

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00408 vom 17. Januar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00408](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00408)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00408 du 17 janvier 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00408 del 17 gennaio 2017

## **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). 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**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

#### **E. 1.2.2**

mit Hinweis); es genügt nicht, wenn es sich nur um eine ganz untergeordnete Teilersache handelt (nicht veröffentlichtes Urteil des Bundesgerichts I 130/93 vom 29. August 1994). Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt (BGE 99 V 28 E. 2; Urteil des Bundesgerichts I 940/05 vom 10. März 2006 E. 2.2; erwähntes Urteil I 758/01 E. 3.1). Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen. Um diese Frage beantworten zu können, sind Verwaltung und Gericht auf möglichst detaillierte medizinische Auskünfte über die Verhältnisse zur Zeit der Entstehung der Alkoholsucht auf der einen und der allfälligen psychiatrischen Komorbidität auf der anderen Seite sowie über den allfälligen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beiden Aspekten angewiesen (vgl. zur Bedeutung medizinischer Auskünfte zur Bestimmung der Invalidität BGE 115 V 133 E. 2; BGE 124 V 265 E. 3c mit Hinweis,

99 V 28 E. 2; SVR 2001 IV Nr. 3 S. 7 E. 2b; AHI 2002 S. 30 E. 2a, 2001 S. 228 f. E. 2b mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts I 169/06 vom 8. August 2006 E. 2.2 und 4.2 mit Hinweisen und 8C\_672/2010 vom 27. September 2010 E. 2). 1.4.2

Im Urteil 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4 hat das Bundesgericht weiter 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 Liebrenz / Uttinger / Ebner, Sind Abhängigkeits erkrankungen aus höchstrichterlicher Sicht [weiterhin] nicht mit anderen psychischen Störungen [z.B. somatoformen Störungen] vergleichbar? - Eine Urteils besprechung von BGE 8C\_582/2015 im Lichte der theoretischen Anwendbarkeit des ergebnisoffenen, strukturierten Beweisverfahrens, in: SZS

2016 S. 96; ferner: Liebrenz et alii, Das Suchtleiden bzw. die Abhängigkeits erkrankungen - Möglichkeiten der Begutachtung nach BGE 141 V 281 [=

9C\_492/2014], in: SZS 2016 S. 12). 1. 5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten

(Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich auf den Standpunkt, die ausführlichen medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerden der Beschwerdeführer in vor allem durch das Abhängigkeitsverhalten begründet seien und deshalb keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege. Gemäss den medizinischen Unterlagen sei keine suchtmittelkonsumunabhängige Gesundheitsstörung ausgewiesen. Es handle sich um ein primäres Suchtschehen (Urk. 2). 2.2

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin vor (Urk. 1), gemäss dem Gutachten (Z. \_\_\_) vom 5.

August 2014 könne zur Zeit die Frage nach dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung mit Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit und somit nach dem Vorliegen einer Invalidität nicht beantwortet werden. Es gelte der Beschwerdeführerin die im Gutachten geforderte Entgiftung aufzuerlegen und hernach erneut eine psychiatrische Beurteilung vorzunehmen. Es wäre verfehlt, bereits jetzt einen abschliessenden, leistungsabweisenden Entscheid zu fällen. Die Verfügung sei daher aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zur Durchführung weiterer Abklärungen nach erfolgter, von der Beschwerdeführerin einzufordernder

Entgiftung zu verpflichten.

Das Z. \_\_\_ - Gutachten erweise sich in Bezug auf die Tatsache, dass die Sucht mittelabhängigkeit eine Krankheit mit beeinträchtigender Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit sein könne, als ungenügend und sei als Beweismittel insoweit nicht zu verwerten. Die Frage nach dem Vorliegen eines psychischen Gesundheitsschadens als Folge einer Suchtproblematik bleibe daher noch zu prüfen, was ebenfalls von der Beschwerdegegnerin nachzuholen sei (S. 5 f.). 3.

