

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00887 vom 22. November 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00887](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00887)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00887 du 22 novembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00887 del 22 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1976, wurde am 22. April 1993 von seiner Mutter bei der Invalidenversicherung angemeldet (Urk. 7/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, übernahm

die Kosten einer Psychotherapie (Urk.

7/8, Urk. 7/10). Mit Verfügung vom 1. September 1995 bewilligte sie eine erstmalige berufliche Ausbildung des Versicherten an einer Handelsschule (Urk.

7/15). Der Versicherte erreichte jedoch den Abschluss der Ausbildung wegen ungenügender Prüfungsnoten nicht (vgl. Urk. 7/ 22-23 ).

Am 26. Oktober 2015 meldete er sich erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 7/30). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche (Urk. 7/38-39) und medizinische (Urk. 7/40) Abklärungen und holte ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/63) ein. Am 8. Dezember 2016 erliess sie den Vorbescheid (Urk. 7/65), wogegen der Versicherte Einwände (Urk. 7/73) vorbrachte. Mit Verfügung vom 10. Juli 2017 (Urk.

7/75 = Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch .

### **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**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung ( IVG ) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes

Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E.

6). Eine fachärztlich einwandfrei 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 unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

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 invaliditätsbegründend 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).

Im erwähnten Urteil 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4 hat das Bundesgericht entschieden, dass die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 psychosomatische Leiden betrifft und auf Suchtproblematiken nicht anwendbar ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_6/2016 vom 3. Februar 2016 E. 4.2.3 mit Hinweis auf die Kritik von Liebrecht / Uttinger / Ebner, Sind Abhängigkeits erkrankungen aus höchstrichterlicher Sicht [weiterhin] nicht mit anderen psychischen Störungen [z.B. somatoformen Störungen] vergleichbar? - Eine Urteilsbesprechung von BGE

8C\_582/2015 im Lichte der theoretischen Anwendbarkeit des ergebnis offenen, strukturierten Beweisverfahrens, in: SZS 2016 S. 96; ferner: Liebrecht et alii, Das Suchtleiden bzw. die Abhängigkeits erkrankungen - Möglichkeiten der Begutachtung nach BGE 141 V 281 [=

9C\_492/2014], in: SZS 2016 S. 12).

#### **E. 1.4**

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 30. August 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Juli 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Sache zwecks ergänzender medizinischer Abklärungen inklusive eines neuen Gutachtens an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2017 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 8. November 2017 wurde der psychiatrische Gutachter um eine ergänzende Stellungnahme ersucht. Das Gericht bewilligte dem Beschwerdeführer zudem die unentgeltliche Prozessführung und stellte ihm eine Kopie der Beschwerdeantwort zu (Urk. 9 Dispositiv Ziff. 1-3). Der Gutachter nahm am 18. Dezember 2017 (Urk. 10) aufforderungs-gemäss Stellung. Die Parteien verzichteten auf eine Stellungnahme

dazu (Urk.

14 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin folgte in ihrer Beurteilung dem psychiatrischen Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, vom 26. November 2016. Gestützt darauf verneinte sie

einen Anspruch des Beschwerdeführers auf IV-Leistungen (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte vor, die Vorakten seien im Gutachten von Dr.

A.\_\_\_\_ nicht ausreichend diskutiert worden. So finde sich keine Diskussion bezüglich der von den behandelnden Ärzten diagnostizierten Persönlichkeitsstörung (Urk. 1 S. 8 Ziff. 2 und 3). Gemäss einer Stellungnahme der behandelnden Ärzte habe der Gutachter die Aussagen des Beschwerdeführers anlässlich der Untersuchung zudem sehr unkritisch übernommen und wichtige Fragen nicht diskutiert (Urk. 1 S. 9 Ziff. 4 Mitte).

### **E. 2.3**

Streitgegenstand bildet die Frage, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Berufliche Massnahmen wurde nicht beantragt.

Zu prüfen ist zunächst, ob auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ abgestellt werden kann.

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer war seit Februar 1992 bei Dr. B.\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulanter Behandlung (Urk. 7/5 Ziff. 1.3). Die Kosten der Behandlung bei Dr. B.\_\_\_\_ wurden

als medizinische Massnahme durch die Invalidenversicherung übernommen (Urk. 7/8, Urk. 7/10).

