

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00305 vom 18. September 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00305](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00305)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00305 du 18 septembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00305 del 18 settembre 2018

## **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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se 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 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 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 Abhängigkeitserkrankungen aus höchst richterlicher 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 Abhängigkeitserkrankungen - Möglichkeiten der Begutachtung nach BGE 141 V 281

[= 9C\_492/2014], in: SZS 2016 S.

12).

### **E. 1.3**

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).

## **E. 2**

7. April

2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Mit Gerichtsverfügung vom 3. Mai 2018 wurde ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Thomas Laube, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 10). Im Rahmen der Replik vom 11. Mai 2018 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest, wobei er präziserte, die ganze Rente sei ihm ab September 2013 auszurichten, und er stellte zusätzlich Beweisanträge (Urk. 11 S. 2). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 31. Mai 2018 auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 14), was dem Beschwerdeführer am 1. Juni 2018 mitgeteilt wurde (Urk. 15).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Entscheid aus, die orthopädische Begutachtung habe ergeben, dass der Beschwerdeführer aufgrund der am 13. Juni 2016 erfolgten Operation am rechten Fuss bis Ende November 2016 zu 100% arbeitsunfähig gewesen sei. Ab Dezember 2016 sei ihm aber die Ausübung einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit, die überwiegend sitzend ausgeübt werden könne, wieder zu 100% möglich und zumutbar gewesen. Aus somatischer Sicht sei demnach keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (Urk. 2 S. 1-2). Bezüglich der psychischen Situation liege ein primäres Suchtgeschehen vor. Die gegenwärtigen Leistungseinschränkungen seien einzig Suchtfolgen, sodass sie nicht zu berücksichtigen seien (Urk. 2 S. 2). In der Beschwerdeantwort merkte sie ergänzend an, im psychiatrischen Gutachten werde ausdrücklich festgehalten, dass nach Abdosieren der Benzodiazepine eine Steigerung der Leistungsfähigkeit möglich sei und aktuell keine irreversible psychische Gesundheitsstörung vorliege (Urk. 8).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, auch reine Suchtfolgen könnten invalidisierend sein (Urk. 1 S. 3, Urk. 11 S. 3). Zum psychiatrischen Teilgutachten der

C.\_\_\_\_ AG

hielt er fest, es sei in wesentlichen Teilen falsch und gebe ein vollständig unzutreffendes Bild seiner heutigen Situation wider. So funktioniere das Be suchtsrecht mit seiner Tochter schon länger nicht mehr, er sei seit mindestens anderthalb Jahren wieder Single, sei schon lange nicht mehr als DJ tätig, habe einen einzigen Freund und arbeite nicht mehr im Tierwaisenhaus (Urk. 11 S. 4). Da er das Medikament

Dormicum stark reduzieren müssen sowie wegen Schmerzen schlafe er sehr schlecht. Die zwei Jahre andauernde Terrorisierung durch seinen alkoholkranken Vater, als er von

14- bis 16-jährig bei diesem gelebt habe, sei nicht zum Ausdruck gekommen im Gutachten. Daher sei die Sozialarbeiterin D.\_\_\_\_ als Zeugin zu seiner tatsächlichen Situation und zu seinen Ressourcen einzuvernehmen. Zudem habe er sich Anfang Mai 2018 erneut einer Operation unterziehen müssen und könne seinen Fuss nun nicht mehr seitlich bewegen (Urk. 11 S. 5). Die psychiatrische Gutachterin habe sich unzureichend mit den Berichten von Dr. E.\_\_\_\_, Oberarzt Psychiatrie, und der darin in nachvollziehbarer Weise gestellten Diagnose einer Persönlichkeitsstörung so wie mit der beschriebenen Genese der Suchtmittelerkrankung auseinandergesetzt (Urk. 11 S. 5- 8). Dass die Gutachterin trotz der Unterstützung durch die Spitex davon ausgegangen sei, er erledige die Haushaltsarbeiten selbständig, sei nicht schlüssig (Urk. 11 S. 8). Auch gemäss der Gutachterin sowie laut RAD bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt. Bei seiner Biographie und gestützt auf die Vorakten sei davon auszugehen, dass sich die Persönlichkeitsstörung und die Suchterkrankung zumindest Hand in Hand im Laufe der Adoleszenz und im Erwachsenenalter entwickelt und chronifiziert hätten. Unter diesen Umständen liege ein jahrelanger invalidisierender Gesundheitsschaden vor (Urk. 11 S. 8-9). Zusätzlich sei er somatisch eingeschränkt (Urk. 11 S. 9-10). Auch seitens der IV-Stelle seien Anzeichen der sich entwickelnden Persönlichkeitsstörung anerkannt worden, sowie dass vermutlich die Persönlichkeitsstörung zur Sucht geführt habe.

Zusammenfassend könne auf das Gutachten nicht abgestellt werden und es sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (Urk. 11 S. 10).