### 3.1 3.1.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der Abweisung des ersten Leistungsbehrens (vorne Sachverhalt E. 1.1) insbesondere auf das psychiatrische Gutachten der A. \_\_\_ vom 9. Mai 2006 (Urk. 10/12). Gestützt auf die Untersuchungen der verantwortlichen Fachleute und nach gemeinsamer Falldiskussion diagnostizierten sie ein unspezifisches chronisches Schmerzsyndrom (keine psychiatrische Klassifizierung nach Kapitel F des ICD-10).

Sie hielten fest, die Beschwerdeführerin habe zwar über andauernde Beschwerden berichtet, durch die ihr Befinden und ihr Lebensalltag erheblich beeinträchtigt würden, doch seien überhaupt keine Hinweise auf ein aktuelles Schmerzerleben auszumachen gewesen. Eine aktuelle Psychopathologie habe nicht vorgelegen (S. 8). Es bestehe eindeutig keine (auch nicht leichtgradige) depressive Symptomatik. Weiter bestünden weder Hinweise auf eine resignative Grundstimmung, Erschöpfung oder Kraftlosigkeit noch ein Jammern oder Klagen; auch bestehe weder eine Vorwurfshaltung noch eine innere Anspannung, Unruhe, Gereiztheit, ein Misstrauen, Ängstlichkeit oder Zwanghaftigkeit. Die Fähigkeit der Beschwerdeführerin zur Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion sei ausserordentlich schlecht. Daraus erkläre sich ihre ausgesprochen vage Beschwerdeschilderung und ihr weitgehendes Unvermögen, adäquate Strategien zur Schmerzbewältigung zu entwickeln. Überhaupt scheine sie Problemen ihres Lebens ziemlich rat- und konzeptlos gegenüber zu stehen (S. 9).

Weiter führten sie aus, weil sich die Beschwerdeführerin in beiden Untersuchungsterminen zu nahezu allen Themen ausgesprochen vage geäußert habe (trotz klar positiver Kooperation), sei eine psychiatrische Beurteilung schwierig gewesen. Ein vergleichbares Kommunikationsverhalten sei auch in der kreisärztlichen Untersuchung vom 7. September 2004 aufgefallen: „Ausgeglichenere Stimmung, geheimnisvolles Lächeln auf dem Gesicht beim Berichten über ihre Beschwerden, Angaben bleiben auch nach präzisen Fragen vage.“ So sei lediglich eine äussere Betrachtung des Lebenslaufes möglich, während eine tiefergehende Exploration aufgrund der ausserordentlich schlechten Reflektionsfähigkeit der Beschwerdeführerin gar nicht gelungen sei. Sie sei offenbar in sozial und emotional stabilen Verhältnissen aufgewachsen. Nach regulärem Schulbesuch habe sie eine Ausbildung als Textilverkäuferin gemacht. Weil sie etwas von der Welt sehen wollen habe sie zwei längere Reisen nach Asien unternommen. Eine stabile berufliche Integration sei ihr nur an zwei Arbeitsstellen gelungen, die sie jeweils drei Jahre inne gehabt habe. Danach habe sie häufig wechselnde Anstellungen gehabt. Die Gründe für diese Entwicklung der Berufskarriere habe sie nicht reflektieren können. Offenbar habe sie aber über lange Zeit durch eigene Arbeit ihren Lebensunterhalt verdienen können. Im Privatleben habe sie auch nicht zu einer befriedigenden Stabilität gefunden. Allerdings mache sie zu Beziehungen nur einige vage Angaben. Nach den medizinischen Akten sei die Unterschenkelfraktur (Sommer 2001) problemlos