Dr. B.\_\_\_\_

stellte im Bericht vom 21. Februar 1995 (Urk. 7/6/2-3) die Diagnose einer

Dysthymia (ICD-10 F34.1, S. 1). Zur Anamnese führte er aus, die ausgeprägten Lern- und Leistungsstörungen des Beschwerdeführers als Auswirkungen des psychischen Leidens hätten zusammen mit Auffälligkeiten im Verhalten zum Abbruch der Mittelschule im Februar 1995 geführt (S. 1 unten; vgl. auch den Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 25. Mai 1993, Urk. 7/5).

### **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer ist seit September 2014 in der psychiatrisch-psychologischen Klinik C.\_\_\_\_ in ambulanter

Behandlung (Urk. 7/40 S.

1 Ziff. 1.2).

Dr.\_\_\_\_, Psychologin, und Dr. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt, nannten im Bericht vom 27.

November 2015 (Urk. 7/40) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit kombinierte Persönlichkeitsstörungen (ängstlich-vermeidend, exzentrisch-narzisstisch, unreif; anamnestisch mit dissozialen und abhängigen Zügen) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, mit somatischem Syndrom, chronifizierter Verlauf. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Status nach psychischen und Verhaltensstörungen seit der Kindheit, einen Status nach ausgeprägtem Alkoholkonsum in der Jugend und starkem Nikotinkonsum seit dem 13.

Lebensjahr sowie eine Zahnarzt- und eine Spritzenphobie (S. 1 Ziff. 1.1).

Zur Anamnese wurde ausgeführt, die Mutter des Beschwerdeführers habe nach der Scheidung einen Suizidversuch unternommen, wobei der damals 12-jährige Patient sie gefunden und Hilfe geholt habe. 2001 sei sie an einer Brustkrebskrankung gestorben (S. 3 Ziff. 1.4 oben). Der Beschwerdeführer habe mit 20

Jahren

begonnen, Cannabis zu konsumieren. Nach dem Tod der Mutter 2001 habe

er eine depressive Krise durchlebt und eine Anstellung verloren. Seither habe er nicht mehr gearbeitet. Depressionen und Ängste hätten ihn beeinträchtigt und er habe sich stark zurückgezogen (S. 3 f. Ziff. 1.4). Zirka seit 2004 habe er

mit seinem Vater zusammengelebt. Als dieser im März 2014 gestorben sei, sei er erneut in eine tiefe Depression gefallen (S. 4 oben).

Im September 2014 sei es zu einer ersten Konsultation beim Referenten gekommen, wobei der Patient nach drei Terminen nicht mehr erschienen sei (S.

### **E. 3.3.1**

Das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ datiert vom 26. November 2016 (Urk. 7/63). Es beruht auf der Untersuchung vom 9. November 2016 und den dem Gutachter zur Verfügung gestellten IV-Akten (S. 2 Mitte).

Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer habe angegeben, dass seine Eltern sich getrennt hätten, als er 13 Jahre alt gewesen sei. Im Zusammenhang mit einem Unterhaltsstreit zwischen den Eltern sei er von der Mutter manipuliert worden (S. 5 oben). Er habe dann eine Spielsucht entwickelt, erste Joints geraucht und viel getrunken (S. 5 unten). Das Gymnasium habe er abgebrochen und habe

auf eine Handelsschule gewechselt. Diese habe er zwar beendet, er habe

aber die Prüfungen nicht geschafft (S. 6 oben). Während 3 1/2 Jahren habe er in einer Werbeagentur in Zürich gearbeitet (S. 6 unten). Im Jahr 2001 sei seine Mutter gestorben. Seitdem vegetiere er dahin (S. 7 oben). Seit 2001 sei er auch keiner Erwerbstätigkeit mehr

nachgegangen , er habe aber

noch zwei Jahre in einem Hilfswerk gearbeitet

(S. 7 Mitte). Schliesslich sei er zu seinem Vater gezogen, was vor allen Dingen finanzielle Gründe gehabt habe. Bis 2011 habe er beim Vater gelebt. Das Verhältnis zu ihm sei sehr gut gewesen (S. 8 oben). Aktuell wohne der Beschwerdeführer in einer 1 ½ Zimmerwohnung in Zürich. Es stünden noch Kartons seit dem Einzug herum und er habe noch nie den Herd oder den Backofen benutzt. Seine Wohnung sei nicht vermüllt, aber es gebe eine leichte Tendenz zum Vermüllen (S. 10 f.). Am Vortag der Untersuchung sei er in einer sozialen Einrichtung der Stadt Tischtennis spielen gewesen. Er gehe dort regelmässig hin (S. 11 unten).

