

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00058 vom 22. März 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00058](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00058)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00058 du 22 mars 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00058 del 22 marzo 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1977, gelernter Informatiker (Urk. 7/2/1), meldete sich am 20. November 2013 unter Hinweis auf ein seit Ende 2012 bestehendes psychisches Leiden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3 Ziff. 6.2-3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, führte berufliche Massnahmen durch (Urk. 7/31, 7/32, 7/40, 7/41, 7/44, 7/49, 7/51) und holte bei Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten ein, das am 31. Mai 2017 erstattet wurde (Urk. 7/87).

Nach

durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/91; Urk. 7/94) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 15. Dezember 2017 einen Rentenanspruch (Urk. 7/97

= Urk. 2)

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG).

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). 1.2

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 einleuchtet 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 15. Januar 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. Dezember 2017 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm mit Wirkung ab 1. Mai 2014 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei das Verfahren zwecks Wiederholung der psychiatrischen Begutachtung an die IV-Stelle zurückzuweisen ( Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 16. Februar 2018 ( Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung ( Urk. 2) damit, dass kein versicherter Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes ausgewiesen sei (S. 1). Auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Y. \_\_\_ vom 31. Mai 2017 könne abgestellt werden. Demnach liege beim Beschwerdeführer ein Suchtleiden vor, welches als Cannabisabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F12.24) zu definieren sei. Es liege weder eine Gesundheitsstörung vor, die zu einer zwingenden Anwendung von Cannabis führe, noch habe das Cannabisabhängigkeitssyndrom zu einer irreversiblen Gesundheitsstörung geführt. Der Cannabiskonsum führe zu Einschränkungen im interpersonellen Bereich. Unter dauerhafter Abstinenz von Cannabis mit gezielter psychopharmakologischer Einstellung von Entzugssymptomen, einer Entwöhnungstherapie und den depressiv-psychotischen Symptomen, sei der Beschwerdeführer nicht nur in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig, sondern mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch in der angestammten Tätigkeit ( Urk. 6 S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde ( Urk. 1) geltend, er leide unter einer schizoaffektiven Störung sowie unter einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und sei infolgedessen auf den freien sowie auch dem geschützten Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig. Er habe zwar immer wieder Arbeit in seinem erlernten Beruf als Informatiker gefunden, habe diese Arbeit jedoch krankheitsbedingt nie längere Zeit behalten können (S. 10 Ziff. 2.1). Auf das Gutachten von Dr. Y. \_\_\_ könne nicht abgestellt werden. Dieses sei weder aktuell verfasst worden, noch sei es hinsichtlich Diagnosen und Schlussfolgerungen schlüssig (S. 7 ff. Ziff. 1.1-3). Zudem sei medizinisch und labormässig belegt, dass er zumindest im Zeitraum zwischen August 2013 und Oktober 2015 den Cannabiskonsum eingestellt gehabt habe, ohne dass dies an seinen psychischen Störungen und seinen interpersonellen Problemen irgendetwas geändert hätte ( Urk.

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. 3.1

Die Ärzte des A. \_\_\_ ,

Z. \_\_\_ , stellten in ihrem Bericht vom 13. Januar 2014 ( Urk. 7/11 /1-11 ) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode bei Zustand nach schwergradiger Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.1), bestehend vermutlich seit Jahren - Differenzialdiagnose: Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Zustand nach schädlichem Konsum von Cannabis (ICD-10 F12.1), eigenanamnestisch Psoriasis, Differenzialdiagnose psychogener Pruritus sowie eine allergische Rhinopathie. Der

Cannabiskonsum sei während der Behandlung bei ihnen sistiert worden ( Ziff. 1.1).

Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 22. August 2013 bei ihnen in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 9. Januar 2014 erfolgt ( Ziff. 1.2).

Im zuletzt ausgeübten Beruf als Informatiker bestehe mindestens seit Behandlungsbeginn am 22. August 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % .

Davor habe aufgrund der Informationen seit Anfang 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis 100 % vorgelegen. Länger zurückliegende Beeinträchtigungen seien wahrscheinlich, subjektiv seit etwa 15 Jahren, könnten jedoch retrospektiv schlecht objektiviert werden ( Ziff. 1.6) . Die bisherige Tätigkeit sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht zumutbar.

