

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00435 vom 9. Juli 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-07-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00435

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00435 du 9 juillet 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00435 del 9 luglio 2018

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebene m Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Auf gabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hin sichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinwei sen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentli chen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeacht lich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtli cher und tatsächlicher Hinsicht umfassend („ allseitig“) zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.2

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arz tes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versi cherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärzt lichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person no ch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustel len und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen ei nander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, wa rum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These

abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze 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 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; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 2

Gegen die Verfügungen vom 11. und 19. April 2018 (Urk. 2/1-2) erhob die Versicherte am 8. Mai 2018 Beschwerde und beantragte die Zusprache einer ganzen Rente ab 1. September 2015, eventuell die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle zur ergänzenden Abklärung unter Weiterausrichtung der halben Rente. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 22. Juni 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Entscheidung (Urk. 2/1-2) damit, ihre Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit August 2015 verbessert habe und dieser seither leichte bis mittelschwere Tätigkeiten uneingeschränkt zumutbar seien. Zwar habe sie sich am 17. Januar 2017 einer Rückenoperation unterziehen müssen, weshalb davon auszugehen sei, dass seit der Feststellung der Spinalkanal-Einengung am 14. November 2016 bis zur Operations-Nachkontrolle am 6. März 2017 eine 100%ige Erwerbsunfähigkeit bestanden habe. Seither sei die Beschwerdeführerin wieder voll arbeitsfähig (Urk. 2/1 S. 3 f.).

E. 2.2

Dagegen brachte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor (Urk. 1), das Gutachten der Z.____

weise zahlreiche Mängel aus und sei daher unbrauchbar und beweisuntauglich (S. 9 ff.). Ursprünglich sei die Rente aufgrund ihres psychischen Zustandes, wobei ihre Alkoholsucht ausgeklammert worden sei, zugesprochen worden (S. 13). Ihre psychische Verfassung präsentiere sich seither unverändert, es hätten sich zwischenzeitlich aber in somatischer Hinsicht deutliche Verschlechterungen eingestellt (S. 16). Da sich die bei der Rentenzusprache berücksichtigten psychischen Störungen nicht verbessert hätten, dürfe keine Renteneinstellung erfolgen. Weiter stehe fest, dass spätestens im Mai 2015 erhebliche körperliche Beschwerden hinzugekommen seien. Aufgrund der psychischen und somatischen Beschwerden erscheine eine Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit nicht als gegeben, weshalb sie seit September 2015 Anspruch auf eine ganze Rente habe (S. 17).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nur vorübergehend verschlechtert und sich nach der Rückenoperation derart verbessert hat, dass diese nunmehr in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Nachdem die Beschwerdegegnerin im Zuge der amtlichen Revisionsverfahren in den Jahren 2006 und 2010 nur eine rudimentäre Überprüfung des Rentenanspruchs vorgenommen hat (vgl. Feststellungsblätter vom 28. September 2006, Urk. 7/51, und vom 15. Juli 2010, Urk. 7/59), ist als Vergleichsbasis, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verändert hat, der Gesundheitszustand, wie er sich im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 15. Dezember 2004 (Urk. 7/37) präsentiert hat, heranzuziehen.

E. 3.1

Der erstmaligen

Rentenzusprache

lagen die folgenden Arztberichte zugrunde:

E. 3.1.1

Am 27. September 2000 berichtete Dr. med. A.____, Oberarzt B.____ Klinik, über das am Vortag durchgeführte Abklärungsgespräch (Urk. 7/38/24-25). Er stellte folgende Diagnosen (Urk. 7/38/24-25 S. 2 oben): - Alkoholabhängigkeit vom Intoxikationstyp in noch kritischer Phase (F10.23, unter Antabus stehend) - FiaZ-Delikt - Paarkonflikt - bedrohte körperliche und psychische Gesundheit - Nikotinabhängigkeit (F17.25) - rezidivierende depressive Verstimmungen kombiniert mit Ängsten, wahr scheinlich im Sinne einer Anpassungsstörung - Status nach früheren Traumatisierungen - Selbstwertregulationsstörung mit unsicherer Identitätsbildung

