

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01000 vom 18. Juni 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-06-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.01000](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01000)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01000 du 18 juin 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01000 del 18 giugno 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

1.3. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis gemäss den Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestufte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396). Eine solche Diagnose ist eine rechtlich notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (BGE 132 V 65 E. 3.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten (BGE 127 V 294 E. 5a), oder mit anderen Worten, ob die diagnostizierte Störung mit zumutbarer Willensanstrengung

überwindbar wäre (BGE 131 V 49 E. 1.2; Urteil des Bundesgerichts I 203/06 vom 28. Dezember 2006 E. 4.1). Diese Frage beurteilt sich nach einem weitgehend objektivierbaren Massstab unter Ausschluss von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die auf aggravatorisches Verhalten zurückzuführen sind (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 und 2.2.4; BGE 127 V 294 E. 4b/cc; Urteil des Bundesgerichts I 772/06 vom 11. April 2007 E. 4.1). Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

1.4.4.4 Alkoholismus wie auch Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit begründet für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird er invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 2). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht beziehungsweise die Drogensucht oder die Medikamentenabhängigkeit massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist (Urteile des Bundesgerichts I 758/01 vom 5. November 2002 E. 3.2, und I 390/01 vom 19. Juni 2002 E. 2b). Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht beziehungsweise der Drogensucht oder der Medikamentenabhängigkeit betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Suchtgeschehen eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache des Suchtgeschehens darstellt (Urteil des Bundesgerichts I 192/02 vom 23. Oktober 2002 E. 1.2.2 mit Hinweis); es genügt nicht, wenn es sich nur um eine ganz untergeordnete Teilursache handelt (nicht veröffentlichtes Urteil des Bundesgerichts I 130/93 vom 29. August 1994). Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt (BGE 99 V 28 f. E. 2; Urteil des Bundesgerichts I 940/05 vom 10. März 2006 E. 2.2; erwähntes Urteil I 758/01 E. 3.1). Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen dem Suchtgeschehen und

einem krankheitswertigen psychischen Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen. Um diese Frage beantworten zu können, sind Verwaltung und Gericht auf möglichst detaillierte medizinische Auskünfte über die Verhältnisse zur Zeit der Entstehung der Alkoholsucht auf der einen und der allfälligen psychiatrischen Komorbidität auf der andern Seite sowie über den allfälligen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beiden Aspekten angewiesen (vgl. zur Bedeutung medizinischer Auskünfte zur Bestimmung der Invalidität BGE 115 V 133 E. 2; BGE 124 V 265 E. 3c mit Hinweis, 99 V 28 E. 2; SVR 2001 IV Nr. 3 S. 7 E. 2b; AHI 2002 S. 30 E. 2a, 2001 S. 228 f. E. 2b mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts I 169/06 vom 8. August 2006 E. 2.2 und 4.2 mit Hinweisen und des Bundesgerichts 8C\_672/2010 vom 27. September 2010 E. 2).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

Ä

2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä

2.1Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 21. September 2010 (Urk. 2) davon aus, dass die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers vor allem durch die Drogensucht verursacht werde, und dass eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende, komorbide psychiatrische Störung nicht ausgewiesen sei.

2.2Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer brachte hiegegen vor, dass die Arbeitsunfähigkeit nicht ausschliesslich durch die Polytoxikomanie, sondern mindestens teilweise durch eine psychische Komorbidität im Sinne einer mittelschweren rezidivierenden depressiven Störung und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung verursacht werde (Urk. 1 S. 3). Bei der Drogensucht handle es sich einerseits um die Folge einer vorbestehenden Erkrankung. Andererseits habe die Drogensucht ihrerseits eine psychische Störung verursacht (Urk. 20 S. 2).

3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä

3.1Ä Ä Ä Ä Dr. med. Z.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, diagnostizierte in seinem Bericht vom 16. April 2002 eine schwere Polytoxikomanie (Heroin, Kokain, Benzodiazepine, Cannabis) und erwähnte, dass er den Beschwerdeführer seit Februar 1995 behandelt habe, und dass es seither beim Beschwerdeführer zu einer Verwahrlosung und Verelendung gekommen sei (Urk. 8/10/8).

3.2Ä Ä Ä Ä Die Ärzte des Arztdienstes der Suchtbehandlung A.\_\_\_\_ stellten im Austrittsbericht vom 21. August 2007 (Urk. 8/12/37) die folgenden Diagnosen:

- Opiatabhängigkeit unter Substitution mit Methadon mit intermittierendem Beigebrauch
- Benzodiazepinabhängigkeit

- rezidivierende depressive Störung
- psychosoziale Erschöpfung
- Status nach Distorsionstrauma des rechten oberen Sprunggelenks im August 2007
- Status nach Lungenembolie mit Lungeninfarkt im April 2005
- Status nach Infektionen mit Hepatitis A, Hepatitis B und Hepatitis C
- HIV-Status negativ

Der Beschwerdeführer sei am 24. Juli 2007 mit dem Ziel eines Benzodiazepin- und Kokainentzugs eingetreten. In Anbetracht seines Gesundheitszustandes und der Substanzanamnese sei auf Benzodiazepin- und Methadonabbau verzichtet worden. Nach einem Rückfall mit Kokainkonsum sei der Beschwerdeführer am 20. August 2007 ausgetreten.

