

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00671 vom 20. September 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00671](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00671)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00671 du 20 septembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00671 del 20 settembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1972 geborene X.\_\_\_\_ ist gelernter Lebensmittelverkäufer und arbeitete zuletzt unregelmässig bei diversen Temporärfirmen als Hilfsarbeiter, jeweils bei einem 100%-Pensum. Am 9. April 2014 meldete sich der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/4). In der Folge tätigte die IV-Stelle erwerbliche und medizinische Abklärungen. Mit Vorbescheid vom 23. Juli 2014 kündigte die IV-Stelle X.\_\_\_\_ die Abweisung seines Leistungsbegehrens an (Urk. 8/22), wogegen er am 12. September beziehungsweise 14. November 2014 Einwand erhob (Urk. 8/27 und Urk. 8/32, unter Beilage eines Berichtes von Dr. med. Y.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie vom 20. Oktober 2014, Urk. 8/31). Dazu stellte die IV-Stelle Dr. Y.\_\_\_\_ am 17. Februar 2015 ergänzende Fragen (Urk. 8/33), welche dieser am 10. März 2015 beantwortete (Urk. 8/36). Mit Eingabe vom 20. März 2015 nahm der Versicherte ergänzend Stellung (Urk. 8/39). Mit Verfügung vom 22. Mai 2015 verneinte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch (Urk. 2).

### **E. 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). Sie 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).

### **E. 1.2**

Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbe

gründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a): Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteil des Bundesgerichts 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1 unter Hinweis auf 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.1 und 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1).

Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz 51 zu Art. 4 IVG) ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Drogensucht – einem Symptom gleich – Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 28 E. 3b); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.2 unter Hinweis auf 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.2 und 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.2).

### **E. 1.3.1**

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 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b.cc).

### **E. 1.3.2**

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrative Expertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der –

anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurück zuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE

137 V 210

E. 4.4.1.

#### **E. 2**

Hiergegen erhob X. \_\_\_ am 17. Juni 2015 Beschwerde und beantragte, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Rente) ab 1. Oktober 2014 zuzusprechen, es sei die Durchführung einer polydisziplinären Abklärung (Neurologie, Neuropsychologie, Psychiatrie) zu veranlassen und eventuell seien weitere Sachverhaltsabklärungen vorzunehmen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 27. August 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-44), was dem Beschwerdeführer am 16. September 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 9).

## **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die IV-Stelle gestützt auf die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 8. Juli 2014, vom 30. Dezember 2014 und vom 25. März 2015 (Urk. 8/26 S. 3-4 und Urk. 8/40 S. 3-6), die Abklärungen hätten ergeben, dass die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers vor allem durch das Abhängigkeitsverhalten begründet sei und deshalb keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege. Beim Beschwerdeführer finde sich ein abstinenter Zeitraum, während dem er beruflich erfolgreich gewesen sei. Das heisse, dass eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Persönlichkeitsstörung in der konsumfreien Zeit nicht bestanden habe und eine primäre Persönlichkeitsstörung somit auch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen sei. Das aktuelle Zustandsbild sei mit einer Arbeitsfähigkeit nicht vereinbar, allerdings fänden sich abschliessend keine Erkrankungen jenseits des Suchtmittelkonsums, die diese Arbeitsunfähigkeit begründen würden (Urk. 2).

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, es handle sich um eine sekundäre Suchterkrankung, welche Folge einer schwerwiegenden psychiatrischen Störung im Sinne einer Persönlichkeitsstörung sei. Im Weiteren habe der jahrelange Alkohol- und Drogenkonsum zu irreversiblen kognitiven Schäden geführt. Damit sei die Sucht nicht nur Folge eines Gesundheitsschadens, sondern das Suchtgeschehen habe auch zu organischen und psychischen Gesundheitsschäden geführt. Entsprechend wirke sich das Suchtgeschehen im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung invalidisierend aus. 3.

## **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Dr. Y.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer am 7., 12. und 19. Mai 2014 psychiatrisch behandelte, führte in seinem Bericht vom 19. Mai 2014 (Urk. 8/10) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

-

Entwicklungs- und krankheitsbedingte Störung der Persönlichkeit mit kognitiven Defiziten (ICD-10: F 6)

-

Störung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom, zurzeit substituiert mit 100 mg Methadon (ICD-10: F 11.22/24)

-

Störung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F 10.24)

-

Schädlicher Gebrauch von Kokain (ICD-10: F 14)

-

## Epilepsie

Der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäufer (Möbel) seit 2008 zu 100 % arbeitsunfähig. Er weise kognitive Einbussen, psychosoziale Defizite und Schwierigkeiten mit der Kontinuität auf und sei wegen der Epilepsie Gefahren ausgesetzt. Durch Medikation und medizinische, psychosoziale Betreuung liessen sich die Einschränkungen vermindern; dies aber nur stabilisierend auf eine allfällige basale Integration in eine Tagesstruktur, jedoch nicht für den ersten Arbeitsmarkt.