Seit Mai 2000 befinde sich die Beschwerdeführerin in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Urk. 7/38/24-25 S. 1 unten). Dr. A.____ lehnte den anfänglich von der Beschwerdeführerin geäusserten Wunsch nach einer 1-2 Monate dauernden stationären Behandlung ab, da aufgrund der Gesamtsituation eine länger dauernde stationäre Behandlung erforderlich sei. Die Beschwerdeführerin habe sich sodann für die Aufnahme einer solchen Behandlung entschieden (Urk. 7/38/24-25 S. 2).

E. 3.1.2

Ab 23. Oktober 2000 weilte die Beschwerdeführerin in stationärer Behandlung in der B.____ Klinik. Im Untersuchungsbericht vom 22. Dezember 2000 (Urk. 38/26-29) wurde zur Anamnese ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe in Prag eine Verkäuferinnenlehre absolviert und drei Jahre als Verkäuferin gearbeitet; mit 19 Jahren (1981) sei sie vergewaltigt worden (Gesichts- und Augenkontusion). Angeblich um ihren kleinen Lohn aufzubessern, habe sie sich mit Touristen prostituiert; 1984 habe sie ihren späteren Ehemann kennengelernt (S. 1). Nach dem Vergewaltigungserlebnis habe sie Alkohol konsumiert, dann auch punktuell, um Ekel und Scham zu überspielen. In der Phase der Trennung von ihrem Ehemann sei es zu einer anhaltenden psychischen Krise mit Konsumstörung gekommen (S. 2).

Die Ende Oktober 2000 begonnene Therapie wurde nach wiederholten Rückfällen am 20. Dezember 2000 abgebrochen (Urk. 7/38/30-31 S. 1).

Am 26. Februar 2001 trat die Beschwerdeführerin auf eigenen Wunsch wieder die B.____ Klinik ein (Urk. 17/38/32-34 S. 1 Mitte). Seit dem Austritt im Dezember 2000 sei sie wieder erwerbstätig gewesen; den behandelnden Psychiater habe sie nicht mehr gesehen (Urk. 17/38/35-36 S. 1). Am 18. Juni 2001 wurde die stationäre Therapie abgebrochen (Urk. 17/38/37-36 S. 1 Abs. 1; vgl. Urk. 17/38/37-38).

E. 3.1.3

Am 2.

Mai 2002 (Urk. 17/38/39-42) berichteten Dr. med. C.____, Assistenzarzt, und Dr. med. D.____, stellvertretender Chefarzt, dem Hausarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, über den Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Privatklinik Sanatorium F.____ vom 11. Februar bis 19. April 2002. Dabei stellten sie die folgenden Diagnosen (S. 1 Mitte): - Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und Alkoholkonsum (F43.25) - Alkoholabhängigkeit (Intoxikationstrinkerin; F10.26) - gemischte Persönlichkeitsstörung mit dependenten und histrionischen Zügen (F61.0)

Sie berichteten, die Beschwerdeführerin sei ihnen vom Spital G.____ zur Fortsetzung des dort begonnenen Alkoholentzugs überwiesen worden. Ende Dezember 2001 habe sie wieder zu trinken begonnen; am 2. Januar 2002 sei zudem die Beziehung zum Lebenspartner in die Brüche gegangen. Im Spital sei der Entzug begonnen worden; am 9. Februar 2002 habe die Beschwerdeführerin wieder Alkohol getrunken und sei von der B.____ Klinik, wo sie am 11. Februar 2002 hätte eintreten können, abgewiesen worden. Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin bestehe seit etwa 10 Jahren ein Alkoholabusus, unterbrochen von kürzeren Abstinenzperioden und verschiedenen stationären Entzugsbehandlungen (S. 1 unten).