### **E. 3.1**

Dr. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, B.\_\_\_\_, Zentren für Suchtmedizin, hielten in ihrem Bericht vom 10. Oktober 2012 fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 6. April 2010 in ihrer Behandlung. Bei den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit äusserten sie den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen, impulsiven, kränklichen und dissozialen Anteilen mit/bei unreifen und dysfunktionalen Coping-Strategien (ICD-10: F61). Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen sie der Störung durch Opioid-, Abhängigkeits- syndrom mit gegenwärtiger Teilnahme an einem ärztlich überwachten Heroin- Substitutionsprogramm (ICD-10: F11.22), der Störung durch Sedativa oder Hypnotika, gegenwärtig Substanzgebrauch in Form von Dormicum (ICD-10: F13.24), sowie der Störung durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtiger Abstinenz (ICD-10: F14.2), zu (Urk. 9 /10/1). Sie führten aus, aktenanamnestisch bestünden Hinweise auf eine akzentuierte Persönlichkeit oder eine Persönlichkeitsstörung. Gegenwärtig unter Substitution sei der Beschwerdeführer aber stabil und kompensiert, es lägen keine behandlungsbedürftigen psychopathologischen Auffälligkeiten vor. Aus psychiatrischer Sicht liessen sich gegenwärtig keine oder nur geringe Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vermuten. Da es ihm in den letzten Monaten möglich gewesen sei, die angeordneten Arbeitsstunden in einem bis zu 50%igen zeitlichen Pensum abzuleisten, wo bei über die erbrachte Leistung keine Angaben gemacht werden könnten, sei aus psychiatrischer Sicht wohl auch weiterhin eine 50%ige Arbeitstätigkeit möglich. Für die zuletzt ausgeübte gemeinnützige Tätigkeit im Tierheim sei ihm keine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren (Urk. 9 /10/2). Eine psychisch bedingte Leistungsminderung sei jedoch vorstellbar. Für eine realistische Beurteilung der tatsächlichen Arbeitsfähigkeit würden sie weiterführende medizinische Abklärungen durch spezialisierte Institutionen sowie gegebenenfalls eine Tätigkeit im Rahmen beruflicher

Massnahmen oder eines Arbeitsversuchs empfehlen (Urk. 9 /10/3).

Am 14. Februar 2014 stellte sich die Situation laut G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_, Psychologin und Psychotherapeutin, B.\_\_\_\_, unverändert dar (Urk. 9 /30/2). Bei den zusätzlichen Angaben vermerkten sie eine Einschränkung der Anpassungsfähigkeit sowie der Belastbarkeit aufgrund der Persönlichkeitsanteile. Weiter hielten sie fest, die Einschränkungen von Konzentrations- und Auffassungsvermögen seien noch zu klären (Urk. 9 /30/4).

### **E. 3.2**

Dr. I.\_\_\_\_, Praxis Dr. J.\_\_\_\_, berichtete am 29. November 2012, als mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die Polytoxikomanie und der Status nach verschiedenen Frakturen zu werten (Urk. 9 /11/1). Seit drei Jahren arbeite der Beschwerdeführer zu 30 bis 40 % im Tierwaisenhaus P.\_\_\_\_ (gemeinnützige Arbeit), was der derzeit höchstmöglichen Belastung entspreche. Eingeschränkt sei die Konzentrationsfähigkeit und der Beschwerdeführer befinde sich im Entzugsprogramm. Falls ein körperlicher Entzug gelinge, sei eine Arbeitsfähigkeit möglich (Urk. 9 /11/2). Rein sitzende, rein stehende und vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten seien ihm nicht zumutbar, wechselbelastend indes schon. Die Gewichtslimits für Heben und Tragen liege bei fünf Kilogramm (Urk. 9 /11/4).

### **E. 3.3**

Dr. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, führte in ihrer RAD-Stellungnahme vom 3. Juni 2013 aus, die Angaben der B.\_\_\_\_ seien in sich inkonsistent. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung geäußert worden (Urk. 9 /31/3). RAD-Arzt L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt am 2. Mai

2014 fest, nur bei einem Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung und gegenwärtig ohne psychopathologischen Auffälligkeiten könne keine invaliden versicherungsrechtlich relevante Persönlichkeitsstörung vorliegen. Einschränkungen seien weder für die Tätigkeit als Fahrzeugschlosser noch für eine angepasste Tätigkeit ersichtlich (Urk. 9 /31/4-5).

### **E. 3.4**

Im Bericht der B.\_\_\_\_ vom Februar 2015 diagnostizierte Dr.

E.\_\_\_\_

- nun nicht mehr lediglich als Verdachtsdiagnose - eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen, impulsiven und kränklichen Anteilen (ICD-10: F61; Urk. 9 /51/1). Er beschrieb den Beschwerdeführer als freundlich, aber abwartend und misstrauisch. Er reagiere schnell gekränkt und wirke unterschwellig gereizt. Es sei eine leichte Reduktion von Konzentration und Aufmerksamkeit zu beobachten. Der Beschwerdeführer klage über Rückzug, Stimmungsschwankungen, Antriebs- und Motivationslosigkeit. Er zeige eine eingeschränkte Impulskontrolle mit Tendenz zur schnellen Überforderung.

