

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00104 vom 4. Juli 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00104](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00104)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00104 du 4 juillet 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00104 del 4 luglio 2017

## **Erwägungen**

### **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). 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**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 1.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen

Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4. ).

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 auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE

141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

### **E. 1.6**

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 einleuchtend und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 27. Januar 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 14. Dezember 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien Eingliederungsmassnahmen zu leisten sowie eine Rente für vorerst 12 Monate auszurichten. Eventuell sei die Beschwerde als neue Anmeldung für eine berufliche Integration oder Rente entgegenzunehmen (S. 1). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. März 2017 (Urk. 5) die teilweise Gutheissung der Beschwerde im Sinne einer Rückweisung zur weiteren Abklärung. Diese wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 15. März 2017 (Urk. 7) zur Stellungnahme zugestellt. Der Beschwerdeführer liess sich innert Frist nicht vernehmen. Das Gericht zieht in Erwägung:  
1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass dem Beschwerdeführer der erlernte Beruf eines Informatikers noch zu 80 % zumutbar sei. Zudem hätten die Abklärungen ergeben, dass die Arbeitsunfähigkeit vor allem durch ein Abhängigkeitsverhalten begründet sei und deshalb keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege (S. 1). Dem Beschwerdeführer sei mit der gesundheitlichen Beeinträchtigung eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Damit könne er ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen. Da er einen strafrechtlichen Sanktionenvollzug absolviere, könnten mit ihm auch keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden (S. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer vertrat den Standpunkt (Urk. 1), dass die der Beschwerde beigelegten Arztberichte (Urk. 3/1, Urk. 3/3) eindeutig belegten, dass es sich bei seiner psychischen Erkrankung um eine paranoide Schizophrenie handle. Seine Arbeitsunfähigkeit gründe auf der schizophrenen Erkrankung. Die weiteren Diagnosen hätten denn auch nur auf schädlichen Missbrauch von Drogen gelaute. Eine Suchterkrankung sei nie diagnostiziert worden. Es sei aktuell völlig unklar, ob er die Leistungsfähigkeit aufweise, um auf dem ersten Arbeitsmarkt zu bestehen. Die Invaliditätsberechnung sei daher nochmals zu prüfen (S. 2 lit. A). Nach seinem stationären Aufenthalt im Rahmen einer stationären Massnahme nach Art. 59 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB; Behandlung von schweren psychischen Störungen) wohne er seit dem 5. Dezember 2016 für den weiteren Verlauf des Massnahmenvollzugs in einem betreuten Wohnen. Seine behandelnden Ärzte hätten mit Bericht vom 24. August 2016 eine Berentung für den Zeitraum von etwa 12 Monaten empfohlen und ausgeführt, dass ihm bisherige Tätigkeit im Laufe der nächsten 12 Monate nicht zumutbar sei. Der Anspruch auf berufliche Massnahmen stehe ihm unabhängig von einem laufenden Sanktionenvollzug zu (S. 3 f. lit. B).

### **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 5) stellte sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, der strafrechtliche Massnahmenvollzug schliesse einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nicht grundsätzlich aus. Die Eingliederungsfähigkeit des

Beschwerdeführers sei genauer abzuklären und gegebenenfalls seien entsprechende Massnahmen in die Wege zu leiten.

#### **E. 2.4**

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, namentlich auf Eingliederungsmassnahmen und eine Rente, hat. 3.1

Die folgenden Berichte datieren vor Erlass der Verfügung vom 20. September 2010 (Urk. 6/24): 3.2

Die Ärzte der Y.\_\_\_\_ führ ten mit Austrittsbericht vom 18. Februar 2010 (Urk. 6/44; eingegangen bei der Beschwerdegegnerin am 5. Oktober 2015) aus, der Beschwerdeführer sei am 7. Januar 2010 per Fürsorgerischem Freiheitsentzug (FFE) von der Z.\_\_\_\_ bei psychotischem Zustandsbild und Fremdge fährdung zugewiesen worden und nannten die folgenden Austrittsdiagnosen (S. 1): - Verdacht auf paranoide Schizophrenie, Beobachtungszeitraum weniger als ein Jahr (ICD-10 F20.09), Differentialdiagnose (DD): drogeninduzierte psychotische Episode - Keratokonus beidseits