Er wolle eigentlich arbeiten, wenn es ihn geistig erfülle. Einen Bürojob würde er sich zutrauen, ab nicht mit einem Pensum von 100 % (S. 13 oben).

Des Weiteren bestünden offene Beteiligungen in Höhe von zirka Fr. 50'000.-- (S.

13 unten). Der Beschwerdeführer sei als Kind in psychiatrischer Behandlung und im schulpsychologischen Dienst gewesen (S. 14 unten). Zur Suchtanamnese wurde angegeben, dass er seit dem 22. Lebensjahr Cannabis rauche (S. 16 Mitte).

Dr. A.\_\_\_\_

gab zu den erhobenen Befunden an , der Beschwerdeführer wirke sehr extrovertiert und eloquent (S. 18 Ziff. III Mitte) Über seine Vorgeschichte habe er ausführlich berichtet und er habe die mehrstündige Exploration ohne Schwierigkeiten absolvieren können. Die Stimmung sei nicht bedrückt gewesen.

Der Beschwerdeführer habe während der Untersuchung auch lachen können oder habe eine launige Bemerkung gemacht . Weiter habe ein guter affektiver Rapport hergestellt werden können (S. 19 oben). Im formalen Denken sei er nicht eingesengt und gut auslenkbar gewesen . Eigenanamnestisch bestehe eine Neigung zum Grübeln . Zu einem Vorbeireden, Denkzerfahrenheit oder zu Zwangsgedanken sei es nicht gekommen (S. 19 unten).

### **E. 3.3.2**

Im psychiatrischen Querschnittsbefund zeigten sich keine Auffälligkeiten. Eigenanamnestisch habe der Beschwerdeführer über Einschlafstörungen berichtet. Mit dem Rauchen von Cannabis könne er aber zufriedenstellend einschlafen. Weiter habe er eine ausgeprägte Spritzen- und Nadelphobie sowie eine Neigung zum Grübeln

angegeben (S. 20 Ziff. IV Mitte). Die Eigenanamnese gegenüber den Ärzten der C.\_\_\_\_ passe teilweise zu den aktuellen Angaben. Eigenanamnestisch berichtete er über starke soziale Rückzug sei derzeit aber nicht vorhanden. Der Beschwerdeführer habe im Gegenteil ein ausgesprochen gutes soziales Netz mit eigenem Freundeskreis und Kontakten auch in die Fussball- und Hooligan-Szene. Gefühle von Trauer, Sinnlosigkeit, Überforderung und Schuldgefühle seien in der aktuellen Untersuchung nicht berichtet worden (S. 20 f.). Anhand der Eigenanamnese bestehe eine Cannabisabhängigkeit. Für eine Alkoholabhängigkeit gebe es keine Hinweise. Anhand der Eigenanamnese und der Aktenlage gebe es auch keine Hinweise auf eine manifeste Persönlichkeitsstörung (S. 21 Mitte). Eine psychopharmakologische Medikation oder eine Psychotherapie finde nicht statt. Der Beschwerdeführer sehe diesbezüglich keine Notwendigkeit und habe im Hinblick auf psychische Erkrankungen einen Leidensdruck verneint (S. 22 unten).

Dr. A.\_\_\_\_ nannte als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine spezifische Phobie (Spritzen-/Nadelphobie) und eine Cannabisabhängigkeit (S. 23 oben, S. 26 Ziff. III).

Der Gutachter antwortete sodann auf die Fragen der Beschwerdegegnerin. Er gab an, als invaliditätsfremde Faktoren bestünden eine lange Arbeitslosigkeit und zirka seit 2002 eine schwierige wirtschaftliche Lage mit Abhängigkeit von der Sozialhilfe und offenen Betreibungen in Höhe von zirka Fr. 50'000.-- (S. 23 Ziff.

