



Fall-Nr.: IV 2007/76
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.06.2020
Entscheiddatum: 08.09.2008

Entscheid Versicherungsgericht, 08.09.2008

Art. 4 Abs. 1 und 2 IVG. Bewirken Drogensucht und psychische Störungen, die damit in einem Kausalzusammenhang stehen, Arbeitsunfähigkeit, so ist sie in ihrer Gesamtheit zu berücksichtigen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. September 2008, IV 2007/76).

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Entscheid vom 8. September 2008

in Sachen

H.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch die Gemeinde A.____,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

IV-Leistungen



Sachverhalt:

A.

A.a Der 1968 geborene H.____ meldete sich am 18. Mai/2. Juli 2004 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Im entsprechenden Formular erklärte er, er wolle aufgrund einer seit 1986 bestehenden Polytoxikomanie eine Rente beanspruchen. Er habe als kaufmännischer Mitarbeiter gearbeitet (IV-act. 3).

A.b Dr. med. B.____, Innere Medizin FMH, gab im IV-Arztbericht vom 17. August 2004 an, Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten hätten eine Polytoxikomanie mit wiederholtem Gebrauch von Opiaten, Benzodiazepinen, Marihuana und Haschisch, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoiden und selbstunsicheren Zügen sowie eine Kardiopathie mit reduzierter linksventrikulärer Funktion. Er attestierte dem Versicherten ab 7. März 2002 verschiedene Phasen der Arbeitsunfähigkeit, zuletzt von 50 % für die Zeit vom 9. Juli 2003 bis 21. September 2003, dann von 100 % bis 26. September 2003, von 50 % bis 30. September 2003, von 100 % bis 3. Oktober 2003, von 50 % bis 19. Oktober, von 100 % bis 25. Oktober 2003 und von 50 % bis 17. November 2003, schliesslich von 100 % seither. Arbeitstätigkeiten seien nicht mehr zumutbar, weil eine verminderte Belastbarkeit und häufige Absenzen bestünden. Rein theoretisch könnte durch eine andauernde Abstinenz und entsprechende Kooperation die Situation verbessert werden, das sei aber aufgrund des bisherigen chronischen Verlaufs mit sehr häufigen Rückfällen nicht realistisch. Die Drogenabhängigkeit bestehe seit 1989. Der Versicherte gehe schon seit vielen Jahren keiner geregelten Tätigkeit mehr nach. Teilweise habe er zu 50 % an Wiedereingliederungsprogrammen teilgenommen, dort aber immer wieder fehlen müssen. Es seien mehrere ambulante Entzugsversuche und stationäre Entzüge (meistens in der Psychiatrischen Klinik Wil, letztmals im August 2002 zum fünften Mal) vorgenommen worden. Zurzeit stehe er im Methadonprogramm. Eine stationäre Weiterbehandlung zum Langzeitentzug unter geschützten Bedingungen habe der Versicherte stets abgelehnt. Die Ursache der Kardiopathie sei unklar gewesen, sei aber wohl im Zusammenhang mit dem Drogenabusus zu sehen (IV-act. 10-5 bis 8/12).



A.c Die Psychiatrische Klinik Wil teilte mit Schreiben vom 21. September 2004 mit, es lägen eine Störung durch multiplen Substanzgebrauch (Heroin, Methadon, Kokain, Benzodiazepine, Alkohol und Cannabis) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und selbstunsicheren Zügen vor. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe die seit 2000 bestehende Kardiopathie unklarer Genese. Vom 31. August 1999 (dem Zeitpunkt der ersten Hospitalisation in der Klinik) bis mindestens 14. Februar 2003 (letztmalige Entlassung aus der Klinik und letzter Untersuchung) sei der Versicherte als Filialleiter in einem Büro voll arbeitsunfähig gewesen. Mit 15 Jahren (1983) habe er erstmals Cannabis konsumiert, mit 18 Jahren Kokain und Heroin. Bis 1996 sei er - bei täglichem Konsum - erfolgreich als Immobilienmakler tätig gewesen. Nach dem Stellenverlust habe er in beschützendem Rahmen für vier Monate abstinent gelebt und dann für zweieinhalb Jahre als Filialleiter in einem Temporärbüro gearbeitet. In dieser Zeit sei der Drogenkonsum massiv angestiegen. Insgesamt seien sieben Hospitalisationen erfolgt. Im stationären Setting im Januar/Februar 2003 sei das Verhalten des Versicherten aufgefallen (zurückhaltend, angepasst, ambivalent, mühevoll im alltäglichen Entscheiden). Diese Persönlichkeitsstörung bereite im Sozialverhalten und in der Lebensgestaltung erhebliche Probleme und ihretwegen habe er das Setting mit Gesprächen nicht im Sinne von Arbeit an maladaptiven Bewältigungsstrategien nutzen können. Der Behandlungsverlauf zeige bis anhin viele Therapievorsuche mit rascher Wiederaufnahme des Drogenkonsums nach der Entlassung aus dem beschützenden Rahmen. Voraussetzung einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wäre eine psychische Stabilisierung in beschützendem Rahmen, wo er andere Bewältigungsstrategien als den Suchtmittelkonsum entwickeln könnte. Für eine aktuelle Beurteilung sei eine neue Untersuchung zu empfehlen (IV-act. 11-3 bis 5/9).

