

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01132 vom 26. Februar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01132

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01132 du 26 février 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01132 del 26 febbraio 2016

Erwägungen

E. 3

.2

Der Beschwerdeführer hielt dem entgegen,

er

sei seit 2011 abstinent, wohne seit Mitte 2012 betreut und arbeite seit längerem 50 % im geschützten Rahmen. Seine Arbeitsfähigkeit sei aber durch eine Persönlichkeitsstörung und anhaltende affektive Störung als bleibende Folgeschäden der langjährigen Drogensucht eingeschränkt. Der

erste RAD-Arzt habe dies nach eigener Untersuchung bestätigt. Unklar sei, worauf die abweichende Beurteilung des zweiten RAD-Arztes

gründe.

Er hoffe, durch die erneut beantragten beruflichen Massnahmen eine teilweise Arbeitsfähigkeit zu erreichen, weshalb mit dem Rentenentscheid bis zu deren Abschluss zuzuwarten sei (Urk. 1 S. 3-5).

E. 4.1

1

Demgegenüber kam der RAD-Arzt in ed. pract. B. ____, ebenfalls Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 13. Mai 2014 zum Schluss, wie es aus der Aktenlage hervor geht, stehe die Sucht im Vordergrund und seien depressive Erscheinungen Folge dieser Sucht und im Prinzip behandelbar, z.B. mit Pharmako- oder Psychotherapie, was dem Beschwerdeführer zumutbar sei. Andere unterliegende Störungen, welche die Sucht verursachen könnten, z.B. ADHS, würden

aus den Akten nicht hervor gehen (Urk. 8/37 S. 3) . 5. 5.1

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Dabei sind sie in ihrem medizinischen Sachentscheid

unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG) und können die geeigneten Prüfmethoden grundsätzlich frei wählen, insbesondere den Versicherten bei Bedarf auch selber ärztlich untersuchen (Art. 49 Abs. 1 IVV; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Der Beweiswert von RAD-Berichten bei eigener Untersuchung ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf solche versicherungsinterne

Abklärungen nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 5.2

Gemäss den Berichten der C.____

und des Z.____ von 2011 bis 2013 hat der Beschwerdeführer seit Mitte 2011 nur noch selten und seit einigen Monaten vor Oktober 2013 gar kein Kokain mehr konsumiert . Sein Alkoholkonsum beschränkt sich zudem auf einen Liter Bier pro Tag , was knapp unter dem Grenzwert für den chronisch risikoreichen Konsum liegt (Angaben gemäss Bundesamt für Gesundheit, im Internet abrufbar: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00600/13428/13430>) . Die

Substitution mit Subutex

wurde vor einigen

Jahren eingestellt . Grund für den letzten stationären Klinikaufenthalt im Sommer 2012 war schliesslich kein Suchtgeschehen mehr , sondern eine Zunahme der depressiven Erkrankung. Seither hat sich der Zustand soweit

stabilisiert , dass der Beschwerdeführer nach der Teilnahme an einer Arbeitstherapie in der Lage war, seit Mitte 2012 regelmässig fünfmal wöchentlich halbtags im geschützten Rahmen zu arbeiten (vgl. E. 4.5-7 und E. 4.9) .

Zwar ist in Bezug auf Dr. E.____ als langjährige behandelnde Arztperson auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass solche mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertretungsstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings kam auch

der RAD-Arztmed. pract . A.____ nach seiner ärztlichen Untersuchung im Januar 2014 zum Schluss , dass nach einjähriger Abstinenz- und Stabilisierungsphase im geschützten Rahmen sowie betreutem Wohnen Eingliederungsmassnahmen zu empfehlen seien , beginnend mit einem 50%-Arbeitspensum (vgl. E. 4.10) . 5.3

Da sich aus den Akten folglich keine Anhaltspunkte für einen nennenswerten Konsum psychotroper Substanzen seit Sommer 2011 ergeben , ist die nach Ansicht der Beschwerdegegnerin massgebende Stellungnahme des RAD-Arztes med.