Psychomotorisch sei er unruhig. Er komme in etwa 2-wöchentlichen Abständen zu ambulanten Therapiegesprächen, welche den Umgang mit Krankheitssymptomen der Persönlichkeitsstörung bezweckten. Trotz therapeutischer Interventionen zeige sich eine Chronifizierung, weshalb auch längerfristig nicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (Urk. 9 /51/2). In der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiter Tierheim (gemeinnützige Arbeit) bestehe eine Leistungsminderung sowie eine verminderte Belastbarkeit. Dies wegen emotionaler Labilität, Rückzug und Antriebsminderung, wegen einer insgesamt reduzierten Stressregulation und Frustrations-toleranz und Einschränkungen der

Flexibilität. Er sei höchstens zu 50 % arbeitsfähig. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm zu mindestens 50 % zumutbar. Längerfristig könnten intermittierende Episoden von Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise von Krankheitsausfällen aufgrund der Persönlichkeitsstörung nicht ausgeschlossen werden (Urk. 9/51/3).

### **E. 3.5**

RAD-Arzt L.\_\_\_\_ führte am 6. März 2015 dazu aus, die von der B.\_\_\_\_ angeführten Symptome der emotionalen Instabilität, Impulsivität und Kränkbarkeit passten auch zum Drogengeschehen. Die B.\_\_\_\_ habe selber festgehalten, wegen der depressogenen und demenzfördernden Wirkung wolle sie den Benzodiazepinkonsum verringern. Es sei der B.\_\_\_\_ also auch bekannt, dass chronischer Benzodiazepinkonsum zur Gefühlsverflachung führe. Die Unfähigkeit des Benzodiazepinabhängigen, mit seinen Gefühlen umzugehen, führe typischerweise auch zu einer erhöhten Kränkbarkeit und Impulsivität. Die als Persönlichkeitsstörung definierten Symptome seien demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Symptome der Abhängigkeit zu beurteilen. In der Biografie des Beschwerdeführers finde sich kein tatsächlicher Beleg für eine hohe Kränkbarkeit/Impulsivität/emotionale Instabilität. Vielmehr habe er zum Beispiel

die Sekundarschule erfolgreich abgeschlossen. Ab dem Alter von 16 Jahren habe er dann bereits den Heroinkonsum begonnen. Eine eigenständige Persönlichkeitsstörung könne nur diagnostiziert werden, wenn derartige Persönlichkeitsmerkmale unabhängig vom Drogengeschehen, also vor Suchtbeginn, festgestellt würden. Dies sei beim Beschwerdeführer nicht der Fall. Eine primäre Persönlichkeitsstörung lasse sich daher nicht belegen (Urk. 9/53/2-3).

### **E. 3.6**

Am 1. Oktober 2015 berichteten Dr. E.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_, die Suchtproblematik des Beschwerdeführers sei sekundär. Die Persönlichkeitsstörung liege ihr zugrunde. Diese sei Folge nicht adäquat durchlaufener adoleszenter Reifungsschritte, entwicklungsbedingt und durch kumulative Traumatisierungen entstanden. Der Beschwerdeführer sei gemäss seinen eigenen Angaben bereits in der Kindheit misstrauisch gewesen. Er habe stark unter Alpträumen gelitten, viel über Leben und Tod nachgedacht, bis zum 10. Lebensjahr fast jede Nacht bei der Mutter geschlafen und seine Mutter habe ihn häufig zitternd und weinend vorgefunden. In der Schule hätten zwar keine Lernschwierigkeiten, aber Verhaltensauffälligkeiten (diverse Streiche) sowie schwankende Schulleistungen beobachtet werden können (Urk. 9/66/4). Seit seiner Jugendzeit habe er eine geringe Frustrationstoleranz und eine eingeschränkte Emotionsregulation. Seit der Adoleszenz weise er unzureichende Copingstrategien mit der Neigung zu impulsiven Durchbrüchen mit Kränkung und reduzierter Flexibilität mit entsprechend schneller Überforderung sowie eine reduzierte Durchhaltefähigkeit auf.

Mit 11 Jahren habe er zwecks Beruhigung zu kiffen begonnen, ab 13 Jahren habe er regelmässig Cannabis konsumiert. Im Alter von 16 Jahren habe er wegen hoher psychosozialer Überforderung mit dem Konsum von Heroin begonnen. Das Abhängigkeitssyndrom sei somit Folge einer permanenten Überforderungssituation und ungünstiger Entwicklungsbedingungen. Aufgrund der emotional-instabilen Persönlichkeitsentwicklung habe sich schnell ein süchtiges Verhalten entwickelt, weil die Copingstrategien zur adäquaten Bewältigung der Situation gefehlt hätten. Heute lasse sich schwer genau differenzieren, ob die Symptomatik der Persönlichkeitsstörung oder der

Abhängigkeitserkrankung zu geordnet werden könne (Urk. 9/66/5).