Er sei in einem paranoid-halluzinatorischen Zustandsbild eingetreten. Zu Beginn hätten sie einen ängstlich-paranoid wirkenden Patienten mit inhaltlich wie formal stark defizitärem Denken gesehen. Bei fehlender Krankheitseinsicht, Medikamentenverweigerung und latenter Fremdgefährdung habe der Beschwer deführer anfänglich abgeschirmt und gegen seinen Willen mit Clopixol und Valium über den Mund (per os) mediziert werden müssen (S. 2 unten). Das sowohl bei Eintritt als auch im weiteren Verlauf bestehende Wahngedäude mit ausgeprägter Dynamik sowie die formalgedanklichen Defizite hätten eine deut liche Regredienz gezeigt. Aufgrund der beobachteten Zustandsverbesserung sowie Abwesenheit von Eigen- oder Fremdgefährdung habe er am 18. Februar 2010 zu seinen Verwandten nach Bern entlassen werden können. Der Austritt sei entgegen ärztlichem Rat erfolgt, da eine weitere stationäre Behandlung zur weiteren Stabilisierung indiziert gewesen wäre (S. 3 oben). 3.3

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, B.\_\_\_\_, führte mit Bericht vom 3. Mai 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/13 = Urk. 6/49/5) aus, der Beschwer deführer sei vom 12. bis 31. März 2010 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Dank einem positiven Krankheitsverlauf sei eine weitere Krankschrei bung nicht vonnöten. Er sei ab dem 1. April 2010 wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Er habe eine Anstellung gefunden und vor wenigen Wochen eine Erwerbs tätigkeit in einem Pensum von 100 % aufgenommen. 3.4

Mit Verfügung vom 20. September 2010 (Urk. 6/24) lehnte die Beschwerde gegne rin das Leistungsbegehren ab und führte zur Begründung aus, der Beschwerdeführer sei seit Ende 2009 vorübergehend gesundheitlich beein trächtigt gewesen. Aus medizinischer Sicht sei er ab April 2010 wieder zu 100 % arbeitsfähig. Per 26. April 2010 habe er eine neue Stelle angetreten (S. 1). 4. 4.1

Die folgenden Berichte datieren vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfü gung vom 14.

Dezember 2016 ( Urk. 2) : 4.2

Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. D.\_\_\_\_, Assistenzärztin, B.\_\_\_\_, nannten mit forensisch-psychiatrischem Sachverständigengutachten vom 21. Juli 2014 zuhanden der Staatsanwaltschaft See/Oberland (Urk. 3/3, eingegangen beim hiesigen Gericht am 30. Januar 2017) folgende Diagnosen (S. 50): - paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0), Differentialdiagnose: schizo affek tive Störung, im Deliktzeitraum am ehesten manisch (ICD-10 F25.0) - schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1)

Es sei vom Vorliegen überdauernder psychotischer Symptome auszugehen, die nicht nur substanzinduziert, sondern nach Angaben des Beschwerdeführers und nach den Angaben des Vorbehandlers Dr. A.\_\_\_\_ unter Gesamtwürdigung der Befunde

auch zeitlich überdauert hätten. Der hohe Systematisierungsgrad der Wahnsymptomatik, welche sich in unmittelbarem Deliktzusammenhang offenbart habe, lege ebenfalls nahe, dass es sich um einen länger andauernden Prozess psychotischen Erlbens gehandelt habe, der - entsprechend den Angaben des Beschwerdeführers - hintergründig fortbestand habe. Auch in der Biografie werde deutlich, dass der Beschwerdeführer mit Erkrankungsbeginn - spätestens im Jahr 2010 - einen Leistungsknick zu verzeichnen gehabt habe mit Verlust der Arbeit, vermehrter Drogeneinnahme und Stimmungsdefizit, wobei die Rolle der Augenerkrankung an dieser Stelle unklar bleibe und mindestens einen konstellativen Faktor darstelle, wobei Kausalitätszuschreibungen an dieser Stelle nicht möglich seien. Damit scheidet die Diagnosestellung einer akut polymorph-psychotischen Störung und auch einer rein substanzinduzierten Störung aus. Sicherlich bleibe die diagnostische Einschätzung um bildgebende Verfahren zu ergänzen, um organische Ursachen gänzlich ausschliessen zu können (S. 53).

Vielmehr handelt es sich um eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, genauer um eine paranoide Schizophrenie, also um eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung, die Störungen in verschiedenen Bereichen von psychischen Funktionen, wie etwa Wahrnehmung und Denken, Ich-Funktionen, Affektivität sowie Antrieb und Psychomotorik, verursache (Müller-Isberner & Venzlaff 2009; S. 53 unten).

