der Anamnese und unsicheren Prognose müsse der Beschwerdeführer weiterhin als zu 100 % arbeitsunfähig eingestuft werden. Aufgrund des Verlaufes sollte ihm ab Oktober 2002 eine 100%ige IV-Rente gewährt werden (Urk. 7/16 S. 3 hinten).

Die Frage, ob beim Beschwerdeführer eine berufliche Umstellung zu prüfen sei, sei schwierig zu beantworten (Urk. 7/16 S. 2 hinten).

3.2. Med. pract. C. \_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. D. \_\_\_\_, Assistenzärztin, Psychiatrische Klinik B. \_\_\_\_, diagnostizierten im Bericht vom 28. Januar 2004 in Ergänzung zur Alkoholabhängigkeit einen sporadischen Cannabiskonsum (ICD-10: F12.20) sowie einen Status nach Kokainabusus (ICD-10: F14.20; Urk. 7/15 S. 1 lit. A).

Beim Beschwerdeführer bestehe auf dem Hintergrund der vorbelasteten familiären Situation eine langjährige Alkoholabhängigkeit. Die von ihm als lieblos beschriebene Mutter habe ebenfalls unter einer solchen gelitten. Der Vater sei in seiner Persönlichkeitsstruktur eher labil gewesen und habe dem Beschwerdeführer

wenig Halt gegeben, sodass sich seine Persönlichkeit in der Kindheit und im jungen Erwachsenenalter nur wenig habe festigen können. Die in der Jugendzeit erfolgten Diebstähle, die zu einer Fremdplatzierung in einem Heim geführt hätten, seien als Zeichen des wenig haltgebenden familiären Umfeldes zu sehen. Der Beschwerdeführer trinke seit seiner Jugendzeit regelmässig Alkohol mit zwischenzeitlich abstinenter Phasen. Er habe deswegen seine Lehre als kaufmännischer Angestellter nicht beenden können und sei dann in verschiedenen Berufssparten tätig gewesen, zuletzt in einer Firma als Teilhaber mit seiner Ex-Ehefrau. Der Konkurs dieser Firma habe zur Verschuldung des Beschwerdeführers geführt (Urk. 7/15 S. 4 oben).

Der Beschwerdeführer habe vom 13. Januar bis 3. April 2003 letztmals in der Klinik gewilt. Damals sei bekannt gewesen, dass er seit Januar 2003 arbeitslos gemeldet war. Als er im April 2003 aus der Klinik ausgetreten sei, habe er eine Anstellung in einer Taxi-Unternehmung zugesichert gehabt (Urk. 7/15 S. 1 lit. B). Berufliche Massnahmen seien bei ihm nicht angezeigt (Urk. 7/15 S. 2 lit. C Ziff. 3).

Die Prognose bezüglich der langjährigen Alkoholabstinenz sei aufgrund der Erfahrungen während des Klinikaufenthaltes eher schlecht, zumal sich der Beschwerdeführer nicht in eine längerfristige suchtspezifische Therapie habe begeben wollen. Es sei ihm aber immer wieder gelungen, Fuss in der Arbeitswelt zu fassen und sich eine Existenz aufzubauen (Urk. 7/15 S. 4 unten).

3.3 In dem im Auftrag der Beschwerdegegnerin gestützt auf Aktenstudium und persönliche Untersuchung erstellten Gutachten vom 19. Mai 2004 erklärte Dr. med. E. \_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der Beschwerdeführer leide unter einer langjährigen Alkoholabhängigkeit, einer weiter bestehenden Kokainabhängigkeit und einer sich seit den letzten Jahren manifestierenden Benzodiazepinabhängigkeit (Urk. 7/14 S. 10).

Die letzte stationäre Intervention anfangs des Jahres 2003 habe möglicherweise eine Kehrtwendung bezüglich der langjährigen chronischen Alkoholabhängigkeit gebracht. Es liege heute glaubhaft keine Alkoholabhängigkeit vom Typ des Pegeltrinkens mehr vor. Aktuell könne am ehesten von einer Alkoholabhängigkeit vom Typ des Absturztrinkens gesprochen werden, mit allen Anzeichen einer begleitenden Alkoholintoleranz. Es sei damit zu rechnen, dass selbst bei geringeren Alkoholmengen erhebliche psychosomatische Reaktionen eintreten können (Urk. 7/14 S. 10 f.).

Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass der Kokainmissbrauch der Vergangenheit angehöre. Bei allen grösseren Abstrichen habe der Kokainkonsum eine grosse Rolle gespielt, was den Beschwerdeführer selber verunsichere und alarmiere (Urk. 7/14 S. 11).

Der Beschwerdeführer habe nebenbei über die regelmässige Stilnox- und Lexo-tanil-Einnahme berichtet. Es handle sich hierbei indirekt um eine Art Alkoholsubstitution. Zur Beruhigung und Schlafstörung würden heute Benzodiazepine getrunken. Dies führe einerseits zu einer Alkoholentlastung, andererseits würden aber andere Komplikationen drohen, im Sinne von paradoxen Schlaf- und Angststörungen (Urk. 7/14 S. 11).

Es kämme aus psychiatrischer Sicht nicht der geringste Zweifel daran bestehen, dass der Beschwerdeführer an einer deutlichen alkohol-/drogen-/hirnbedingten Wesensänderung und unübersehbaren Persönlichkeitsdepravation leide. Er wirke ausgebrannt, insuffizient und in verschiedenen Bereichen abgebaut, sowohl im kognitiven als auch im affektiven Bereich. Diese Entwicklung scheine irreversibel zu sein (Urk. 7/14 S. 11).

Ferner bestehe der dringende Verdacht, dass der Beschwerdeführer an einer IV-relevanten, emotional instabilen und dissozialen Persönlichkeitsstörung und Verhaltensauffälligkeit leide (ICD-10: F60.3/F60.2). Züge dieser Auffälligkeit hätten sich bereits in der Schulzeit beobachten lassen und seien weiter zu verfolgen, über das Jugend- und Adoleszenzalter hinaus. Dabei möge unter anderem das gestörte Elternhaus eine Rolle gespielt haben; die Mutter sei Alkoholikerin gewesen und habe die Erziehung der Kinder der eigenen Mutter überlassen. Da der Beschwerdeführer einer Gang angehört habe und verschiedene Kleindelikte verübt habe, habe ein kurzer Heimaufenthalt stattgefunden, ohne die weitere Entwicklung positiv zu beeinflussen (Urk. 7/14 S. 12).

Der Beschwerdeführer habe es bis heute zu verhindern gewusst, in ein eigentliches Clochard-Stadium zu verfallen. Heute werde der Alkohol- und Kokainkonsum im Wesentlichen kontrolliert und durch Benzodiazepine ersetzt. Über Frauen, die in unterstätzen, sichere er sich ein Mindestmass an sozialer Kontrolle, nebst den Auflagen durch das Sozialamt (Urk. 7/14 S. 12 unten).

Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer keiner festen, angestammten Tätigkeit nachgegangen sei. Obschon diesbezüglich aus Zeitgründen keine detaillierte Exploration vorgenommen worden sei, sei mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der Beschwerdeführer immer wieder verschiedenen Tätigkeiten nachgegangen sei, welche er immer wieder abgebrochen habe.

Es erscheine auch fraglich, ob der Beschwerdeführer je in der Lage gewesen sei, während mehreren Jahren ein eigenes Geschäft zu führen. Es bleibe die Vermutung, dass das Geschäft im Wesentlichen durch die Ex-Frau geführt worden sei und der Beschwerdeführer sich mit fremden Federn schmücke. Es sei nämlich der Verdacht nicht auszuschliessen, dass er aufgrund seiner schweren Suchtproblematik und Persönlichkeitsauffälligkeit keiner geregelten, profitablen Tätigkeit habe nachgehen können (Urk. 7/14 S. 12 f.).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe im Untersuchungszeitpunkt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Da gegenwärtig wenigstens die Alkohol- und Kokainproblematik kompensiert sei, bestehe keine Handhabe, um eine stationäre, längerfristige Behandlung und Rehabilitation zu fordern. Seitens des Beschwerdeführers bestehe nicht die geringste Behandlungsmotivation, was zu einem grossen Teil auf die fehlende Krankheitseinsicht, bedingt durch Wesensveränderung und Persönlichkeitsdepravation sowie die Wirkung von Benzodiazepinen zurückzuführen sei (Urk. 7/14 S. 13 Mitte).

Bezüglich der Frage einer Tätigkeit in einem geschätzten Arbeitsbereich zeige der Beschwerdeführer keine Compliance, trotz aller Klagen und dem Wunsch nach einer beruflichen Integration. Der leichte Anflug hochstaplerischen Verhaltens mache Tätigkeiten im Behindertenbereich für die pseudostabile und

narzisstische Persönlichkeit unmöglich.