Die Ärzte der sozialmedizinischen Krankenstation B.\_\_\_\_ diagnostizierten mit Bericht vom 26. September 2007 (Urk. 8/16/71) unter anderem eine psychosoziale Erschöpfung, eine Somatisierungsstörung, eine rezidivierende depressive Störung und eine Polytoxikomanie mit intravenösem missbräuchlichem Konsum von Heroin und Kokain.

In ihrem Bericht vom 24. November 2007 (Urk. 8/12/7-12) nannten die Ärzte der sozialmedizinischen Krankenstation B.\_\_\_\_ unter anderem folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1):

- kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoiden, anankastischen, asthenischen und anhänglich-abhängigen Zügen
- rezidivierende depressive Störung, zur Zeit symptomfrei, vorher mittelgradige Symptomatik
- Verdacht auf Dysthymia
- Polytoxikomanie (Heroin, Kokain, Benzodiazepine), in ärztlich überwachtem Methadonprogramm
- Status nach venösem Ulcus cruris links
- Verdacht auf Protein-S-Mangel
- chronische Hepatitis C

Der Beschwerdeführer konsumiere seit 2 Jahren täglich maximal 1 bis 2 Joints THC (Tetrahydrocannabinol). Kokain und Heroin konsumiere er gegenwärtig nur noch sporadisch. Er nehme sodann täglich 2 bis 3 Tabletten Valium ein (S. 2). Im Rahmen des Methadonprogramms habe sich der internistische und psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stabilisiert. In psychischer Hinsicht sei vorerst eine schizoide oder asthenische Persönlichkeitsstörung vermutet worden. Da die Merkmale indes zu wenig ausgeprägt erschienen, handle es sich vermutlich eher um eine schizoide und asthenische charakterneurotische Entwicklung. Eine Integration des Beschwerdeführers im freien Arbeitsmarkt sei illusorisch, da bis anhin schon die geringsten tagesstrukturierten Therapieversuche gescheitert seien (S. 4 Ziff. 4.7).

Â Â Â Â Â Â Â Â Mit Austrittsbericht vom 11. Februar 2008 (Urk. 8/24/20-21) betreffend die Hospitalisation vom 23. Januar bis 10. Februar 2008 diagnostizierten die Ärzte der sozialmedizinischen Krankenstation B.\_\_\_\_ unter anderem eine Bakteriämie mit Staphylococcus aureus, einen Status nach generalisierter Impetigo contagiosa, einen Status nach immobilisierenden Schmerzen bei lokaler Infektion im Bereich des rechten Knies, eine Polytoxikomanie mit intravenösem missbräuchlichem Konsum von Heroin und Kokain, eine Somatisierungsstörung und eine rezidivierende depressive Störung. Der Beschwerdeführer habe die Krankenstation in gutem Zustand und ohne Anhaltspunkte für Fremd- und Selbstgefährdung auf eigene Veranlassung vorzeitig verlassen (S. 1).

3.4 Â Â Â Â Die Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_ erwähnten in ihrem Bericht vom 15. April 2008 (Urk. 8/24/22-23), dass der Beschwerdeführer nach dem Spritzen von Heroin und Kokain in die linke Halsvene unter starken Schmerzen am linken Hals mit Ausstrahlung in den Hinterkopf gelitten habe, und diagnostizierten eine Thrombose der Vena jugularis interna, welche mittels Blutverdünnung behandelt worden sei.

3.5 Â Â Â Â Am 5. November 2008 erstatteten die Ärzte des Instituts D.\_\_\_\_ (D.\_\_\_\_) ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/24/1-12). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 5 ff.) und die von ihnen am 9. September 2008 durchgeführten internistisch/allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Untersuchungen (S. 1, S. 6 ff.).