Anamnestisch ergebe sich, dass die Eltern des Beschwerdeführers aus Z.\_\_\_\_ stammten, er aber in A.\_\_\_\_ geboren sei. Den Vater kenne er überhaupt nicht und wisse auch nichts von ihm. Die Mutter habe heute einen B.\_\_\_\_ Pass. Zu ihr habe er schon lange keinen Kontakt mehr. Sie sei bei seiner Geburt erst 15 Jahre alt gewesen und die Schwangerschaft sei aus einem „one night stand“ entstanden. Er sei in der Folge bei seinen Grosseltern aufgewachsen, praktisch ohne Kontakt zur Mutter. Zu seinen beiden jüngeren Halbgeschwistern habe er ebenfalls keinen Kontakt gehabt. Beide Grosseltern seien heute tot und er sei ganz alleine. Er habe seit Kindheit an epileptischen Anfällen gelitten. Höchstwahrscheinlich sei dies ein Erbe seiner Mutter. Aufgefallen sei dies, weil er lange Bettnässer gewesen sei, bis jemand herausgefunden habe, dass das Einnässen Folge von epileptischen Anfällen gewesen sei. Seit seiner Jugend müsse er deshalb antiepileptisch medikamentös behandelt werden. Mit sieben oder acht Jahren sei er mit den Grosseltern, die nie Deutsch gelernt hätten, in die Schweiz gekommen. Sie hätten in einer kleinen Zweizimmerwohnung im C.\_\_\_\_ gewohnt. Er habe hier die Schulen absolviert. Er meinte, mit etwas Hilfe und Unterstützung hätte er in der Schule deutlich besser sein können und auch in der Lage, die Sekundarschule zu bestehen. Er habe sich aber alles selber beibringen müssen und er wäre nur schon leistungsfähiger gewesen, wenn er mehr Zuneigung erfahren hätte. Für den Grossvater habe er immer nur eine Störung dargestellt und dieser habe ihm immer wieder erklärt, er solle froh sein, wenn er überhaupt etwas zu essen bekomme. Die Erziehung der Grosseltern sei kalt und lieblos gewesen und er sei oft alleine und unbegleitet gewesen. Vor allem der Grossvater habe ihn viel geschlagen und die ganze Lieblosigkeit habe sehr auf ihn abgefärbt. Er habe auch nie ein eigenes Bett gehabt, sondern immer auf dem Sofa des Aufenthaltsraums schlafen müssen. Auch leide er heute noch darunter, dass die Grosseltern nur negativ von seiner Mutter erzählt hätten und er letztlich all das habe erdulden müssen.

Nach der Realschule habe er zuerst Coiffeur lernen wollen, diese Arbeit habe ihm aber nicht gepasst. Im Anschluss daran habe er zwei Jahre lang eine Verkaufslehre als Lebensmittelverkäufer in der D.\_\_\_\_ absolviert, die er im 18. Lebensjahr abgeschlossen habe. Im Alter von circa 16 Jahren habe er zuerst mit Kollegen „normal angefangen“ Zigaretten und Cannabis zu rauchen. Er habe im C.\_\_\_\_ mit Kollegen verkehrt, die sich vorerst noch vom Platz spitz abgegrenzt hätten. Wegen der Nähe zur Drogenszene habe er nach der Lehre Kontakt zu neuen Kollegen gefunden, mit denen er erstmals Heroin und Kokain zuerst geraucht und gesniffelt habe. Praktisch seine ganze Clique sei in Kontakt mit Drogen gekommen und in diesem Kreis hätte er auch erstmals die Drogen gespritzt. Alle seien miteinander „gesunken“. Mittlerweile seien viele seiner damaligen Freunde entweder schwer drogenabhängig oder bereits gestorben. Im „E.\_\_\_\_“ sei er in die F.\_\_\_\_ Armee zur Panzerabwehr eingerückt und habe dort einen kalten Entzug gemacht. Die Grosseltern hätten ihm eine Frau gesucht, die er auch geheiratet habe. Circa 1994 sei sein Sohn geboren. Er habe erstmals im Leben eine gute Zeit verlebt und erstmals eine eigene Wohnung,

Arbeit, ein Auto und genug zum Leben gehabt. Er habe als Möbelverkäufer/  
Geschäftsleiter sehr viel gearbeitet, weil er auf Provision angestellt gewesen sei. Vielleicht  
habe er dadurch Frau und Kind etwas vernachlässigt. Als das Kind acht Jahre alt gewesen  
sei, habe sich seine Frau „ohne Vorwarnung“ und ohne dass er wisse wieso, von ihm  
getrennt. Er sei mit grossen Schulden, „ganz allein“, zurückgelassen worden und alles sei  
kaputt gegangen. Wäre seine Frau, zu der er, wie zum Kind, keinen Kontakt mehr habe,  
nicht gegangen, wäre er heute ein „gemachter Mann“. Die Ehe sei 2008 offiziell geschieden  
worden.