Nach problemlos verlaufenem Alkoholentzug habe sich die Beschwerdeführerin eine neue Wohnung gesucht, sei jedoch einem Klinikaustritt gegenüber ambivalent eingestellt gewesen. Nach mehreren Alkoholrückfällen sei sie am 19. April 2002 entlassen worden, da sie sich geweigert habe, auf eine Langzeitstation überzutreten (S. 4 oben).

E. 3.1.4

Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Neurologie, berichtete am 22. Februar 2002 (Urk. 7/8/10) über ihre auf Zuweisung der Ärzte des Sanatoriums F.____ erfolgte Untersuchung der Beschwerdeführerin und diagnostizierte einen chronischen Äthylabusus, einen Status nach mehreren Entzugsbehandlungen, rezidivierende depressive Verstimmungen und Bulimia nervosa (Mitte).

E. 3.1.5

Der Hausarzt Dr. E.____ nannte in seinem Bericht vom 20. Januar 2003 (Urk. 17/7) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A): - chronischer Äthylabusus mit/bei Depression - Bulimia nervosa - chronischer Nikotinabusus

Er attestierte eine seit 4. Februar 2002 bestehende und andauernde Arbeitsunfähigkeit von 100% in der angestammten Tätigkeit (lit. B).

Zur Arbeitsbelastbarkeit beschrieb Dr. E.____ ein wenig beeinträchtigtes körperliches Belastungsprofil (S. 1), bezeichnete die psychischen Funktionen als eingeschränkt und erachtete eine berufliche Umstellung nicht für angezeigt (S. 2).

E. 3.1.6

Am 18. Februar 2003 berichteten Dr. C.____ und Dr. D.____

(Urk. 7/8) über den Aufenthalt der Beschwerdeführerin im Sanatorium F.____ vom 11. Februar bis 19. April 2002 (lit. D1). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die gleichen wie in ihrem früheren Bericht an den Hausarzt (lit. A).

Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (Mitarbeit im Elektronikgeschäft des Lebenspartners) von 100 % vom 4. Februar bis 19. April 2002 (lit. B). Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig (lit. C1).

Im Verlauf der Hospitalisation sei es zu mehreren Alkoholorückfällen gekommen. Aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraums sei die Prognose nicht beurteilbar (lit. D7).

Im Beiblatt betreffend Arbeitsbelastbarkeit erachtete Dr. C.____ eine berufliche Umstellung als prüfungswert und eine behinderungsangepasste Tätigkeit ab April 2002 als halbtags zumutbar (S. 2).

E. 3.1.7

Am 29. November 2003 erstattete Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 7/17). Er führte aus, dass eine geordnete Gesamtanamnese nicht erhoben werden können (Urk. 7/17 S.

2 oben); im Gesprächsverlauf habe sich gezeigt, dass die Beschwerdeführerin aktuell einen Blutalkoholgehalt von sicher über 2 Promille aufwies (Urk. 7/17 S.

E. 3.2

2

Nach einem stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 18. Mai bis 12. Juni 2015 wurden im Austrittsbericht Psychiatrie des Spitals G.____ vom 20. Juni 2015 (Urk. 7/68/6-8) folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - Störung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (F10.25) - Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (F33.1) - Verdacht auf äthyltoxische beinbetonte periphere Polyneuropathie - initiale Gonarthrose rechts

Bei vor allem zu Beginn bestehender ausgeprägter Gangunsicherheit hätten sich bei stark vermindertem Vibrationsempfinden deutliche Hinweise für eine beinbetonte periphere Polyneuropathie gezeigt. Da der gemessene Nüchtern-Blutzuckerwert keinen Hinweis für eine Diabetes-Stoffwechsellage gezeigt habe und zum Behandlungszeitpunkt keine aktuellen Hinweise auf eine anderweitige Ursache der Polyneuropathie vorgelegen hätten, sei aufgrund der langjährigen Alkoholanamnese davon auszugehen, dass es sich um eine alkoholisch bedingte Polyneuropathie handle (S. 3 oben).

Hinweise für die vordiagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung zeigten sich allenfalls von Seiten der histrionischen Züge. Dependente Persönlichkeitszüge hätten nicht

beobachtet werden können (S. 3 Mitte).