Â Â Â Â Â Â Â Â Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10 Ziff. 5.1):

- Polytoxikomanie
- konsekutiv multiple, wechselnde und auch persistierende Folgeerkrankungen
- Anstrengungsdyspnoe New York Heart Association (NYHA) II bis III unklarer Ätiologie
- Status nach abszenderender Pneumonie Oberlappen links Februar 2008 (Stadtspital Waid)
- Status nach Thrombose der Vena jugularis interna April 2008 (Spital C.\_\_\_\_)
- Status nach Lungenembolie mit Lungeninfarkt April 2005
- CRP-Erhöhung unklarer Ätiologie
- Hepatitis C
- Status nach Hepatitis A und B
- aktuell Transaminasen im Normbereich

Â Â Â Â Â Â Â Â Zur Anamnese führten die Gutachten aus, der Beschwerdeführer habe eine Berufslehre als Bäcker-Konditor wegen der belastenden Arbeitszeiten abgebrochen. Anschliessend habe er eine Lehre als Hilfelektriker erfolgreich abgeschlossen und während fünf Jahren in einem Speditionsunternehmen gearbeitet. Bis zu seinem 21. Lebensjahr habe er unter keinen wesentlichen gesundheitlichen Problemen gelitten. Insbesondere habe er unter keinen psychischen Problemen gelitten und sei auch nie wegen psychischer Probleme ärztlich behandelt worden. Durch eine Kollegin sei er erstmals mit Heroin und Kokain in Kontakt gekommen. Seit 1987 sei er kokain- und

heroinabhängig. Daneben konsumiere er auch Cannabis. Zahlreiche Entzugsbehandlungen seien bisher erfolglos geblieben. Es handle sich um eine primäre Drogenabhängigkeit, da der Beschwerdeführer zu Beginn der Drogenabhängigkeit im 21. Lebensjahr unter keinen wesentlichen psychischen Störungen gelitten habe. Es beständen auch keine Hinweise auf geistige oder psychische Abbauerscheinungen (S. 8). Der Beschwerdeführer habe die Hoffnung aufgegeben, ohne den Konsum psychoaktiver Substanzen leben zu können und zeige keine Motivation, sich einer Entzugsbehandlung zu unterziehen. Es beständen keine Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Störung. Allerdings könne die Frage, ob eine depressive Störung vorliege, oder ob eine solche auszuschliessen sei, erst dann mit Sicherheit beurteilt werden, wenn der Beschwerdeführer während einiger Monate ohne psychoaktive Substanzen gelebt habe. Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung seien nicht ersichtlich. Denn der Beschwerdeführer habe vor dem Beginn der Drogensucht keine Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Kontakt gehabt (S. 9).

Die Polytoxikomanie stehe beim Beschwerdeführer klar im Vordergrund. Obwohl er tägliche hochdosierte Mengen Methadon einnehme, konsumiere er daneben regelmässige psychoaktive Substanzen. Solange diese Situation andauere, könne er nicht arbeiten (S. 10 Ziff. 6.2). Weder habe eine primäre psychiatrische Erkrankung zur Polytoxikomanie geführt, noch bestehe eine psychiatrische Folgeerkrankung oder eine Parallelerkrankung, beispielsweise eine Depression, welche die Arbeitsfähigkeit jenseits des Drogenkonsums einschränken würde. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers müsse sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht ergänzend abgeklärt werden. Die Ausübung körperlich leichter und vorwiegend sitzender Tätigkeiten sei dem Beschwerdeführer indes auch ohne diese Abklärungen zuzumuten. Der Beschwerdeführer könne diese Arbeitsfähigkeit aufgrund der Polytoxikomanie jedoch nicht umsetzen, wobei ein Substanzentzug dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich zuzumuten wäre (S. 11).

3.6 In ihrer Stellungnahme vom 21. April 2009 (Urk. 8/33) zum Gutachten der Ärzte des D. stellen die Ärzte der sozialmedizinischen Krankenstation B. fest, dass eine Entzugsbehandlung dem Beschwerdeführer grundsätzlich zuzumuten sei (S. 1 Ziff. 2). Es sei jedoch zweifelhaft, ob eine solche positive Langzeitwirkungen aufweise. Vielmehr sei mit kontraproduktiven Reaktionen des Beschwerdeführers zu rechnen (S. 1 Ziff. 3).

3.7 Der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte in seiner Stellungnahme vom 14. September 2009 zum Gutachten der Ärzte des D. aus, dass beim Beschwerdeführer eine Polytoxikomanie ohne ausgewiesene Komorbidität und ohne hirnorganische sekundäre Folgeschäden vorliege. Da es sich hierbei nicht um einen invaliditätsrelevanten Gesundheitsschaden handle, erbringe sich die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht an den Beschwerdeführer (Urk. 8/46/6).

3.8 Am 22. Oktober 2009 nahmen die Ärzte des D. ergänzend zu ihrem Gutachten Stellung und stellten fest, dass stationär durchzuführende medizinische Abklärungen angezeigt seien. Vor einer Durchführung dieser somatisch-medizinischen und psychiatrischen Abklärungen könne keine abschliessende Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden, da es an einem für die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung erforderlichen längerdauernden stabilisierten Zustand fehle (Urk. 8/37).