ab geheilt und auch die Entfernung des Marknagels ein Jahr später sei gut verlaufen . Die Beschwerdeführerin sei über das RAV in Beschäftigungsverhältnisse integriert gewesen , doch eine tatsächliche Wiedereingliederung sei nicht gelungen , wobei es nicht möglich gewesen sei , die näheren Gründe dafür zu explorieren (S. 8) . Es könne nicht ausgeschlossen werden , dass bei ihr vielleicht ein Alkoholproblem vorliege . Auf Nachfrage habe sie zwar ausdrücklich ein problematisches Trinkverhalten verneint , aber auch hier seien ihre Angaben vage gewesen . So wie in einem früheren Arztbericht vom Dezember letzten Jahres erwähnt , sei ein deutlicher Alkoholgeruch aufgefallen . Es sei festzuhalten , dass die Beschwerdeführerin mit einer gewissen Selbstverständlichkeit bereits um die Mittagszeit und vor dem Gespräch zur Begutachtung Alkohol konsumiert habe.

Zusammenfassend sei festzustellen , dass bei der Beschwerdeführerin

gegenwärtig keine psychiatrische Störung oder Erkrankung vorliege , durch die ihre Arbeitsfähigkeit grundsätzlich beeinträchtigt wäre. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung habe nicht gestellt werden können , weil letztlich das tatsächliche Ausmass der Schmerzsymptomatik völlig unklar geblieben sei . Die zugegebene desolante - psychosoziale Entwicklung

sei als Ausdruck und Folge der massiven Defizite in der Selbstwahrnehmung und Problembewältigung zu sehen . Dabei handle es sich aber nicht um eine psychiatrisch klassifizierbare Störung oder Erkrankung. Eine Weiterführung der psychiatrischen Betreuung sei den noch sinnvoll. Zum einen wäre die Thematik des Alkoholkonsums weiter abzuklären. Zum anderen könnte eine psychiatrische Behandlung das Ziel verfolgen , die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung zu schulen. Erst daraus könnte sich ein reiferes Verhalten zur

Problembewältigung entwickeln und erst der weitere Verlauf werde zeigen , ob sie in einer psychotherapeutischen Arbeit überhaupt erreichbar sei . Der Aufenthalt in einer psychosomatisch orientierten Klinik wäre wahrscheinlich hilfreich. Eine Indikation zur Behandlung mit Psychopharmaka sei nicht angezeigt (S. 9). 3.1.2

Mit Beschluss und Urteil vom 7. Mai 2007 wies das hiesige Gericht die gegen die Verfügung der Beschwerdeführerin vom 7. Dezember 2006 ( Abweisung des Leistungsbegehrens ) erhobene Beschwerde unter Hinweis auf das Fehlen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens ab ( Urk. 10/29). 3.2

Die aktuelle medizinische Aktenlage präsentiert sich folgendermassen: 3. 2. 1

Die Psychotherapeuten von der B.\_\_\_\_ , wo die Beschwerdeführerin vom 10. bis 24. Juni 2008 in stationärer Behandlung war , nannten in ihrem Austrittsbericht vom 25. Juni 2008 ( Urk. 10/55) folgende Diagnosen (S. 1): - Alkoholabhängigkeitssyndrom vom Typ des Pegeltrinkens , gegenwärtig abstinent , aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F10.21) - Nikotinabhängigkeitssyndrom , ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.25) - Verdacht auf rezidivierende depressive Störung , gegenwärtig remittiert ( ICD-10 F33.4) - Status nach Heroin- und Kokainabhängigkeitssyndrom , seit 1993 abstinent - Status nach schädlichem Gebrauch von Cannabis , letzter Konsum 2007