E. 3.2.1

Am 27. März 2006 berichtete Dr. E.____ (Urk. 7/45), es liege eine zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Beschwerdeführerin vor mit immer mehr klinischen Zeichen des chronischen Alkoholabusus. Es sei absolut keine Erwerbsfähigkeit zumutbar. Die kognitive Leistungsfähigkeit sei mit Sicherheit vermindert.

Am 17. Mai 2010 berichtete Dr. E.____ (Urk. 7/58), die Beschwerdeführerin leide weiterhin an den Folgen einer chronischen, kaum heilbaren Alkoholabhängigkeit. Diese dürfte im Zusammenhang mit einer chronischen Depression stehen. Als Nebendiagnosen sei ein chronisches rezidivierendes spondylogenes Schmerzsyndrom bei Pseudospondylolisthesis zu nennen. Die Beschwerdeführerin könne unmöglich einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Diesbezüglich habe sich die Situation nicht verbessert, sondern eher verschlechtert.

E. 3.2.3

Dr. E.____ stellte am 30. September 2015 (Urk. 7/66) fest, es bestehe eine jahrelange Alkoholkrankheit, wobei die Beschwerdeführerin seit dem stationären Entzug im Mai 2015 glaubhaft keinen Alkohol mehr konsumiere. Es bestehe eine mittelschwere Polyneuropathie der unteren Extremitäten, hochwahrscheinlich äthylisch bedingt. Weiter bestehe eine Gonarthrose rechts, welche gelegentlich Beschwerden mache. Nun sei die Beschwerdeführerin an einer bis anhin noch unklaren Myopathie erkrankt (vgl. auch Urk. 7/67), wobei die Abklärungen noch nicht abgeschlossen seien.

E. 3.2.4

Die Experten der Z.____ AG kamen im polydisziplinären Gutachten (Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie, Allgemeine Innere Medizin) vom 2. August 2016 zum Schluss (Urk. 7/89), dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen sind (S. 10). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 10): - Essstörung, nicht näher bezeichnet (F50.9) - Persönlichkeitsakzentuierung mit abhängigen und emotional-instabilen Anteilen (Z73) - anamnestiche Alkoholabhängigkeit, Abstinenz seit 18.5.2015 - sensomotorische Polyneuropathie, wahrscheinlich äthyltoxisch - Myopathie, vorläufig unklarer Ätiologie - anteriore Subluxation des rechten Sternoclaviculargelenks - Tendovaginitis stenosans AID III beidseits - Senk-Spreiz-Platt-Knickfuss beidseits - leichtes Untergewicht (knapp 18 kg/m²) - Vitamin D-Mangel

In psychiatrischer Hinsicht ergebe sich Folgendes: Bei der Beschwerdeführerin habe über viele Jahre eine manifeste Alkoholabhängigkeit bestanden. Seit über einem Jahr, seit 18. Mai 2015, sei sie nun aber glaubhaft abstinent, so dass eine suchtbetonte Diagnose nicht mehr zu stellen sei. Die Beschwerdeführerin habe in der psychiatrischen Untersuchung vorrangig über verschiedene körperliche Beschwerden, aufgrund derer sie in ihrer Mobilität beeinträchtigt sei und unter anderem verschiedene Hobbies nicht mehr nachgehen könne, geklagt. Es ergebe sich das Bild einer als normalpsychologisch anzusehenden Verstimmung im Zusammenhang mit körperlichen Problemen, eine eigenständige/ komorbide Depressionserkrankung liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin habe über eine seit vielen Jahren bestehende Essstörung geklagt, etwa einmal in der Woche bekämpfe sie Spannungszustände und innere Leere mit übermässigem Essen und anschliessendem Erbrechen. Es bestünden darüber hinaus, unter Berücksichtigung anamnestischer Angaben sowie des Eindrucks in der Untersuchungssituation, abhängige

und emotional-instabile Persönlichkeitszüge, im Sinne einer Persönlichkeitsakzentuierung (Z73). In psychiatrischer Hinsicht liege keine quantitative Verminderung der Arbeitsfähigkeit vor (S. 10 unten f.).