Am 1. März 2010 nahmen die Ärzte des D.\_\_\_\_ erneut zu ihrem Gutachten vom 5. November 2008 sowie zu den seither neu eingeholten medizinischen Akten Stellung (Urk. 8/45) und führten aus, dass der Verlauf weiterhin vom Substanzkonsum geprägt sei, und dass dabei wiederholt Infekte auftraten, welche unter adäquater Behandlung rasch abheilten. Auf Grund der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung im Jahre 2008 sei ein relevantes, progredientes Grundleiden auszuschließen. Durch die im Rahmen des Drogenkonsums und bei allgemeiner psychosozialer Dekompensation regelmäßig auftretenden Infektexazerbationen werde der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit nicht massgebend beeinträchtigt. Aus somatischer Sicht bestehe für körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit durch die Polytoxikomanie eingeschränkt. Der fortgesetzte Substanzkonsum verhindere, dass der Beschwerdeführer die eigentlich mögliche Arbeitsfähigkeit umsetzen könne.

3.9 RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, führte in seiner Stellungnahme vom 12. April 2010 aus, dass beim Beschwerdeführer eine Polytoxikomanie ohne ausgewiesene Komorbidität und ohne hirnorganische sekundäre Folgeschäden und damit kein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden vorliege. In somatischer Hinsicht sei für leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen (Urk. 8/46/9-10).

3.10 Die Ärzte der sozialmedizinischen Krankenstation B.\_\_\_\_ führten in ihrer Stellungnahme vom 7. Juni 2010 (Urk. 8/54/4-7) aus, dass verschiedene Behandlungsversuche mit antidepressiv, neuroleptisch oder anxiolytisch wirksamen Substanzen durchgeführt worden seien, um die Ursachen der unerklärlichen Hemmungen mit Antriebs- und Willenlosigkeit beim Beschwerdeführer zu ergründen. Diese medikamentösen Behandlungen hätten indes zu keiner Veränderung im Verhalten des Beschwerdeführers geführt. Dadurch sei der Verdacht auf eine chronifizierte Persönlichkeitsstörung bestärkt worden (S. 2). Für die Beurteilung, ob eine primäre oder eine sekundäre Drogenabhängigkeit vorliege, reiche die Datenlage nicht aus. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer sowohl in Phasen intensiven Drogenkonsums als auch in Zeiten geringen oder für einige Zeit sistierten Konsums unveränderte Persönlichkeitsmerkmale aufgewiesen habe, weise darauf hin, dass nicht sämtliche psychopathologischen Auffälligkeiten dem Substanzkonsum zuzuschreiben seien (S. 3).

Mit Stellungnahme vom 6. Oktober 2010 (Urk. 3/4) stellten die Ärzte der sozialmedizinischen Krankenstation B.\_\_\_\_ fest, dass am Vorliegen einer Suchterkrankung mit allen komorbiden Folgeerscheinungen beim Beschwerdeführer nicht zu zweifeln sei. Es sei auf Grund der vorhandenen Datenlage indes nicht möglich, zu beurteilen, ob es sich dabei um eine primäre oder um eine sekundäre Drogensucht handle (S. 2).

3.11 Dr. G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_, klinischer Psychologe, Arztdienst der Suchtbehandlung A.\_\_\_\_, stellten in ihrem Bericht vom 3. August 2011 hauptsächlich die folgenden

Diagnosen (S. 2 f.):

- kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoiden, anankastischen, asthenischen, dissozialen und abhängigen Zügen
- rezidivierende depressive Störung
- sekundäre Opiatabhängigkeit, gegenwärtig in Substitution mit Methadon
- Kokainabhängigkeit, episodischer Gebrauch
- chronische venöse Insuffizienz
- Gerinnungsstörung, genetisch determiniert
- Eisenmangelanämie
- Status nach Infektionen mit Hepatitis A, Hepatitis B und Hepatitis C
- Status nach Endokarditis, anamnestisch

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegenwärtig konsumiere der Beschwerdeführer ungefähr drei- bis viermal im Monat einen Drogen-Cocktail. Dabei handle es sich um einen die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigenden Nebenkonsum (S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine kursorische Diagnostik habe ergeben, dass der Beschwerdeführer an einer schweren psychischen Störung mit ausgesprochen frühen Beginn leide, und dass in der Schule ein partielles Schulversagen und in der Lehre ein Versagen vorgelegen habe. Der Beschwerdeführer leide zudem an psychischen Störungen, welche ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Suchtkrankheit aufwiesen, wobei die Suchtkrankheit geeignet sei, die psychischen Symptome der zugrundeliegenden Krankheit zu lindern. Die Suchtkrankheit sei auf Grund einer vorbestehenden Krankheit entstanden und sei daher sekundärer Natur. Der Beschwerdeführer leide sodann an somatischen Erkrankungen, welche geeignet seien, psychische Veränderungen zu verursachen oder eine vorbestehende oder später auftretende psychische Störung zu beeinflussen. Die psychische Störung des Beschwerdeführers sei durch den jahrelangen Drogenkonsum wahrscheinlich verstärkt worden und stelle daher eine Teilfolgestörung der Sucht dar. Die medikamentöse Behandlung habe nicht zur Heilung, sondern lediglich zu einer gewissen Stabilisierung der psychischen Störung geführt. Im ersten Arbeitsmarkt bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50 % bis 70 %, wobei der aktuelle Drogenkonsum die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtige (Urk. 21 S. 8-9).