Eine angepasste Tätigkeit könne bis vier Stunden täglich in einer wohlwollenden Arbeitsatmosphäre in einem kleinen Team bei fehlendem Zeitdruck und unter strukturierter Anleitung erfolgen . Es werde eine Dosierung des Sozialkontaktes empfohlen ( Ziff. 1.7).

Bei gutem Verlauf und Erfolg beruflicher Wiedereingliederungsmassnahmen sei im angestammten Arbeitsbereich von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 40 % bis 50 % in sechs bis neun Monaten auszugehen ( Ziff. 1.9).

Die Ärzte führten zu Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung aus, es erfolgten stündliche Kontakte mit einer Frequenz von zwei bis vier Wochen. Die antipsychotische medikamentöse Behandlung erfolge gegenwärtig nach Bedarf ( Ziff. 1.5).

Zur Krankheitsanamnese führten die Ärzte aus, nach normaler Entwicklung im Kindes- und Jugendalter hätten vor 15 Jahren die allgemeinen Lebensschwierigkeiten begonnen, welche sich vor allem im beruflichen Leben gezeigt hätten . Der Beschwerdeführer konsumiere seit langer Zeit täglich Marihuana im Umfang von zwei bis drei Joints ( Ziff. 1.4).

Der in der Vergangenheit bestehende Cannabiskonsum werde als sekundär und als Selbstheilungsversuch gesehen, er müsse jedoch angesichts der Häufigkeit und der potentiell schädigenden Wirkung (obwohl objektivierbare Angaben fehlten) als schädigend eingestuft werden ( Ziff. 1.4) . 3.2

In ihrem Bericht vom 16. Oktober 2015 ( Urk. 7/65 /1-9 ) stellten die Ärzte des A.\_\_\_\_ , Z.\_\_\_\_ , folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1): - schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv, Differenzialdiagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode bei Zustand nach schwergradiger Episode mit psychotischen Symptomen , vermutlich seit Jahren bestehend - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden, schizoiden und zwanghaften Anteilen (mit psychotischer Dekompensation unter Belastung im Rahmen von ICD-10 F25.1 oder Persönlichkeitsveränderung im Rahmen von ICD-10 F25.1) , bestehend vermutlich seit Adoleszenz - chronischer, allenfalls knapp kompensierter Tinnitus beidseits bei altersentsprechendem Gehör

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Seborrhoea capitis und eine allergische Rhinopathie ( Ziff. 1.1)

Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 22. August 2013 bei ihnen in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 13. August 2015 erfolgt ( Ziff. 1.2). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Informatiker bestehe seit dem 22. August 2013 eine

100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit werde voraussichtlich mindestens in ähnlich schwer ausgeprägtem Ausmass noch viele Monate bis ein Jahr fortbestehen ( Ziff. 1.6) .

Eine angepasste Tätigkeit , zum Beispiel im Rahmen einer weiteren beruflichen Massnahme , könnte vier bis fünf Stunden täglich in einer sehr wohlwollenden Arbeitsatmosphäre bei sehr strukturierten Tätigkeiten, fehlendem Zeitdruck , in einem überschaubaren Team, sowie unter wohlwollender Anleitung unter Berücksichtigung unter anderem der Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der reduzierten sozialen Kompetenz beziehungsweise der Sensibilität im Zusammenhang mit hierarchischen Strukturen , erfolgen. Der Beschwerdeführer sollte bezüglich der sozialen Kontakte am Arbeitsplatz nicht überfordert werden ( Ziff. 1.7).

Die Ärzte hielten fest, bei idealem Verlauf könnte nach Ablauf von einem Jahr eine Arbeitsfähigkeit von 30 % im angestammten Bereich respektive in einem Nischenarbeitsplatz erreicht werden ( Ziff. 1.9).

Aufgrund der ausgeprägten Beschwerden in der zwischenmenschlichen Interaktion erscheine nur eine Tätigkeit in einem Nischenbereich auf Dauer realistisch (S. 1 lit . b).