Von orthopädischer Seite her bestehe keine Ursache für die von der Beschwerdeführerin angegebenen Gangunsicherheiten, Gleichgewichtsstörungen, Muskelkrämpfe, Brennen beider Fußsohlen und für die rezidivierenden Schmerzen in beiden Oberschenkeln. Das klinisch reproduzierbare Schnappen beider Mittelfinger beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nicht. Aufgrund der körperlichen Konstitution sei die Beschwerdeführerin für körperlich schwere Tätigkeiten nicht geeignet, ansonsten bestünden keine Einschränkungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit (S. 11 oben).

In neurologischer Hinsicht liege bezüglich nicht arbeitsunfähigkeitsrelevanter Diagnosen eine Myopathie mit vorläufig unklarer Ätiologie vor, ferner eine wahrscheinlich äthyltoxisch verursachte sensomotorische Polyneuropathie. Die Schädigung der peripheren Nerven habe bisher einzig zu sensiblen Ausfällen der Füße geführt, verbunden mit brennenden Missempfindungen an den Fußsohlen. Die aufgeführte Myopathie habe bisher ätiologisch nicht geklärt werden können, es müsse sich um eine erworbene Form handeln. Feststehe, dass die Myopathie, wie sie aktuell vorhanden sei, die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtige. Bei einem Arbeitsplatz sei darauf zu achten, dass kein längeres Stehen oder Gehen notwendig sei. Sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kontrollleurin/Programmiererin, als auch eine adaptierte Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht zu 100 % ausüben (S. 11 Mitte).

Im internistischen Bereich sei auf ein leichtes Untergewicht und einen Vitamin D-Mangel hin zuweisen. Es ergäben sich aktuell keine Pathologien, die auf eine Reduktion der Belastungsfähigkeit hindeuteten. Das berufliche Belastungsprofil entspreche dem einer gesunden gleichaltrigen Frau (S. 11 unten).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung sämtlicher Fachgebiete, ergäben sich nur qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. In der bisherigen Tätigkeit (sowohl unter Bezugnahme auf die Tätigkeit als Kontrollleurin/Programmiererin als auch unter Bezugnahme auf die Tätigkeit als Kosmetikerin) sowie in einer adaptierten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit jeweils 100 %. Geeignet seien überwiegend sachbezogene, gut strukturierte Tätigkeiten ohne besondere Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit. Tätigkeiten, die berufsbedingt einen Umgang mit Suchtmitteln, insbesondere Alkohol, erforderten (z.B. Ausschänken von alkoholischen Getränken), seien nicht geeignet. Aufgrund der Persönlichkeitsakzentuierung und der damit verbundenen reduzierten Konfliktfähigkeit seien Tätigkeiten, die besondere Anforderungen an die Konfliktfähigkeit und an die Kommunikationsfähigkeit stellen, nicht geeignet. Die Beschwerdeführerin sollte eher für sich allein arbeiten können und sich relativ wenig mit Vorgesetzten, Arbeitskollegen etc. abstimmen müssen.

In somatischer Hinsicht seien körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten möglich. Die Schädigung der peripheren Nerven habe bisher einzig zu sensiblen Ausfällen der Füße geführt, verbunden mit brennenden Missempfindungen an den Fußsohlen. Bei einem Arbeitsplatz sei darauf zu achten, dass kein längeres Stehen oder Gehen notwendig sei (S. 11 unten f.).

Aufgrund manifester Alkoholabhängigkeit und fortgesetzten Alkoholkonsums habe über viele Jahre (und auch seit der letzten rechtsgültigen Verfügung) keinerlei berufliche

Leistungsfähigkeit vorgelegen. Eine Veränderung der Arbeitsfähigkeit sei erst mit der erfolgreichen stationären Entzugsbehandlung im Spital G.____ im Mai/Juni 2015 eingetreten. Während dieses stationären Aufenthalts habe die Arbeitsfähigkeit natürlich 0 % betragen. Schätzungsweise habe nach Austritt aus der Klinik noch für zirka sechs Wochen, also bis Ende Juli 2015, aufgrund noch vorliegender substanzinduzierter depressiver Symptome eine reduzierte Arbeitsfähigkeit von 50 % vorgelegen. Seit August 2015 liege keine quantitative Verminderung der Arbeitsfähigkeit mehr vor (S. 12 unten).