Sie äusserten sich wie folgt: Die Beschwerdeführerin habe bei Eintritt sehr motiviert und interessiert in Bezug auf die Entwöhnungsbehandlung gewirkt . Etwas Mühe habe ihr der Eintrittsstatus bereitet. Sie habe sich in ihrer Alkoholabstinenz bereits ziemlich sicher gefühlt und die bei Eintritt geltenden Bewegungseinschränkungen als nicht notwendig

empfunden . Einige Einschränkungen seien in der Folge aufgehoben worden , ohne dass die Stabilität gegenüber Alkohol darunter gelitten habe . Ein Konflikt mit einer Mitpatientin , der trotz Unterstützung nicht sofort lösbar gewesen sei , habe dazu geführt , dass sie habe austreten wollen . Sie habe sich für einen Trinkscheid A (lebenslange Abstinenz) entschieden (S. 2) . 3. 2. 2

Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, nannte in seinem zu Händen von Dr. D.\_\_\_\_ verfassten Bericht vom 22. November 2010 ( Urk. 10/45) folgende Diagnosen (S. 1): - Chronisches fibromyalgisches Schmerzsyndrom - Erhöhte antinukleäre Antikörper (ANF), Differentialdiagnose (DD) undifferenzierte Kollagenose

Er führte aus, die aktuellen objektiven Befunde seien sehr bescheiden. Objektiv sei heute lediglich ein diffuses fibromyalgisches Schmerzsyndrom palpabel. Synovitiden oder indirekte Hinweise auf eine entzündlich rheumatische Gelenkveränderung fänden sich nicht. Die Röntgenbilder des Hand- und Fußskeletts vor einem Jahr seien unauffällig. Auch die zusätzlich angefertigte Aufnahme des

Iliosakralgelenks ( ISG ) auf der Suche nach einer seronegativen

Spondylarthropathie sei ohne pathologischen Befund. Zum fibromyalgischen Schmerzsyndrom passten die Kopfschmerzen als häufige Begleiterscheinung, auch wenn nicht die für die Fibromyalgie typische exquisite Dolenz der Tenderpoints nachweisbar sei. Differenzialdiagnostisch sei wegen den mit einem Titer von 640 erhöhten ANF an eine undifferenzierte Kollagenose zu denken, was in diesem Fall allerdings eher unwahrscheinlich sei (S. 2) . 3. 2. 3

Die Ärzte vom E.\_\_\_\_ , wo sich die Beschwerdeführerin vom 18. bis 23. August 2011 in stationär-psychiatrischer Behandlung befand, nannten in ihrem Austrittsbericht vom 15. September 2011 ( Urk. 10/47) folgende Diagnosen (S. 1): - Verdacht auf Benzodiazepin- und Alkohol-Entzugssyndrom mit Delir (ICD-10 F10.40, F13.40) - Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch mit körperlichen Symptomen (ICD-10 F10.24) - Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)

Die Ärzte hielten fest, die Beschwerdeführerin sei in einem deliranten

Zustandsbild zur Akutbehandlung per fürsorglichen Freiheitsentzug ( FFE ) zugewiesen worden. Ursächlich sei am ehesten ein Benzodiazepin-Entzugssyndrom . Ein zusätzlicher Einfluss eines beginnenden Alkoholentzugs sei darüber hinaus möglich . Differenzialdiagnostisch

sei eine beginnende Wernicke-Enzephalopathie diskutiert worden, eine Thiamin-Substitution sei passager intramuskulär erfolgt. Unter Oxazepam

habe sich jedoch eine rasche Besserung des Zustandsbildes gezeigt , sodass eine beginnende Wernicke-Enzephalopathie als Ursache für das Zustandsbild wenig wahrscheinlich erscheint . Die Beschwerdeführerin

habe am Austrittstag bei fehlenden Anhaltspunkten für eine akute Gefährdung und gegen ärztlichen Rat nach ausführlicher Aufklärung ihre stationäre Behandlung verlassen und wolle sich bei Dr. F.\_\_\_\_ in weitere Behandlung begeben (S. 3) . 3. 2. 4

Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ , FMH Allgemeine Innere Medizin, gab in seinem Kurzbericht vom 16. November 2012 ( Urk. 10/36) an, die Schmerzen der Beschwerdeführerin seien

stärker geworden. Sie seien nach einer Belastung stärker, aber bestünden auch im Ruhezustand. Dadurch entstünden Schlafstörungen und die Depression verstärkte sich. Aus seiner Sicht sei die Patientin auch für leichte Arbeiten zu 100 %

arbeitsunfähig. 3. 2. 5

Der behandelnde Psychiater Dr. F.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 20.