Erfreulicherweise habe der schädliche Cannabiskonsum beendet werden können, was initial durch Urinkontrollen habe bestätigt werden können . Zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen sei ein Eintritt in die Tagesklinik mit Ersttermin am 7. September 2015 erfolgt ( Ziff. 1.4). Die Behandlung bei ihnen sei nach Zuweisung in die Praxis von Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sistiert worden. Es sei geplant, dass der Beschwerdeführer wöchentliche Termine wahrnehme sowie parallel die Tagesklinik in ihrem Hause besuchen werde ( Ziff. 1.5). 3.3

Dr. med. C.\_\_\_\_ , Oberärztin, Z.\_\_\_\_ , stellte in ihrem Bericht vom 22. März 2017 ( Urk. 7/81) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.2): - schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv , Differenzialdiagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode bei Zustand nach schwergradiger Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F25.1) - Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden, schizoiden und zwanghaften Anteilen , sowie psychotischer Dekompensation unter Belastung (ICD-10 F61) - Zustand nach schädlichem Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1) - Seborrhoea

capitis - allergische Rhinopathie - chronischer, allenfalls knapp kompensierter Tinnitus beidseits bei alters entsprechendem Gehör

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, die teilstationäre Behandlung des Beschwerdeführers habe vom 26. Januar bis 10. Juni 2016 jeweils an vier Halbtagen pro Woche stattgefunden, wobei der Patient wiederholt längere Absenzen aufgewiesen habe ( Ziff. 3.1).

Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit sei keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. Gemäss damaliger Aussage des Patienten wäre er jedoch an einer regelmässigen einfachen Tätigkeit in einem Teilpensum interessiert. In Betracht zu ziehen wäre diesbezüglich eine geschützte Tätigkeit mit klarer Struktur an einem Einzelarbeitsplatz ohne Notwendigkeit einer intensiven Teamarbeit oder Kundenkontakte, was den Patienten in Anbetracht der schizoiden, zwanghaften und paranoiden Persönlichkeitsanteile überfordern könnte ( Ziff. 2.1).

Während der teilstationären Behandlung im Jahr 2016 habe keine wesentliche Zustandsverbesserung erreicht werden können. Insbesondere die beschriebenen Besonderheiten der Persönlichkeit hätten sich als persistierend erwiesen .

Vor diesem Hintergrund erscheine auch die Reintegrierbarkeit in eine berufliche Tätigkeit als wenig realistisch ( Ziff. 3.3). 3 .4

Am 31. Mai 2017 erstattete Dr. Y.\_\_\_\_

das von der Beschwerdeführerin veranlasste psychiatrische Gutachten ( Urk. 7/87). Die Exploration des Beschwerdeführers habe am 13. Juli 2016 stattgefunden (S. 1). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. Y.\_\_\_\_ ein Cannabisabhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch ; ICD-10 F12.24 (S. 71 III .

Ziff. 1 ).

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Informatiker führte Dr. Y.\_\_\_\_

aus, bis September 2012 habe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Der Grund dafür sei, dass bis zu diesem Zeitpunkt trotz Cannabiskonsum die Arbeitsfähigkeit als Informatiker erhalten gewesen sei. Ab September 2012 sei es aufgrund eines depressiven Syndroms mit phasenweise psychotischen Phänomenen , welches überwiegend wahrscheinlich auf die nachteilige Wirkung von Cannabiskonsum zurückzuführen sei, im Mittel zu einer 50%igen Arbeitsfähigkeit als Informatiker gekommen . Dies liege daran, dass einerseits fachliche Kompetenzen beim Exploranden vorhanden gewesen seien, jedoch aufgrund der nachteiligen Wirkungen durch den Cannabiskonsum Einschränkungen im interpersonellen Bereich, wie gereiztes Verhalten, vorhanden gewesen seien (S. 80 VI .

Ziff. 1).