pract . B.____ (vgl. E. 4.11; Urk. 8/37 S. 3) , in welcher dieser

noch im Mai 2014 unter blosser Verweis auf die Akten von einem im Vordergrund stehenden Suchtgeschehen ausging , nicht nachvollziehbar. Er

setzt er sich denn auch nicht mit den entsprechenden Ausführungen zum (teilweise gegenläufigen) Verlauf der Suchterkrankung und Depression in den Vorberichten auseinander . Ebenso wenig nannte er Gründe oder konkrete Belegstellen für seine Darstellung . Es kann ihm deshalb auch nicht gefolgt werden, soweit er damit zusammenhängend eine

psychische Störung im Sinne eines selbständigen Gesundheitsschadens neben der Sucht verneinte, indem er die depressiven Erscheinungen

als (reine) Suchtfolgen qualifizierte und sich weder zu deren Ausmass noch zu deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit äusserte.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass der blosser Hinweis auf eine mögliche Behandlung keine Beurteilung des Leistungsanspruchs erlaubt. Die Behandelbarkeit einer psychischen Störung für sich allein betrachtet sagt nämlich gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nichts über deren invalidisierenden Charakter aus. Massgebend ist einzig, ob sie die erforderliche Dauer und Intensität in den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erreicht (vgl. für den Rentenanspruch Art. 28 IVG; BGE 127 V 294 E).

4). Dazu hat sich m ed. pract . B.____

wie erwähnt ebenso wenig wie zur bisherigen Therapie

geäussert. Ähnliches gilt für seinen Hinweis, dass keine der Sucht unterliegenden psychischen Störungen wie ADHS ersichtlich seien. Dies trifft wohl zu. Es schliesst aber nicht aus, dass der insofern „freiwillige“ Drogenkonsum – bei letztlich finaler Natur der Invalidenversicherung – dennoch zu einem bleibenden, invalidisierenden Gesundheitsschaden führte.

Zusammenfassend durfte die Beschwerdegegnerin also nicht auf die Stellungnahme des RAD-Arztes m ed. pract . B.____ abstellen. 5.4

Indes ist festzuhalten, dass eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität ist. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (BGE 127 V 294 E. 4).

Sowohl Dr. E.____ als auch der RAD-Arzt m ed. pract . A.____ diagnostizierten eine anhaltende affektive Störung nach langjähriger, inzwischen überwundener Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. Ersterer stellte darüber hinaus die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (ICD-F19.71) und begründete diese mit einer Wesensänderung infolge langjährigen Substanzkonsums. In ihren Berichten berücksichtigten diese Ärzte sowohl den Verlauf der Suchtkrankheit bis hin zur Abstinenz als auch die längere stabile Wohn- und Arbeitssituation sowie die

Verbesserung der depressiven Symptomatik

unter andauernder adäquater Therapie. Trotz allem stellten sie beide bei eigener ärztlicher Untersuchung

übereinstimmend eine nach wie vor gedrückte Stimmung, einen sozialen Rückzug sowie insbesondere Einschränkungen

im Zusammenhang mit der

Belastbarkeit und im Kontakt mit Dritten

fest. Aufgrund dieser Beeinträchtigungen attestierte m ed. pract . A.____

eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % , während Dr. E.____ auf die bisherige 50%-Tätigkeit in der geschütz ten Werkstätte hin wies. Ihre Prognose n , dass bei anhaltender Abstinenz die Arbeitsfähigkeit nicht mehr entscheidend gesteigert werden könne bzw. die Verbesserung des Gesundheitszustandes „eventuell“ sei, erscheint

deshalb plausibel

(vgl. E.

4.7, 4.9 und 4.10) .

Eine reduzierte Leistungsfähigkeit wird auch durch die Leitung der ge schützten Werkstätte bestätigt. Ihrer Auskunft ist sinngemäss zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer engagiert, aber die Arbeit nicht sieht, langsam ist und wenig Flexibilität zeigt (Urk. 8/14 S. 7).