E. 3.2.5

Auf Zuweisung der Klinik für Neurologie am J.____ (J.____ ; vgl. Urk. 3/5) wurde die Beschwerdeführerin von Dr. K.____ , J.____ , Klinik für Neurochirurgie , untersucht. Dieser stellte im Bericht vom 14. November 2016 (Urk. 7/117) folgende Diagnose (S. 1):

- Claudicatio

spinalis -Symptomatik mit/bei - klinisch: Claudicatio -Symptomatik, Kribbelparästhesien und brennen des Gefühl in beiden Füßen - bildgebend: Hochgradige Spinalkanalstenose L3/4 mit leichtgradiger degenerativer Anterolisthese . Leichtgradige rezessale Stenose L4/5 rechts (vgl. auch Bericht des J.____ , Klinik für Neuroradiologie, vom 15. August 2016, Urk. 3/6 = Urk. 7/90 = Urk. 7/100/1-2)

Als Nebendiagnosen nannte er (S. 1) : - Status nach Alkoholabusus bis 06/2015 - Status nach Appendektomie - Status nach Hallux

valgus -Operation

Es bestehe eine ausgeprägte Claudicatio Symptomatik bei hochgradiger Spinalkanalstenose L3/4. Die ebenfalls bestehende rezessale Stenose L4/5 auf der rechten Seite scheine - soweit bei der Untersuchung beurteilbar - gegenwärtig keine Beschwerden zu verursachen. Die Beschwerdeführerin sei über die operativen Behandlungsmöglichkeiten der Spinalkanalstenose aufgeklärt worden und möchte diesen Eingriff durchführen lassen (S. 2)

Nach durchgeführter Operation vom 17. Januar 2017 wurde im Austrittsbericht des J.____ , Klinik für Neurochirurgie, vom 20. Januar 2017 (Urk. 7/114/6-9) festgehalten , postoperativ sei es erfreulicherweise zu einer deutlichen Schmerzreduktion und Regredienz der Dysästhesien der Füße beidseits gekommen. Im stationären Verlauf habe eine zeitgerechte Mobilisation und eine suffiziente Schmerz einstellung erreicht werden können (S. 4).

Am 6. März 2017 (Urk. 7/114/10-11) wurde berichtet , die Beschwerdeführerin schildere einen sehr erfreulichen postoperativen Verlauf. Die präoperativ bestanden beidseits ausstrahlenden Schmerzen in den Beinen sowie die Mobilisationseinschränkung hätten sich zurückgebildet. Aufgrund der langen Inaktivität sowie des Alkoholabusus liege eine deutliche Minderbelastbarkeit der Muskulatur vor, die die Beschwerdeführerin jedoch trainieren möchte , um auch weiterhin in Zukunft Fortschritte zu machen. Schmerzmittel nehme sie nur noch gelegentlich ein. Es gebe keine Anhaltspunkte für neu aufgetretene fokal-neurologische Defizite oder Schmerzzustände (S. 1 unten f.).

E. 3.2.6

Dr. E.____

teilte am 14. Mai 2017 (Urk. 7/115) mit, auch bei Alkoholabstinenz seit Juni 2015 bestünden die depressiven Episoden weiterhin, und es sei auch davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre früheren Depressionen mit Alkohol fehlbehandelt habe. Aufgrund der weitergehenden Abklärungen der unklaren CK-Erhöhung sei eine Claudicatio

spinalis diagnostiziert und mittlerweile auch chirurgisch behandelt worden. Damit sei die freie Gehstrecke wohl etwas verbessert, aber immer noch nicht zufriedenstellend. Dies sei auch nicht anders zu erwarten, sei doch die unklare Myopathie vor allem der unteren Extremitäten weiter persistierend und habe nichts mit der degenerativen Veränderung der Wirbelsäule zu tun. Die periphere Polyneuropathie, sicher Folge des jahrelangen Alkoholkonsums, bestehe ebenfalls weiterhin.