#### E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Aus den genannten medizinischen Akten ergibt sich, dass die beteiligten Ärzte übereinstimmend eine Polytoxikomanie, beziehungsweise eine Opiat-, Kokain- und Benzodiazepinabhängigkeit feststellten. Da eine Drogensucht indes, wie erwähnt (E. 1.3), als solche keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden darstellt, fällt ein Rentenanspruch vorliegend nur in Betracht, wenn beim Beschwerdeführer neben der Polytoxikomanie ein somatisches oder psychisches Leiden von Krankheitswert besteht, welches ihn in seiner Arbeitsfähigkeit einschränkt. Sodann steht fest, dass sowohl die Ärzte des D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.5) als auch diejenigen der sozialmedizinischen Krankenstation B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.6) eine Entzugsbehandlung grundsätzlich als zumutbar erachteten.

4.2. Bei dem Gutachten der Ärzte des D. \_\_\_ vom 5. November 2008 handelt es sich um ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten, welches sämtliche nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten formellen und materiellen Kriterien erfüllt (vgl. E. 1.4). Denn einerseits waren mit einer Fachärztin für Innere Medizin und einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die Fachpersonen aus denjenigen medizinischen Teilgebieten an der Abklärung beteiligt, welche auf Grund der Leiden des Beschwerdeführers angezeigt waren. Andererseits setzten sich die Gutachter des D. \_\_\_ eingehend mit den geklagten Beschwerden sowie den medizinischen Vorakten auseinander und führten eigene spezialärztliche Untersuchungen durch. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Untersuchungen kamen sie zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in psychischer Hinsicht, abgesehen von der Polytoxikomanie, an keiner massgebenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung von Krankheitswert leide, und dass es sich bei der Polytoxikomanie um eine primäre Drogenabhängigkeit handle, weil der Beschwerdeführer bis zum Beginn der Drogensucht in seinem 21. Lebensjahr unter keinen wesentlichen gesundheitlichen Problemen und insbesondere unter keinen psychischen Problemen gelitten habe und vor Beginn der Drogensucht nie wegen eines psychischen Leidens ärztlich behandelt worden sei. Obwohl Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Stimmung fehlten, könne gegenwärtig auf Grund der Polytoxikomanie nicht beurteilt werden, ob der Beschwerdeführer an einer depressiven Stimmung leide. Diese Frage sei erst dann zu beurteilen, wenn der Beschwerdeführer nach einem Drogenentzug während der Zeit von einigen Monaten ohne den Konsum psychoaktiver Substanzen gelebt habe. Aus psychiatrischer Sicht sei eine längerdauernde stationäre Entzugsbehandlung angezeigt. In somatischer Hinsicht seien ergänzende Abklärungen bezüglich der persistierenden Dyspnoe und der erhöhten Entzündungsaktivität angezeigt. Ohne diese psychiatrischen und somatisch-medizinischen Massnahmen sei eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich, wenn auch dem Beschwerdeführer körperlich leichte und wahrscheinlich auch mittelschwere Tätigkeiten selbst ohne diese Abklärungen zuzumuten seien (vorstehend E. 3.5).

4.3. In ihrem Gutachten ergänzenden Stellungnahme vom 1. März 2010 hielten die Ärzte des D. \_\_\_ fest, dass in somatischer Hinsicht auf Grund der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung im Jahre 2008 ein relevantes, progredientes Grundleiden auszuschliessen sei, und erkannten, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die im Rahmen des Drogenkonsums regelmässig auftretenden Infektionen nicht beeinträchtigt werde. Damit begründeten die Ärzte des D. \_\_\_ in nachvollziehbarer Weise, dass angesichts der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung, die von ihnen in somatischer Hinsicht im Gutachten als angezeigt erachteten ergänzenden somatisch-medizinischen Abklärungen nicht mehr erforderlich seien, und dass in somatischer Hinsicht für körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Auf diese nachvollziehbare und überzeugende Beurteilung der Gutachter des D. \_\_\_ kann in somatischer Hinsicht daher abgestellt werden (vorstehend E. 3.8).