A.d Am 1. Juli 2005 wurde bekannt gegeben, dass der Versicherte sich gegenüber der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich durch die Sozialbehörde der Gemeinde A.____, ihrerseits vertreten durch C.____, vertreten lasse (IV-act. 22).

A.e Am 23. November 2005 erstattete Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten. Er bestätigte die bekannten Diagnosen (im Wesentlichen: psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Methadonprogramm; Persönlichkeitsstruktur mit emotional instabilen, abhängigen,



St.Galler Gerichte

selbstunsicheren Zügen; Kardiopathie). Beim Versicherten lägen psychische und Verhaltensstörungen vor, die auf den ständigen Konsum von psychotropen Substanzen zurückzuführen seien. Bis anhin sei nicht gelungen, ihn in Therapieangebote einzubinden, um die innerseelischen Konflikte aufzuarbeiten, die zugrunde lägen und zur Sucht führten. Jahrelanges überwachtes Methadonprogramm sei ohne Erfolg geblieben. Bei der Untersuchung seien körperliche Entzugserscheinungen beobachtet worden. Es zeige sich eine Einengung auf den Gebrauch von psychotropen Substanzen (Aufgabe weiterer Interessen). Trotz eindeutig schädlicher Folgen in psychischer, physischer und sozialer Hinsicht (und Bewusstseins der Schäden) dauere der Substanzgebrauch an. Es dürfte eine Persönlichkeitsstruktur vorliegen, die es dem Versicherten schwer mache, sein Leben in den Griff zu bekommen bzw. bessere Bewältigungsstrategien für den Alltag zu entwickeln. Diese sollten Gegenstand einer langzeitlichen Psychotherapie sein. Aufgrund der akuten Symptomatik sei eine stationäre Entzugsbehandlung dringend indiziert und zumutbar. Anschliessend sollte eine langzeitliche psychotherapeutische Behandlung erfolgen mit dem Ziel, ein drogenfreies Leben zu führen, die Defizite in der Persönlichkeitsstruktur aufzuarbeiten und neue Lebensziele zu entdecken. Im jetzigen körperlichen und psychopathologischen Zustand sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei davon auszugehen, dass durch die vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 80 % erreicht werden können, dass aber aufgrund der Defizite in der Persönlichkeitsstruktur eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von 20 % verbleibe. Die Prognose sei offen (IV-act. 27).

A.f Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt am 6. Dezember 2005 dafür, die Entzugs- und die anschliessende Entwöhnungsbehandlung könnten im Rahmen der Schadenminderungspflicht vom Versicherten verlangt werden. Es sei mit ca. vier bis sechs Wochen und anschliessend noch mit sechs Monaten Dauer zu rechnen. Hernach könnte geprüft werden, ob Eingliederungsmassnahmen möglich seien.

A.g Mit Schreiben vom 6. Dezember 2005 machte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen den Versicherten darauf aufmerksam, dass sich seine Arbeitsfähigkeit durch eine erfolgreiche stationäre Entzugs- und anschliessende Entwöhnungsbehandlung von mindestens neun Monaten wesentlich verbessern liesse.



St.Galler Gerichte

Erst danach werde eine Beurteilung seiner Ansprüche möglich sein. Eine solche Behandlung sei ihm zumutbar. Um der Gefahr einer vorübergehenden oder dauernden Kürzung oder einer Verweigerung von Leistungen zu entgehen, habe er bis zum 31. Januar 2006 schriftlich mitzuteilen, wo er den Entzug durchführen werde. Andernfalls müsse er mit der Abweisung des Leistungsbegehrens rechnen (IV-act. 29). Am 5. Januar 2006 eröffnete die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle die Aufforderung (mit neuer Frist) an die Rechtsvertretung des Versicherten.

