

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00807 vom 10. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00807

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00807 du 10 novembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00807 del 10 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

1. April 2017

(Prozess Nr. IV.2016.01394 [Urk. 9/158]) in dem Sinne gutgeheissen, dass die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die IV-Stelle zurück gewiesen wurde . Die IV-Stelle aktualisierte die medizinische Aktenlage , indem sie Berichte bei den behandelnden Ärzten einholte

(Urk. 9/165 und Urk. 9/167) und eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. Z.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, durchführen liess (Gutachten vom 10. Dezember 2017

[Urk. 9/177]). Mit Vorbescheid vom 1. März 2018 (Urk. 9/179) stellte sie die Abweisung eines Anspruchs auf IV-Leistungen in Aussicht. Hieran hielt sie nach Einwand (Urk. 9/183)

mit Verfügung vom 22. August 2018 (Urk. 2) fest .

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein 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 unbesehen der Ätiologie ausge wiesen 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.

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 eingetre ten 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).

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).

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. auch 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 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 ergebnisoffenen, 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. 1.4

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). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 20. September 2018 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren (Urk. 1 S. 2), die Verfügung sei aufzuheben und es seien Leistungen der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventualiter seien Abklärungen bei den involvierten Stellen mit in die Schlussfolgerungen im Gutachten einzubeziehen. In prozessualer Hinsicht ersuchte der Versicherte um die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung. Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 23. Oktober 2018 (Urk. 8) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer

am 24. Oktober 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die leistungsabweisende Verfügung vom 22. August 2018 (Urk. 2) damit, dass zur Klärung der Leistungsansprüche eine medizinische Untersuchung bei einem Psychiater notwendig geworden sei. Die Abklärungen hätten ergeben, dass auch weiterhin keine langandauernde Gesundheitseinschränkung vorliege. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hilfsarbeiter sei weiterhin vollschichtig

zumutbar. Schwere Tätigkeiten im Hilfsarbeitssektor sollten vermieden und eine durchgängige (Drogen-)Abstinenz eingehalten werden.

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer respektive das ihn vertretende Sozialdepartement der Stadt Winterthur auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 3 f.), auf das Gutachten von Dr. Z.____ könne nicht abgestellt werden. Dieses sei auf oberflächlicher Ebene erfolgt. Trotz des Hinweises, dass der Beschwerdeführer bereits als Kind von den alkoholabhängigen Eltern mit Alkohol ruhig gestellt

worden sei,

trotz offensichtlicher Vernachlässigung der Eltern und später ausschliesslich im Fokus der Mutter auf dessen Bruder verbleibe die Schilderung des Lebenslaufes durch den Beschwerdeführer auf einer emotional unzugänglichen Ebene. Die Gutachterin habe auch nie die Frage gestellt, wie sich der Beschwerdeführer dabei gefühlt habe, unter diesen unwürdigen Umständen aufzuwachsen. So sei es nicht ers taunlich, dass der Beschwerdeführer auf dieser Ebene keine Emotionen gezeigt habe

und keine Beeinträchtigungen

hätten festgestellt werden können. Die Gutachterin beschränke sich darauf hinzuweisen, dass die Sozialen Dienste nicht genügend unternommen hätten. Dabei wäre es hilfreich gewesen, sich nicht nur auf die Aussagen des Beschwerdeführers zu verlassen, sondern frem danamnestisch Auskünfte bei den Sozialen Diensten, der A.____ oder dem B.____ einzuholen.

Tatsächlich sei der Beschwerdeführer engmaschig betreut worden und das betreute Wohnen sei

insofern erfolgreich, als er seither mehr oder weniger abstinent sei und Dank der Betreuung einen regelmässigen Tagesablauf und zumindest Kontakte innerhalb der Pension habe. Inwieweit der Cannabis- / Alkoholkonsum die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige und es sich bei der wiederkehrenden Suchtproblematik um eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie handle, werde im Gutachten nicht beantwortet. Zum heutigen Zeitpunkt könne davon ausgegangen werden, dass aufgrund des Alkohol- bzw. Cannabiskonsums keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorliege. Da jedoch lediglich die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit von gerade einmal 20 % in einem geschützten Rahmen her folgen können, sei davon auszugehen, dass eine psychiatrische Störung als Folge der Suchterkrankung als eigenständige Erkrankung vorliege. Aus diesem Grunde seien dem Beschwerdeführer zumindest Leistungen der Invalidenversicherung in Form eines Aufbautrainings zuzusprechen.