Demnach war im Verfügungszeitpunkt von einem trotz mehrmonatiger Drogen abstinenz fortbestehenden Ge sundheitsschaden auszugehen, welcher die Ar beits fähigkeit

des Beschwerdeführers aktuell um 50 % reduzierte . 5.5

Alsdann knüpften beide Ärzte nicht nur eine weitere Verbesserung der Arbeits fähigkeit , sondern auch deren Verwertung auf de m ersten Arbeitsmarkt an die vorgängige Durchführung von Eingliederungsmassnahmen an . N ach Ansicht von

Dr. E.____

wären schon

ab Oktober 2013 Eingliederungsmassnahmen an die Hand zu nehmen gewesen .

Er begründete dies mit einer weiteren gesundheitli chen Stabilisierung zwischen April und Oktober 2013 , einer schon Mona te an dauernden, vollständigen Drogenabstinenz sowie der hohen Motivation des Be schwerdeführers . Diese Punkte hob auch m ed. pract . A.____ hervor und empfahl im Januar 2014 dringend Eingliederungsmassnahmen zur Vermeidung einer dauerhaften Berentung nach einer einjährigen Abstinenz- und Stabilisie rungsphase (vgl. E. 4.9 f.).

Die Beschwerde gegnerin interpretierte den RAD-Bericht d ahingehend, dass der Beschwerdeführer in Zukunft

zunächst e in Jahr lang abstinent sei müsse . Der Beschwerdeführer ging hingegen davon aus, gemeint sei die Abstinenz phase

vor der Untersuchung (vgl. E.

3) . Beides ist nicht ganz schlüssig , zieht man den Hin weis des RAD-Arztes auf die Dringlichkeit der Massnahmen (vgl. E. 4.10) ei ner seits und d en im April 2013 noch bestehenden (minimal en) Drogenkonsum (vgl. E. 4.7) andererseits mit ein.

Fest steht jedenfalls , dass de r Beschwerdeführer seit Mitte 2012 – und damit im Verfügungszeitpunkt seit fast zwei Jahren – betreut wohnt e und regelmässig halbtags (also wöchentlich 5

x ca. 4 Stunden)

im geschützten Rahmen arbeitet. Sein Drogenkonsum beschränkte sich in diesem Zeitraum soweit ersichtlich auf ein Minimum und seit mehr als acht Monaten war er sogar drogenfrei, zumal sich in den Akten keine Anhaltspunkte für einen Rückfall nach Oktober 2013 finden. Im Verfügungszeitpunkt sprach somit nichts gegen den Versuch, den Beschwerdeführer wieder einzugliedern. Im Gegenteil hätten sein fortgeschrittenes Alter, seine grosse Motivation sowie die dringende Empfehlung von m ed. pract. A._____

sogar eine sofortige Durchführung

und nicht bloss das In-Aussicht-Stellen einer Prüfung von Massnahmen erfordert. Angesichts des bis her bekannten Verlaufs der Suchterkrankung sowie der langjährigen Therapie musste der Beschwerdeführer bei immer noch bestehenden Einschränkungen nämlich als zumindest von Invalidität bedroht

gelten

(vgl. Art. 8 IVG in Verbindung mit Art. 1 novies IVV). 5.6

Ferner ist jeweils vor der

Prüfung des Rentenanspruchs

grundsätzlich zwingend die Möglichkeit zu eruieren, Eingliederungsmassnahmen zu treffen (Art. 28 Abs.

1

lit. a IVG). Betreffend den Beschwerdeführer erfolgte bis anhin kein Versuch einer beruflichen (Wieder-)Eingliederung. Eine verpasste Gelegenheit zur Eingliederung des Versicherten

würde

bei diesen Gegebenheiten dessen Anspruch auf eine Rente nicht entgegenstehen.

Die Anmeldung zum Bezug einer Rente respektive zur Durchführung beruflicher Massnahmen datiert vom 2. Juli 2012 (Urk. 8/8). Frühestmöglicher Rentenbeginn wäre somit der 1. Januar 2013 (Art. 29 Abs. 1 IVG), falls in diesem Zeitpunkt während eines Jahres eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% bestanden hätte (Art.