I.3). Als Ressourcen bestünden eine gute, wenn auch nicht abgeschlossene Schul- und Berufsausbildung. Der Beschwerdeführer sei sodann sehr eloquent und extrovertiert, habe eine gute soziale Kompetenz und pflege Kontakte zu Personen aus unterschiedlichen Milieus. Weiter sei er an vielen Dingen interessiert und besitze eine gute Allgemeinbildung (S. 25 oben). Bezüglich der bisher erfolgten Therapien bestehe eine schlechte Kooperation. So sei der Beschwerdeführer nach drei Terminen nicht mehr bei den behandelnden Ärzten der C.\_\_\_\_ erschienen (S. 27 Ziff. IV.2). Wiedereingliederungsmassnahmen seien ihm zumutbar (S. 29 Ziff. IV.7).

### **E. 3.3.3**

Die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit mache sich in anderen Lebensbereichen nicht bemerkbar (S. 29 Ziff. V.2). In der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Mangels aussagefähiger Unterlagen sei eine Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit in der Vergangenheit nicht möglich. Es gebe jedoch keine Hinweise, dass früher eine geringere Arbeitsfähigkeit bestanden hätte (S. 30 Ziff. VI.1).

### **E. 3.4**

Dr. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, Regionalärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 6. Dezember 2016 (Urk. 7/64 S. 3) Stellung zum Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_. Dr. F.\_\_\_\_ führte aus, es seien eine Cannabisabhängigkeit und eine spezifische Phobie diagnostiziert worden. Diese hätten keine dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 %. Weiter bestünden keine Hinweise, dass die Arbeitsfähigkeit seit 2002 relevant eingeschränkt gewesen sei (S. 3 Mitte).

### **E. 3.5**

D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_

nahmen am 3. März 2017 (Urk. 7/72) Stellung zum Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_. Sie gaben an, der psychiatrische Gutachter sei gegenüber den Äusserungen des Exploranden zu unkritisch gewesen und es seien wichtige Fragen

im Gutachten nicht diskutiert worden. Es sei fachlich nicht hinreichend ausgearbeitet worden und daher auch nicht schlüssig (S. 1 Mitte). So könne man sich des Eindruckes nicht erwehren, dass der Gutachter die schöngefärbten Aussagen des Exploranden sehr unkritisch entgegengenommen habe. Der Explorand habe seinen «psychologischen Roman» erzählt und der Gutachter habe diesen mehr oder weniger fraglos akzeptiert, obwohl er durch die Vorberichte und die Akten hätte gewappnet sein können (S. 1 Ziff. 1). Der Explorand scheine sich bei der Begutachtung freundlich, offen, eloquent und gut gelaunt gezeigt zu haben, weshalb der Gutachter ihn zur Hauptsache als arbeitsfähig beurteilt habe und er keine IV-relevante Diagnose gesehen habe. Dass dieses Bild ganz

offen sichtlich im Widerspruch zur Aktenla ge und zum Bericht der Ärzte der

C.\_\_\_\_ vom 27. November 2015 stehe, sei in fast nonchal a nter Weise übergangen worden und sei keinesfalls hinreichend diskutiert worden. Im Bericht vom 27. November 2015 sei überdies erwähnt worden, dass der Explorand kommunikativ und eloquent auftreten könne und er sich überhöht als starke, grossartige Person präsentieren wolle. Es sei aber im Grund gut zu durchschauen, dass dies nicht der Realität entspreche (S. 1 f. Ziff. 1).