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führte Dr. Y.\_\_\_\_ aus, vor September 2012 erscheine eine angepasste Tätigkeit nicht notwendig, da der Explorand auf dem ersten Arbeitsmarkt überwiegend in seinem angestammten Bereich tätig gewesen sei. In einer angepassten Tätigkeit allgemeiner Art, im Sinne von leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne Kundenkontakt, mit vornehmlich Routinearbeiten, ohne Schichtarbeit und Nachtschicht mit ausreichenden Pausen , sei dem Exploranden ab September 2012 eine medizinisch-theoretisch 80%ige Arbeitsfähigkeit zuzumuten. Der Grund für die 80%ige Arbeitsfähigkeit liege darin, dass die interpersonellen Probleme, rückführbar auf die Auswirkungen von Cannabiskonsum, im Vergleich zu seiner bisherigen Tätigkeit, durch die Anpassungen besser kompensiert werden könnten.

Unter medizinisch dauerhafter Abstinenz von Cannabis mit gezielter psychopharmakologischer Einstellung jeweils von Entzugssymptomen, einer Entwöhnungstherapie und den depressiv-psychotischen Symptomen, wäre ab September 2012 medizinisch - theoretisch weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sowohl im angestammten als auch im angepassten Arbeitsbereich vorhanden (S. 81 VI. Ziff. 2, S. 80 VI .

Ziff. 1).

Dr. Y.\_\_\_\_ führte aus, laut Angaben des Beschwerdeführers sei dieser depressiv und habe einen lauten Tinnitus mittig im Kopf. Am 10. Juli 2016 sei er den letzten Tag in der Tagesklinik ( Z.\_\_\_\_ ) gewesen. Ihm sei nahegelegt worden abzubrechen, da Angestellte der

Klinik geäußert hätten, er sei frech zu Patienten gewesen. Jetzt fühle er sich gedemütigt, da das Programm, welches ihm die Z.\_\_\_\_ angeboten habe, nicht umgesetzt worden sei. Ein weiteres Problem sei, dass er sich am Kopf kratze, wenn er Stress habe. Gefragt nach der Entstehung dieser psychischen Beeinträchtigungen habe der Beschwerdeführer angegeben, dass er ehemals Mühe mit den Chefs und teils Streit

gehabt habe. Er sei dann depressiv geworden. Eine andere Ursache seiner psychischen Probleme sei der Tinnitus (S. 45 lit. C.).

Ab und zu nehme er sporadisch

Tetrahydrocannabinol

(THC). Es beruhige ihn, und er sei dadurch kreativ (S. 47 Mitte).

Im Rahmen der Familienanamnese habe der Beschwerdeführer ausgeführt, die Primarschulzeit sei problematisch gewesen, und er habe bereits damals zu einem Psychiater gehen müssen. Zudem habe er ehemals lange bis in das zweite Schuljahr bettgenässt (S. 48 unten).

Dr. Y.\_\_\_\_ führte aus, aufgrund des im Jahr 2014 angegebenen, seit Jahren bestehenden, täglichen Konsums von drei bis vier Joints Marihuana sei über wiegend wahrscheinlich die Suchtmittelproblematik über den schädlichen Gebrauch von Cannabis hinausgehend. Es liege aus suchtmmedizinischer Sicht ein Abhängigkeitssyndrom von Cannabis/THC vor (S. 71 III. Ziff. 3). In der Laboruntersuchung sei THC nachweisbar gewesen (S. 59 Mitte).

Gemessen an den teils im psychopathologischen Befund der Aktenlage formulierten leichten bis mittelgradigen Einschränkungen sei der dagegen übermächtig stark anmutende Abfall der Leistungsfähigkeit in einer Arbeitsplatzsituation nicht ganz nachvollziehbar. Das gleiche gelte für den Abbruch von Therapien. Diese Situation gebe Hinweise auf eine reduzierte Motivation beim Explorand bezüglich einer Arbeitstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (S. 61 Mitte).

Dr. Y.\_\_\_\_ führte aus, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung jeglicher Art mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit der Jugend sei beim Exploranden überwiegend wahrscheinlich nicht nachweisbar, da er beispielsweise eine erfolgreiche Lehre als Informatiker absolviert habe und hernach auf dem ersten Arbeitsmarkt erfolgreich gewesen sei. Die Tatsache eines Wechsels von verschiedenen Stellen aufgrund von Konflikten mit Vorgesetzten müsse aus versicherungsmmedizinischer Sicht in erster Linie auf Basis des vorliegenden Cannabiskonsums gesehen werden.

Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, mit hier nachgewiesener leichter depressiver Episode, sei unter Einhaltung der Kriterien nach ICD-10 nicht zu stellen. So sei das Kriterium G3 mit Ausschlussvorbehalt, dass die Episode nicht auf den Missbrauch psychotroper Substanzen zurückzuführen sei, nicht erfüllt (S. 71 f. III.

Ziff. 3). Die in der Aktenlage erwähnte Differenzialdiagnose einer schizoaffektiven Störung müsse ebenfalls negiert werden. So sei das Kriterium G4 im Sinne eines Ausschlussvorbehaltes, indem die schizoaffektive anmutende Störung überwiegend wahrscheinlich durch psychotrope Substanzen bedingt sei, nicht erfüllt

(S. 72 Mitte). 3.5

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 1. September 2017 (Urk. 7/93) aus, als Gründungsmitglied und langjähriger Präsident des alternativen, 1992 gegründeten E.\_\_\_\_ sei ihm der Beschwerdeführer seit 1998 in einem nicht ärztlichen/

nicht therapeutischen Kontext bekannt.

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, sein sozialpsychiatrisches Engagement habe zum Teil auch seine Tätigkeit im E.\_\_\_\_ geprägt. In ihrer Crew hätten immer wieder Leute mitgearbeitet, die ansonsten kaum eine Chance auf eine Anstellung im ersten Arbeitsmarkt gehabt hätten. Der Beschwerdeführer sei genau ein solcher Fall gewesen (S. 1).

Der Beschwerdeführer habe nach Abschluss der Lehre als Informatiker auf seinem Beruf lediglich einmal

von 2011 bis 2012

#### **E. 6**

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 1. März 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk.

#### **E. 8**

). Am 8. März 2018 reichte er seine Stellungnahme ein (Urk. 9), welche der Beschwerdegegnerin am 9. März 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 9**

S. 1 f.).

#### **E. 13**

Monate am Stück gearbeitet, ansonsten hätten seine Anstellungen nur zwei bis fünf Monate gedauert. An keinem Arbeitsplatz habe er die Aufgaben, mit denen er betraut worden sei, in nützlicher Frist zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten erledigen können (S. 4 oben). Der Beschwerdeführer habe mit Kritik nicht gut umgehen können, und es sei dann bei dem vorher stets ruhigen und freundlichen Mitarbeiter zu einem Nerven zusammenbruch gekommen. Auch bei der IV-Massnahme habe sich am Schluss ein ähnliches Szenario abgespielt (S. 4 Mitte).

Arbeitgeberseitig sei ihm jeweils mit ziemlichem Druck vorgeschlagen worden, dass er doch selber kündigen solle, im Gegenzug hierzu sei ihm dann ein ordentliches Arbeitszeugnis ausgestellt worden (S. 4 Mitte).

Er habe den Beschwerdeführer an eine befreundete Psychiaterin überwiesen, welche seine Einschätzung, dass der Beschwerdeführer wohl an einer seit jungem Erwachsenenalter bestehenden schwerwiegenden psychiatrischen Störung, am ehesten aus dem schizophrenen Formenkreis, leide und deshalb nicht wirklich in der IT-Branche habe Fuß fassen können, bestätigt habe. Es sei dann eine Überweisung an die Z.\_\_\_\_ erfolgt (S. 6 oben).

Zum Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, er teile dessen Auffassung, dass beim Beschwerdeführer keine IV-relevante psychischen Störungen vorlägen, nicht (S. 7 oben). Der Gutachter wolle einfach nicht zur Kenntnis nehmen, dass neben dem Cannabiskonsum noch eine psychiatrisch relevante Störung aus dem schizophrenen Formenkreis vorliege, obwohl dies von allen anderen länger mit dem Beschwerdeführer befassten Stellen klar

postuliert werde, und auch aus seiner Biografie klar ersichtlich sei (S. 8 oben).

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer habe lange bevor er angefangen habe Cannabis zu konsumieren psychische Schwierigkeiten gehabt. Beim Cannabis Konsum handle es sich klar um ein sekundäres, aus ärztlicher Sicht sicher seiner psychischen Gesundheit nicht förderliches Phänomen.