Der allgemeine Gesundheitszustand habe sich seit der Berentung deutlich vermindert, es seien neue Diagnosen dazugekommen (S. 2).

E. 3.2.7

Vom 7. bis 26. Februar 2018 war die Beschwerdeführerin erneut im Spital G.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht Psychiatrie vom 9. April 2018 (Urk. 3/4 = Urk. 7/14) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): - Alkoholabhängigkeit F10.2 - Myopathie bei dauerhaft erhöhtem CK - leichte Niereninsuffizienz - Claudicatio

spinalis -Symptomatik

Seit dem letzten Aufenthalt sei die Beschwerdeführerin bis vor ungefähr einem Monat abstinent gewesen. Aufgrund von familiären Streitigkeiten und Problemen mit der Invalidenversicherung sei sie massiv unter Druck geraten und habe wieder angefangen zu trinken. Sie habe insgesamt eine gute Motivation zur Veränderung ihrer Lebenssituation gezeigt, im Stationsalltag sei es ihr jedoch nur eingeschränkt möglich gewesen, die Therapien pünktlich zu besuchen (S. 2). 4.

E. 4

oben). Eine Rauchpause im Hof habe sie zum Trinken genutzt (Urk. 7/17 S.

E. 4.1

Das Gericht hielt in seinem Urteil vom 25. Januar 2006 (Urk. 7/42) fest, aufgrund der gestellten Diagnosen sei offensichtlich, dass sowohl eine schwere Suchtproblematik bestehe als auch psychische Beeinträchtigungen vorlägen. Im Hinblick auf den zu klärenden Bestand und allfälligen Umfang einer Invalidität im Rechtsinne stelle sich nunmehr die Frage, ob eine psychische Erkrankung eine zumindest erhebliche Teilursache der Suchtkrankheit darstelle, ob umgekehrt die Suchtkrankheit eine anhaltende psychische Erkrankung bewirkt habe oder ob beides nicht der Fall sei (E. 4.2). Die Beschwerdeführerin habe - gestützt auf die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters - angenommen, die Suchterkrankung habe zu einer dauerhaften psychischen Beeinträchtigung mit Krankheitswert geführt (oder sei durch eine solche verursacht), wobei die Suchterkrankung und die psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert je die Hälfte der aktuell 100 % betragenden Arbeitsunfähigkeit verursachten. Dieser Schluss sei keineswegs zwingend, die Beschwerdeführerin hätte sich auch auf den Standpunkt stellen können, dass die Suchtkrankheit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung und des Leistungsentscheids das Geschehen in einem Ausmass absolut dominiert habe, das - ausser in Form von Hypothesen - keinen Raum für die Annahme einer invaliditätsrelevanten psychischen Beeinträchtigung mit Krankheitswert gelassen habe. Es

könne der Beschwerdeführerin somit insoweit gefolgt werden, als sie den Entscheid der Beschwerdegegnerin sinngemäss als Ermessensentscheid qualifiziert habe, nicht aber darin, er sei willkürlich. Es sei im Gegenteil zu betonen, dass die Ermessensbetätigung der Beschwerdegegnerin zu Gunsten der Beschwerdeführerin ausgefallen sei, indem sie angenommen habe, die attestierte Arbeitsunfähigkeit entspreche im Umfang von 50 % einer Invalidität im Rechtssinn und sei (lediglich) im restlichen Umfang Ausdruck der Suchtkrankheit, für welche die Beschwerdegegnerin keine Leistungspflicht treffe (E. 4.7).