Die Ärzte hätten i m Bericht vom 27. November 2015 eine kombinierte Persön lich keitsstörung diagnostiziert . Es wäre daher naheliegend gewesen, bei der Begut achtung ein standardisiertes Verfahren (Persönlichkeitstest) einzusetzen und allfällige Wahrnehmungsunterschiede in den Untersuchungen anhand dieses Resultates zu entscheiden oder zu diskutieren. Auch die Diagnose einer rezidi vierenden depressiven Störung sei vom Gutachter nicht beachtet und nicht dis kutiert worden (S. 2 Ziff. 2). Der Beschwerdeführer sei zwischen 2012 bis 2015 drei Mal von der zuständigen Sozialarbeiterin bei der C.\_\_\_\_ angemeldet worden. Als Anmelungsgründe seien jedes Mal Schlafstörungen, Angstzustände, Depressionen, Antriebslo sigkeit, Überforderung und ein schl echter Ernährungszustand angegeben worden . Mehr als einmal sei die Errichtung einer Beistand schaft in Erwägung gezogen worden. Derartige Berichte und Meldungen von erfahrenen Fachpersonen aus dem Sozialbereich sollten von einer psychiatrischen Fachperson nicht unbegründet ausser Acht gelassen werden (S. 2 Ziff. 3).

Frühe Störungen, die in der Kindheit begonnen hätten, korrelierten deutlich mit Störungen im Erwachsenenalter, insbesondere mit Persönlichkeitsstörungen. Chronische Antriebsstörungen, mangelndes Durchhaltevermögen und soziale Dekompensationen seien trotz grundsätzlich durchschnittlicher Intelligenz häufig anzutreffen. Bei intelligenten Personen seien Verleugnungstendenzen nicht sel ten. Zum Beispiel stelle der Explorand sein Versagen im Gymnasium und an der Handelsschule immer so dar, als ob er nicht mehr motiviert gewesen sei und er die Schule abgebrochen habe. Aus den Akten gehe aber klar hervor, dass er sonst von der Schule weggewiesen worden wäre. Dass der Explorand sein Versagen oft mit Bequemlichkeit erkläre, könne nicht einfach so übernommen werden. Sich als bequem zu bezeichnen sei eine alltägliche Schutzbehauptung . Dies sei psychologisch einfacher zu akzeptieren, als sich eingestehen zu müssen, dass man Defizite habe und versagt habe oder dass man an einem psychischen Problem leide (S. 2 f. Ziff. 4).

### **E. 3.6**

Dr. A.\_\_\_\_ nahm am 18. Dezember 2017 (Urk. 10) seinerseits zum Schreiben der Ärzte der C.\_\_\_\_ vom 3. März 2017 Stellung. Er führte aus, die Durchführung von standardisierten Verfahren zur Persönlichkeitsdiagnostik sei in einer Begutach tung nicht zwingend notwendig. Eine solche sei auch von den Ärzten der C.\_\_\_\_ nicht durchgeführt worden, zumindest gebe es dafür im Bericht vom 27. Novem ber 2015 keine Hinweise. Im konkreten Fall wäre eine erweiterte Persönlichkeits diagnostik auch nicht sinnvoll gewesen, da der Beschwerdeführer bei der Begut achtung nach seinen eigenen Angaben unter dem Einfluss von Cannabis gestanden habe (sechs Joints pro Tag, S. 1). Aufgrund der eigenanamnestischen Angaben und der Aktenlage sei über einen seit 20 Jahren bestehenden intensiven Cannabiskonsum berichtet worden. Dabei seien erhebliche Persönlichkeitsverän derungen unter anderem im Sinne eines amotivationalen Syndroms zu erwarten, so dass eine Beurteilung der Primärpersönlichkeit erst nach längerer Abstinenz möglich wäre (S. 2 oben).

Er, Dr. A.\_\_\_\_, stimme den Kollegen der C.\_\_\_\_ vollumfänglich zu, dass der Beschwerdeführer psychische Probleme habe, was offensichtlich sei. Diese seien jedoch dem langjährigen exzessiven Cannabis-Konsum zuzuschreiben. So könne ohne eine längerfristige, vollständige und nachgewiesene Abstinenz nicht aus einanderdividiert werden, ob es möglicherweise Anteile gebe, die nicht der Cannabisabhängigkeit zuzuschreiben seien. Klare Belege für solche Cannabis-unabhängige Anteile gebe es nicht. Dabei sei zu beachten, dass Cannabis-induzierte Veränderungen potentiell reversibel seien. Aus psychiatrischer Sicht bestünden somit gute Chancen, dass sich bei dauerhafter vollständiger und entsprechend nachgewiesener Abstinenz das Restleistungsvermögen wesentlich verbessern werde. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Schwierigkeiten im Alltag (unaufgeräumte Wohnung, er koche nicht) stünden einer Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter nicht prinzipiell entgegen (S. 2).