### **E. 3.7**

Dem Bericht der Uniklinik M.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2016 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 13. Juni 2016 am rechten Fuss operiert wurde. Infolge der vorgenommenen Arthrodese am unteren Sprunggelenk attestierten die Ärzte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bis zum 26. Juli 2016 (Urk. 9/77/7). Im weiteren Verlauf verlängerten sie das Attest über die 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 30. November 2016, gaben indes am 4. Oktober 2016 zugleich an, in einer sitzenden Tätigkeit sei der Beschwerdeführer nun zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/79).

### **E. 3.8**

Der Beschwerdeführer wurde durch Ärzte der C.\_\_\_\_ AG im Februar und März 2017 psychiatrisch und orthopädisch- traumatologisch untersucht (Gutachten vom 28. April 2017, Urk. 9/91). In ihrer Gesamtbeurteilung gelangten sie zum Schluss, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lägen eine Störung durch Sedative oder Hypnotika (Benzodiazepine), aktuell unter ärztlicher Kontrolle (ICD-10: F13.22), sowie eine Störung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (kontrollierte Abhängigkeit, ICD-10: F11.22) vor. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen sie namentlich der Persönlichkeitsakzentuierung mit abhängigen, narzisstischen und dissozialen Anteilen (ICD-10: Z73.1) sowie den persistierenden Schmerzen des rechten oberen und unteren Sprunggelenkes zu (Urk. 9/91/9).

Sie führten aus, der Beschwerdeführer befinde sich aktuell in einer medizinisch überwachten Substitutionsbehandlung und in regelmässiger ambulanter psychiatrischer beziehungsweise psychologischer Behandlung in der

B.\_\_\_\_. Bei aktuell subjektiv angegebener psychischer Stabilität präsentiere sich der Beschwerdeführer in einer ausgeglichenen Grundstimmung bei in vollem Umfang erhaltener Auslenkbarkeit bei etwas verflachtem Affekt als Folge des langjährigen Konsums. Depressive Äquivalente seien nicht feststellbar. Hinweise auf eine psychosoziale Desintegration würden fehlen. Der Beschwerdeführer besitze einige Ressourcen im interpersonellen Bereich. Dazu gehörten soziale Kontakte, die aktuelle Beziehung, regelmässige Kontakte zu seiner Tochter und seiner Mutter sowie die geregelte Tätigkeit in einem Integrationsprogramm. In seiner Psycho- und Soziobiographie weise der Beschwerdeführer zwar Züge einer Persönlichkeitsakzentuierung auf, es lasse sich jedoch keine Persönlichkeitsstörung feststellen, welche das Ausmass einer sozial-medizinisch relevanten Persönlichkeitsstörung nach den Kriterien des ICD-10 oder DSM-5 aufweise. Beim Fehlen ausgesprochen komplexer traumatisierender Elemente in der Kindheit fehle es an Hinweisen auf eine posttraumatische Belastungsstörung laut gültigen klinisch-diagnostischen Kriterien. Die Gutachter gelangten zum Schluss, trotz einer gewissen sozialen Stabilisierung unter dauerhafter Substitutionsbehandlung blieben die Funktionsstörungen durch einen über Jahrzehnte fortgesetzten Konsum von polyvalenten psychotropen Substanzen einschränkend relevant für die Arbeitsfähigkeit. Die auch in den Berichten der

B.\_\_\_\_ erwähnten Konzentrationschwierigkeiten, Leistungsminderung und verminderte Belastbarkeit seien mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den noch bestehenden, ärztlich

kontrollierten Konsum von Benzodiazepinen zu rückzuführen. Letztere könnten auf Dauer eine kognitive Einschränkung sowie eine Depressivität bewirken. Zu den Einschränkungen gehörten unter anderem die Störungen bei der Verarbeitung kognitiver und emotionaler Stimuli, die Reduktion des Konzentrations-Gedächtnisvermögens, des Aufmerksamkeits- und Reaktionsvermögens. Die niedrige emotionale Belastbarkeit und Ausdauer bei der mangelnden kognitiven Flexibilität und bei schneller Überforderung würden die Leistungsfähigkeit ebenfalls einschränken. Der Beschwerdeführer sei noch nicht im Stande, einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. In der aktuell geschützten Arbeitsstelle sei von einer Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50 % auszugehen. Unter längerfristiger therapeutischer Begleitung und verbesserter sozialer Adaption sei ab einem nicht näher bestimmten Zeitraum auch von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. In erster Linie sei das Abdosieren der Benzodiazepine angezeigt und erst bei guter Toleranz in zweiter Linie sei die Steigerung der Leistungsfähigkeit möglich. Somit könne dem Beschwerdeführer nach einem gelungenen Entzug von Benzodiazepinen eine sukzessive Steigerung der Leistungsfähigkeit zugemutet werden (Urk. 9/91/10-11). Das Suchtleiden sei primär mit aktueller Ersatzsubstitution. Eine vorangehende psychische Gesundheitsstörung mit gravierendem Krankheitswert sei nicht zu identifizieren (Urk. 9/91/14 -15 ). Eine irreversible psychische Gesundheitsstörung könne aktuell nicht festgehalten werden. Erst nach den erfolgten Entzugsmassnahmen könne eine solche Beurteilung unter klinischen und neuropsychologischen Aspekten erfolgen (Urk. 9/91/15).