So sei er circa 2002 wie der schwer abhängig geworden, verwahrlost und obdachlos und  
habe er etwa zehn Jahre auf der Gasse gelebt. Er habe immer wieder mal temporär auf dem  
Bau und im Lager gearbeitet, bis es circa 2008 nicht mehr gegangen sei. Unter Drogen-  
einfluss hätten die Grand-mal-Anfälle deutlich zugenommen und er sei zunehmend  
einsamer geworden und habe an psychischen Problemen gelitten. Die letzten fünf Jahre  
habe er eine ebenfalls drogenabhängige Freundin gehabt, die vor etwa drei Jahren an einem  
Pankreas-Karzinom verstorben sei. Damit habe er jeglichen Halt verloren und er sei erneut  
in eine grosse Krise geraten. Die Frau sei noch von ihm schwanger geworden. Ob sie das  
Kind verloren oder geboren habe, wisse er nicht. In dieser Krisenzeit sei er zuerst in die  
G.\_\_\_\_ gekommen und habe dann für rund zwei Jahre im H.\_\_\_\_ in I.\_\_\_\_ verbracht, wo er  
gut betreut worden sei. Er sei wegen Verstössen zwei Mal ausgeschlossen und dann wegen  
Gewalt definitiv entlassen worden. Bis heute habe er ambulant und stationär „alles  
ausprobiert“. Die epileptischen Anfälle hätten aber in jeder Situation und bis heute grosse  
Probleme verursacht.

Die aktuelle Situation sei so, dass er sechs Monate auf der Gasse gelebt habe und in der  
Winterzeit habe er sich in Notschlafstellen aufgehalten. Seit etwa sieben Monaten wohne er  
in der J.\_\_\_\_ an der K.\_\_\_\_ in L.\_\_\_\_. Behandelt werde er ambulant im M.\_\_\_\_ mit 100 mg  
Metadon und seiner Antiepilepsie-Medikation. Er sei froh, nicht mehr auf der Gasse  
leben zu müssen. Praktisch erstmals im Leben habe er sein eigenes Zimmer und die  
Betreuung helfe „überall gut“. Er lebe in einer Dreizimmerwohnung mit zwei Leuten und  
habe mit ihnen ein gutes Einvernehmen. Der Tagesablauf, den er so gut wie möglich ein-  
zuhalten versuche, beginne um circa 10:00 Uhr, um 11:00 Uhr sei er im M.\_\_\_\_ und hole die  
Medikamente. Dann esse er dort um 12:15 Uhr zu Mittag, nehme die zweite  
Medikamentenration ein. Dann kaufe er etwas ein und er gehe dann nach 16:00 Uhr in die  
N.\_\_\_\_, wo er ebenfalls etwas gratis essen und sich aufhalten könne. Gegen Abend gehe er  
nach Hause, koche sich etwas und nehme die Medikamente. Er schlafe etwa um 02:00 bis  
03:00 Uhr nachts ein. Er konsumiere heute zwar immer noch bei, für etwa Fr. 50.- pro  
Tag, aber viel weniger als früher. Kokain konsumiere er nur noch sehr selten, da es zu teuer  
sei. Obwohl er sich oft an der O.\_\_\_\_ aufhalte, konsumiere er keinerlei  
Gassenmedikamente. Er trinke 8-10 Bier pro Tag, meist aus „depressiven Gründen abends“.  
Der Alltag sei für ihn gut so, seit er eine Freundin habe. Vorher sei er zu viel alleine und  
depressiv gewesen und habe sich zu Hause eingeschlossen.

Er habe immer wieder Epilepsie-Anfälle, den letzten vor einer Woche zu Hause. Seit ein  
paar Wochen habe er wieder eine Freundin, die zwar auch drogenabhängig sei. Dank ihr  
habe er aber mehr Struktur, finde wieder mehr Lebenssinn und er sei weniger an der O.\_\_\_\_,  
konsumiere also auch weniger.

Der 42-jährige Beschwerdeführer mache einen recht gepflegten, gut genährten und  
engagierten Eindruck bei den Untersuchungen. Erstmals habe er von einer Betreuerin zum