Insbesondere sei von einer schlechten Prognose auszugehen, da irreversible Auffälligkeiten und Störungen vorliegen würden, welche durch ein Aufflammen der Suchtproblematik exazerbieren könnten. Ohne den ausdrücklichen Versuch rehabilitativer Massnahmen sei nur vage zu beurteilen, ob je wieder eine Arbeitfähigkeit über 30 bis 50 % erreicht werden könne (Urk. 7/14 S. 13).

3.4 Im Bericht vom 11. April 2005 hielt Dr. med. G. \_\_\_\_, Leitender Arzt Radiologie, Medizinisches Diagnose-Zentrum H. \_\_\_\_, fest, es beständen beim Beschwerdeführer fortgeschrittene degenerative Veränderungen an den unteren drei lumbalen Bandscheiben, L3/4, L4/5 und L5/S1 (Urk. 7/5/3).

3.5 Im Bericht vom 16. November 2005 bestätigten I. \_\_\_\_, lic. phil., Psychologin FSP, Fachstelle für Alkoholprobleme J. \_\_\_\_, Dr. med. K. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. med. A. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, dass der Beschwerdeführer seit November 2004 auf der Fachstelle für Alkoholprobleme in Behandlung sei. Aufgrund des bisherigen positiven Verlaufes unterstützten sie den Antrag an die Invalidenversicherung (Urk. 3/4).

Dr. K. \_\_\_\_, erklärte im Bericht vom 30. Januar 2006, er behandle den Beschwerdeführer seit Juli 2005. In Ergänzung zum Gutachten habe er zusätzlich die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung gestellt. Die nachfolgende Behandlung mit Methylphenidat führe zu einer deutlichen Verbesserung der Aufmerksamkeit und damit auch der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers (Urk. 3/6).

#### E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer versuchte sich bereits in den Jahren 1992 bis 1999 (vgl. Urk. 7/30 S. 4 Ziff. 6.3.1), zusammen mit seiner Ex-Frau, als selbständig Erwerbstätiger. Nach Aussagen des Beschwerdeführers scheiterte diese Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen; er habe aufgrund seiner Krankheit unter Aussetzern gelitten und sei nicht in der Lage gewesen, die Erfolge, welche sich anfangs eingestellt hätten, umzusetzen (vgl. Urk. 1 S. 1). Aus den Akten geht denn auch hervor, dass über die Firma letztlich der Konkurs eröffnet wurde und sich der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang verschuldete (vgl. Erw. 3.2 vorstehend).

Aus den medizinischen Akten ist zudem ersichtlich, dass die Suchterkrankung des Beschwerdeführers vier stationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik zur Folge hatte (vgl. Urk. 7/16 S. 3 lit. A). Zwar habe sich seit dem letzten Klinikaufenthalt im Jahre 2003 sein Gesundheitszustand dahingehend verändert, dass nicht mehr eine Alkoholabhängigkeit vom Typ des Pegeltrinkens, sondern nunmehr vom Typ des Absturztrinkens vorliege (vgl. Urk. 7/14 S. 1; S. 10).

Als Folge seiner Suchterkrankung wurde eine alkohol-, drogen- und hirnbedingte Wesensveränderung mit unübersichtlicher Persönlichkeitsdeprivation diagnostiziert und der Verdacht geäussert, dass der Beschwerdeführer an einer für die Invalidenversicherung relevanten, emotional instabilen und dissozialen Persönlichkeitsstörung sowie Verhaltensauffälligkeit (Urk. 7/14 S. 11) leide. Seit neuestem steht der Beschwerdeführer auch aufgrund einer Aufmerksamkeitsstörung in medizinischer Behandlung (vgl. Urk. 3/6).

4.1 Von denjenigen Ärzten, welche sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äußerten, wurde er als nicht arbeitsfähig eingestuft (Erw. 3.1 ff. vorstehend).

4.2 Aus dem Gesagten folgt, dass es aufgrund des unbestrittenen Ermessens noch immer angeschlagenen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, als ausgeschlossen erscheint, dass er als selbständiger Anbieter von Chauffeur- und damit verbundenen Dienstleistungen (z.B. Einkäufe; vgl. Urk. 7/5/5) seinen Lebensunterhalt verdienen könnte. Seine Suchterkrankung ist aktuell lediglich mittels Einnahme von Benzodiazepinen kompensiert; daraus ergeben sich aber bezüglich des künftigen Krankheitsverlaufs erhebliche Unsicherheiten. Zwar geht aus dem Bericht der Fachstelle für Alkoholprobleme hervor, dass die gesundheitliche Entwicklung des Beschwerdeführers einen positiven Verlauf genommen habe (vgl. Urk. 3/4), doch kann deshalb noch nicht auf eine derartige Stabilisierung geschlossen werden, wie sie für die erfolgreiche Ausübung der selbständigen Tätigkeit erforderlich wäre.