Der Beschwerdeführer habe angegeben, durch den Cannabiskonsum die schwer auszuhaltenden Symptome der psychischen Erkrankung überdecken zu können (S. 8 Mitte). Abschliessend hielt Dr. D.\_\_\_\_

fest, er erachte den Beschwerdeführer als arbeitsunfähig und sei entgegen der Einschätzung von Dr. Y.\_\_\_\_ der Meinung, dass ein IV-relevantes psychiatrisches Leiden vorliege, und der Beschwerdeführer berentet werden sollte (S. 8 unten). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_

vom Mai 2017 (vgl. vorstehend E. 3.4) davon aus, dass lediglich ein Cannabisabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F12.24) vorliege, welches aus invaliden versicherung s rechtlicher Sicht keinen relevanten Gesundheitsschaden darstelle. Die Einschränkungen im interpersonellen Bereich

seien darauf zurückzuführen, und unter dauerhafter Abstinenz von Cannabis mit gezielter psychopharmakologischer Einstellung

sei von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. vorstehend E. 2.1). 4.2

Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; 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 eigen ständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Drogen sucht – 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 Sucht folgen 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). 4. 3

Dem Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom Mai 2017 lässt sich entnehmen, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung im Juli 2016 gemäss den Laboruntersuchungen beim Beschwerdeführer ein Konsum von Cannabis nachgewiesen wurde. In der Folge sah Dr. Y.\_\_\_\_ sämtliche in der Lebensgeschichte und insbesondere im Arbeits leben aufge tretene Konflikte als Folge dieses Cannabiskonsums und die be schriebene teilweise bestehende Leistungsunfähigkeit in der mangelnden Motivation des Beschwerdeführers begründet.

Eine genügende Auseinandersetzung mit dem Umstand, dass es im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen selbst im wohlwollenden Umfeld der F.\_\_\_\_ und beim Job Coaching während den Integrationsmass nah men

zu massiven zwischen menschlichen Konflikten und Verhaltensauffälligkeiten kam (vgl. Urk. 7/26, Urk. 7/41, Urk. 7/44, Urk. 7/49, Urk. 7/57, Urk. 7/60, Urk. 7/62) , obwohl der Beschwerdeführer gemäss den Ausführungen der Ärzte der Z.\_\_\_\_ vom Oktober 2015 seit Behandlungsbeginn im August 2013 den Cannabiskonsum

sistiert hatte (vgl. vorstehend E. 3.1 -2 ) , fand nicht statt . Dass das von den Ärzten der Z.\_\_\_\_ und in den Akten betreffend die Eingliederungsmassnahmen bei sistiertem Cannabiskonsum dokumentierte Verhalten des Beschwerdeführers, welches gemäss seinen Angaben anlässlich der Begutachtung bei Dr. Y.\_\_\_\_

selbst zum Abbruch der Behandlung in der Tagesklinik der Z.\_\_\_\_ führte, dann ausschliesslich in der mangelnden Motivation zur Integration in den ersten Arbeitsmarkt begründet sein soll , ist zu bezweifeln.

Auch lässt

Dr. Y.\_\_\_\_ unbeachtet , dass der Beschwerdeführer ausführte, dass ihn der Cannabiskonsum beruhige , und sowohl die Ärzte der Z.\_\_\_\_

in ihrem Bericht vom Januar 2014 (vgl. vorstehend E. 3.1)

als auch Dr. D.\_\_\_\_

in seiner Stellungnahme vom September 2017 (vgl. vorstehend E. 3.5) diesen als Selbsttherapieversuch eines psychischen Leidens sahen.

Dr. D.\_\_\_\_ führte denn auch aus, dass der Konsum von Cannabis erst viel später eingesetzt habe, und das psychische Leiden schon vorher Bestand gehabt habe.

Diesbezüglich hielt Dr. Y.\_\_\_\_ lediglich fest, der Cannabiskonsum bestehe schon seit Jahren, ohne genauere Abklärungen vorzunehmen.