Termin gebracht werden müssen, zum zweiten Termin kam er eineinhalb Stunden zu früh, zum dritten kam er pünktlich mit seiner Freundin. Er habe in gutem Deutsch recht detailliert Auskunft geben können. Es habe sich jedoch gezeigt, dass er immer wieder unkonzentriert gewirkt habe und dass alle seine Angaben vage geblieben seien. Es seien deshalb auch Informationen seiner Betreuerin eingeholt worden, die aber auch nur lückenhaft Auskunft geben konnte. Im „Maxi-Test“, einer kursorischen Prüfung der mnestischen Funktionen, sei er sehr unsystematisch vorgegangen und sei in der Beschreibung der Figuren etwas unsicher gewesen. Die Erinnerungsleistung sei mit 6 von 15 sehr schlecht gewesen und er habe auch erklärt, dies sei für ihn äusserst schwierig gewesen. Er denke, dass die antiepileptischen Medikamente Schuld an seiner schlechten Gedächtnisleistung seien. Im Denken sei er einfach strukturiert, aber sowohl formal wie inhaltlich nicht grob auffällig. Auch Befürchtungen und Zwänge, Wahn- oder Sinnestäuschungen hätten sich nicht eruieren lassen. Affektiv sei er ebenfalls wenig moduliert und er scheine sich in sein Schicksal ergeben zu haben. Insbesondere die Epilepsie erachte er als Teil seines Lebens mit all den damit verbundenen Handicaps. Was die Motivationslage, den Antrieb und auch die Emotionalität anbelange, scheine alles sehr schwankend zwischen unauffällig und sehr eingeschränkt. Deutlich sei, dass er sich sehr bemühe, sich an eine Tagesstruktur zu halten, damit eine regelmässige Medikamenteneinnahme gegeben sei. Eine Suizidalität sei nicht vorhanden.

Gemäss dem Telefonat mit der Betreuerin der J.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2014 (vgl. S. 8) seien die Selbststrukturierungsmöglichkeiten des Beschwerdeführers grenzwertig und er habe ein „Hirn wie ein Sieb“. Er sei immer „geputzt und gepflegt“, dieser Eindruck täusche aber. Es gelinge ihm nur, die Fassade aufrechtzuerhalten. Im betreuten Wohnen verhalte er sich recht angenehm. Es zeige sich, dass er wenige Strategien im Umgang mit Alltagsproblemen habe. Es sei bekannt, dass er immer wieder aggressiv geworden sei, was letztendlich auch zum Ausschluss aus dem H.\_\_\_\_ geführt habe. Was den Konsum anbelange, konsumiere er zwar regelmässig, aber nie übermässig, so dass er über die Zeit einen ausgeglichenen Eindruck mache. Er wirke immer entspannt, weshalb er in seinen Möglichkeiten sehr schlecht einzuschätzen sei.

Angesichts der Gesamtsituation und seiner wahrscheinlich familiär bedingten Epilepsie mit praktisch lebensdauernder Medikation sowie den wirklich schwierigen, unbehüteten Gedeihbedingungen ohne Förderung, die in eine schwere, chronische Drogenabhängigkeit führten, sei die heute erreichte Stabilität durchaus erfreulich. Sowohl aufgrund seiner somatischen wie seiner psychiatrischen Erkrankung und insbesondere seiner schweren kognitiven Defizite und der psychiatrischen Erkrankung sei er nicht mehr in der Lage, eine Arbeit im Sinne der freien Wirtschaft mit den geforderten Strukturen und Leistungen einzuhalten. Grundsätzlich wünsche er sich eine gute Tagesstruktur, allenfalls auch mit einer Beschäftigung. Eine solche sollte aber ausserhalb der für Drogenabhängige zugänglichen Institutionen gefunden werden, weil bei letzteren die Gefahr des Kontrollverlustes über den Konsum zu gross ist. Aus suchtmedizinischer und psychiatrischer Sicht seien die Defizite als Folge seiner Erkrankungen zu gross, als dass eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt erreicht werden könnte. Die kognitiven Defizite verhindern zudem massgeblich seine Fähigkeit zur Selbststrukturierung.

### **E. 3.2**

Im Bericht des M.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2014 (Urk. 8/12) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt:

-

Instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiv, histrionischer Typ

-

Grand mal-Epilepsie

-

Polytoxikomanie

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen:

-

Status nach zweimaliger Beugeschnitt Zone I und einmaliger

Nervennaht am 6. Juni 2011 bei Schnittverletzungen beugeseitig

Dig. IV/V auf Niveau Mittelphalanx der rechten Hand mit Durchtrennung

FDP IV/V sowie des ulnopalmaren Kleinfingernerven am 4. Juni 2011

(Spital P.\_\_\_\_)