4.4. Die Beurteilung der Ärzte des D. \_\_\_ vermag auch insofern zu überzeugen, als sie in psychischer Hinsicht davon ausgingen, dass weder eine primäre psychiatrische Erkrankung zur Polytoxikomanie geführt habe, noch eine die

Arbeitsunfähigkeit beeinträchtigende psychiatrische Folgeerkrankung oder eine Parallelerkrankung bestehe, und dass auf Grund der Polytoxikomanie gegenwärtig nicht beurteilt werden könne, ob der Beschwerdeführer an einer depressiven Störung leide, weil diese Frage mit Sicherheit erst dann beurteilt werden könne, wenn der Beschwerdeführer nach einem Drogenentzug während einigen Monaten ohne den Konsum psychoaktiver Substanzen gelebt habe. Sodann erscheint die Beurteilung der Ärzte des D. \_\_\_ insofern als nachvollziehbar und schlüssig, als diese davon ausgingen, dass die Voraussetzungen für die Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung nicht gegeben seien, weil der Beschwerdeführer vor dem Beginn der Drogensucht keine Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Kontakt gehabt habe.

4.5. Demgegenüber lässt sich in der Beurteilung durch Dr. G. \_\_\_ und H. \_\_\_ vom 3. August 2011 (vorstehend E. 3.11) weder eine nachvollziehbare Begründung für die darin postulierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis 70 % noch für die darin festgestellte sekundäre Natur der psychischen Störungen erkennen. Insbesondere vermag nicht zu überzeugen, dass lediglich auf Grund des Umstandes, dass der Beschwerdeführer Probleme in der Schule und in der Lehre sowie im Umgang mit seinen Eltern gehabt habe, auf ein psychisches Leiden von Krankheitswert vor Beginn der Drogensucht geschlossen wurde. Vielmehr gilt es diesbezüglich zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer vor Beginn der Drogensucht nie wegen eines psychischen Leidens ärztlich behandelt wurde. Sodann steht auf Grund seiner Angaben gegenüber den Gutachtern des D. \_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer eine Berufslehre als Bäcker-Konditor wegen belastender Arbeitszeiten und nicht wegen psychischer Probleme abgebrochen hat. In der Folge hat er anschliessend denn auch eine Lehre als Hilfselektriker erfolgreich abgeschlossen und während fünf Jahren in einem Speditionsunternehmen gearbeitet. Unter diesen Umständen kann ein psychisches Leiden mit Krankheitswert vor Beginn der Drogensucht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt gelten. Die im Bericht von Dr. G. \_\_\_ und H. \_\_\_ enthaltene und als cursorisch bezeichnete Diagnostik beschränkt sich sodann nicht auf eine belegte Befundlage und enthält insbesondere keine nachvollziehbare Diagnosebegründung. Eine persönlichkeitsbezogene Diagnostik mit einer Erörterung der Psychodynamik, des Einflusses sozialer und anderer Faktoren sowie mit einer Beurteilung des Schweregrades gehören indes zum Anforderungsprofil psychiatrischer Gutachten (vgl. Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: Schweizerische Ärztezeitung 2004 S. 1049 f.; Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie vom Februar 2012, [www.psychiatrie.ch](http://www.psychiatrie.ch) ; Bundesamt für Sozialversicherungen, BSV, IV-Rundschreiben Nr. 313 vom 6. Juni 2012, [www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch) ; Urteile des Bundesgerichts I 722/06 vom 3. September 2007 und I 51/06 vom 19. Juni 2006).

4.6. Sodann gilt es in Bezug auf das Gutachten der Ärzte des D. \_\_\_ zu berücksichtigen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz

von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsantrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 mit Hinweisen) kann es nach der Rechtsprechung nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur dann, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteile des Bundesgericht 8C\_694/2008 E. 5.1 und I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2). Dies ist jedoch hinsichtlich der Beurteilung durch Dr. G. und H. vom 3. August 2011 zu verneinen. Auf die Beurteilung durch Dr. G. und H. kann demnach vorliegend nicht abgestellt werden.