Vor dem Hintergrund, dass sich schon allein aus dem IK-Auszug (Urk. 7/8) ergibt, dass der Beschwerdeführer viele Stellenwechsel hinter sich hat und wie Dr. D.\_\_\_\_ im September 2017 (vgl. vorstehend E. 3.5) ausführte, die Stellen meist nur zwischen zwei und fünf Monaten habe behalten können, vermag die Begründung von Dr. Y.\_\_\_\_, weshalb die von den Ärzten der Z.\_\_\_\_ diagnostizierte Persönlichkeitsstörung nicht vorliegen soll, nicht zu überzeugen. So liegt diesen Ausführungen die – unbegründete – Annahme von Dr. Y.\_\_\_\_ zu Grunde, dass von einer unproblematischen Entwicklung und Einstieg des Beschwerdeführers in den ersten Arbeitsmarkt auszugehen sei.

Die Annahme von Dr. Y.\_\_\_\_, dass sich der Beschwerdeführer erfolgreich im ersten Arbeitsmarkt habe behaupten können, erstaunt auch darum, weil Dr. Y.\_\_\_\_ in seinem Gutachten selbst unter dem Titel „Sozialer Kontext“ ausführte, dass der Beschwerdeführer vor der Anmeldung zum Leistungsbezug verschiedenste Stellen gehabt habe, und diese, wenn sie nicht von vornherein befristet gewesen seien, meist aufgrund von Spannungen im Team oder mit dem Chef beendet worden seien (vgl. Urk. 7/87 S. 66 II).

Ziff. 1). Auch in diesem Kontext führte Dr. Y.\_\_\_\_ sämtliche aufgetretenen Konflikte und in der Folge Stellenverluste auf den Cannabiskonsum zurück, ohne genauer abgeklärt zu haben, ob dieser überhaupt über die ganze Zeit bestanden hat.

Abgesehen davon, dass, wie der Beschwerdeführer zu Recht bemängelte, zwischen Exploration und Erstattung des Gutachtens rund

zehn Monate vergangen sind, lässt das Gutachten demnach auch keine verlässlichen Schlussfolgerungen darauf zu, ob die in den Akten beschriebenen Verhaltensstörungen als eigenständige psychische Krankheit zu sehen sind, als Folge des Cannabiskonsums aufgetreten sind, oder ob dieser selber Folge eines geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt.

Trotz hoher Seitenanzahl, welche insbesondere daher rührt, dass die bisherige medizinische Aktenlage einfach ins Gutachten hereinkopiert wurde (S. 6-44), erfüllt das Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. vorstehend E. 1.2) demnach nicht und wird der Situation des Beschwerdeführers nicht gerecht. 4.4

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

oder wenn der entscheidende Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 4.5

Da sich die Frage, ob vorliegend von einer primären oder – invaliden versicherungsrechtlich relevanten - sekundären Sucht und einem eigenständigen psychischen Gesundheitsschaden auszugehen ist, aufgrund der gegensätzlichen medizinischen Ausführungen zwischen den behandelnden und bekannten Ärzten einerseits und dem als ungenügend zu qualifizierenden Gutachten von Dr. Y. \_\_\_ vom Mai 2017 andererseits nicht abschliessend beantworten lässt, und es weiter unterlassen wurde, einen Bericht des gemäss den Angaben der Ärzte der Z. \_\_\_ im Oktober 2015 (vgl. vorstehend E. 3.2) nach ihnen behandelnden Psychiaters Dr. B. \_\_\_ einzuholen, fehlt es an verlässlichen medizinischen Grundlagen zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und damit an der Grundlage für einen Entscheid.

Zur Beurteilung seiner invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche bedarf es daher zunächst zusätzlicher medizinischer Grundlagen im Sinne eines erneuten psychiatrischen Gutachtens, welches sich zu den offenen Fragen äussert.

Die angefochtene Verfügung vom 15. Dezember 2017 (Urk. 2) ist folglich aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu erneutem Entscheid über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 5. 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) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

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 der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und beim massgebenden Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. 5.3

Bei diesem Ausgang des Verfahrens erweisen sich die Gesuche des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung und um unentgeltliche Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 15. Dezember 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Oehmke -  
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 1 5. Juli bis  
und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu  
stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel  
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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchucan

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