-

Status nach Hepatitis B

-

Positive Serologie für Hepatitis C: PCR aktuell unter Nachweisgrenze

-

HIV-Screening aktuell negativ

Der Beschwerdeführer befinde sich seit Mitte Oktober 2012 in ambulanter Behandlung im Rahmen ihres Methadonprogramms. Grund für die Behandlung sei insbesondere seine instabile Persönlichkeitsstörung und seine Suchtproblematik. Eine stationäre Behandlung sei zuletzt im Januar 2014 in der G.\_\_\_\_ erfolgt. Bezüglich der Suchtproblematik seien bereits mehrere Therapien gescheitert. In der Entscheidung für einen weiteren Versuch sei der Beschwerdeführer als ambivalent zu betrachten, er gebe sich aktuell aber als motiviert. Die Prognose sei aufgrund des ambivalenten Verhaltens, sich auf eine geführte Regelmässigkeit einzulassen und abstinent orientiert zu leben, bei seinem seit Jahren bestehenden Muster sehr bedingt. Jedoch wäre es ein Versuch, durch enge professionelle Begleitung und/oder verpflichtende amtliche Auflagen einen Lebenswandel anzustreben. Der Beschwerdeführer sei in seiner Arbeitsfähigkeit bezüglich Ausdauer, Belastungsfähigkeit und Schweregrad der Arbeit deutlich eingeschränkt. Einfache Hilfsarbeiten in einem entsprechenden Arbeitsprogramm (zurzeit circa 3-5 Stunden täglich, je nach Verfassung) seien ihm zumutbar. In psychisch stützender Umgebung könne der Beschwerdeführer auch leichtere Arbeiten in einem kleinen Team ausführen (zum Beispiel leichte Dienstleistungs-/Küchenarbeiten). Allfällige Eingliederungsmassnahmen könnten durch eine engmaschige ärztliche Begleitung sicherlich begünstigt werden. Dabei sei eine engmaschig betreute Arbeitsumgebung, die dem Beschwerdeführer Sicherheit, Vertrauen und Wohlbefinden vermittele, wichtig. Von einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne bei weiterer Stabilisierung gesprochen werden, wobei das Ziel sei, dass der

Beschwerdeführer eines Tages mindestens halbtags arbeite.

### **E. 3.3**

RAD-Arzt Q.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 8. Juli 2014 (Urk. 8/26 S. 3-4) fest, dass der Beschwerdeführer an Epilepsie mit sekundären Erkrankungen (Schulterluxation, Depressionen, Schlafstörungen), einer Störung durch Alkohol, Cannabis, Kokain und Opioide sowie an einer Persönlichkeitsstörung leide und die arbeitskundige Arbeits(un-)fähigkeit in bisheriger Tätigkeit seit 2008 respektive 2010 30-100 % betrage.

Vor allem der Bericht von Dr. Y.\_\_\_\_ zeige die Krankengeschichte sehr deutlich auf. Der Beschwerdeführer leide seit Kindheit unter einer Epilepsie. Die habe aber zu keiner Beeinträchtigung sowohl im Bereich der Schul- als auch der Berufsausbildung geführt. Er sei sogar im Militär gewesen, was bei einem erheblichen Anfallsleiden kaum vorstellbar sei. Der Beschwerdeführer habe eine Coiffeur- und eine Verkäuferlehre absolviert und sei später sogar als erfolgreicher Geschäftsleiter bis zur Scheidung tätig gewesen. Dann sei es zu einem Rückfall bezüglich des Drogenkonsums gekommen, der mit einer gehäuften Anfallsfrequenz und zunehmendem sozialen Abstieg einhergegangen sei. Eine primäre psychiatrische Störung sei nicht existent. Der aktuelle Gesundheitszustand sei nachvollziehbar nicht mit einer Arbeitsfähigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt vereinbar, da der Beschwerdeführer verhaltensbedingt nicht dazu in der Lage sei. Ob das Suchtgeschehen, das ursächlich für die Arbeitsunfähigkeit sei, versicherungsrechtlich anerkannt werde, sei keine medizinische Frage.

### **E. 3.4**

Dr. med. Y.\_\_\_\_ nahm in seinem Bericht vom 20. Oktober 2014 (Urk. 8/31) Stellung zum ablehnenden Vorbescheid und hielt fest, dass es sich beim Leiden des Beschwerdeführers nicht um eine primäre Suchterkrankung handle, sondern dass diese Folge einer schwerwiegenden psychiatrischen Störung im Sinne einer Persönlichkeitsstörung von ICD-10: F 60.8 sei. Die Kombination der kognitiven Defizite, die auch, aber nicht nur, Folge der Suchterkrankung sein könnten, mit der narzisstischen Persönlichkeitsstörung sei beim Beschwerdeführer Folge einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung. Diese Dualdiagnose wirke sich auf alle, auch auf adaptierte Tätigkeiten aus. Das Ausmass der Beeinträchtigungen sei so hoch, dass er infolge seiner kognitiven Defizite, seiner strukturellen Mängel und seiner narzisstischen Persönlichkeit auch nicht in der Lage sein werde, die notwendige Konstanz, Dauerhaftigkeit und Leistung zu erbringen, um in einer Institution der Wiedereingliederung bestehen zu können. An eine Arbeitsfähigkeit im Sinne des ersten Arbeitsmarktes sei gar nicht zu denken. Die kognitiven Störungen seien auch mit der Persönlichkeitsstörung, die wiederum Folge der Entwicklungsstörung sei, relevant verbunden. Auch bei vollständiger Alkoholabstinenz würden deshalb die kognitiven Defizite nicht reversibel sein. Die Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit werde sich auch nicht wesentlich erhöhen, da diese Defizite strukturbedingt seien. Die Grand mal-Epilepsie mache den Beschwerdeführer ungeeignet für alle Anstellungen, ausser Arbeiten auf dem Boden in sicherer Umgebung. Die Grand mal-Epilepsie sei auch bei Alkoholabstinenz nicht reversibel. Die Arbeitsfähigkeit betrage höchstens 20-30 % in einem sehr beschützten Rahmen ohne Leistungsanforderungen mit Rücksichtnahme auf die Defizite des Beschwerdeführers. Unabhängig vom Alkoholkonsum bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt.