Mit dem Vorliegen eines bizarren Wahns in nach eigenanamnestischen Angaben ausreichender Dauer (über vier Wochen) in Kombination mit den genannten Symptomen könne formal die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gestellt werden. Allerdings komme differentialdiagnostisch ebenso eine schizoaffektive Störung bei zwei eigenanamnestisch berichteten depressiven Phasen in Betracht. Bei der genannten Störung würden sowohl affektive als auch schizophrene Symptome in der gleichen Krankheitsphase auftreten, oft gleichzeitig, manchmal aber auch durch wenige Tage getrennt (WHO, 2004). Vorliegend käme eine schizomanische Episode zum Tatzeitpunkt möglicherweise in Betracht. Der Beschwerdeführer

habe 1) Grössenideen sowie 2) einen ausgeprägten Beziehungswahn bei 3) erhöhter Reizbarkeit und durch die Zeugen berichteter Erregung und insgesamt 4) möglicherweise gehobener Stimmung als affektive Komponente bei Antriebssteigerung, gezeigt. Letztlich lasse sich eine genaue Differenzierung nicht vornehmen. Für die Beurteilung eingangs genannter Fragen sei dies jedoch ohne Auswirkung, denn es liege im Falle bei der Differentialdiagnosen eine schwerwiegende psychische Störung vor, die mit massiven psychosozialen und kognitiven Leistungseinbussen einhergehe (S. 54).

Insgesamt sei davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der beschriebenen Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis der übergeordnete Realitätsbezug durch die bestehenden Ich-Störungen mit Derealisations- und Depersonalisationserleben sowie einem wahnhaften Erleben mit Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen gefehlt habe und ein Befolgen normativer Vorgaben daher nicht mehr möglich gewesen sei (S. 57 unten).

Inwieweit der am Vorabend des Delikts stattgefundenen Cannabis-Konsum eine Rolle spiele, bleibe unklar. Letztlich bleibe festzuhalten, dass Cannabis psychotische Schübe begünstigen könne, wobei vorliegend entsprechend den Angaben des Beschwerdeführers von einer vorbestehenden Symptomatik ausgegangen werde, die durch den Cannabis-Konsum möglicherweise lediglich akzentuiert worden sei (S. 58). 4.3

E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, F.\_\_\_\_, führte mit Bericht vom 13. Januar 2015 (Urk. 6/31) aus, der Beschwerdeführer befinde sich bei ihnen in einer stationären forensischen Massnahmenbehandlung nach Art. 59 StGB (S. 3 oben) und nannte als Diagnose eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0; S. 2 unten).

Im Jahr 2002 habe der Beschwerdeführer eine Ausbildung zum Informatiker abgeschlossen und anschliessend sieben bis acht Jahre in der IT-Branche gearbeitet. Die Arbeit sei jedoch zunehmend eine erhebliche Belastung für seine Augen geworden, da er an einem Keratokonus gelitten habe. Er habe damit angefangen, Drogen, insbesondere Cannabis, zu konsumieren und sei immer depressiver geworden. Im Jahr 2010 sei er erstmals psychotisch geworden. Danach sei in beruflicher Hinsicht alles perfekt gelaufen. Als die Probleme mit den Augen zugenommen hätten, sei eine Operation unumgänglich geworden. Er habe sechs Monate auf den Operationstermin warten müssen und sich aufgrund der stark erhöhten Lichtempfindlichkeit fast nur noch in seiner Wohnung aufgehalten. 2012 sei es nach einer 2.5-jährigen Partnerschaft zur Trennung von seiner damaligen Freundin gekommen, was massgeblich zur Entwicklung eines depressiven Zustandsbildes und einer psychotischen Dekompensation beigetragen habe (S. 1 f.).

Beim Beschwerdeführer liege ein vordergründig kompensiertes Zustandsbild vor, das aufgrund einer fortbestehenden Vulnerabilität des Patienten unter psychischer Belastung jedoch eine Zunahme der psychotischen Symptomatik zeige. Vor diesem Hintergrund werde im weiteren Verlauf der Behandlung besonderer Wert auf eine Optimierung der pharmakologischen Behandlung und eine psychoedukativ ausgerichtete Kompetenzvermittlung im Hinblick auf einen verantwortungsvollen Umgang mit der psychischen Grunderkrankung gelegt. Im Rahmen der intensiven forensisch-psychiatrischen Behandlung solle ein tragfähiges Problem- und Krankheitsverständnis beim Patienten entwickelt, gefördert und konsolidiert werden (S. 4 oben). Die Behandlungsdauer sei vom individuellen Verlauf abhängig. Wie lange sie bei ihm dauern werde, könne aktuell noch nicht prognostiziert werden (S. 4 unten). 4.4