E. 2.3

Der Beschwerdeführer beanstandete in formeller Hinsicht, die Beschwerdegegnerin habe zu seinem ausführlichen Einwand (Urk. 9/183) keine Stellung bezogen (Urk. 1 S. 3), und rügte somit sinngemäss eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, worauf vorab einzugehen ist.

Nach Art. 42 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör, wobei sie vor Erlass von Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind – was auf Verfügungen über Leistungen der Invalidenversicherung nach dem Gesagten nicht zutrifft –, nicht angehört

werden müssen. Der Gehörsanspruch verpflichtet die Behörde, die Vorbringen der betroffenen Person auch tatsächlich zu hören, zu prüfen und in der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen, weshalb sie ihren Entscheid zu begründen hat (BGE 134 I 83 E. 4.1). Die Pflicht der Behörde, ihre Verfügungen – sofern sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG) – zu begründen, bezweckt insbesondere, die betroffene Person in die Lage zu versetzen, eine Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anfechten zu können (BGE 124 V 180 E. 1a, vgl. auch BGE 134 I 83 E. 4.1 mit Hinweisen).

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Begründung des angefochtenen Entscheids mit Blick auf die formulierten Einwendungen eher knapp ausgefallen ist. Allerdings hat sich die Beschwerdegegnerin zu einzelnen aufgeworfenen Fragen wenigstens kurz geäußert und den Beschwerdeführer jedenfalls in die Lage versetzt, den Entscheid sachgerecht anzufechten. Da beschwerdeweise keine Rückweisung der Angelegenheit beantragt wurde, ist aus prozessökonomischen Gründen davon abzusehen, zumal sich der Beschwerdeführer vor dem mit voller Kognition ausgestatteten Gericht äussern konnte und dies mit einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wäre (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweisen).

3.3.1

Im Urteil vom 11. April 2017 (Urk. 9/158) zog das hiesige Gericht in Erwägung (E. 5.1), obwohl der Beschwerdeführer seit längerer Zeit weitgehend drogenabstinent zu sein scheint, in geordneten Verhältnissen lebe und keine depressive Symptomatik mehr zeige, hätten die behandelnden Fachleute nach wie vor eine verwertbare Leistungsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt verneint. Die ihm trotz Drogenabstinenz und Remission der depressiven Symptomatik weiterhin attestierte psychiatrisch begründete 100%ige Arbeitsunfähigkeit lasse sich nur noch mit der Diagnose einer schizotypen Störung begründen. Diesbezüglich stelle sich aber die Frage, ob sich der

weitgehend als unauffällig angegebene psychopathologische Befund (auch) auf die offenbar weiterhin vorhandene schizotype Störung beziehe. Andererseits weise die kontinuierliche Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen durch den Beschwerdeführer auf einen weiterhin vorhandenen Leidensdruck hin.

In den Akten seien verschiedene Anhaltspunkte für eine relevante psychische Erkrankung zu finden, die den Beschwerdeführer trotz Aufbietung allen guten Willens an der Erlernung eines Berufes beziehungsweise an der Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gehindert habe und weiterhin hindere. So sei aus seinem Lebenslauf und den ärztlichen Stellungnahmen ersichtlich, dass er wegen den Rückenbeschwerden und der psychischen Problematik auf dem Arbeitsmarkt nie habe Fuss fassen können und mit Ausnahme eines kurzen Einsatzes im Jahr 2011 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen sei. Diese längeren Absenzen vom Arbeitsmarkt liessen sich mindestens zeitweise auf die Drogensucht zurückführen. Die wiederholten Ausbildungsabbrüche könnten aber auch auf eine weitere psychische Pathologie hinweisen. Ob es sich dabei um die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte schizotype Störung handle, beziehungsweise welche Auswirkung eine allfällig krankheitswertige Störung auf die Arbeitsfähigkeit habe, sei weiterhin abklärungsbedürftig (E. 5.3).

