

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01114 vom 22. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.01114](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01114)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01114 du 22 mai 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01114 del 22 maggio 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes 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).

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).

Gemäss ständiger Rechtsprechung begründet eine Drogensucht für sich allein keine Invalidität, sondern nur in Verbindung mit einem die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden geistigen, körperlichen oder psychischen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, der zur Sucht geführt hat oder als deren Folge eingetreten ist (BGE 102 V 167, 99 V 28 E. 2; AHI 2002 S. 30 E. 2a, 2001 S. 228 f. E. 2b; SVR 2001 IV Nr. 3 S. 7 E. 2b; Urteil des Bundesgerichts I 940/05 vom 10. März 2006 E. 2.1 mit Hinweisen).

1.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. Ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. Während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.3 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 256 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; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2. Während die Beschwerdegegnerin von einer lediglich durch das Abhängigkeitsverhalten begründeten Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ausgeht (Urk. 2, Urk. 7), wird seitens des Beschwerdeführers vorgebracht, es liege kein reines Suchtverhalten vor; vielmehr sei der Konsum Folge eines psychischen Gesundheitsschadens, weshalb von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab April 2004 auszugehen sei (Urk. 1).

**E. 3**

3.1 Am 1. Dezember 2008 wurde der Beschwerdeführer im Universitätsklinikum B., Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, nach einem tonisch-klonischen Krampfanfall notfallmäßig behandelt. Im Spitalbericht vom gleichen Tag (Urk. 8/2) stellten die Spitalärzte folgende Diagnosen:

- Verdacht auf generalisierten tonisch-klonischen Anfall, erstmalig

- Polytoxikomanie

- Methadonprogramm 150 mg täglich

- gelegentlich Kokain/Heroin/Benzodiazepin intravenös

- chronische Hepatitis C

Neurologisch zeigten sich bis auf eine anfänglich zeitliche Desorientiertheit keine Auffälligkeiten. Es besteht kein Anhalt für einen Infekt. Im kraniellen Computertomogramm zeigte sich ebenfalls ein unauffälliger Befund. Als Ursache für den Anfall sei am ehesten der Benzo-/Kokain-/Opiatabusus zu sehen, beziehungsweise eine mögliche Entzugssymptomatik. Eine antiepileptische Therapie sei bei einmaligem Ereignis vorerst nicht indiziert. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können.

3.2 Seit 17. Juli 2007 ist der Beschwerdeführer im Y., Poliklinik für Drogenmedizin, in Behandlung. Im Bericht vom 17. August 2009 (Urk. 8/8) diagnostizierten die behandelnden Klinikärzte eine seit der Adoleszenz bestehende rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.00), auf welche sie die von ihnen attestierte, seit Juli 2007 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit zurückführten. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen sie hingegen folgenden Diagnosen bei:

- Heroinabhängigkeit, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachtem Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 F11.22), seit 1988

- Kokainabhängigkeit, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F14.24), seit 1988

- Benzodiazepinabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F13.20), seit 2004

- Cannabisabhängigkeit, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F12.24), seit 1985

- chronische Hepatitis C (ICD-10 B18.2)

- Verdacht auf Status nach generalisiertem tonisch-klonischen Anfall, erstmalig

Weiter führten die berichtenden Ärzte aus, der Beschwerdeführer habe depressive Zustände, Traurigkeit, Melancholie, Unruhe, Versagensangst, Appetit- und Schlafstörungen, Gewichtsverlust, chronische Müdigkeit, gestörten Tagesrhythmus, Schuldgefühle, Minderwertigkeitsgefühle, Konzentrations- und Denkschwierigkeiten, ausgeprägte Gedächtnisprobleme, Gedankenkreisen, Grübeln, Energie- und Lustlosigkeit, Kraftlosigkeit, fehlende Motivation, häufige Todeswünsche, Suizidgedanken sowie ärztlich mehrfache epileptische Anfälle angegeben. Aufgrund der Untersuchungsbefunde kamen die Klinikärzte zum Schluss, dass der Beschwerdeführer weiterhin depressive Zustände mit Versagensängsten aufweise, welche sich als Folge von traumatischen Erlebnissen in der Kindheit, einer

schweren Adoleszenz, einer Rückführung in die Schweiz nach einem Aufenthalt in den USA sowie dem nachfolgenden Verlust von Arbeitsstelle und Wohnung entwickelt hätten beziehungsweise dadurch unterhalten würden. Die derzeit beobachtbare depressive Stimmung mit Konzentrationsschwierigkeiten, Gedächtnisproblemen, Insuffizienzgefühlen und Versagensängsten beeinträchtigt beim Beschwerdeführer die Arbeitsfähigkeit deutlich. Der Zustand sei als eher instabil zu bezeichnen und die Prognose ungünstig.