4.3 Es stellt sich auch die Frage, ob sich die Tätigkeit als Chauffeur für den Beschwerdeführer wirklich eignen und als zweckmäßig erweisen würde, zumal er unter nicht unerheblichen Rückenproblemen mit Ausstrahlung in die Beine leidet (vgl. Urk. 7/5/3) und es sich bei der Tätigkeit als Chauffeur erwiesenermaßen nicht um eine rückenschonende Arbeit handelt. Problematisch könnte sich auch die Einnahme von Benzodiazepinen auf seine Fahrfähigkeit auswirken, da das Lenken von Fahrzeugen im sedierten Zustand sowohl für den Beschwerdeführer, die Mitfahrer aber auch für die anderen Verkehrsteilnehmer eine Gefahr darstellen könnte.

4.4 Weiter bestehen auch hinsichtlich einer längerfristigen Finanzierung des geplanten Dienstleistungsbetriebs erhebliche Zweifel.

4.5 Seit der Konkursöffnung vor einigen Jahren ist der Beschwerdeführer ohne längerdauernde, feste Anstellung geblieben, weshalb nicht davon ausgegangen werden kann, dass er sich zwischenzeitlich finanziell erholt hat. Die ihm seit 1. Januar 2004 zustehende Invalidenrente (Urk. 7/7) kann dabei nicht als existenzsichernd berücksichtigt werden. Somit erscheint auch aus finanzieller Sicht die erfolgreiche Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit als nicht realistisch.

4.5 In persönlicher Hinsicht ist darauf hinzuweisen, dass der im Zeitpunkt des Einspracheentscheidens 50-jährige Beschwerdeführer - abgesehen von seiner selbständigen Erwerbstätigkeit im Bereich des Kosmetikvertriebs, bei der unklar ist, welcher Anteil er tatsächlich übernommen hatte - noch nie über einen längeren Zeitraum erwerblich tätig war (vgl. Urk. 7/30 S. 4 Ziff. 6.3.1; Urk. 7/14 S. 12). Aufgrund der mangelnden beruflichen Erfahrung, der lediglich als kompensiert beurteilten Suchterkrankung und der aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur und psychologischen Disposition hinsichtlich der Eingliederung in die Berufswelt ungünstigen Prognose (Urk. 7/14 S. 13; Urk. 7/15 S. 2 hinten; Urk. 7/16 S. 3 hinten) erscheint die Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit auch aus persönlichen Gründen nicht sinnvoll. Daran vermag auch der Bericht der Fachstelle für Alkoholprobleme nichts zu ändern (vgl. Urk. 3/4), spricht er doch lediglich pauschal von einem positiven Verlauf und begründet nicht, in welchem Stadium der Genesung oder Stabilisierung sich der Beschwerdeführer konkret befindet.

Beim Aufbau eines eigenen Geschäftes würden vom Beschwerdeführer ein erheblicher Effort und Durchhaltevermögen gefordert; zwei Merkmale, die er aufgrund seiner bisherigen Krankheitsgeschichte im Berufsleben noch nicht unter Beweis stellen konnte.

4.6 Ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen setzt im Weiteren voraus, dass die versicherte Person eingliederungsfähig ist. Hierbei handelt es sich um die zentrale Voraussetzung für die Zusprechung von beruflichen Massnahmen.

Da dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert wurde, ist auch diese Voraussetzung - zumindest zur Zeit - nicht erfüllt. Aufgrund der gegebenen Umstände wäre es für den Beschwerdeführer wohl sinnvoller, sollte der von der Fachstelle für Alkoholabhängige beschriebene Verlauf anhalten und dem Beschwerdeführer wieder eine Arbeitsfähigkeit attestiert werden, vorerst in einer vorgegebenen Struktur zu arbeiten, das heisst eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis anzunehmen.

## E. 5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Voraussetzungen von Art. 18 IVG und von Rz 6007 KSBE vorliegend nicht erfüllt sind. Der angefochtene Entscheid ist deshalb zu bestätigen, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- F. \_\_\_\_\_

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherung

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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