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte mit Bericht vom 19. Februar 2015 (Urk. 6/32) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit 2007, wobei der letzte Kontakt am 18. November 2013 stattgefunden habe (S. 1 Ziff. 1.2). Er nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schizoide Erkrankung (S. 1 Ziff. 1.1). Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers müsse von den betreuenden Psychiatern festgelegt beziehungsweise bestimmt werden (S. 3). 4.5

Dr. E.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_, Psychologin, F.\_\_\_\_, nannten mit Bericht vom 8. Mai 2015 (Urk. 6/35) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine paranoide

Schizophrenie (ICD-10 F20.0), Differentialdiagnose (DD): schizoaffektive Störung (ICD-10 F25.0; S. 2 Ziff. 1.1). Die Arbeit sei zunehmend eine erhebliche Belastung für seine Augen geworden, da er an einem Keratoko nus gelitten habe. Er habe vermehrt Drogen konsumiert und sei immer depressi ver geworden (S. 2 Ziff. 1.4). Im direkten Anschluss an das Anlassdelikt (Raub), sei der Patient nach seiner Verhaftung im April 2014 aufgrund eines psycho tisch-wahnhaften Zustandsbildes in der B.\_\_\_\_ stationär hospitalisiert wor den. Anschliessend sei eine Verlegung in die Kaserne und danach eine Über stellung ins Gefängnis Zürich erfolgt (S. 3 Mitte).

Vor dem Hintergrund der seit Jahren bestehenden Problematik sei schwer abzu schätzen, ob eine nachhaltige Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes erreicht werden könne. Zum aktuellen Zeitpunkt sei von keiner deutlichen Besserung der schizophrenen Erkrankung auszugehen. Eine Wiedereingliede rung in den ersten Arbeitsmarkt sei beim schwer beeinträchtigten Patienten nicht vorstellbar (S. 4 oben). Er sei im Denken, Fühlen und Handeln einge schränkt und nur reduziert belastbar. Er überschätze seine eigenen Fähigkeiten und zeige eine sehr hohe Leistungsbereitschaft. Dabei zeige er die Tendenz, seine eigenen Grenzen nicht zu spüren und diese zu übergehen, was zur Erschöpfung führe. Er habe Schwierigkeiten, eine Balance zwischen Leistung und Pause zu finden. Ausserdem werte er sich aufgrund der hohen Leistungs ansprüche ab und berichte in diesem Zusammenhang über dysfunktionale Gedanken. Ausserdem habe er Schwierigkeiten, sich abzugrenzen. Dies führe zu vermehrtem Gedankenkreisen und daraus folgender mangelnder Konzentration. Im Alltag bestünden geringe Selbstregulationsfähigkeiten, sodass die Stressbe wältigung unzureichend gelinge und der Patient mit vermehrtem Rückzug und Grübeln reagiere (S. 4 f. Ziff. 1.7). 4.6

In einem Bericht der I.\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2015 (Urk. 6/52) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): - zentrale Keratopathia superficialis Punktata - Zustand nach perf. KPL bei Rechts/Links Keratokonus - Ausschluss Transplantreaktion

Derzeit bestehe kein Anhalt auf eine Transplantatreaktion. Es werde die Anpassung neuer Kontaktlinsen empfohlen (S. 2). 4.7

Die Ärzte der F.\_\_\_\_ nannten mit Bericht vom 24. August 2016 (Urk. 6/60) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1): - paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) - Differentialdiagnose (DD): Schizoaffektive Störung (ICD-10 F25.0) - Cannabisabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinert aber in beschützen der Umgebung (ICD-10 F12.21) - schädlicher Gebrauch von Kokain (ICD-10 F14.1) - schädlicher Gebrauch von Stimulanzien (ICD-10 F15.1) - schädlicher Gebrauch von Halluzinogenen, LSD (ICD-10 F16.1) - Keratokonus

Nachdem sich der Beschwerdeführer auf der akuten forensischen Station P7-2 über einen Zeitraum von anderthalb Jahren bewährt habe, habe er am 28. Januar 2016 auf die forensische Rehabilitationsstation P7-E übertreten können, welche ein niedrigeres Sicherheitslevel aufweise und auch eine suk zessive Aussenorientierung mit Fokus auf die Resozialisation des Patienten för dere (S. 3 Ziff. 1.4).