Gemäss dem in Umsetzung des Gerichtsurteils durch die Beschwerdegegnerin eingeholten psychiatrischen Gutachten vom 10. Dezember 2017 (Urk. 9/177) stellte Dr. Z.____ gestützt auf ihre Untersuchungen vom 6. Dezember 2017 die folgenden Diagnosen (S. 39) : -

Störungen durch Cannabinoide , Abhängigkeitssyndrom, episodischer Gebrauch (ICD-10 F12.26) mit - Status nach amotivationalen Syndrom (ICD-10 F12.72) - Status nach cannabisinduzierter vorwiegend halluzinatorischer

psychotischer Episode (ICD-10 F12.52) - Störungen durch Alkohol, Status nach Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1) - Status nach schädlichem Gebrauch von Stimulanzien und Halluzinogenen (Status nach ICD-10 F15.1/F16.1) - Status nach wiederkehrenden depressiven Anpassungsstörungen, zum Teil im Rahmen von Substanzentzug sowie somatischem Schmerzleiden, mit bis zu mittelgradiger Schwere, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - Akzentuierte selbstunsichere/ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

Zum Psychostatus hielt die Expertin fest (S. 32 f.) , es handle sich um einen 41-jährigen , erheblich vorgealtert aussehenden , hinreichend gepflegten, normalgewichtigen / normosomen Exploranden, der pünktlich und selbständig und alleine mit dem öffentlichen Verkehr zum Termin gekommen sei. Die Kontaktaufnahme sei spontan, unkompliziert und lebhaft und er sei freundlich und kooperativ eingestellt. Er habe sich verbindlich auf die Untersuchung eingelassen , sei auch schwierige Themen nicht aus dem Weg gegangen und sei in seinen Ausführungen gut nachvollziehbar beziehungsweise es seien keine paralogischen oder « psychotiformen » Gedankeninhalte feststellbar. Er sei offen und interessiert, sympathisch und gewinnend, von der Intelligenz her durchschnittlich begabt, berichte gut selbst strukturiert und auch differenziert. Er habe auch mit durchaus feststellbarer psychotherapeutischer und psychodiagnostischer Selbsterfahrung berichtet und da bei auch korrekte Fachterminologie benutze , oft auch mit humorvollen Einschütelungen und durchaus auch selbstkritisch und reflektiert. Seine Symptome und Beschwerden habe er sorgfältig, aber ohne Dramatisierungstendenzen beschrieben . Hier und da habe er sich widersprochen. So habe er am Ende der Exploration als ihm mitgeteilt worden sei , dass auch ein Drogenscreening gemacht werde , angegeben , dass er damit nicht gerechnet habe und es auch nicht stimme, dass er zuletzt im Juli 2017

sondern vor fünf Tagen Cannabis konsumiert habe und er sich dies ab und zu gerne leisten .

Im Verlauf der zweieinhalbstündigen, intensiven Untersuchung ohne Pause sei keine etwaige Ermüdung feststellbar gewesen. Affektiv schwinge

er emotional absolut adäquat mit beziehungsweise seien

keine emotionale Durchlässigkeit, Labilität oder Affektinkontinenz, auch keine Affektverflachung, Bedrücktheit, Ängstlichkeit oder Depressivität festzustellen. Auch sei das Denken beweglich und es in guter emotionaler Rapport sei problemlos herstellbar.

Er sei bewusstseinsklar, in allen Qualitäten orientiert und objektivierbare mnestischen Störungen

seien nicht feststellbar und es seien auch sichere anamnestiche Zeitangaben

bei guter Konzentration und während des ganzen zweieinhalbstündigen Explorationsgespräches abgegeben worden. Formale Denkstörungen seien nicht feststellbar, das Denken sei geordnet, flexibel, nicht eingengt, ohne Gedankenabreissen, Danebenreden oder Zerfahrenheit und ohne assoziative Lockerung. Inhaltliche Denkstörungen, krankheitswertige / depressionstypische Schuld-, Scham- oder Insuffizienzgefühle beständen nicht und