A.h Am 10. Februar 2006 teilte die Rechtsvertretung des Versicherten telefonisch mit, die involvierten Ärzte würden eine Entzugstherapie nicht als notwendig erachten (IV-act. 32). Mit Schreiben vom 25. April 2006 legte sie (unter Hinweis auf Arztberichte von Dr. med. E.____, Facharzt Innere Medizin FMH, vom 27. Februar 2006 und des Psychiatrischen Zentrums X.____ vom 21. April 2006) dar, es sei als sehr fraglich zu erachten, ob eine lange Entwöhnungsbehandlung nach dieser vieljährigen Abhängigkeit noch zu einem Erfolg führen könne. Eine gutachterliche Abklärung wäre sinnvoll. Das Psychiatrische Zentrum X.____ hatte am 21. April 2006 mitgeteilt, wegen des kurzen Beobachtungszeitraumes sei keine Aussage zu Wesensveränderungen oder Hirnleistungsschwächen möglich, die eine Integration in den Arbeitsmarkt nach einer Therapie behindern könnten. Das müsste Gegenstand einer Begutachtung bilden. Die Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt würden nach einer erfolgreichen Therapie sicherlich verbessert; ob der Versicherte wieder einsetzbar werden könne, sei langfristig nicht abschätzbar (IV-act 34-2 f./5). Mit Schreiben vom 27. Februar 2006 hatte Dr. E.____, welcher den Versicherten seit Sommer 2005 kennt, den Erfolg einer langfristigen Entwöhnungsbehandlung ausserordentlich stark in Frage gestellt. Es komme dazu, dass eine Reintegration in den Arbeitsmarkt wegen der wahrscheinlich bereits bestehenden "chronischen" Schädigung durch die langjährige Polytoxikomanie kaum möglich wäre. Er (der Arzt) empfehle eine unabhängige Begutachtung durch eine auf Drogenabhängigkeit spezialisierte Station (IV-act. 34-4/5).

A.i Auf Ergänzungsfragen hin gab Dr. E.____ am 6. Juni 2006 bekannt, es liege eine ganz erhebliche chronische somatische und psychische Schädigung vor, die wahrscheinlich irreversibel sei und eine Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich auf Dauer verunmögliche. Aktuell sei keine Arbeit zumutbar. Er bezweifle, dass mit einer Langzeitentzugstherapie die Arbeitsfähigkeit verbessert werden könnte. Behandelt



St.Galler Gerichte

werde eine arterielle Hypertonie (aktuell beschwerdefrei), doch sei eine neue kardiologische Abklärung nicht erforderlich. Ausserdem habe eine Gynäkomastie (im Rahmen des Aethylabusus) operiert werden müssen und es bestehe eine Hepatopathie. Die erwähnten Störungen könnten durch eine Karenz wesentlich verbessert werden (IV-act. 36-1 bis 4/8).

A.j Der RAD stellte sich am 19. Juni 2006 auf den Standpunkt, die somatischen Schäden begründeten keine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit. Psychiatrisch sei eine nicht suchtbedingte Arbeitsunfähigkeit von 20 % ausgewiesen. Es sei nicht zu erwarten, dass sich die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Persönlichkeitsstörung durch therapeutisch-medizinische oder durch berufliche Massnahmen wesentlich verbessern lasse. Berufliche Massnahmen machten keinen rententangierenden Sinn. Nur für den Fall, dass sich ein Rentenanspruch ergeben sollte, müsste die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht hinsichtlich der Verhinderung von somatischen Folgeschäden erwogen werden. Bei der Sachbearbeitung (act. 38) wurde festgehalten, die Einschränkung aufgrund der Suchterkrankung sei invaliditätsfremd.

A.k Mit Verfügung vom 26. Juni 2006 wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch ab. Die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten sei vor allem durch ein Abhängigkeitsverhalten begründet, welches keine Invalidität im Sinne des Gesetzes bewirken könne (IV-act. 40).