Aus orthopädischer Sicht habe sich nach dem Unfall vom Jahr 2004 im Bereich des rechten unteren Sprunggelenkes eine zunehmende posttraumatische Arthrose entwickelt, welche im Jahr 2016 zu einer Versteifungsoperation ( Arthrodesese ) geführt habe. Dadurch seien laut dem Beschwerdeführer zunächst eine Beschwerdebesserung, später aber wieder zunehmende Schmerzen aufgetreten. Klinisch bestehe keine schmerzhaft Wackelsteifigkeit des unteren rechten Sprunggelenks. Die Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenkes sei mässig, jedoch schmerzhaft eingeschränkt, was wegen einer Vergrößerung des rechten oberen Sprunggelenks und bei einem wiederkehrenden Gelenkerguss nachvollziehbar sei. Dem Beschwerdeführer seien körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten , welche überwiegend im Sitzen verrichtet werden könnten, dennoch vollschichtig und ohne betriebsunübliche Pausen zumutbar (Urk. 9/91/11). Diese Arbeitsfähigkeit bestehe und habe in der Vergangenheit bestanden, mit Ausnahme einer Rekonvaleszenz-Zeit nach der letzten Operation vom 13. Juni bis spätestens Ende November 2016 (Urk. 9/91/12).

### **E. 3.9**

Dr. med. Q.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, und Dipl. med. O.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, schlossen sich den Ausführungen im C.\_\_\_\_ -Gutachten an (Urk. 9/92/4-6). Dipl. med. O.\_\_\_\_ führte zusammenfassend aus, die Sucht sei überwiegend wahrscheinlich als primäre psychische Störung anzusehen. Die Verhaltensauffälligkeiten seien sekundäre Folge der Sucht. Dennoch würden diese Störungen neben den substitutionsbedingten Leistungseinschränkungen zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Die Entwicklung der Sucht sei nicht auf eine vorliegende Persönlichkeitsstörung zurückzuführen, sondern die gegenwärtigen Leistungseinschränkungen seien eine

sekundäre Folge der jahrelangen schweren Suchterkrankung (Urk. 9/92/6).

#### **E. 4.1.1**

Im Urteil IV.2015.00923 vom 26. Februar 2016 ist das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich zum Schluss gelangt, aus somatischer Sicht sei dem Beschwerdeführer die Ausübung einer körperlich leichten bis mittelschweren und wechselbelastenden Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar (Urk. 9/68/10). Die IV Stelle stellte auf das im Nachgang zum genannten Urteil eingeholte C.\_\_\_\_-Gutachten ab. Laut dem orthopädischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_

AG ist der Beschwerdeführer bei der Verrichtung einer körperlich leichten bis gelegentlich mit teilschweren Arbeit, welche überwiegend sitzend ausgeübt werden kann, nicht eingeschränkt. Nur ab dem Zeitpunkt der Operation am 13. Juni

2016 bis spätestens Ende November

2016 bestand eine Beeinträchtigung (Urk. 9/91/45). Diese Einschätzung steht in Einklang mit der Aktenlage, zumal auch die behandelnden Ärzte der Uniklinik M.\_\_\_\_ nur vom Operationstermin bis Ende November

2016 eine Arbeitsunfähigkeit attestierten und am 4. Oktober 2016 eine sitzende Tätigkeit bereits für zumutbar hielten (Urk. 9/79). Aus somatischer Sicht lag demnach für eine dem gutachterlich genannten Belastungsprofil entsprechende Tätigkeit nie eine länger andauernde respektive invaliditätsbegründende Arbeitsunfähigkeit vor.

#### **E. 4.1.2**

Der Beschwerdeführer wendet hiergegen ein, seit seinem Sturz aus sechs Metern Höhe auf einen Betonboden leide er an körperlichen Beschwerden. Die Verletzung am Fuss schränke ihn nun zusätzlich ein und er könne nicht mehr Velo fahren (Urk. 11 S. 9-10). Die vom Beschwerdeführer angeführte Angabe im Gutachten, wonach er nicht mehr Velo, Inlineskates und Schlittschuh fahren könne, basiert auf den Angaben des Beschwerdeführers selber (Urk. 9/91/25). Selbst wenn dies zutrifft, was glaubhaft ist, ist nicht ersichtlich, inwiefern der Beschwerdeführer dadurch bei einer vorwiegend sitzend auszuübenden Tätigkeit beeinträchtigt sein sollte.