Februar 2013 (Urk. 10/42) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - chronisches Alkoholabhängigkeitssyndrom, anamnestisch seit 2007 (ICD-10 F10.25) bei Status nach Alkoholentzug (29.04.2008, abstinent bis 08.2008), Status nach whs . Benzodiazepin- und Alkoholentzugssyndrom mit Delir (08/2011) - Rezidivierend depressive Störung (ICD-10 F33.8) bei traumatisieren den Vorerfahrungen mit Veränderung der Körperwahrnehmung - Chronisches fibromyalgisches Schmerzsyndrom (erhöhte ANF, DD und differenzierte Kollagenose)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er die nach folgenden: - Nikotinabhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch - Status nach Heroinabhängigkeitssyndrom, seit 1993 abstinent - Status nach schädlichem Gebrauch von Cannabis in Jugendzeit - Status nach distaler Unterschenkelfraktur links mit intramedullärer Nagelung 06/2001 und Metallentfernung 06/2002 - Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (G.\_\_\_\_ 11/2009)

Dr. F.\_\_\_\_ hielt fest, die psychiatrische Exploration erweise sich wie früher als schwierig, indem die Beschwerdeführerin sehr allgemeine, wenig differenzierte Auskünfte über ihr Beschwerdebild gebe. Umgekehrt fühle sie sich nicht ernst genommen und reagiere gereizt, wenn Untersucher beharrlich nachfragen und ähnliche Fragen stellen würden. Gedanklich sei sie auf ihre invalidisierende Schmerzsymptomatik eingeeengt. Sie wirke rasch erschöpfbar, kraftlos und sei sicher nicht belastbar. Die Stimmung sei situativ instabil, es herrsche eine eher depressive Grundstimmung mit Affektlabilität. Die Beschwerdeführerin weise eine allgemeine Empfindlichkeitssteigerung in der Schmerzwahrnehmung auf (veränderte Schmerzwahrnehmung). Da, wie im psychiatrischen Gutachten vom 9. Mai 2006 festgehalten, die Fähigkeit der Beschwerdeführerin zur Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion ausserordentlich schlecht sei, seien auch die therapeutischen Möglichkeiten zur Entwicklung von Copingstrategien beziehungsweise eine Psychotherapie in diesem Zustand nicht möglich. Es bestehe krankheitsbedingt keine Krankheitseinsicht und die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, auf dem offenen Arbeitsmarkt zu funktionieren (S. 3).

Unter dem Titel „Prognose“ hielt er fest, ohne stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlung (wofür es jedoch einer Krankheitseinsicht bedürfe) dürfte es aufgrund des chronischen Verlaufes (mit Jahrzehnte langer Suchtgeschichte - früher Politoxikomanie) unwahrscheinlich sein, dass die Beschwerdeführerin die Selbstwahrnehmung verbessern und Copingstrategien für eine geeignete Schmerzbewältigung erlernen könne. Die Beschwerdeführerin werde in jedem Fall in den nächsten Monaten, eher Jahren, keiner geregelten Arbeit auf dem offenen Arbeitsmarkt nachgehen können (S. 4).

Er bescheinigte „im Nachhinein“ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in ihrem angestammten Beruf als Textilverkäuferin. Zeitweise habe im geschützten Rahmen eine Arbeitsfähigkeit bis zu 20 % bestanden (S. 4). 3. 2. 6

Die Ärzte von der Medizinischen Abklärungsstelle der Invalidenversicherung (MEDAS) hielten in ihrem Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 5. August 2014 (Urk.