3.3.3. Im psychiatrischen Gutachten vom 15. Februar 2010 (Urk. 8/12) diagnostizierte Dr. med. Z. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Polytoxikomanie (ICD-10 F19.2), auf welche er eine seit dem Verlust der letzten festen Anstellung im Jahre 2004 bestehende 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zurückführte. Es handle sich um den typischen Verlauf einer schweren Drogenabhängigkeit. Dank der Stabilisierung durch das Substitutionsprogramm und der finanziellen Unterstützung durch das Sozialamt wirke der Beschwerdeführer sehr gepflegt und geordnet. Eine schwere Depression sei aus heutiger Sicht nicht zu eruieren. Depressive Zustände könnten durchaus als Folge der Probleme im Umgang mit Suchtmitteln entstehen, insbesondere schon aus psychosozialen Gründen. Eine leichte Depression sei jedoch kaum Ursache einer Arbeitsunfähigkeit. Die im Bericht des Y. \_\_\_\_ als Begründung für die Arbeitsunfähigkeit angegebenen kognitiven Einschränkungen und subjektiven Beschwerden seien sicherlich nicht Folge einer leichten Depression, sondern wenn schon Folge der Einnahme von hohen Dosen an Suchtmitteln, Ersatzdrogen und Medikamenten. Bei der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit würden psychosoziale Faktoren überwiegen. Ohne die Unterstützung des Sozialamtes würde beim Beschwerdeführer ein massives psychosoziales Problem bestehen. Die Sucht sei weder Folge noch Ursache eines psychischen oder somatischen Leidens. Sie sei aber Ursache der seit 2004 bestehenden vollen Arbeitsunfähigkeit.

3.4. Am 23. Juni 2010 wurde der Beschwerdeführer im Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stelle durch Dr. med. A. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht. Dem Bericht vom gleichen Tag (Urk. 8/16 S. 4) lässt sich entnehmen, dass ein chronischer psychischer Gesundheitsschaden von Krankheitswert (ICD-10 F48.0 [Neurasthenie], F33.0 [Rezidivierende depressive Stimmung, gegenwärtig leichte Episode], F19.2 [Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, Abhängigkeitssyndrom] sowie Z72.0 [Konsum von Alkohol, Tabak, Arzneimitteln oder Drogen] und Z73.1 [Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung]) seit 2007 die volle Ausschöpfung der funktionellen Leistungsfähigkeit für beruflich zu verwertende Tätigkeiten verhindere. Der Beschwerdeführer befinde sich im überwachten Methadonprogramm und arbeite 25 Stunden pro Monat als Hilfsarbeiter in einem vom Sozialamt betriebenen handwerklichen Betrieb. Seine Tagesstruktur sei eigenständig geplant und könne in der letzten Zeit ohne Schwierigkeiten eingehalten werden. Der Beschwerdeführer zeige sich stimmungsschwankend bei gutem kommunikativem Austausch und der Fähigkeit, sich präzise zur Lebensgeschichte und seinen Zukunftsplänen zu äussern. Im Ganzen erscheine er leistungsmotiviert und bereit, sich einer beruflichen Eingliederung zu stellen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe aktuell medizinisch-theoretisch eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % in angestammter und angepasster Tätigkeit in unterstützender und unterstützender Arbeitsplatzumgebung. Unter den Bedingungen einer

stärkungsspezifisch orientierten therapeutischen und beruflichen Integration sei davon auszugehen, dass das Pensum mittelfristig zu steigern sei.

#### **E. 4**

4.1 Die Schlussfolgerungen im psychiatrischen Gutachten des Dr. Z.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2010 (Urk. 8/12) stützen sich auf eine eingehende fachärztliche Untersuchung. Das Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein. Der Gutachter beantwortete die gestellten Fragen umfassend, berücksichtigte die geklagten Beschwerden und setzte sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Er räumte zwar ein, dass der Beschwerdeführer zur Zeit arbeitsunfähig sei, wies dabei jedoch auf invaliditätsfremde Umstände wie das Überwiegen von psychosozialen Faktoren und das Suchtgeschehen hin.

Weiter überzeugen Dr. Z.\_\_\_\_s Ausführungen zur Pathogenese und zu den Auswirkungen der depressiven Symptomatik sowie seine Stellungnahme zu der von den Ärzten des Y.\_\_\_\_ abgegebenen Einschätzung einer auf die leichte depressive Symptomatik zurückzuführenden vollen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/8).

Eine somatisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liegt nach Lage der Akten nicht vor. Insbesondere fanden die Ärzte des Universitätsspitals B.\_\_\_\_ keine organische Ursache für den erlittenen tonisch-klonischen Anfall (Urk. 8/2).

Schliesslich vermögen die Ausführungen vom RAD-Arzt Dr. A.\_\_\_\_ die Schlussfolgerungen in Dr. Z.\_\_\_\_s Gutachten nicht in Frage zu stellen. Insbesondere fehlt im eher knappen Untersuchungsbericht vom 23. Juni 2010 eine nachvollziehbare Begründung für die - teilweise erstmals - gestellten Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/16 S. 4).

Das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ (vom 15. Februar 2010) von erfüllt sämtliche von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an eine beweistaugliche beziehungsweise beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage, weshalb darauf abgestellt werden kann.

4.2 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aus ärztlicher Sicht neben der Polytoxikomanie keine weiteren invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschäden ausgewiesen sind und ebenso rechtsgenüglich auszuschliessen ist, dass solche zur Sucht geführt haben.

Da die Drogensucht für sich allein rechtsprechungsgemäss keine Invalidität begründet (E. 1.1 hievon), besteht kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, und zwar unabhängig davon, ob und in welchem Umfang die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch das Suchtgeschehen noch beeinträchtigt ist. Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren abgewiesen hat.

#### **E. 5**

5.1 Vorliegend sind beim Beschwerdeführer die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss Art. 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt.

5.2. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegenden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) Gerichtskosten sind auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 19. November 2010 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt.

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 GSV hingewiesen.

3. 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 diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom 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.