### **E. 3.5**

Im Bericht vom 19. Februar 2015 (Urk. 8/34) nahm das M.\_\_\_\_ Stellung zum ablehnenden Vorbescheid und führte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

1.

Grand mal-Epilepsie

2.

Instabile Persönlichkeitsstörung: impulsiv, histrionischer Typ; infolge

Trennung vor 10 Jahren

3.

Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und

Sozialverhalten (ICD-10: F 43.25), infolge Trennung vor 10 Jahren

### **E. 3.6**

Dr. Y.\_\_\_\_ beantwortete am 10. März 2015 die von der Beschwerdegegnerin gestellten Ergänzungsfragen (Urk. 8/33 und Urk. 8/36) wie folgt: Zerebrale Bild gebungen zur Abklärung der Epilepsie seien nicht veranlasst worden, da aus den Schilderungen des Beschwerdeführers hervorgegangen sei, dass er bereits in der Jugend epileptisch abgeklärt und behandelt worden sei und auch später die adäquaten Untersuchungen durchgeführt worden seien. In der Abklärung des Beschwerdeführers, den er insgesamt nur dreimal gesehen habe (7., 12. und 19. Mai 2014) und der weiter nicht mehr in seiner Behandlung stehe, habe sich gezeigt, dass die Gedeihbedingungen sehr schlecht gewesen seien und er die Übersiedlung in die Schweiz bei guter schulischer Intelligenz als massive Entwurzelung erlebt habe. Wie häufig bei diesen Entwicklungen sei es zu einer Dekompensation in der mittleren Adoleszenz mit Drogenkonsum gekommen. Trotzdem sei es dem Beschwerdeführer möglich gewesen, eine Verkaufslehre als Lebensmittelverkäufer abzuschliessen. Im Militärdienst habe

der Beschwerde führer erstmals einen strukturierten Alltag erlebt, der es ihm erlaubt habe, einerseits einen Entzug durchzuführen und andererseits sich in die straffe Ordnung einzufügen. In der Folge sei es zu einer arrangierten Ehe gekommen, die er aber nicht zu leben imstande gewesen sei. Er habe auch heute keinen Kontakt zur Ex-Frau oder dem Kind. Trotzdem habe ihm diese Familien-Struktur eine Arbeitsfähigkeit ermöglicht. Mit dem Verlust der integrativen Stützen sei er wegen Fehlens innerer Strukturen in eine schwerste, destruirende und desintegrierende Drogenabhängigkeit mit bis heute schwerer Beeinträchtigung seiner kognitiven und integrativen Fähigkeiten geraten. Der Beschwerdeführer erfülle alle Kriterien einer entwicklungsbedingten, emotional instabilen und narzisstischen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 mit massiv eingeschränkter Kognition, instabiler Affektivität und Impulskontrolle und schweren Defiziten in den persönlichen und sozialen Kompetenzen. Bei ihm sei die Ausweichung so ausgeprägt, dass sein Verhalten sowohl in persönlichen wie in sozialen Situationen unangepasst sei und die Abweichungen sehr stabil seien mit Beginn bereits im Kindesalter und in der Adoleszenz. Beim Beschwerdeführer bestehe die Störung in der desintegrierenden Art und Weise seit sicherlich 15-20 Jahren. Die Lebensumstände zu Beginn des Drogenkonsums des Beschwerdeführers seien sehr unglücklich, desintegrierend, emotional kalt und lieblos gewesen und er sei sich völlig selbst überlassen gewesen. Wie in der damaligen Zeit