28 Abs. 1 lit. b in Verbindung mit Abs. 2 IVG).

Aufgrund der bisherigen Abklärungen steht der Verlauf der Suchterkrankung, deren Krankheitswert so wie deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und damit auf die Erwerbsfähigkeit im

fraglichen Zeitraum ab dem 1. Januar 2013 allerdings noch nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest (BGE 119 V 338 E.

1). Zu berücksichtigen ist auch, dass die einjährige Wartezeit als Voraussetzung für den Rentenanspruch (vgl. Art. 28 IVG, E.

2.1) noch nicht beginnen kann, solange bei einer versicherten Person reine Suchtfolgen ohne Krankheitswertigkeit im Sinne von Erwägung 2.2 vorliegen. Ob und bis wann dies beim Beschwerdeführer der Fall gewesen ist, muss somit unter medizinischen

Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung noch geklärt werden, und die oben aufgezeigten, bisher bestehen den offenen Fragen und augenfälligen Widersprüche im Vergleich zwischen den medizinischen Unterlagen sind zu klären und auszuräumen .

Für die Zukunft bleibt schliesslich abzuwarten, welcher Erfolg sich im Rahmen von allfälligen Eingliederungsbemühungen einstellen wird und welcher Einfluss einer allenfalls geglückten Eingliederung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zukommt . 6.

Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache zur Prüfung und Durchführung aktuell geeigneter Eingliederungsmassnahmen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird zudem nach weiteren Abklärungen, insbesondere zum konkreten Verlauf der Suchterkrankung und deren Verhältnis zum psychopathologischen Befund, erneut über den Rentenanspruch zu entscheiden haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

Eine Sistierung des Verfahrens bis zur Erledigung des neuen, bei der Beschwerdegegnerin pendenden Gesuchs um beruflichen Massnahmen, wie vom Beschwerdeführer beantragt, ist im Hinblick auf das Beschleunigungsgebot und die zusätzlich erforderlichen Abklärungen nicht zweckmässig . 7 . 7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- - bis Fr. 1'000.- - festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.- anzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E.

2.2), weshalb die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 7.2

Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind grundsätzlich erfüllt. Insbesondere ist die Mittellosigkeit des Beschwerdeführers nachgewiesen (vgl. Urk. 6). Aufgrund der Kostenaufgabe an die Beschwerdegegnerin erweist sich das Gesuch jedoch als gegenstandslos. 7.3

Schliesslich beantragte der Beschwerdeführer, nicht nur die Kosten- sondern auch die Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin zu regeln (Urk. 1 S. 2). In BGE 126 V 11 entschied das Bundesgericht allerdings , dass kein Anspruch auf eine Parteientschädigung bestehe , wenn eine Institution der öffentlichen Sozialhilfe eine obsiegende versicherte Person vertritt . Die Institution nehme damit ihre öffentlichen Aufgaben wahr und die finanziellen Mittel dazu stammen aus der öffentlichen Hand. Dies entspricht denn auch der Regelung in Art. 68 Abs. 3 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) , welche für die Auslegung von

Art. 61 lit . g ATSG und § 34 GSVGer

heranzuziehen ist (vgl. Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 61 N 200). Demnach hat der Beschwerdeführer

keinen Anspruch auf Parteientschädigung. Das Gericht erkennt: 1 .

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 23. Mai 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons

Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über die beruflichen Massnahmen und den Rentenanspruch neu verfüge. 2 .

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3 .

Dem Beschwerdeführer wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4 .

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) 5 .

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

E. 4.2

Nach dem ersten Kokainentzug diagnostizierten die Ärzte der C.____ im Austrittsbericht vom 9. März 2007 (Urk. 8/14 S. 11) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, ohne somatisches Syndrom (ICD-F33.0) sowie Störungen durch Kokain (Abhängigkeitssyndrom, mit ständigem Substanzgebrauch, ICD-F14.25) und Opiumide (Abhängigkeitssyndrom,

gegenwärtig über wachtes Ersatzdrogenprogramm, ICD-F11.22).