#### **E. 4**

Mitte). Um nach dem Tod der Mutter Abstand zu gewinnen, sei er für sechs Monate zu Verwandten nach Amerika verreist. Im November 2001 sei er in die Schweiz zurückgekehrt (S. 5 oben).

Gegenwärtig stünden Gefühle von Trauer, Einsamkeit, Sinnlosigkeit, Versagen und von Überforderung deutlich im Vordergrund. Weiter bestünden starke Schuldgefühle, die Erwartungen der Eltern und die eigenen nicht erfüllt zu haben. Suizidgedanken seien vorhanden. Es sei aber keine Suizidalität gegeben. Weiter bestünden eine Antriebsschwäche, Schlafstörungen und ein starker sozialer Rückzug. Auch unter Behandlung, ambulant sowie stationär, sei keine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten (S. 5 unten).

Hinsichtlich der gegenwärtigen Behandlung erfolgten nur gelegentlich Termine. Infolge von Ängsten und einer Antriebsschwäche versäume der Patient Termine (S. 6 Ziff. 1.5). D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ attestierten für alle Tätigkeiten seit 2014 dauerhaft eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 6 Ziff. 1.6).

#### **E. 4.1**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

#### **E. 4.2**

Die behandelnden Ärzte der C.\_\_\_\_ beanstandeten in der Stellungnahme vom 3.

März 2017 das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom 26. November 2016.

Unter anderem wandten sie ein, dass bei der Begutachtung keine Persönlichkeitsstests durchgeführt worden seien (vorstehend E. 3.5). Dr. A.\_\_\_\_

erklärte dazu, dass der Beschwerdeführer auch am Tag der Begutachtung Cannabis konsumiert habe und eine Persönlichkeitsdiagnostik bei einer Cannabisabhängigkeit erst nach einer längeren Abstinenz sinnvoll möglich sei, da das Ergebnis ansonsten verfälscht würde.

Weiter hätten auch die behandelnden Ärzte - soweit ersichtlich - keine solchen Tests durchgeführt (E. 3.6). Das Gutachten von Dr.

A.\_\_\_\_ beruht somit auf der erforderlichen psychiatrischen Untersuchung.

Der Gutachter verneinte sodann gestützt auf die persönliche Untersuchung vom 9. November 2016, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung eine depressive Symptomatik bestanden habe. Diese Beurteilung war dem Gutachter aufgrund der Begutachtung sehr wohl möglich. In diesem Sinne konnte er die Angaben der behandelnden Ärzte zum Vorliegen einer depressiven Störung nicht bestätigen. Frühere von Dr. B.\_\_\_\_

beschriebene schulische Schwierigkeiten des Beschwerdeführers sind für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes sodann nur bedingt aussagekräftig. Dr. A.\_\_\_\_

antwortete sodann auf die Fragen der Beschwerdegegnerin zu den mit BGE 141 V 281 eingeführten sogenannten Standardindikatoren. Das Gutachten erweist sich somit für die streitigen Belange als umfassend. Weiter wurde es in Kenntnis der Vorakten erstellt.

Zwar hat sich Dr. A.\_\_\_\_ im psychiatrischen Gutachten kaum mit den von D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_

gestellten Diagnosen von kombinierten Persönlichkeitsstörungen und einer rezidivierenden depressiven Störung auseinandergesetzt. Der Gutachter nahm jedoch am 18. Dezember 2018 zum Bericht der behandelnden Ärzte Stellung. Mit dieser Stellungnahme liegt grundsätzlich eine ausreichende Auseinandersetzung mit der abweichenden Beurteilung der behandelnden Ärzte vor.

Dr. A.\_\_\_\_

gab zudem an, dass kaum festgestellt werden könne, ob Anteile der geklagten Beschwerden bestünden, die nicht auf den langjährigen Cannabiskonsum des Beschwerdeführers zurückzuführen seien. Für solche Anteile lägen jedoch keine Anhaltspunkte vor (vorstehend E. 3.6). Gemäss Dr. A.\_\_\_\_ sind die auch von ihm festgestellten Schwierigkeiten des Beschwerdeführers in der Bewältigung seines Alltages

im Wesentlichen auf die langjährige Cannabisabhängigkeit, und nicht auf eine depressive Symptomatik zurückzuführen. Das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vermag daher zusammen mit seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2017 in der Beurteilung der medizinischen Situation und in den Schlussfolgerungen zu überzeugen. Dass der Gutachter zu einem anderen Ergebnis als die behandelnden Ärzte gelangte und er die von D.\_\_\_\_ und Dr.