häufig, habe er seine Peer unter den Randständigen, emotional und strukturell Verwahrlosten im C.\_\_\_\_, wo er aufgewachsen sei, mit der örtlichen Nähe zur Drogenzene, gefunden. Nach der Lehre seien seine Struktur und sein Alltag verfallen und er habe sich im Drogenelend verloren, zusammen mit dem grössten Teil seiner gesamten Clique. Vor allem die kindliche Entwicklungsstörung mit mangelnder Fähigkeit zur Selbststrukturierung und zur Selbstfürsorge zeige sich als grösstes Handicap der Reifeentwicklung hin zur selbstverantwortlichen erwachsenen Identität. Stabilität habe der Beschwerdeführer nur gehabt, wenn von aussen für eine gute Strukturierung gesorgt worden sei, wie in der Lehre, im Militärdienst und zumindest zu Beginn der Ehe. Sobald er diese Verantwortung hätte selber übernehmen müssen, sei er dazu nicht mehr in der Lage gewesen. Der primäre Krankheitsgewinn habe vor allem im Vergessen aller schwierigen Situationen und Entwicklungen seiner Kindheit und Jugend mit emotionaler und sozialer Verwahrlosung bestanden. Bedeutsam seien heute aber auch die Folgeschäden der langjährigen, destruktiven Drogenabhängigkeit, insbesondere die Einbussen im kognitiven Bereich, die zur Folge hätten, dass er auch in der Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung noch heute auf fremde Hilfe angewiesen sei. In der Beurteilung der Arbeits- und Integrationsfähigkeit seien nicht nur die prämorbiditen Problematiken wichtig (Persönlichkeitsstörung, Narzissmus, Epilepsie, strukturelle und emotionale Verwahrlosung), sondern vor allem die Folgeerkrankungen der Sucht, die Defizite in der Selbstfürsorge und Selbststrukturierung, der Administrationsfähigkeit und insbesondere der kognitiven Funktionen. Auch sei er nicht mehr genügend anpassungs- und integrationsfähig. Dies bedinge, dass er auf eine externe Betreuung und Begleitung angewiesen sei. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer heute dank der zum Teil intensiven Betreuung im begleiteten Wohnen des Verein J.\_\_\_\_ eine gewisse Stabilität habe erreichen können, heisse noch nicht, dass er im Sinne des ersten und zweiten Arbeitsmarktes arbeits- und integrationsfähig wäre.

### **E. 3.7**

RAD-Arzt Q.\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 25. März 2015 (Urk. 8/40 S. 5-6) aus, dass die Ausführungen von Dr. Y.\_\_\_\_ nachvollziehbar seien. Solche Lebensläufe fänden sich bei vielen Drogenkonsumenten. Menschen, die Drogen konsumierten, veränderten sich aufgrund des Konsums auch in ihrem Verhalten und der Persönlichkeit. Es fänden sich oft narzisstische und emotional instabile Persönlichkeitszüge, die aber erst sauber von einer primären Persönlichkeitsstörung getrennt werden könnten, wenn diese Menschen abstinent seien. Beim Beschwerdeführer finde sich ein solcher abstinenten Zeitraum und er sei in dieser Zeit beruflich erfolgreich gewesen. Das heisse, dass eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Persönlichkeitsstörung in der konsumfreien Zeit nicht bestanden habe und eine primäre Persönlichkeitsstörung somit auch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Das aktuelle Zustandsbild sei mit einer Arbeitsfähigkeit nicht vereinbar. Es fänden sich abschliessend allerdings keine Erkrankungen jenseits des Suchtmittelkonsums, die die Arbeitsfähigkeit [richtig: Arbeitsunfähigkeit] begründeten. Kognitive und Antriebsstörungen seien zwar vorhanden, müssten aber dem Suchtmittelkonsum zugeschrieben werden, da keine davon losgelöste neurologische und/oder psychiatrische Erkrankung vorliege. Es handle sich somit um einen juristischen Entscheid. Wäre eine erhebliche Demenz (beispielsweise im Sinne eines Alzheimers) zu vermuten, wäre eine diesbezügliche Abklärung zu erwarten gewesen. Dies sei jedoch nicht erkennbar. 4.

### **E. 4**

Längere depressive Reaktion nach der Scheidung und Trennung von Ehefrau und dem Kind vor 10 Jahren (ICD-10: F 43.21)

#### **E. 4.1**

Anhand der vorliegenden medizinischen Berichte lässt sich nicht abschliessend beurteilen, ob das Suchtgeschehen (Polytoxikomanie) seine Ursache - wie von Dr. Y.\_\_\_\_ festgestellt (vgl. E. 3.1, E. 3.4 und E. 3.6, welcher den Beschwerdeführer aber nur dreimal innerhalb des Monats Mai 2014 behandelte) - in einer psychischen Erkrankung im Sinne des Gesetzes (vgl. E. 1.2) findet. Das heisst, es ist fraglich, ob die Suchterkrankung primärer oder doch sekundärer und somit invalidenversicherungsrechtlich relevanter Art ist.

Mit Blick auf die durch multiple psychosoziale Faktoren (ohne Kontakt zur Mutter in lieblosen Verhältnissen bei Grosseltern aufgewachsen, später Scheidung von Ehefrau ohne beibehaltendem Kontakt zu Kind) belastende Lebensgeschichte des Beschwerdeführers und den frühzeitigen Cannabis- und Drogenkonsum liegt eher der gegenteilige Schluss nahe. Ein psychisches Leiden, welches nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt oder zur Suchterkrankung geführt hätte, ist jedenfalls nicht rechtsgenügend dokumentiert. So liegen insbesondere keine echtzeitlichen Arztberichte vor. Die Schlussfolgerung von Dr. Y.\_\_\_\_, dass es sich aufgrund der entwicklungs- und krankheitsbedingten Störung der Persönlichkeit im Zusammenhang mit schwierigen Gedeihbedingungen um eine sekundäre Suchterkrankung handle, vermag dafür nicht zu genügen. Sodann war der Beschwerdeführer in der Lage, eine Verkaufslehre zu absolvieren, im Militär zu dienen und während der 12-jährigen Ehe auch beruflich als Geschäftsführer im Möbelverkauf erfolgreich zu sein, was ebenfalls gegen das Vorliegen einer relevanten psychischen Beeinträchtigung in jenem Zeitraum spricht. Ob damit übereinstimmend mit der Einschätzung von RAD-Arzt Q.\_\_\_\_ ein primäres Suchtgeschehen vorliegt, bleibt aber ebenso offen, wie die Frage, ob eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Erkrankung (Persönlichkeitsstörung) besteht, welche der Überwindung der Suchtkrankheit entgegensteht.