Der Beschwerdeführer werde seit 2001 mit Subutex substituiert und konsumiere seither kein Heroin mehr. Seit 2005 sei es jedoch zu einer Suchtverlagerung auf Kokain gekommen, wovon er fast täglich ein Gramm konsumiere (Urk. 8/14 S. 12).

Die Befunde der neuropsychologischen Testung seien vereinbar mit einem bifrontalen, linksbetonten Funktionsdefizit und somit den Folgen eines langjährigen Substanzkonsums (Urk. 8/14 S.

13).

Während des Aufenthalts habe er sich stabilisiert, aber nicht für eine Langzeittherapie entscheiden können. Im letzten Belastungsurlaub habe er

einmalig Kokain konsumiert. Ferner habe er sich für drei Arbeitsstellen beworben (Urk. 8/14 S. 13).

E. 4.3

Dem Austrittsbericht der C.____

vom 19. Juli 2007 zur nachfolgenden Krise in folge Beendigung des Arbeitsverhältnisses ist

zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer beim Wiedereintritt regelmässig Cannabis und täglich ein Gramm Kokain konsumierte. Da er im Ausgang dreimal Kokain konsumiert habe, sei zum Schutz vor Beikonsum die Fixmedikation von Subutex erhöht

worden (Urk. 8/14 S. 15 f.).

E. 4.4

Die Therapie im Juli 2008 in der D.____

wurde wegen eines Verstosses gegen die Hausordnung nach vier Tagen abgebrochen (Urk. 8/14 S. 21). Die zuständige Ärztin diagnostizierte neben den Störungen durch Kokain und Opioide mnestische Störungen unklarer Genese, Differenzialdiagnose toxisch (Urk. 8/14 S. 21).

E. 4.5

Im Austrittsbericht der C.____

vom 6. September 2011

wurden eine schwere depressive Episode (ICD-F32.1) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-F10.2), Kokain (gegenwärtig abstinent, ICD10-F14.2) und Opioide (gegenwärtig abstinent, ICD10-F11.2) diagnostiziert. Damals gab der Beschwerdeführer an, von 2000 bis 2005 Heroin geraucht und von 2005 bis drei Monate vor Eintritt in die Klinik Kokain konsumiert zu haben. Derzeit trinke er ca. einen Liter Bier pro Tag. Anlass für den Klinikaufenthalt seien Schuldgefühle gegenüber seinen Kindern und eine depressive Symptomatik (Urk. 8/14 S.

22). Im Verlauf des Aufenthalts habe sich die Stimmung des Beschwerdeführers unter zusätzlichem

Efexor

zur Eintrittsmedikation mit Trittico stabilisiert.

Er sei nun motiviert, sein Leben wieder in die Hand zu nehmen und wolle seine Wohn- und Arbeitssituation verbessern. Deshalb habe er verschiedene Therapieangebote wahrgenommen und sich bei der Invalidenversicherung zur Früherfassung und Organisation von beruflichen Integrationsmassnahmen angemeldet

(Urk. 8/14 S. 23).

Im Drogenscreening (Urin)

vom 2. August 2011 wurden im Übrigen keine Werte über den Referenzwerten gemessen (Kreatininwert

E. 4.6

Die einzige Diagnose im letzten Austrittsbericht der C.____ vom 29. November 2012 lautete schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-F32.2 ;

Urk. 7/14 S.

27).

Der Beschwerdeführer sei eingetreten, da er sich

in den letzten Monaten ausserordentlich stark zurückgezogen, die Therapie abgebrochen und kaum mehr Kontakte gehabt habe. Aus Lust- und Antriebslosigkeit habe er das Wohnheim nicht mehr verlassen (Urk. 8/14 S. 27). Die Substanzanamnese lautet aktuell: Der Beschwerdeführer trinke ca. einen Liter Bier pro Tag.