10/73) in Bezug auf die Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest, eine Suchtmittelkonsum-unabhängige Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (inklusive Belastungsprofil) – sei anhand der aktuellen Datenlage nicht als hinreichend belegt zu bezeichnen und - wenn überhaupt vorliegend - erst nach einer konsequenten Entgiftung und Entwöhnung mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu beurteilen. Die gesamte reklamierte Symptomatik sei zumindest ebenso gut im Kontext des Suchtmittelkonsums und dessen Alibisierung zu verstehen (S. 37, vgl. auch S. 39).

Als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gaben sie folgende Diagnosen an (S. 38): - Polytoxikomanie (Opiate, Alkohol, Cannabis, Amphetamine, LSD), derzeit fortgesetzter Alkoholkonsum, Opioid- und Benzodiazepin-Fehlgebrauch (ICD-10 F19.2) - Adipositas - Grenzwertige arterielle Hypertonie, DD situativ bedingt - Chronische Hepatitis C ohne Anhalt für eine behinderungsrelevante Aktivität

Die Experten führten zusammengefasst aus, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch einer anderen, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts sei nicht durch eine von einem Suchtmittelkonsum hinreichend wahrscheinlich abgrenzbare Gesundheitsstörung eingeschränkt. Die beklagte Symptomatik sei im Kontext des Suchtmittelkonsums gut verstehbar. Zunächst sei also eine

vorzugsweise stationär einzuleitende - Entgiftung und Entwöhnung anzustreben und ambulant unter fortlaufenden Compliance-Kontrollen fortzusetzen. Unter einer Abstinenz sei eine stabile Arbeitsfähigkeit (100

%, Pensum und Rendement 100 %) zu erwarten (S. 34).

Die aktenkundigen somatischen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit hätten den Suchtmittelkonsum und dessen Effekt auf die reklamierte Symptomatik offensichtlich nicht oder unzureichend berücksichtigt, entsprechende schlüssige Diskussionen fehlten in den diesbezüglichen Berichten und hätten sich überwiegend auf die subjektiven Klagen der Beschwerdeführerin gestützt, ohne einen kritischen Vergleich mit den letztlich fehlenden oder marginalen objektiven Befunden vorzunehmen.

Die rheumatologische Abklärung an der G.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 10/46) habe keinen Beleg für eine rheumatologische Erkrankung erbracht. Die in der Folge gestellte Diagnose einer „Fibromyalgie“ stehe somit bereits im Widerspruch zu der Einschätzung der G.\_\_\_\_ und repräsentiere zudem keine Diagnose im Sinne der wissenschaftlichen Medizin und lasse sich auch aus den hier erhobenen Befunden nicht ableiten. Wesentlich sei, dass auch hier namhafte objektivierende Befunde verneint worden seien („objektive Befunde sind sehr bescheiden“).

Das psychologische/psychiatrische Vorgutachten aus dem Jahr 2006 verneine eine die Arbeitsfähigkeit mindernde definierbare psychiatrische Diagnose und weise zudem auf den fortdauernden Alkoholkonsum hin.

Aufgrund der damalsigen Untersuchungen und Ausführungen bestätige sich die Einschätzung der Unterzeichner hinsichtlich einer nicht belegten eigenständigen, vom Suchtmittelkonsum unabhängigen namhaften Gesundheitsstörung.

Weiter ergäben sich aktenkundige Hinweise auf eine mangelhafte Therapie-Compliance und eine Diskrepanz zwischen der von der Beschwerdeführerin angegebenen Abstinenzentscheidung und ihrem tatsächlichen Trinkverhalten, was im Übrigen auch dem typischen Muster eines Suchtverhaltens entsprechen (S. 34 f.).

Tatsächlich sei es auch im weiteren Verlauf zu einer Fortsetzung des (hier bivalenten, Alkohol und Benzodiazepin) Suchtmittelkonsums gekommen.