E.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen nicht bestätigen konnte, ändert an der Beweiskraft des Gutachtens nicht. Dem Gutachten ist daher

volle Beweiskraft beizumessen.

#### **E. 4.3**

Dr. A.\_\_\_\_ nannte als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine ausgeprägte Spritzen- und Nadelphobie und eine Cannabisabhängigkeit (vorstehend E. 3.3.2).

Betreffend die Diagnose einer spezifischen Phobie kann auf die Durchführung eines

strukturierten Beweisverfahrens verzichtet werden. Anhand des Gutachtens ist leicht einsehbar, dass der Beschwerdeführer trotz der Phobie n nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Eine Drogensucht führt sodann nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes (vgl. E. 1.3). Dr. A. \_\_\_ kam zur Einschätzung, dass die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit wesentlich auf die Cannabisabhängigkeit und den Drogenkonsum des Beschwerdeführers zurückzuführen ist. Da es sich gemäss dem psychiatrischen Gutachten um ein reines Suchtgeschehen handelt, besteht keine Invalidität im Rechtssinne.

Die Beurteilung durch Dr. A. \_\_\_ ist sodann der Einschätzung durch die behandelnden Ärzte vorzuziehen. Deren Bericht vom 27. November 2015 vermag insbesondere deshalb nicht zu überzeugen, da diese für jegliche Tätigkeiten und dauerhaft eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert hatten (vorstehend E. 3.2). Dabei hätte von den behandelnden Fachpersonen genauer aufgezeigt werden müssen, ob durch eine Therapie mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gerechnet werden kann, was sie zwar verneinten (vorstehend E. 3.2). Der Bericht vom 27. November 2015 vermag daher nicht zu überzeugen. In diesem Zusammenhang ist zudem auf den Grundsatz hinzuweisen, wonach Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 253 E. 3b/cc). Dies gilt für einen allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für einen behandelnden Spezialisten (Urteil des Bundesgerichts I 803/05 vom 6. April 2006 E. 5.5). Es ist daher auf die Beurteilung durch Dr. A. \_\_\_ abzustellen.

#### **E. 4.4**

Gestützt auf die Beurteilung durch Dr. A. \_\_\_ ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass der Beschwerdeführer in einer Hilfsarbeiter Tätigkeit unneingeschränkt arbeitsfähig ist. Es fehlt daher an einer Invalidität im Rechtssinne. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch auf IV Leistungen daher zu Recht verneint.

Die angefochtene Verfügung vom 10. Juli 2017 erweist sich demzufolge als rechtmässig. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

#### **E. 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  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Mosimann  
Brugger

#### **E. 5.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 700.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzugewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind die Kosten jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

## **E. 5.2**

Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG nimmt der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor. Vorliegend hat es die Beschwerdegegnerin unterlassen, beim psychiatrischen Gutachter Dr. A.\_\_\_\_ eine Stellungnahme zum Schreiben der Ärzte der C.\_\_\_\_ vom 3. März 2017 einzuholen. Ohne die vom hiesigen Gericht veranlasste nachträgliche

Stellungnahme von Dr. A.\_\_\_\_ vom 18.

Dezember 2017 (Urk. 10) hätte auf das psychiatrische Gutachten nicht abgestellt werden können,

weil sich der Gutachter ursprünglich nur unzureichend mit der abweichenden Einschätzung der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt hat (vgl. E. 4.2 hiervor). Die Kosten für die Stellungnahme von Dr. A.\_\_\_\_ in Höhe von Fr. 197.80 (Urk. 11) sind daher der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zuzugewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die Kosten der Stellungnahme von Dr. A.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2017 in Höhe von Fr. 197.80 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste, unter Beilage einer Kopie von Urk. 15 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 11 sowie Urk. 14 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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