Vor dem Hintergrund einer seit Jahren bestehenden schweren seelischen Erkran kung sei schwer abzuschätzen, ob die bisherigen Fortschritte des Patien ten, welche er im geschützten Rahmen seines stationären Aufenthaltes gemacht habe, einen nachhaltig psychisch stabilen Zustand ermögliche. Zum aktuellen Zeitpunkt könnten sie von einer deutlichen Besserung der schizophrenen Erkrankung unter der bestehenden Medikation und

unter der bestehenden Abstinenz des zuvor bestandenen Substanzkonsums ausgehen (aktuell lebe er abstinent, aber in beschützender Umgebung). Eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt sei möglich, aber müsste jedoch in langsamen (Zeithorizont schätzungsweise ein Jahr) Schritten vorbereitet werden. Das Ziel der stationären Massnahme sei ein erfolgreicher Abschluss der Behandlung mit nachfolgender Reintegration, vorab in den zweiten Arbeitsmarkt. Sie befürworteten eine Berentung des Beschwerdeführers für einen Zeitraum von etwa 12 Monaten und empfahlen nach Ablauf dieser Zeit eine erneute Überprüfung. Die Motivation ihres Patienten betreffend Wiedereingliederung schätzten sie auf einer Punkteskala von 1-10 mit 10 als sehr hoch ein (S. 4 unten).

Aktuell befinde sich der Patient im geschlossenen Setting, sei aufgrund aktiver Teilnahme an verschiedenen Therapien und aufgrund medikamentöser Behandlung stabil und abstinent. Bedingt durch die Grunderkrankung bei nicht einge nommener Medikation unter adäquater psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung besteht die Gefahr, dass sich akustische und optische Halluzinationen wie auch wahnhaftes Erleben entwickeln, was zu einem Realitätsverlust führen könne. Der Patient könnte im Zusammenhang mit seiner Erkrankung an Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen leiden. Aufgrund einer sich sehr früh im jungen Erwachsenenalter entwickelten Sucht besteht die Möglichkeit, dass der Beschwerdeführer im offenen Setting erneut rückfällig werde. Ein Rückfall in die Sucht würde die bestehende Grunderkrankung massiv im Sinne einer Verschlechterung beeinflussen. Der bestehende und voroperierte Keratokonus könnte zu Konzentrations- und Aufmerksamkeitschwierigkeiten führen, da das vorgeschädigte Auge bei höheren Belastungen gemäss Patient zu Kopfschmerzen führe. Der Beschwerdeführer sei in den nächsten 12 Monaten zu 100 % arbeitsunfähig. Vor allem, weil er seit Jahren nicht mehr in seiner Branche tätig gewesen sei, müsse ein Wiedereinstieg langsam geplant werden. Von der verminderten Leistungsfähigkeit betroffen und zukünftig gefährdet sei vor allem das Augenlicht des Patienten (S. 7 f. Ziff. 1.7). 4.8

Med. pract. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, praktischer Arzt, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 2. Oktober 2016 (Urk. 6/63/6-7) aus, im Bericht der F.\_\_\_\_ vom 24. August 2016 werde nun nicht mehr von einer gravierenden Minussymptomatik gesprochen, vielmehr bleibe der psychische Befund weitgehend unauffällig. Unter Abstinenz von Drogen würden auch keine psychotischen Symptome mehr beobachtet. In der Arbeitstherapie arbeite er zu 50 %, bei zunehmender Leistungsbereitschaft, daneben Teilnahme an mehreren Therapien (S. 1 oben).

Aus kritischer psychiatrischer Sicht müsse man die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie in Frage stellen, da der Beschwerdeführer mit einer sich sehr früh im jungen Erwachsenenalter entwickelten Sucht einen massiv-exzessiven Drogenkonsum von psychotropen Substanzen praktiziert habe. Nach wie vor habe er sich noch nicht klar von seinem Drogenkonsum distanzieren können und beschreibe seine Partyzeit als eine schöne und aufregende Zeit. Die psychotischen Symptome liessen sich zwanglos aus dem exzessiven Drogenkonsum erklären (S. 1 oben).

Aus versicherungsmedizinischer Sicht müsse man auf mehrere IV-fremde Faktoren hinweisen. Die Bemerkung einer zunehmenden Leistungsbereitschaft liesse erkennen, dass noch Defizite in der Leistungsbereitschaft vorlägen. Reifungsdefizite (er habe sich von den Eltern unterhalten lassen, keine Ablösung vom Elternhaus, Defizite bei der Übernahme von Verantwortung) blieben IV fremd. Der frühere exzessive Drogenkonsum sei als primäres

Suchgeschehen einzu schätzen, da dem Drogenkonsum kein invalidisierender Gesundheits schaden vorangegangen sei. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren und des guten psychischen Befundes könne man der Einschätzung im Bericht der F.\_\_\_\_ einer 20%igen Arbeitsfähigkeit nicht folgen (S. 1 Mitte). 5. 5.1