#### **E. 4.1.3**

Des Weiteren führt er an, er habe sich Anfang Mai 2018 - wiederum in der Uniklinik M.\_\_\_\_

- einer erneuten Operation unterziehen müssen und trage seither einen Gips. Nach der Versteifung des unteren Sprunggelenkes mit zwei Schrauben könne er seinen Fuss nicht mehr nach links und nach rechts bewegen, sondern nur noch hinauf und hinunter (Urk. 11 S. 5).

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b).

Da die angefochtene Verfügung am 22. Februar 2018 erlassen wurde (Urk. 2), ist die durch die Operation von Anfang Mai 2018 bedingte Veränderung im vorliegenden Verfahren

unbeachtlich.

#### **E. 4.2.1**

Im psychiatrischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ AG wurde nebst der Suchtproblematik eine Persönlichkeitsakzentuierung mit abhängigen, narzisstischen und dissozialen Zügen (ICD-10: Z73.1) diagnostiziert (Urk. 9/91/29-30). Bezüglich des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung führte die Gutachterin aus, für diese Diagnose seien tiefverwurzelte, überdauernde, unangepasste Verhaltens- und Erlebnisweisen erforderlich, die sich in Form starrer, dysfunktionaler Reaktion auf vielfältige persönliche und soziale Lebenslagen manifestierten. Der Beschwerdeführer zeige aber aktuell Einsicht in die frühere Verhaltensweise, die er kritisch zu reflektieren vermöge. Es sei keine negative Dynamisierung durch den zusätzlichen Suchtmittelkonsum festzustellen. Der Beschwerdeführer habe ein Problem bewusstsein, in welchem er in den letzten Jahren in der Therapie motiviert und kooperativ gewesen sei. Es habe keine Missachtung von sozialen Normen und Regeln gegeben und er weise eine gewisse Anpassungsfähigkeit auf. Die für die Stellung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und impulsiven Komponenten verantwortlichen Erlebens- und Verhaltensweisen wie Impulsdurchbrüche, Stimmungsschwankungen, geringe Frustrationstoleranz, eingeschränkte Emotionsregulation und Beziehungsabbrüche könnten auch Symptome vom Drogenkonsum sein und seien deshalb nicht als Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung zu werten (Urk. 9/91/31). Bei der Begutachtung zeigte der Beschwerdeführer ein adäquates kooperatives Verhalten (Urk. 9/91/28), wirkte auf der Persönlichkeitsebene umgänglich, verträglich, kontaktfreudig sowie emotional mit erhaltener Frustrationstoleranz und Impulskontrolle. In der Exploration war er stets kooperativ mit adäquater Auskunftsbereitschaft. Realitätsprüfung und Urteilsbildung waren intakt. Der Beschwerdeführer war in der Lage, mit ausreichender Flexibilität auf das Gegenüber und die jeweilige Situation zu reagieren. Bei vorhandener Kritikfähigkeit sowie einer Reflexions- und Introspektionsfähigkeit verzeichnete die Gutachterin eine Fähigkeit zur Willensbildung und eine gewisse Anpassungsfähigkeit (Urk. 9/91/29). Angesichts dieser Befunderhebung ist es nachvollziehbar, dass sie keine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren vermochte (Urk. 9/91/34). Ebenfalls korrekt ist ihr Hinweis darauf, dass im Austrittsbericht der Klinik N.\_\_\_\_ vom 9. Oktober

2009 nebst den Suchterkrankungen keine psychiatrische Diagnose gestellt wurde (Urk. 9/21/1, Urk. 9/91/34). Dies nach der Hospitalisation vom 21. September bis am 5. Oktober 2009 (Urk. 9/21/1), wobei die erstmalige Hospitalisation in der Klinik N.\_\_\_\_ bereits 1992 stattgefunden hatte (Urk. 9/10/1). Vor dem zusätzlichen Hintergrund, dass die Ärzte der B.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 10. Oktober

2012 das Vorliegen behandlungsbedürftiger psychopathologischer Auffälligkeiten verneint hatten und damals aus psychiatrischer Sicht keine oder nur geringe Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vermuteten (Urk. 9/10/2), und dass sie am 14. Februar 2014

ebenfalls festhielten, es bestünden keine Hinweise auf signifikante psychopathologische Auffälligkeiten (Urk. 9/30/2), ist schlüssig, dass sie das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung - wie bereits RAD-Arzt L.\_\_\_\_ (Urk. 9/31/4) - verneinte. Im Übrigen anerkannten auch die Ärzte der B.\_\_\_\_, dass Benzodiazepine eine depressogene und kognitiv verschlechternde Wirkung haben (Urk. 9/51/2) sowie dass die vorliegende Symptomatik sowohl der Persönlichkeitsstörung als auch der Abhängigkeitserkrankung zugeordnet wer

den könnte (Urk. 9/66/5) . Folglich überzeugt die gutachterliche Schlussfolgerung, wonach die von der B.\_\_\_\_ angegebene Leistungsminderung, verminderte Belastbarkeit sowie die Konzentrationsstörungen mit grosser Wahrscheinlichkeit auf den noch bestehenden Konsum von Benzodiazepinen zurückzuführen sind (Urk. 9/91/35).