Die rezente psychiatrische Bewertung einer dauerhaft nicht mehr gegebenen Arbeitsfähigkeit sei bereits aufgrund der früher gestellten Sucht-Diagnose nicht haltbar, zumal keine irreversiblen Suchtfolgegeschäden mit behinderndem Effekt und auch keine hinreichend von dem Suchtmittelkonsum abgrenzbare eigenständige psychiatrische Störung beschrieben würden (S. 37).

Auf die Frage, ob die Sucht Folge oder Ursache eines psychischen oder somatischen invalidisierenden Leidens sei, gaben sie an, es sei von einer klinisch führenden, eigenständigen, anhaltenden Sucht auszugehen, aktuell mit fortgesetztem Alkoholkonsum und einem iatrogen beförderten Fehlgebrauch eines Opioids sowie eines Benzodiazepinderivats (S. 40).

#### 4.4.1

Den aktuelleren ärztlichen Berichten sind grundsätzlich keine neuen medizinischen Fakten zu entnehmen, so dass im Grunde eine unveränderte Situation vorliegt.

Schon im A.\_\_\_\_ - Gutachten

wurde festgestellt, dass keine psychische Erkrankung zur Alkoholsucht geführt hat (vgl. E. 3.1.1 hier vor). Die Z.\_\_\_\_ -Gutachter (vgl. Gutachten

vom 5. August

2014 [ E. 3.2.6

hier vor ])

sahen ebenfalls keine psychische Erkrankung, auch keine neu dazu gekommene, und verneinten eine Suchtmittelkonsum-unabhängige Gesundheitsstörung. So ist laut den Experten auch keine Erkrankung ersichtlich, welche

Folge der Alkoholsucht ist. 4.2

Das Z.\_\_\_\_ - Gutachten, welches im Übrigen auch vom RAD-Arzt gestützt wird (vgl. Urk. 10/75 S. 4 f.), äussert sich

umfassend zu den Gesundheitsstörungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Es basiert auf einer eingehenden polydisziplinären Untersuchung, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und erging in Kenntnis der medizinischen Vorakten. Mit diesen

setzten sich die

Experten

detailliert

auseinander (Urk.

### **E. 1.3**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1. 4 1.4.1

Alkoholismus (wie auch Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit) begründet für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird er invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 2). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleit erkrankung Rechnung zu tragen ist (Urteile des Bundesgerichts I

758/01 vom 5. November 2002 E. 3.2, und I 390/01 vom 19. Juni 2002 E.

2b). Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt (Urteil des Bundesgerichts I 192/02 vom 23. Oktober 2002 E.

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 10**

/ 73 S. 34 ff.). Ihre Teilgutachten wie auch die Konsensbeurteilung leuchten in der Darlegung der medizinischen Situation und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind auch die Schlussfolgerungen der Ärzte in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann .

Damit erfüllt deren Expertise die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1. 5

hievor ). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin kann darauf abgestellt werden, womit sich weitere medizinische Abklärungen erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d). Dr. med. H.\_\_\_\_ , Allgemeine Innere Medizin FMH, legte schlüssig dar, dass eine Polytoxikomanie mit fort dauerndem schädlichen Alkoholkonsum vorliegt (S.

13) und die aktenkundig attestierte Fibromyalgie im Widerspruch zur Einschätzung der G.\_\_\_\_ steht, zumal die rheumatologische Abklärung keinen Beleg für eine rheumatologische Erkrankung erbrachte. Sodann konnten die Z.\_\_\_\_ -Experten diese Diagnose gestützt auf ihre Befunde ebenfalls nicht feststellen

(S.