es ergäben sich auch keine Hinweise für Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen . Eine Angststörung sei nicht feststellbar und es seien auch keine frei flottierenden Ängste, Panikattacken, eine Agoraphobie, Soziophobie oder Zwänge im psychopathologischen Sinne eruierbar . Affektiv sei die Grundstimmung euthym (ausgeglichen) , sehr adäquat, absolut schwingungsfähig, und über ein breites Spektrum von Emotionen verfügend und ohne feststellbare Affektpathologie. Es bestünde auch keine verbale oder brachiale Impulsivität, keine emotionale Instabilität im psychopathologischen Sinne und auch keine Antriebsstörungen . Der Beschwerdeführer beklage subjektiv auch nicht etwa eine verminderte Vitalität. Es seien keine circadianen Besonderheiten, keine psychovegetativen Beschwerden vorhanden und die Psychomotorik sei ungestört. Auf die Rückenschmerzen mit somatischem Korrelat (Morbus Bechterew), die anlässlich der Begutachtung thematisiert

worden seien, scheine er nicht sonderlich fixiert zu sein . Die Schlafqualität sei gut , der Appetit unbeeinträchtigt und sozial sei er im Rahmen der betreuten Wohnform und der psychosozialen Angebote der Stadt Winterthur sowie innerhalb der Familie aktiv (mit Besuchen bei Mutter, Vater, Bruder und

Pflege von Weihnachts-, Geburts- und Ostertraditionen) und ein genuiner sozialer Rückzug sei nicht feststellbar .

In der Psychometrie nach HAM-D (Hamilton Depressionsskala)

seien die Kriterien einer klinischen Depression (major depression) nicht erfüllt und die MADRS

(Montgomery Asberg Depressionsskala)

ergäbe, dass keine klinische Depression vorliege (S. 33).

Eine etwaige primäre psychische Störung, die die Suchtentwicklung beim Beschwerdeführer ab 15-jährig (1991) begründen würden, sei auch bei der aktuellen eingehenden psychiatrischen Exploration nicht ersichtlich. Ausschlaggebend seien eindeutig die psychiatrische Heredität/genetische Belastung durch Suchterkrankungen, in Kombination mit unvorteilhaften Milieufaktoren (S. 36) . Bei

E. 7

bzw. 10-11-jähriger Cannabissucht und bei der damals beschriebenen Anhedonie, Motivationsschwäche und Antriebsschwäche sei ein typisches cannabisinduziertes amotivationales Syndrom zu diagnostizieren, das sich dann auch über ein weiteres Jahrzehnt hinweg fortgesetzt habe ; bis durch das Erleiden einer cannabisinduzierten Psychose im Jahr 2014

der Beschwerdeführer

zweimal kurz nach einander (freiwillig) psychiatrisch hospitalisiert worden sei und sich von einer drastischen Änderung seines Konsummusters habe überzeugen lassen . Seit 2014 nehme er durchgehend ein Neuroleptikum ein, seit langem in tiefer Dosis, wovon er vor allem die Sedierung/schlafanstossende Wirkung schätze.

Tatsächlich habe der Beschwerdeführer

seit dem letzten psychiatrischen Klinikaufenthalt offensichtlich mehrheitlich abstinenter gelebt , wozu wohl auch maßgeblich die Tatsache beitrage, dass er in einer betreuten

Wohnform (Pension) platziert sei, in der der Konsum von Substanzen verboten sei. Er berichte aber auch, dass er sich zeitweise Cannabis genehmige. Entsprechend sei auch das Drogenscreening auf Cannabis positiv ausgefallen. Gleichzeitig sei aber darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer psychopathologisch absolut unauffällig sei, beziehungsweise er weder depressive noch schizophreniforme Symptome, auch keine Symptomatik aus der Sparte der sozialen Ängste, Phobien aufweise und auch subjektiv keinerlei Beschwerden formuliere. Dass er dennoch hier und da, im Sommer 2017 zwei Monate lang, Cannabis konsumiert habe, unterstütze die Feststellung einer primären Sucht und nicht etwa einer durch eine primäre psychische Störung induzierte Sucht (S. 37 f.).