Der folgende Bericht datier t

nach Erlass der Verfügung vom 14. Dezember 2016 ( Urk. 2): 5.2

Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie , führte mit Bericht vom 16. Januar 2017 (Urk. 3/1) aus, sie behandle den Beschwerdeführer seit dem 2. Dezember 2016 einmal pro Woche ambulant und nannte folgende Diagnosen (S. 3 oben): - paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) - Störung durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1), letzt mals am 11. April 2014

Der Beschwerdeführer sei vom 27. August 2014 bis Mitte Dezember 2016 stationär bei den L.\_\_\_\_ gemäss einer gerichtlichen Unterbringung wegen paranoider Schizophrenie behandelt worden. Mitte Dezember 2015 habe er in das M.\_\_\_\_, eingetreten und die ambulante psychiatrische Behandlung bei ihr weiterführen können (S. 2).

Zusammenfassend bestehe beim Beschwerdeführer seit spätestens 2010 eine schizophrene Erkrankung mit typischem Leistungsknick und Verlust der vorherigen beruflichen und psychosozialen Leistungsfähigkeit. Es sei bei ihm nach zweijähriger stationärer Behandlung eine fortbestehende Negativsymptomatik festzustellen, die als zentrales Symptom der Schizophrenie einzuordnen sei und die sich deutlich leistungsvermindernd auf die berufliche Leistungsfähigkeit auswirken könne. Das Durchhaltevermögen werde als vermindert eingeschätzt, jedoch neige der Beschwerdeführer dazu, seine Leistungsfähigkeit eher zu überschätzen (S. 3 oben).

Gemäss

dem psychiatrischen Gutachten vom 21. Juli 2014 und ihrer fachlichen Einschätzung sei der frühere Suchtmittelgebrauch vom Beschwerdeführer und von der N.\_\_\_\_ überbewertet worden . Patienten neigen selbst oft dazu, dem Drogenkonsum die Schuld für ihre Erkrankung zuzuschreiben und dies sei von der Klinik vermutlich etwas unkritisch übernommen worden . Der Patient sei zum Deliktzeitpunkt nicht intoxikiert gewesen und habe in den zwei Jahren der psychiatrischen stationären Behandlung keinen Hinweis auf einen Drogenkonsum gezeigt (unangekündigte Drogen-Urinproben), bei Fortbestehen von typischen Schizophrenie- Symptomen (Residualsymptomatik). Das Gutachten habe ausschliesslich einen THC-Abusus, keine THC-Abhängigkeit diagnostiziert . Es sei eine bekannte Tatsache, dass Schizophrenieerkrankte häufig einen komorbiden Substanzmissbrauch betreiben und bei ihnen gegebenenfalls Doppeldiagnosen zu behandeln seien (S. 3 Mitte) .

Die (eingeschränkte) Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers beruhe auf den Symptomen der paranoiden Schizophrenie und sei eben nicht, wie in der Begründung der Beschwerdegegnerin angegeben, in einem Abhängigkeitserhalten begründet. Der Beschwerdeführer habe seit zirka 2008 nicht mehr in seinem erlernten Beruf gearbeitet und es sei aktuell völlig unklar, ob er die Leistungsfähigkeit aufweise , um auf dem ersten Arbeitsmarkt zu bestehen. Eine sofortige Integration in den ersten Arbeitsmarkt (ohne vorherige berufliche Abklärung der Leistungsfähigkeit) würde den Patienten gegebenenfalls völlig überfordern und zu einer erneuten Destabilisierung und/oder psychotischen

Dekompensation seiner Erkrankung beitragen, die die berufliche Rehabilitation für längere Zeit verunmöglichen könnte (S. 3 Mitte) .

Eine konsequente psychiatrische Behandlung, inklusive antipsychotischer Medikation, eine überprüfte Drogen- und Alkoholabstinenz und eine schrittweise Belastungserprobung wären ein therapeutischer und sicherer Weg zu einer beruflichen und sozialen Rehabilitation und Reintegration, so dass sie um eine erneute Prüfung der Voraussetzungen für eine (vorübergehende) Invalidenrente und berufliche Massnahmen für den Patienten bitte (S. 3 unten). 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

### **E. 6.1**

Grundsätzlich ist vorliegend zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (vgl. vorstehend E. 1.4). Dabei ist der anspruchrelevante Sachverhalt im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 20. September 2010 (Urk. 6/24) mit demjenigen im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 14. Dezember 2016 (Urk. 2) zu vergleichen. Der rechtskräftigen Verfügung vom 20. September 2010 (Urk. 6/24) lag einzig ein Bericht von Dr. A.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.3) zugrunde (vgl. Urk. 6/21/3). Damals wies die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch ab, da der Beschwerdeführer 100 % arbeitsfähig war und eine 100%ige Erwerbsfähigkeit aufgenommen hat (vorstehend E. 3.4). Zweifelsohne liegt damit ein veränderter Gesundheitszustand vor, wurde er Beschwerdeführer doch aufgrund eines psychotisch-wahnhaften Zustandsbildes hospitalisiert und in der Folge im Rahmen einer stationären forensischen Massnahmen nach Art. 59 StGB behandelt (vgl. vorstehend E. 3.4).