Es entspricht denn auch der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, dass kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben ist, wo der Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen . Dies trifft zu, wenn bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik von einer wesentlichen Besserung des entsprechenden psychischen Leidens respektive der Leistungsfähigkeit auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1 mit Hinweis). Beim Beschwerdeführer erwarten die Gutachter im Falle einer Abdosierung der Benzodiazepine eine schrittweise Leistungssteigerung als möglich (Urk. 9/91/19 , Urk. 9/91/32 ). Entsprechend hielten sie keine irreversible psychische Gesundheitsstörung fest (Urk. 9/91/15). Ebenso ging Dr. I.\_\_\_\_ davon aus, im Falle des Gelingens eines körperlichen Entzugs sei eine Arbeitsfähigkeit möglich (Urk. 9/11/2).

Angesichts dessen, dass die psychiatrische Gutachterin auf diese Befunde und Unsicherheiten in den B.\_\_\_\_ -Berichten hingewiesen hat, geht der Einwand fehl, sie habe sich unzureichend mit der von Dr. E.\_\_\_\_ gestellten Diagnose einer Persönlichkeitsstörung auseinandergesetzt (Urk. 9/91/34-35, Urk. 11 S. 7). Nach dem Gesagten ist mit der C.\_\_\_\_ -Gutachterin beim Beschwerdeführer lediglich von akzentuierten Persönlichkeitszügen und nicht von einer Persönlichkeitsstörung auszugehen.

#### **E. 4.2.2**

Der Beschwerdeführer wendet ein, das psychiatrische Teilgutachten der C.\_\_\_\_ AG sei in wesentlichen Teilen falsch und gebe ein vollständig unzutreffendes Bild seiner heutigen Situation wie der. So funktioniere das Besuchsrecht mit seiner Tochter schon länger nicht mehr, er sei seit mindestens anderthalb Jahren wieder Single, sei schon lange nicht mehr als DJ tätig, habe einen einzigen Freund und arbeite nicht mehr im Tierwaisenhaus (Urk. 11 S. 4). Eine solche allfällige Verschlechterung im sozialen Bereich ist indes nicht relevant, zumal sich eine Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter auf Dauer manifestieren würde. Das auffällige Verhaltensmuster wäre andauernd und gleichförmig (Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 10. Aufl. 2015, Ziff. F60 S. 276 f.) . Demnach sprechen diese Veränderungen nicht gegen das Fehlen einer Persönlichkeitsstörung. Sodann wird die invalidisierende Wirkung von Suchterkrankungen auch nicht unter Zuhilfenahme der Standardindikatoren (vgl. BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418) geprüft (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_663/2017 vom 12. Dezember 2017 und 9C\_620/2017 vom 10. April 2018) , sodass dem sozialen Kontext und den Ressourcen vorliegend keine grosse Relevanz zukommt.

Dementsprechend kann auch von der beantragten Zeugeneinvernahme über die Situation des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 11 S. 5) abgesehen werden.

#### **E. 4.2.3**

Der Umstand, dass der Beschwerdeführer nun nach eigenen Angaben sehr schlecht schläft (Urk. 11 S. 5), stellt das Gutachten ebenfalls nicht in Frage. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern diese geltend gemachte Tatsache zu einer eigenständigen psychiatrischen Diagnose hätte führen können.

#### **E. 4.2.4**

Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, die zwei Jahre andauernde Terrorisierung durch seinen alkoholkranken Vater, als er von 14- bis 16-jährig bei diesem gelebt habe, sei nicht zum Ausdruck gekommen im Gutachten (Urk. 11 S. 5).

Die psychiatrische Gutachterin habe sich unzureichend mit den Berichten von Dr. E.\_\_\_\_ und der darin beschriebenen Genese der Suchtmittelerkrankung auseinandergesetzt (Urk. 11 S. 5-8). Die Gutachterin hat bezogen auf den Zeitpunkt des Beginns von illegalem Drogenkonsum des damals 11-jährigen Beschwerdeführers festgehalten, er sei in dieser Zeit keiner schweren Traumatisierung, keiner ausgeprägten emotionalen Vernachlässigung oder anderen tiefgreifenden Erlebniserfahrungen ausgesetzt gewesen (Urk. 9/91/15, Urk. 9/91/31).