A.l Mit Schreiben vom 10. Juli 2006 liess der Versicherte Einsprache erheben (IV-act. 42). Am 28. August 2006 liess er begründen, es sei zwar nachvollziehbar, dass die Arbeitsfähigkeit durch die Massnahmen verbessert werden könne, doch sei sehr zu bezweifeln, dass eine Leistungsfähigkeit erreicht werden könne, wie sie für eine Eingliederung auf dem freien Arbeitsmarkt genüge. Dass er (der Versicherte) mit den Defiziten in der Persönlichkeitsstruktur zu 80 % arbeitsfähig werden könnte, sei eine aus der Luft gegriffene Annahme von Dr. D.____. Auch nach einer erfolgreichen Therapie würden Defizite mit wesentlichen (grösseren) Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit bestehen bleiben. Eine Prognose müsse sehr zurückhaltend gestellt werden. Die Psychiatrische Klinik Wil, Dr. E.____ und das Psychiatrische Zentrum X.____ hätten eine Begutachtung vorgeschlagen. Das sei mit einer einstündigen Untersuchung durch Dr. D.____ nicht getan. Eine zuverlässige, sorgfältige Beurteilung habe sich dabei nicht



ergeben können. Stattdessen sei eine detaillierte psychiatrische Begutachtung durch eine Stelle mit drogenspezifischer Erfahrung - etwa im Psychiatrischen Zentrum X.____ oder in der Psychiatrischen Klinik Wil, dort allenfalls stationär - zu veranlassen, wo die bleibenden Defizite durch die langjährige Suchtproblematik und durch die Persönlichkeitsstruktur mit ihren jeweiligen Auswirkungen auf die erwerblichen Fähigkeiten betrachtet würden.

A.m Der RAD hielt am 26. September 2006 fest, das Gutachten von Dr. D.____ sei widerspruchsfrei, schlüssig und plausibel. Es gebe keine Anhaltspunkte dafür, dass er weniger Sorgfalt und Zeit aufgewendet habe, als es für eine vergleichbare Expertise von einem anderen Gutachter zu erwarten wäre. Das invalidenversicherungsrechtlich relevante Hauptproblem liege ausschliesslich im psychiatrischen Bereich. Dort sei die Beurteilung des (internistischen) Hausarztes gegenüber derjenigen des Facharztes nicht ausschlaggebend. Die Sachbearbeiterin stellte sich am 18. Oktober 2006 auf den Standpunkt, da der Versicherte sich zu der geforderten Auflage nicht bereit erklärt habe, sei von einer Arbeitsunfähigkeit unter Ausblendung der Sucht von 20 % auszugehen.

A.n Mit Einspracheentscheid vom 7. Februar 2007 wies der Rechtsdienst der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle die Einsprache ab. Um sich erfolgreich beruflichen Massnahmen unterziehen zu können, müsste der Versicherte zunächst drogen- und medikamentenfrei sein. Die Verwaltung habe deshalb zunächst versucht, den Versicherten zu den erforderlichen Therapien zu bewegen. Eine gewisse Unsicherheit bezüglich des möglichen Erfolgs solcher Massnahmen lasse sich nicht ganz ausschliessen. Eine Therapie sei die einzige Chance zu einer Veränderung. Mit der Stellungnahme seiner Rechtsvertretung habe festgestanden, dass der Versicherte offenbar nicht bereit sei, sich den Massnahmen zu unterziehen. Diese wären aber Grundvoraussetzung für berufliche Massnahmen. Es habe damit an der Eingliederungsfähigkeit des Versicherten gefehlt. Die Verwaltung habe deshalb den Anspruch auf berufliche Massnahmen nicht weiter abgeklärt und sei zur Rentenprüfung übergegangen. Unter Ausblendung der Sucht verbleibe eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 80 %. Auf weitere Abklärungen habe man zu Recht verzichtet. Sie wären im Übrigen nur nach einer Entzugsbehandlung möglich (IV-act. 48).

B.



Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die von der Gemeinde A.____ durch ihren Vertreter für den Betroffenen am 12. Februar 2007 erhobene Beschwerde. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beantragt eine psychiatrische Begutachtung. Es sei abzuklären, ob die langjährige Suchtproblematik nicht bereits einen erheblichen körperlichen und/oder geistigen Folgeschaden verursacht habe. Das sei anlässlich der einstündigen Vorsprache bei Dr. D.____ - wie jeder ausgewiesenen Fachperson - nicht möglich gewesen. Das Psychiatrische Zentrum X.____ habe darauf hingewiesen, dass hierzu ein einmaliges Aufbieten des Beschwerdeführers nicht genüge. Die Problematik bestehe beim Beschwerdeführer bereits seit mehr als zwanzig Jahren. Es sei bis anhin nicht gelungen, den Beschwerdeführer in Therapieangebote einzubinden, die eine Behandlung der dem Suchtmittelkonsum zugrunde liegenden Persönlichkeitsstörungen zum Ziel gehabt hätten. Dr. E.____ beschreibe ausserdem eine somatisch wie psychisch ganz erhebliche, wahrscheinlich irreversible Schädigung.