### **E. 6.2**

Das nach der 2014 verübten Straftat des Beschwerdeführers veranlasste Gutachten der B.\_\_\_\_ kam im selben Jahr zum Schluss, dass der Beschwerdeführer an einer paranoiden Schizophrenie leide und ein schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden bestehe (vorstehend E. 4.2). Dieselben Diagnosen nannte auch die aktuell behandelnde Psychiaterin Dr. K.\_\_\_\_ (E. 5.2). Die Fachpersonen der F.\_\_\_\_ diagnostizierten in ihren Berichten von Januar und Mai 2015 sowie August 2016 ebenfalls eine paranoide Schizophrenie sowie ein Cannabisabhängigkeitssyndrom (vorstehend E. 4.3, E. 4.5, E. 4.7). Der RAD-Arzt med. pract. J.\_\_\_\_ stellte die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie in Frage (vorstehend E. 4.8).

Zur Begründung führte med. pract. J.\_\_\_\_ aus, der psychische Befund sei weitgehend unauffällig. Unter Abstinenz von Drogen würden auch keine psychotischen Symptome mehr beobachtet. Indes ist die deutliche Besserung des Gesundheitszustandes gemäss den Ärzten der F.\_\_\_\_ nicht nur auf die bestehende Abstinenz des zuvor bestandenen Substanzkonsums zurückzuführen, sondern auch auf die bestehende Medikation (vorstehend E. 4.7). Er ging weiter davon aus, dass der Beschwerdeführer mit einer sich sehr früh im jungen Erwachsenenalter entwickelten Sucht einen massiv-exzessiven Drogenkonsum von psychothrogenen Substanzen praktiziert habe, was in den Akten keine

Stütze findet. Weiter nahm er an, dass sich die psychotischen Symptome zwanglos aus dem exzessiven Drogenkonsum erklären liessen und der frühere exzessive Drogenkonsum als primäres Suchtgeschehen einzuschätzen sei, da dem Drogenkonsum kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorangegangen sei. Es trifft zwar zu, dass die Ärzte die Besserung der schizophrenen Erkrankung auch auf die bestehende Abstinenz des zuvor bestandenen Substanzkonsums zurück führten, indes geht aus dem Gerichtsgutachten der B.\_\_\_\_ klar hervor, dass vom Vorliegen überdauernder psychotischer Symptome auszugehen sei, die nicht nur substanzinduziert seien (vorstehend E. 4.2). Des Weiteren ist der Beschwerdeführer seit April 2014 drogen- und alkoholabstinent (Urk. 3/2). Die Begründung, mit welcher med. pract. J.\_\_\_\_ die Diagnose einer Schizophrenie in Frage stellt, überzeugt nach dem Gesagten nicht.

Im Gegensatz dazu überzeugen die Beurteilungen des Gerichtsgutachtens und der Fachpersonen der F.\_\_\_\_. So legten die Fachpersonen der B.\_\_\_\_ und diejenigen der F.\_\_\_\_ überzeugend dar, dass der Beschwerdeführer an einer paranoiden Schizophrenie leidet.

### **E. 6.3**

Wie erwähnt, ist eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unabhesehen der Ätiologie ausgemessen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (vorstehend E. 1.5).

Die Fachpersonen der F.\_\_\_\_ gingen im Mai 2015 davon aus, dass zum aktuellen Zeitpunkt von keiner deutlichen Besserung der schizophrenen Erkrankung auszugehen und eine Wiedereingliederung des Beschwerdeführers in den ersten Arbeitsmarkt nicht vorstellbar sei (vorstehend E. 4.5). Im August 2016 stellten sie eine deutliche Besserung der schizophrenen Erkrankung fest und führten aus, aktuell befinde sich der Beschwerdeführer im geschlossenen Setting und sei aufgrund der Teilnahme an verschiedenen Therapien und aufgrund medikamentöser Behandlung stabil und abstinent. Sie erachteten nunmehr eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt zwar als möglich, betonten aber, dass eine solche nur längerfristig, bei einem Zeithorizont von einem Jahr, möglich sei. Für die nächsten 12 Monate attestierten sie deshalb eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vorstehend E. 4.7). Auch Dr. K.\_\_\_\_ ging sinngemäss von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus (vorstehend E. 5.2). Gegenteilige fachärztliche Einschätzungen liegen nicht vor.