Die spätere Terrorisierung durch den Vater war also für den Beginn der Sucht - mit 13 Jahren rauchte der Beschwerdeführer bereits täglich Cannabis (Urk. 9/66/5) -

nicht massgebend. Grundsätzlich hatte die Gutachterin die Auffälligkeit der biographischen, psychiatrischen, sozialen und Arbeits-Anamnese zur Kenntnis genommen (Urk. 9/91/29). Die schwierige psychosoziale Situation, in welcher sich der Beschwerdeführer beim Beginn des Heroinkonsums befand (Urk. 9/66/

#### **E. 4.2.5**

Dass die Gutachterin trotz der Unterstützung durch die Spitex davon ausgegangen ist, erledige die Haushaltsarbeiten selbständig, leuchtet zwar tatsächlich nicht ein (vgl. den Einwand in Urk. 11 S. 8), jedoch wurden weder aus der selbständigen Haushaltsführung noch aus der Unterstützung durch die Spitex Schlüsse gezogen, sodass deswegen keine Zweifel am inhaltlich relevanten Teil des Gutachtens geweckt werden.

#### **E. 4.2.6**

Beim Fehlen einer Persönlichkeitsstörung kann - entgegen dem Einwand des Beschwerdeführers (Urk. 11 S. 9) - logischerweise nicht davon ausgegangen werden, die Persönlichkeitsstörung und die Suchterkrankung hätten sich zumindest Hand in Hand entwickelt und chronifiziert. War die Sucht eine Folge der Persönlichkeitsakzentuierung, tut dies nichts zur Sache, da die Persönlichkeitsakzentuierung keinen (rechtserheblichen) Gesundheitsschaden mit Krankheitswert darstellt (vgl. E. 1.2 vorstehend).

#### **E. 4.2.7**

Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, auch seitens der IV-Stelle seien Anzeichen der sich entwickelnden Persönlichkeitsstörung anerkannt worden, sowie dass vermutlich die Persönlichkeitsstörung zur Sucht geführt habe. Dabei wies er auf zwei Fundstellen in den Akten hin (Urk. 11 S. 10). Die entsprechenden Stellungnahmen (Urk. 9/25/2 und Urk. 9/31/2) stammen nicht von einem Psychiater.

Folglich fehlt es weiterhin an einer fachärztlich schlüssig diagnostizierten Persönlichkeitsstörung.

### **E. 4.3**

Die interdisziplinäre C.\_\_\_\_ -Beurteilung steht sodann in Übereinstimmung mit den beiden einzelnen Teilgutachten und ist daher ebenfalls schlüssig und nachvollziehbar.

Zusammenfassend wurde nichts vorgetragen, was das polydisziplinäre Gutachten der C.\_\_\_\_

AG als nicht schlüssig erscheinen liesse oder sonst in Zweifel zu ziehen vermöchte. Ebenso wenig ist etwas Derartiges aus den Akten ersichtlich. Vielmehr überzeugt das Gutachten durch die umfassenden Untersuchungen, die Darstellung der Beschwerden und die Erläuterung der Zusammenhänge. Das Gutachten beachtet die Anamnese, die erhobenen Befunde und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt. Es ist vollumfänglich beweiskräftig.

### **E. 4.4**

Nach der Rechtsprechung ist es in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachten) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wo für Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht wirken sich die Diagnosen, welche Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben, nämlich die Störung durch Sedativa oder Hypnotika sowie die Störung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom (Urk. 9/91/9), nicht leistungsbe gründend aus, da reine Suchtfolgen bestehen und es daneben, davor und danach an einem eigenständigen Gesundheitsschaden fehlt (vgl. E. 1.2 vorstehend).

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

### **E. 5**

, Urk. 11 S. 6), ist nicht entscheidend für die Leistungsberechtigung. Vielmehr kommt es darauf an, ob neben oder infolge der Sucht oder als Auslöser der Sucht ein

eigenständiger Gesundheitsschaden besteht, welchem Krankheitswert zukommt (vgl. E. 1.2 vorstehend). Nur in solchen Fällen können entsprechend den Vorbringen des Beschwerdeführers auch reine Suchtfolgen invalidisierend sein

(Urk. 1 S. 3, Urk. 11 S. 3). Im vorliegenden Fall liegen aber abgesehen von der Sucht aus psychiatrischer Sicht nur akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) vor (Urk. 9/91/29-30). Solche « Z- Kodierungen » fallen indes nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil e

des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1, 8C\_131/2016 vom 14. Juli 2016 E. 5.2, 8C\_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4, je mit Hinweisen).

## **E. 5.1**

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr.

## **E. 5.2**

Rechtsanwalt Thomas Laube machte mit Honorarnote vom 4. Juni 2018 einen Aufwand von elf Stunden sowie Barauslagen von drei Prozent respektive gerundet Fr. 73.-- geltend (Urk. 16). Dieser Aufwand ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses angemessen. Dem entsprechend ist die Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsvertretung beim gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'685.-- (inklusive Mehrwertsteuer von 7,7 % [entsprechend gerundet Fr. 192. -] sowie Barauslagen) festzusetzen. 5. 3

Der Beschwerdeführer ist auf die Nachzahlungspflicht gemäss

§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Entschädigung an Rechtsanwalt Thomas Laube verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Thomas Laube, Zürich, wird mit Fr. 2'685.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Laube -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigWidmer

## **E. 8**

00. -- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Urk. 10) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

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