Beim aus psychopathologischer Sicht absolut unauffälligen Beschwerdeführer, bei dem es vor allem aufgrund des langjährigen cannabisinduzierten amotivationalen Syndroms zu einer jahrzehntelangen Arbeitskarenz und einem „Stillstand“ jeglicher Entwicklung gekommen sei, sei es lediglich noch ein Cannabisabhängigkeitssyndrom mit gelegentlichem Konsum und weiter ein gelegentlicher Alkoholabusus zu diagnostizieren. Sonstige „aktive“ Diagnosen seien gegenwärtig nicht zu stellen. Auch die sekundäre rezidivierend depressive Störung sei re mittiert (S. 38).

Aus psychiatrischer Sicht liege gegenwärtig keine Arbeitsunfähigkeit vor. Zuletzt habe aufgrund des entzugskorrelierten depressiven Leidens bis 31. Mai 2016 vorübergehende eine Teilarbeitsunfähigkeit bestanden (S. 42). 4.4.1

Das ausführliche psychiatrische Gutachten von Dr. Z. ___ erfüllt die praxisgemäßen Kriterien (vorstehend E. 1.4), setzt sich mit den Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers auseinander und berücksichtigt auch die medizinischen Vorakten und begründet Abweichungen, soweit die Beurteilung mit diesen nicht im Einklang steht. Das Gutachten ist nachvollziehbar und vermag zu überzeugen. Insbesondere wurde mit Bezug auf das langjährige Suchtgeschehen und die Abgrenzung primäre oder sekundäre Sucht für den Rechtsanwender nachvollziehbar dargelegt, dass nach sorgfältig erhobener Anamnese und aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde keine Suchtproblematik vorliegt, die sich auf einen vorbestehenden Gesundheitsschaden zurückführen lässt und das Suchtverhalten auch nicht im Zusammenhang mit einem etwaigen „Selbstbehandlungsversuch“ zu sehen ist (vgl. Gutachten S. 22 unten). Zum Umstand, dass der Beschwerdeführer genetisch/psychiatrisch-hereditär mit Sucht belastet ist und von seinen Eltern schon im Kindesalter an Substanz-beziehungsweise Alkoholkonsum herangeführt wurde, wurde im Gutachten ebenso Bezug genommen (vgl. Gutachten S. 36). Relevant ist, dass unter Cannabisabstinnung der Beschwerdeführer

ein normales psychisches Befinden ohne

einen psychopathologisch erheblichen Befund zeigt. Dass er aus Lust trotzdem ab und zu Anlass sieht,

Cannabis zu rauchen, legt dar, dass er Cannabis nicht als „Selbstbehandlungsmittel“ einsetzt. 4.2

Im Gutachten erfolgte auch eine kritische Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten (vgl. Urk. 9/177/43 f.). Dabei wurde insbesondere Bezug zu den vorgängigen Berichten

behandelnder Ärzte genommen, die die Diagnose einer schizotypen Störung (ICD-10 F21) stellten, was das Gericht letztlich im Urteil vom 11. April 2017 (Urk. 9/158) veranlasste, die Sache an die Verwaltung zur psychiatrischen Abklärung zurückzuweisen (vgl. E. 3.1 hiervor). Die psychiatrische Expertin legte in diesem Zusammenhang plausibel dar, dass eine solche schwere psychopathologische Störung gemäss ICD-10 F21 Anomalien des Denkens, des Verhaltens und der Stimmung, die schizophrene wirken, fordere, ohne dass aber im Zeitverlauf eine eindeutige charakteristische konsistente schizophrene Symptomatik aufgetreten sei

und dass

der Beschwerdeführer kein einziges dieser Kriterien erfüllt.