C.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. Februar 2007 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Da ein Sachverhalt zu beurteilen ist, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheids am 7. Februar 2007 entwickelt hat, sind die auf den 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Rechtsänderungen nicht anwendbar.

1.2 Im Streit liegt der Entscheid, mit welchem die Beschwerdegegnerin eine Einsprache gegen ihre das Leistungsgesuch ablehnende Verfügung vom 26. Juni 2006 (berufliche Massnahmen und Rente) abgewiesen hat. Die Beschwerdegegnerin hat zwar ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren aufgenommen, sich aber hernach in die materielle Streitfrage eingelassen, ob die relevante Sachlage ausreichend abgeklärt sei und ob eine (anspruchsbegründende) Invalidität im Rechtssinn vorliege.

2.



2.1 In der Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers grundsätzlich abgelehnt, weil keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege, da die Arbeitsfähigkeit vor allem durch das Abhängigkeitsverhalten begründet sei. Nach Art. 4 Abs. 1 IVG gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit. Drogensucht als solche begründet noch keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Denn die Diagnose einer Drogensucht oder -abhängigkeit lässt nicht schon darauf schliessen, dass der versicherten Person eine Drogenabstinenz nicht mehr möglich wäre; ebenso wenig ist Drogenabhängigkeit notwendigerweise mit Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit verbunden (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S G. vom 22. Juni 2001, I 454/99; SVR 2001 IV Nr. 3 S. 7 E. 4b). Hat sie allerdings eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber ist sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens, welchem Krankheitswert zukommt (BGE 99 V 28 E. 2; AHI 2002 S. 29 f. E. 1 und 2, AHI 2001 S. 228 f. E. 2 und S. 229 f. E. 4), so wird eine solche Sucht im Rahmen der Invalidenversicherung bedeutsam.

2.2 Unbestrittenermassen liegen beim Beschwerdeführer psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (gemäss dem Gutachten; bzw. eine Störung durch multiplen Substanzgebrauch gemäss der Psychiatrischen Klinik Wil), ein Abhängigkeitssyndrom und eine Persönlichkeitsstruktur mit emotional instabilen, abhängigen, selbstunsicheren Zügen (gemäss dem Gutachten; bzw. eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und selbstunsicheren Zügen gemäss der Psychiatrischen Klinik Wil) vor. Das Gutachten im Besonderen stützt sich auf eine Kenntnisnahme von den Vorakten. Der Gutachter untersuchte den Beschwerdeführer und berücksichtigte Anamnese und subjektive Angaben. Was die zu erhebenden Befunde betrifft, besteht in der medizinischen Aktenlage Übereinstimmung. Es rechtfertigt sich unter diesen Umständen nicht, die Untersuchungsdauer als Grund zu betrachten, dem Gutachten grundsätzlich jeden Beweiswert abzusprechen.



2.3 Das von der Sucht zu unterscheidende psychiatrische Leiden ist unbestreitbar von Krankheitswert und dauerhaft von Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, wenn auch strittig ist, in welchem Ausmass. Dass eine Invalidität nach Art. 4 IVG mit allfälligen Ansprüchen auf berufliche Massnahmen oder Rente vorliegt, lässt sich nicht bestreiten. Nach Art. 4 Abs. 2 IVG gilt die Invalidität als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat.

2.4 Ferner ist davon auszugehen, dass die psychischen und Verhaltensstörungen auf den ständigen Konsum psychotroper Substanzen zurückzuführen sind und dass nicht nur eine soziale Verwahrlosung, sondern eindeutig auch schädliche Folgen sowohl in psychischer als auch in physischer Hinsicht bestehen (Defizite in der Persönlichkeitsstruktur, vgl. act. 27-10/12), wie es Dr. D.____ feststellte (beides aus act. 27-9/12). Auch Dr. E.____ hielt dafür, es bestehe sowohl somatisch wie psychisch eine ganz erhebliche Schädigung, die wahrscheinlich irreversibel sei (act. 36-1/8) und die eine Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich auf Dauer verunmögliche (act. 36-2/8). Andererseits ist aus den medizinischen Berichten zu schliessen, dass innerseelische Konflikte gegeben sind, die zur Sucht führen (act. 27-9/12), bzw. dass die kombinierte Persönlichkeitsstörung bereits seit Jugend besteht (act. 11-3/9). Zwischen der Polytoxikomanie und den psychischen Leiden ist demnach jedenfalls - sei es in einer Richtung oder in beide Richtungen - ein Kausalzusammenhang ausgewiesen. Deshalb ist auf den gesamten, unter Mitberücksichtigung der Folgen der Suchtmittelabhängigkeit bestehenden Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsgrad abzustellen (vgl. etwa die Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S E. vom 9. Juli 2002, I 257/01, und i/S O. vom 8. August 2006, I 169/06). Dieser Arbeitsunfähigkeitsgrad liegt nach übereinstimmender Auffassung bei 100 %.