Nicht zu überzeugen vermögen die Ausführungen der Beschwerdegegnerin, wonach der Beschwerdeführer als Informatiker noch zu 80 % und in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sein solle (vorstehend E. 2.1). Diese Einschätzung findet in den medizinischen Akten keine Stütze. So liegen keine entsprechenden fachärztlichen Berichte vor. Zudem ist unklar, wie der RAD Arzt zur Einschätzung gelangt, dass der Beschwerdeführer aufgrund seines Augenleidens zu 20 % in der bisherigen Tätigkeit als Informatiker eingeschränkt sein solle (vgl. Urk. 6/63/6 unten).

Nach dem Gesagten ist gestützt auf die umfangreichen Berichte der F.\_\_\_\_ eine vollständige länger andauernde Erwerbsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ausgewiesen. 7. 7.1

Strittig ist unter anderem, wie es sich mit einem allfälligen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verhält. Dies kann nicht abschliessend beurteilt werden. Immerhin steht fest, dass von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in sämtlichen

Tätigkeiten auszugehen ist (vorstehend E. 6.3). Des Weiteren entsteht ein allfälliger Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Angesichts der Anmeldung vom 8.

Dezember 2014 (Urk. 6/27), welche am 12. Dezember 2014 bei der Beschwerdegegnerin eingegangen war (vgl. Aktenverzeichnis zu Urk. 6/27), würde ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab dem 1.

Juni 2015 bestehen.

In Bezug auf das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vorstehend E.

1.2) ist vorliegend überwiegend wahrscheinlich im Zeitpunkt der Hospitalisation aufgrund eines psychotisch-wahnhaften Zustandsbildes im April 2014 eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten. Über einen allfälligen früheren Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit liegen keine Berichte vor. Indes kann der genaue Zeitpunkt offen gelassen werden, da wie dargelegt ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab Juni 2015 bestehen kann. 7.2

Fraglich ist hingegen, wie sich der Straf- und Massnahmenvollzug auf einen allfälligen Rentenanspruch auswirkt. Es ist an der Beschwerdegegnerin, zu prüfen, wie es sich im Lichte der einschlägigen Rechtsprechung (BGE 133 V 1, BGE 137 V 154, BGE 138 V 140) mit Erwerbsmöglichkeiten während den verschiedenen Massnahmenvollzugsformen verhalten hat oder verhält und sodann zu entscheiden, ob ein - allenfalls zu sistierender - Rentenanspruch bestehe. In diesem Sinne ist die Sache

an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

## **E. 8**

IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit (Abs. 1) : a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b.

die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind .

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis ). Nach Massgabe der Art.

### **E. 8.1**

Invalide oder von einer Invalidität (Art.

### **E. 8.2**

Die Beschwerdegegnerin verneinte ursprünglich einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen mit der Begründung, deren Durchführung sei nicht möglich, da der Beschwerdeführer einen strafrechtlichen Sanktionenvollzug absolviere (vorstehend E. 2.1). Der Beschwerdeführer machte geltend, er sei arbeitswillig und zur Berufswahl fähig, jedoch gelte es, ihn aufgrund seiner Beschwerden und der langen Absenz von der Arbeitswelt bei der Wahl einer angepassten Tätigkeit zu unterstützen (Urk. 1 S. 4). In der Beschwerdeantwort schloss die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nicht mehr grundsätzlich aus (vorstehend E. 2.3).

Die Fachpersonen der F.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.7) wie auch die Verantwortlichen der Bewährungs- und Vollzugsdienste (Urk. 3/2) erachten Eingliederungsmassnahmen als notwendig. Auch die Beschwerdegegnerin erklärte sich nunmehr zur Prüfung von Eingliederungsmassnahmen bereit. Zudem scheint der Beschwerdeführer sehr motiviert zu sein (vgl. Urk. 1 S. 4, vorstehend E. 4.7).

### **E. 13**

und 21 IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Abs. 2). Nach Massgabe von Art .

### **E. 16**

Abs . 2 lit. c IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig davon, ob die Eingliederungsmassnahmen notwendig sind oder nicht, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern (Abs. 2 bis ).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Massnahmen (lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. a bis ), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b) und in der Abgabe von Hilfsmitteln (lit.

d).

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