Im Befund wurde festgehalten, Aufmerksamkeit und Konzentration seien subjektiv und objektiv im Gespräch leicht eingeschränkt. Formalgedanklich sei der Beschwerdeführer etwas verlangsamt, ansonsten jedoch unauffällig. Affektiv sei er deutlich niedergedrückt und antriebslos. Ausserdem bestünden Interessenverlust, Energielosigkeit und Schuldgefühle. Psychomotorisch sei er verlangsamt. Es bestehe zudem ein Morgentief und die Schlafdauer sei verkürzt (Urk. 8/14 S. 28). Der Beschwerdeführer habe gut auf die Medikamenteneinstellung angesprochen und wolle nach der regelmässigen Teilnahme an der Arbeitstherapie nun ab Juli 2012 im geschützten Rahmen seine Arbeitsfähigkeit stabilisieren. Er trete bei remittierter depressiver Symptomatik in die alten Verhältnisse aus (Urk. 8/14 S. 28 f.). 4.

E. 4.8

Die den Bericht der Z.____ mitunterzeichnende Therapeutin G.____ teilte der Beschwerdegegnerin auf Anfrage am 5. August 2013 alsdann

mit, dass der Zustand des Beschwerdeführers unverändert sei, so dass sich ein neuer Verlaufsbericht erübrige

(Urk. 8/15 S.

2). Die Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin schlossfolgerte daraus, es handle sich um ein reines Suchtgeschehen (Urk. 8/15 S.

2), und erliess einen negativen Vorbescheid (Urk. 8/16). Im

dagegen erhobenen Einwand vom 21. August 2013 wies der Beschwerdeführer darauf hin, die Drogenkrankheit weitgehend überwunden und aufgrund seiner Leistungen in der Werkstatt Chancen auf eine geregelte Arbeit zu haben. Die Invalidenversicherung könne ihm neue Perspektiven eröffnen und ihn auf dem Weg zur vollständigen Abstinenz unterstützen (Urk. 8/18 S. 1). In der ergänzenden Begründung vom 24. Oktober 2013 stützte sich seine Vertreterin sodann auf einen

neuen Bericht des Z.____ (Urk. 8/30). 4.

E. 7

Am 19. April

2013 verfasste auch das

Z.____ einen Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin. Darin diagnostizierte

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

eine langjährige Drogenkrankheit (Heroin- und Kokainabhängigkeit, Alkohol und Cannabis; ICD-F19.2) sowie eine substanzinduzierte anhaltende affektive Störung und Persönlichkeitsstörung (Urk. 8/14 S.

1). Der Beschwerdeführer nehme täglich 450 mg Aurorix und 100 mg Trittico ein (Urk. 8/14 S. 6).

Er

habe sich nach dem Klinikaufenthalt 2011 gefangen, arbeite nun zu 50 % im geschützten Rahmen in der Bäckerei F.____

und wohne seit Mitte August 2012 betreut in einer Einzelwohnung. Er sei immer noch in einer sensiblen Phase und werde möglichst darin unterstützt, sein Selbstbewusstsein aufzubauen sowie trotz depressiver Störung und Wesensänderung im bisherigen Rahmen arbeiten zu können. Die Drogenkrankheit habe er weitgehend überwunden (Urk. 8/14 S. 5).

Als Befund stellte Dr. E.____ fest, der Beschwerdeführer habe Angst, den Lebensmut ganz zu verlieren, und auch Schuldgefühle gegenüber seinen Kindern, zu denen er seit 2009 keinen Kontakt mehr habe, weil er sich schäme. Er habe ferner Angst, mit seinen Mitmenschen Kontakt aufzunehmen, weil er nicht wisse, worüber er mit ihnen sprechen solle und befürchte, nach seinem beruflichen Werdegang gefragt zu werden. Kokain konsumiere er noch alle drei Monate, Cannabis schon lange nicht mehr (Urk. 8/14 S. 5 f.).