#### **E. 4.2**

Zusammengefasst lässt sich gestützt auf die vorliegenden Berichte nicht abschliessend feststellen, ob der Beschwerdeführer unter einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten psychischen Gesundheitsstörung mit Krankheitswert leidet, welche zur Sucht geführt hat oder als deren Folge eingetreten ist, und für sich allein oder in Zusammenhang mit der durch sie verursachten Suchtkrankheit zu einer massgeblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt. Zur Klärung dieser Frage drängt sich eine umfassende Abklärung der Krankengeschichte auf, wobei insbesondere alle Unterlagen, welche Aufschluss geben können, ob es sich um eine krankheitswertige oder umständebedingte Suchterkrankung handelt, einzuholen sind. Offenbar befand sich der Beschwerdeführer vor dem M.\_\_\_\_ bereits im H.\_\_\_\_ im Methadonprogramm und auch in der G.\_\_\_\_ war er schon stationär hospitalisiert (zuletzt im Januar 2014, vgl. E. 3.2). Im Anschluss daran drängt sich eine psychiatrische - unter Umständen sogar polydisziplinäre - Begutachtung auf, welche sich unmissverständlich über die Ursächlichkeit der Suchterkrankung zu äussern hat. Zudem sind auch die (allfälligen) aus dem Suchtgeschehen resultierenden Folgeschäden zu eruieren.

Bei der erneuten Rentenprüfung wird im Weiteren fraglich sein, ob die bisherigen Therapiebemühungen des sich im Methadonprogramm befindenden Beschwerdeführers

(Gesprächstherapie im M.\_\_\_\_) auf eine Therapieresistenz bei bestehendem Leidensdruck schliessen lassen.

### **E. 4.3**

Mithin erweist sich der medizinische Sachverhalt als nicht genügend erstellt und die Sache als nicht spruchreif, weshalb sie an die Beschwerdegegnerin zur Ergänzung im genannten Sinn zurückzuweisen ist. Dies hat die Aufhebung des angefochtenen Entscheides und in diesem Sinne die Gutheissung der Beschwerde zur Folge. 5.

### **E. 5**

Aktuell: Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: F 43.22),  
psychiatrisch behandelt und teilweise mit Beikonsum

### **E. 5.1**

Die Gerichtskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- und Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Gerichtskosten auf Fr. 500.-- anzusetzen und der Beschwerdegegnerin als unterliegender Partei aufzuerlegen.

### **E. 5.2**

Entsprechend erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 22. Mai 2015 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese - nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen - über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste -  
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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Hurst-Geiger

## **E. 6**

Polytoxikomanie infolge psychiatrischer Störungen, massiv verstärkt  
infolge der Trennung 2005

Während der 12-jährigen Ehe habe kein Drogen- oder Alkoholabusus bestanden. Dieser sei erst seit der Trennung vorhanden und teilweise massiv gesteigert worden. Leichte, keine Konzentration benötigende und psychische Belastung hervorrufende Tätigkeiten könnten unter denselben Kautelen wie heute, viel leicht nach längerem Arbeitsintegrationstraining, eventuell zu maximal 20-30 % ausgeführt werden. Aktuell sei dies aber sicher noch nicht machbar. Heute sei keine Reversibilität der Entwicklungs- und krankheitsbedingten Störung der Persönlichkeit mit kognitiven Defiziten zu erwarten, egal ob der Beschwerdeführer auftrainiert werde oder nicht. Aus heutiger Sicht müsse davon ausgegangen werden, dass er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kaum jemals mehr als diese 20-30 % in leichten, mental und konzentrationsmässig wenig fordernden Verweistätigkeiten arbeitsfähig sein werde. Unabhängig davon, ob er Alkohol und/oder Drogen konsumiere. Wenn die Grand mal-Epilepsie weiterhin gut und konstant behandelt werde, werde vermutlich eher selten eine Auswirkung spürbar sein, was aber zu keinem Zeitpunkt ausgeschlossen werden könne. Die Einschränkung der Mobilität und der kognitiven Funktionen sei heute bereits sehr eindrücklich. Auch bei Alkoholabstinenz sei die Grand mal-Epilepsie nicht mehr reversibel.

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