Damit ist nicht zu beanstanden, dass die psychiatrische Gutachterin die 20-jährige Cannabisabhängigkeit, die

zweifellos

zu schwerwiegenden sozialen Folgeschäden beim Beschwerdeführer geführt hat, indem er über mehr als ein Jahr zehnt hinweg sich passiv, lethargisch, ohne Initiative für einen Erwerb, für eine Familie oder für soziale Aktivitäten verhielt und dadurch auch fürsorgeabhängig wurde, einem primären Suchtgeschehen und nicht der Folge eines zugrundeliegenden Gesundheitsschadens zugeschrieben hat. Daran ändert auch nichts, dass der Beschwerdeführer derzeit eine Rückkehr zur Autonomie und Unabhängigkeit

bei geschütztem Wohnrahmen mit psychosozialen Beschäftigungs- und Spielmassnahmen nicht als dringende Angelegenheit

sieht (vgl. Urk. 9/177/42). 4.3

Nach dem Gesagten ist auf das psychiatrische Gutachten abzustellen. Eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ist dem Beschwerdeführer mit Bezug auf den Verfügungszeitpunkt damit nicht zu attestieren. Von weiteren Beweismassnahmen (etwa der Einholung eines weiteren Gutachtens oder fremdanamnestischer Auskünfte; zum Antrag vgl. Urk. 1 S. 2 f.) sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b). Retrospektiv ist zu berücksichtigen, dass das primäre Suchtgeschehen zeitweise die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt hat. Arbeitsunfähigkeiten wurden in diesem Zusammenhang mit einer cannabisinduzierten Psychose, die zu zwei stationären Aufenthalten vom 16. Mai bis 11. Juni und vom 10. September bis 11. November 2014 führte (Urk. 9/118/21, Urk. 9/120/2). Die Gutachterin sprach in diesem Zusammenhang von einer protrahierten cannabisinduzierten, vorwiegend halluzinatorischen Psychose, für die sich der Beschwerdeführer erst nach Monaten in Behandlung begab und die unter Cannabisabstinenz zurückgegangen sei. Infolge des konsequenten Cannabisentzuges sei ab Ende 2014 eine entzugsbegleitende depressive Episode mittleren Grades aufgetreten, die spätestens ab Juni 2016 als remittiert zu betrachten sei. Sie bescheinigte vor diesem Hintergrund eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar bis zum Klinikaustritt am 11. November 2014 und hernach bis am 31. Mai 2016 eine solche von 50% (Urk. 9/177/41).

Die für diesen Zeitraum attestierten Arbeitsunfähigkeiten haben jedoch nach dem Gesagten ohne Auswirkungen auf die Invalidenversicherung zu bleiben, da sie im bis zur letzten Hospitalisation in der C.____ anhaltenden primären Suchtgeschehen (Urk. 9/120/3) ihre

hinreichende Erklärung finden. Wie der Beschwerdeführer gegenüber der Gutachterin erklärte, wandte er sich auch nach dem letzten stationären Aufenthalt nicht vollständig vom Drogenkonsum ab (Urk. 9/177/34 oben und Urk. 9/177/37). Dem im Rahmen der bloss teilweisen Abstinenz entwickelten depressiven Zustandsbild und der damit einhergehenden (Teil-)Arbeitsunfähigkeit kann daher nicht die Bedeutung eines eigenständigen psychischen Krankheitsgeschehens beigemessen werden, das eine invalidisierende Wirkung haben könnte (E. 1.3).

4.4

An dieser fachärztlichen Beurteilung vermag der Verlaufsbericht des therapeutischen Leiters der Integrierten Psychiatrie C.____ vom 30. August 2017 (Urk. 9/167) allein schon wegen dessen fehlender fachlichen Qualifikation nichts zu ändern. Im Übrigen beschrieb selbst der Therapeut einen psychopathologisch weitgehend unauffälligen Befund; er wies sodann auf charakterologische Probleme sowie eine wiederkehrende Suchtproblematik hin (Ziff. 1.3) und führte die von ihm bescheinigte Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen darauf zurück (Ziff. 2.1). Das Suchtgeschehen allein begründet indes - wie gesagt - grundsätzlich keine Invalidität (E. 1.3). 4.5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vorliegt, welcher eine Arbeitsunfähigkeit begründet. Damit besteht kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle vom 22. August 2018 ist damit zu bestätigen, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5. 5.1

Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind erfüllt.

Das vom Beschwerdeführer gestellte Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 2) ist damit gutzuheissen. 5.2

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 ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Prozessführung verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 20. September 2018 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt. und 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.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Departement Soziales der Stadt Winterthur - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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, 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 GräubNef

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