#### **E. 15**

; vgl. auch E. 3.2.6 hievor ). Weiter beschrieb Dr. med. I.\_\_\_\_ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, einleuchtend und überzeugend, dass aktuell ein fortgesetzter Suchtmittelkonsum mit Alkohol, einem Opioid und einem Benzodiazepinderivat

bedeutend iatrogen befördert -

besteht und die von ihm geschilderte Symptomatik differenzialätiologisch als relative Entzugssymptomatik zu verstehen ist – beziehungsweise ohne eine konsequente Abstinenz (Entgiftung und Entwöhnung) hiervon zumindest nicht abgrenzbar ist – und eine von dem Suchtmittelkonsum unabhängige psychische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht mit der gegebenen Wahrscheinlichkeit behauptet und belegt werden kann (S. 33 f.) .

Auch

den anderen psychiatrischen Berichten kann nichts Gegenteiliges entnommen werden. So wurden die Ausführungen des

Z.\_\_\_\_ -Psychiaters Dr.

I.\_\_\_\_

insofern gestützt , als

dem

Abhängigkeitssyndrom keine selbständige Erkrankung

zugesprochen wurde :

Die Psychotherapeuten von der B.\_\_\_\_

gingen beim Alkoholabhängigkeitssyndrom von einem Typ des Pegeltrinkens

aus und d er Psychiater Dr. F.\_\_\_\_

hat in Bezug auf die rezidivierende depressive Störung lediglich auf

traumatisierende Vorer fahrungen mit einer Veränderung der Körperwahrnehmung hinge wiesen, diesem Aspekt

aber keinen Wert beigemessen und auch nichts über eine ein ge tretene Per sönlichkeitsstörung erwähnt .

4.3

Nach dem Gesagten ist somit davon auszugehen , dass keine Suchtmittel kon sum-unabhängige , eigenständige psychiatrische Ges undheits störung ausge wiesen ist, weshalb es auch nicht Sache der IV-Stelle ist, die Beschwerde führerin zur - in ihrem eigenen Interesse liegende - Entgiftung ( Urk. 1 S. 4 ff.) aufzufordern bzw. ihr eine solche aufzuerlegen. Zudem hat recht spre chungsgemäss eine versicherte Person grundsätzlich alles ihr Z umutbare zu unternehmen, um die Inanspruchnahme von Versicherungs leistungen zu vermeiden.

Da auch keine invalidenversiche rungs rechtlich zu beachtende soma tische Erkrankung vorliegt ,

i st die Beschwerde m angels eines invalidi sierenden Gesundheitsschadens abzu weisen . 5. 5.1

Die Beschwerdeführerin hat in ihrer Beschwerdeschrift unter Beilage eine r

Bestäti gung betreffend Bezug von Sozialhilfe ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Bestellung eines unent geltlichen Rechtsvertreters in der Person von Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein gestellt (Urk. 1 S. 2 und 6 , Urk. 6 ). Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozess führung und zur Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung gemäss § 16 Abs. 1 und Abs. 2 des Gesetzes über das Sozial versicherungsgericht ( GSVGer ) sind erfüllt . 5 .2

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss de r Beschwerdeführer in aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozess führung jedoch einstweilen a uf die Gerichtskasse zu nehmen. 5.3

Mit Honorarnote vom

## **E. 20**

. Dezember 2016 (Urk. 13/1-2 ) machte der mit heuti gem Be schluss bestellte unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerde führerin einen Aufwand von 7 Stunden 4 0 Minuten und Barauslagen im Betrag von Fr. 50.75 (Pauschalbetrag) geltend, was angemessen erscheint. Daraus resultiert eine Entschädigung von insgesamt Fr. 1'8 81 . 95 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer), weshalb Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein in diesem Umfang aus der Gerichtskasse zu ent schädigen ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 13. April 2015 wird der Beschwerdeführerin die unent geltliche Prozessführung gewährt und es wird ihr in der Person von Rechtsan walt Silvan Meier Rhein

ein unentgeltliche r Rechtsvertreter für das vor liegende Verfah ren bestellt, und erkennt sodann : 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein, Zürich, wird mit

Fr. 1'881.95 (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungs pflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesge richt 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 Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubKäser

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