4.7.7. Des Gleichen kann auch auf die Beurteilung durch die Ärzte der sozialmedizinischen Krankenstation B. nicht abgestellt werden. Denn deren Beurteilung lässt sich weder eine nachvollziehbare Begründung ihrer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung noch eine solche der gestellten psychiatrischen Diagnosen entnehmen. Insoweit diese Ärzte in ihrem Bericht vom 24. November 2007 einerseits eine kombinierte Persönlichkeitsstruktur mit schizoiden, anankastischen, asthenischen und anhänglich-abhängigen Zügen diagnostizierten und andererseits ausführten, dass eine solche Diagnose zwar vorerst vermutet, anschliessend jedoch verworfen worden sei, da die diagnostischen Kriterien als zu wenig ausgeprägt vorhanden erschienen, weshalb vermutungsweise eher von einer schizoiden und asthenischen charakterneurotischen Entwicklung auszugehen sei, erscheint ihre Beurteilung nicht frei von Widersprüchen zu sein. Analoges gilt für den Umstand, dass sie zwar dem Beschwerdeführer eine Entzugsbehandlung grundsätzlich zumuten wollten, jedoch davon ausgingen, dass ihm eine Integration im freien Arbeitsmarkt trotzdem nicht zuzumuten sei. Zur Frage nach der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in zumutbaren behinderungsangepassten Tätigkeiten nach einer längeren Zeit ohne den Konsum psychoaktiver Substanzen nahmen sie sodann nicht Stellung. Mangels einer nachvollziehbaren Begründung kann auf die Beurteilung durch die Ärzte der sozialmedizinischen Krankenstation B. daher nicht abgestellt werden. Sodann gilt es auch diesbezüglich die Erfahrungstatsache zu beachten, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen dürften (BGE 125 V 353 E. 3b/cc), und dass es - wie bereits erwähnt (E. 4.6) - wegen der unterschiedlichen Natur des Behandlungsauftrages des therapeutisch tätigen Arztes und des Begutachtungsauftrages des amtlich bestellten medizinischen Experten nach der Rechtsprechung nicht geboten ist, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen, ausser die behandelnden Ärzte bräuchten objektiv feststellbare Gesichtspunkte vor, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet wären, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Dies trifft hier nicht zu. Das Gericht hat die vom Beschwerdeführer gegenüber der Beurteilung im D.-Gutachten geäusserten Vorbehalte zum Anlass genommen, selber ein Gutachten in Auftrag zu geben. Dieses hätte - entsprechend der ergebnisoffenen Formulierung der gestellten Fragen - die Möglichkeit eröffnet, die vom Beschwerdeführer lediglich behauptete versicherungsrechtliche Relevanz

fachmedizinisch zu belegen. Das Gutachten konnte, da der Beschwerdeführer nicht mitwirkte, nicht erstellt werden, womit es damit sein Bewenden hat, dass der Nachweis, es seien wie von ihm behauptet die erforderlichen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, nicht erbracht ist.

4.8. Gestützt auf das D.\_\_\_\_-Gutachten ist daher mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zum massgebenden Zeitpunkt bei Erlass der angefochtenen Verfügung (21. September) in somatischer Hinsicht in der Ausübung körperlich leichter bis gelegentlich mittelschwerer Tätigkeiten in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt war. Sodann ist davon auszugehen, dass er in psychischer Hinsicht an einer im Vordergrund stehenden Polytoxikomanie litt, welche nicht durch eine psychische Erkrankung (mit-)verursacht wurde, und dass die Frage, ob er neben der Polytoxikomanie an einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden depressiven Stimmung litt, nicht positiv beantwortet werden konnte, da diese Frage erst nach einem Zeitraum von mehreren Monaten ohne den Konsum psychoaktiver Substanzen beurteilt werden konnte. Sodann steht fest, dass er - abgesehen von einer allfälligen depressiven Stimmung - neben der Polytoxikomanie nicht durch eine weitere psychiatrische Folgeerkrankung oder eine Parallelerkrankung und insbesondere nicht durch eine Persönlichkeitsstörung in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt wurde.

## E. 5

5.1. Nach Art. 7 IVG muss die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern (Abs. 1). Sie muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich (Art. 8 Abs. 3 ATSG) dienen, aktiv teilnehmen. Dies sind insbesondere medizinische Behandlungen nach Artikel 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung KVG (Abs. 2 lit. d). Gemäss Art. 7a IVG (eingefügt im Rahmen der 5. IV-Revision, in Kraft seit dem 1. Januar 2008) gilt als zumutbar jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind.

5.2. Gemäss dem seit dem 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Art. 7b IVG können die Leistungen nach Artikel 21 Absatz 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Artikel 7 dieses Gesetzes oder nach Artikel 43 Absatz 2 ATSG nicht nachgekommen ist (Abs. 1). Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen sind alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens und die wirtschaftliche Lage der versicherten Person, zu berücksichtigen (Abs. 3). Laut Art. 86 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) wird die Rente während längstens sechs Monaten um höchstens die Hälfte gekürzt, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Artikel 7 IVG und Artikel 43 Absatz 2 ATSG nicht nachkommt (Abs. 1). In besonders schweren Fällen kann die Rente verweigert werden (Abs. 3).

5.3. Art. 21 Abs. 4 ATSG lautet wie folgt:

Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit

oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar.

Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG konkretisiert Art. 21 ATSG, während Art. 7a IVG von Abs. 4 letzter Satz dieser Bestimmung abweicht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2008, Rz 111 zu Art. 21 ATSG). Neu gilt als Ausfluss einer verstärkten Schadenminderungspflicht und Ausdruck des Prinzips "Eingliederung statt Rente" (Urteil des Bundesgerichts 9C\_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2) der Grundsatz der Zumutbarkeit jeder Massnahme, die der Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen Aufgabenbereich dient (Botschaft vom 22. Juni 2005 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 5. IV-Revision, BBl 2005 S. 4459 ff., 4524 und 4526). Die Beweislast für die Unzumutbarkeit einer Eingliederungsmassnahme liegt somit neu bei der versicherten Person (BBl 2005 4560). Nach dem Verhältnismässigkeitsprinzip müssen das Mass der Sanktion (Leistungskürzung oder -verweigerung) und der voraussichtliche Eingliederungserfolg (Verbesserung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit) einander entsprechen. Die versicherte Person ist grundsätzlich so zu stellen, wie wenn sie ihre Schadenminderungspflicht wahrgenommen hätte, was umgekehrt bedeutet, dass Leistungen, welche bei gesetzeskonformem Verhalten dennoch zu erbringen wären, nicht gekürzt oder verweigert werden können (Urteil des Bundesgerichts 9C\_842/2010 vom 26. Januar 2011 E. 2.2; SVR 2008 IV Nr. 7 S. 19, I 824/06 E. 3 und 4 sowie Kieser, a.a.O., Rz. 93 zu Art. 21 ATSG).

5.4 Da die Frage, ob der Beschwerdeführer neben der Polytoxikomanie an einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden depressiven Störung litt, erst nach einem Zeitraum von mehreren Monaten ohne den Konsum psychoaktiver Substanzen zu beurteilen ist, und da dem Beschwerdeführer gemäss den beteiligten Ärzten eine Entzugsbehandlung zuzumuten war, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 9. Februar 2008 auf die ihm obliegende Schadenminderungspflicht hinwies, und ihn aufforderte, sich einer fachärztlichen Drogenentzugsbehandlung von einer Dauer von 6 Monaten zu unterziehen. Nicht zu beanstanden ist des Weiteren, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Frist von zwei Monaten ansetzte, um ihr mitzuteilen, wo und wie er die Entzugsbehandlung durchzuführen gedenke und ihn darauf hinwies, dass ansonsten sein Rentenspruch zu beurteilen sei, wie wenn er die Entzugsbehandlung durchgeführt hätte (Urk. 8/28 S. 2).

5.5 In eine solche auf eine Drogenabstinenz während eines längeren Zeitraumes abzielende, zumutbare Massnahme hat der Beschwerdeführer indes nicht eingewilligt und sich einer solchen Massnahme nicht unterzogen. Die wiederholten, meist kurzzeitigen stationären Behandlungen vermögten einen Drogenentzug nicht zu ersetzen und waren bezüglich der Abstinenz auch nicht erfolgreich, da der Beschwerdeführer weiterhin Drogen konsumierte. Der Beschwerdeführer ist der ihm obliegenden Schadenminderungspflicht daher nicht nachgekommen. Unter diesen Umständen war die Beschwerdegegnerin berechtigt, in antizipierter Beweiswürdigung den Rentenspruch des Beschwerdeführers so zu beurteilen, wie wenn eine Entzugsbehandlung durchgeführt worden wäre.

6. Nach Gesagtem ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. September 2010 (Urk. 2) davon ausging, dass beim Beschwerdeführer eine Drogensucht im Vordergrund stehe, und dass eine anspruchsbegründende Invalidität im Rechtssinne nicht ausgewiesen sei, und deshalb auf die Vornahme eines Einkommensvergleichs verzichtete (vgl. BGE 115 V 133 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_155/2007 vom 10. Juli 2007 E. 3.4). Der Invaliditätsgrad beträgt jedenfalls 0 %.

Ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers ist daher nicht ausgewiesen, weshalb die angefochtene Verfügung zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

Ä

7. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

7.1 Ä Ä Ä Ä Auf Grund der sich bei den Akten befindenden Unterstützungsbestätigung des Sozialzentrums I. \_\_\_ (Urk. 3/5) erscheint eine Bedürftigkeit des Beschwerdeführers als ausgewiesen. Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind beim Beschwerdeführer daher erfüllt.

7.2 Ä Ä Ä Ä Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzüglich der unentgeltlichen Prozessführung sind die Gerichtskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht beschliesst:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bewilligung des Gesuchs vom 21. Oktober 2010 wird dem Beschwerdeführer die Ä Ä unentgeltliche Prozessführung gewährt,

und erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zuzüglich der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Stadt Zürich, Soziale Dienste, Rechtsdienst SOD
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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