Die Arbeitsfähigkeit sei eingeschränkt, da der Beschwerdeführer rasch ermüde und zu wenig belastbar sei (Urk. 8/14 S.

6). Eingeschränkt seien das Konzentrationsvermögen, deutlich auch die Anpassungsfähigkeit und massiv die Belastbarkeit (Urk. 8/14 S. 8). Von der Werkstattleitung werde er als zuverlässig, teamfähig, exakt, freundlich zu den Kunden und überhaupt beliebt beschrieben. Auch halte er die Arbeitszeiten ein. Er sehe aber die Arbeit nicht. Man müsse ihn darauf aufmerksam machen, dann erledige er diese ohne Weiteres. Vom Tempo her sei er langsam und nicht sehr flexibel. In absehbarer Zeit sei eine Erhöhung der Einsatzfähigkeit nur im geschützten Rahmen zu erwarten (Urk. 8/14 S. 7).

Zusammenfassend urteilte

Dr. E.____, der Beschwerdeführer habe seinen Drogen- und Alkoholkonsum inzwischen gut im Griff. Seit 2007 sei er ganz arbeitsunfähig. Dazu geführt habe die Kokainabhängigkeit, die inzwischen ziemlich gut überwunden scheine, aber zu einer anhaltenden affektiven Störung und Wesensänderung geführt habe. Der Beschwerdeführer verfüge

über eine gute Ausbildung und Intelligenz. Dauerdepression, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, psychischer und physischer Vitalitätsverlust, Apathie und Passivität würden jedoch verhindern, dass er auf Leistung komme. Wenn es ihm gelinge, seinen Drogenkonsum noch ganz zu überwinden, könne sich seine Leistungsfähigkeit nochmals etwas verbessern. Ob dies indessen genügen werde, um eine teilweise berufliche Rehabilitation zu schaffen, erscheine sehr fraglich. Gegebenenfalls sei eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt aber

nur mit Hilfe der Invalidenversicherung möglich, da der Beschwerdeführer schon zu lange nicht mehr erwerbstätig sei

(Urk. 8/14 S. 8 f.).

E. 9

In diesem Bericht vom 15. Oktober 2013 führte Dr. E.____ aus, der Beschwerdeführer habe seinen Stand nochmals leicht verbessert und seit Monaten kein Kokain, Heroin oder Cannabis mehr konsumiert. Es würden nur das kontrollierte einzelne Feierabendbier und das Zigarettenrauchen bleiben. Zudem arbeite der Beschwerdeführer

an fünf Halbtagen pro Woche seit mehr als einem Jahr regelmässig in der Bäckerei. Ausser den regelmässigen und zuverlässigen Besuchen bei seiner Therapeutin pflege er kaum noch soziale Kontakte. Seine Freizeit verbringe er in seinem Zimmer im begleiteten Wohnen der H.____. Geblieben sei die anhaltende depressive Stimmung (Dysthymie), die Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, der psychische und physische Vitalitätsverlust, die Apathie und Passivität sowie der soziale Rückzug. Der Beschwerdeführer hoffe, mit Hilfe beruflicher Massnahmen eine Teilzeitarbeit als Buchhalter zu finden.

Es sei somit

von einer anhaltenden affektiven Störung (ICD-F19.72) und Persönlichkeitsstörung (F19.71) als Folge einer langjährigen (inzwischen überwundenen) Abhängigkeit von psychotropen Substanzen auszugehen. Eine so langjährige schwere „Drogenkrankheit“ mit massivem sozialem Abstieg führe fast regelmässig zu bleibenden Folgeschäden (Persönlichkeitsstörung mit reduzierter Leistungsfähigkeit). Eine entscheidende Verbesserung sei leider auch bei andauernder Abstinenz nicht zu erwarten. Trotz eingeschränkter Leistungsfähigkeit erscheine es bei positivem Verlauf seit April 2013 und guter Motivation des Beschwerdeführers aber sinnvoll, eine teilweise Rehabilitation in den ersten Arbeitsmarkt in Angriff zu nehmen (Urk. 8/32).

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