3.

Invalide oder von einer Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern (Art. 8 Abs. 1 IVG). Ein Umschulungsanspruch besteht, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit



voraussichtlich erhalten oder wesentlich verbessert werden kann (vgl. Art. 17 Abs. 1 IVG). Massnahmen im Sinne von Art. 17 IVG setzen die objektive und subjektive Eingliederungsfähigkeit des Versicherten voraus (vgl. AHI 1997 S. 82 E. 2b/aa, ZAK 1991 S. 179 E. 3). Nach Angaben des Gutachters wären Rehabilitationsmassnahmen dem Beschwerdeführer erst möglich, nachdem die zumutbaren medizinischen Massnahmen durchgeführt worden wären. Dies war bis zum massgeblichen Zeitpunkt nicht der Fall. Das Absehen von beruflichen Massnahmen ist im Übrigen nicht beanstandet worden.

4.

4.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

4.2 Der Eintritt des Rentenfalls wird - nebst dem oben erwähnten Erfordernis der Erwerbsunfähigkeit in rentenbegründendem Ausmass - durch Art. 29 Abs. 1 IVG geregelt. Der Rentenanspruch entsteht frühestens in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherte während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (lit. b). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte an mindestens dreissig aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29^{ter} IVV). Wie dem Arztbericht von Dr. B.____ vom 17. August 2004 zu entnehmen ist, liegt eine solche ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit seit dem 9. Juli 2003 vor, sodass das Wartejahr im Juli 2004 (mit einem über 70 % liegenden Arbeitsunfähigkeitsdurchschnitt) abgelaufen ist. Angesichts der vollständigen anschliessenden Invalidität entstand der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente ab dem 1. Juli 2004.

5.

Der Gutachter hat sich auf den Standpunkt gestellt, eine Entzugsbehandlung im stationären Rahmen sei dringend indiziert und dem Beschwerdeführer auch zumutbar.



Auch eine anschliessende psychotherapeutische Behandlung, zielend auf die Defizite in der Persönlichkeitsstruktur, sei anzustreben. Er erachtete somit sowohl das Suchtleiden wie die Persönlichkeitsstörung als therapierbar und erwartete davon eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 80 %. Dr. E.____ stellte den Erfolg einer solchen Behandlung in Frage. Das Psychiatrische Zentrum X.____ teilte mit, die langfristige Prognose lasse sich nicht abschätzen. Zunächst ist festzuhalten, dass die (prognostische) Therapierbarkeit einer psychischen Störung weder deren Krankheitswert noch das Bestehen einer anspruchsbegründenden Invalidität ausschliesst (I 257/01), weshalb sie dem oben festgelegten Rentenanspruch nicht entgegensteht. Des Weiteren erscheint angesichts der jahrelang anhaltenden Suchtproblematik die Einschätzung des Psychiatrischen Zentrums X.____ nachvollziehbar. Wie gross die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit ist, welche nach einer allfälligen erfolgreichen Überwindung der Sucht verbleiben wird, wird sich tatsächlich erst nach der Durchführung der zumutbaren Massnahmen zeigen lassen. Wird der Grad der Arbeitsunfähigkeit durch angeordnete (und nötigenfalls in einem regulären Mahn- und Bedenkzeitverfahren abverlangte) Massnahmen erheblich gesenkt werden können, wird die Beschwerdegegnerin die Eingliederung prüfen und bei gegebenen Voraussetzungen eine Rentenrevision durchführen können.

6.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 7. Februar 2007 zu schützen. Dem Beschwerdeführer ist im Sinne der Erwägungen ab 1. Juli 2004 eine ganze Rente zuzusprechen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG, vgl. Rechtslage vor der Änderung des IVG vom 16. Dezember 2005, lit. a der betreffenden Übergangsbestimmungen).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:



1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. Februar 2007 aufgehoben.
2. Dem Beschwerdeführer wird im Sinne der Erwägungen ab 1. Juli 2004 eine ganze Rente zugesprochen.
3. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.