E. 4.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihren Entscheiden vom 11./19. April 2018 im Wesentlichen auf das Z. ___ -Gutachten vom 2. August 2016 (E. 3.2.4), in welchem die Gutachter sowohl somatische als auch psychiatrische Diagnosen stellten, jedoch keine der Diagnosen sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend erachteten. In Abweichung der im Gutachten gemachten Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit nahm die Beschwerdegegnerin sodann an, die Beschwerdeführerin sei für den Zeitraum seit der festgestellten Spinalkanaleinengung vom 14. November 2016 bis zur Operations-Nachkontrolle vom 6. März 2017 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Für den Zeitraum danach stützte sie sich wieder auf die Einschätzung im Gutachten, wonach eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in den ursprünglichen Tätigkeiten und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe. Dem ist nicht zu folgen.

E. 4.3

Insoweit die Beschwerdeführerin monierte, die Teilgutachter seien teilweise vom Z. ___ nur konsiliarisch beigezogen worden, ist dem entgegenzuhalten, dass die Z. ___ ordnungsgemäss nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurde und diese die Gutachterin und Gutachter ordnungsgemäss bekannt gab. Beizupflichten ist ihr indessen darin, dass die Unterschriften der Gutachter in den einzelnen Teilgutachten und auch im Hauptgutachten allesamt auf einer neuen Seite angebracht worden sind, und dass die Seiten, auf denen die Unterschriften angebracht worden sind, nicht nummeriert sind und Seite 40 zweimal existiert. Dies erweckt zumindest den Anschein, dass mit den Unterschriften nicht der wortwörtliche Inhalt der vorliegenden Abschrift bestätigt worden sein könnte. Ob das Gutachten bereits aus diesen Gründen als beweisuntauglich zu qualifizieren ist, kann - wie im Folgenden zu zeigen sein wird -

offen bleiben. Immerhin aber sind solche Ungereimtheiten der Akzeptanz der ohnehin schon in der Kritik stehenden medizinischen Abklärungsstellen abträglich. Zu ergänzen ist, dass die Beschwerdegegnerin das ihr erstattete Gutachten in dieser Form nicht als qualitativ zufriedenstellende Erledigung des erteilten Auftrags hätte akzeptieren dürfen. Es kann nicht die Aufgabe der Auftraggeberin sein, die Antworten auf die von ihr den Gutachtern gestellten Fragen in den einzelnen Teilgutachten zusammenzusuchen. Vielmehr ist es die Aufgabe der Begutachtungsstelle, der Auftraggeberin und der rechtsanwendenden Behörde die gestellten Fragen zusammenhängend zu beantworten.

E. 4.4

Die Beschwerdeführerin wurde am 18. Mai 2016 vom orthopädischen und am 25. Mai 2016 vom neurologischen Gutachter untersucht (vgl. Gutachten S. 32 und S. 40). Das Gesamtgutachten wurde am 2. August 2016 erstattet (E. 3.2.4). Weder der orthopädische noch der neurologische Gutachter stellten eine Rückenproblematik fest, obwohl die

Beschwerdeführerin übereinstimmend über Schmerzen im proximalen ventralen und lateralen Oberschenkel beidseits und über den beiden Gesässpartien klagte (vgl. Gutachten S. 33 und S. 41).

Nur drei Monate nach den gutachterlichen Untersuchungen und ein paar Tage nach der Erstattung des Gutachtens diagnostizierte Dr. K.____ (E. 3.2.5) eine Claudicatio

spinalis -Symptomatik , welche am 17. Januar 2017 operativ behandelt werden musste .

Angesichts des nach derart kurzer Zeit nach der gutachterlichen Untersuchung festgestellten doch schweren degenerativen Rückenleidens ist kaum davon auszugehen, dass sich dieses erst nach den gutachterlichen Untersuchungen entwickelt hat . Den Gutachtern ist vielmehr vorzuwerfen, dass sie anlässlich der Untersuchungen der Beschwerdeführerin die gebotene Sorgfalt haben vermissen lassen, was zum Schluss führt, dass die somatischen Beschwerden der Beschwerdeführerin nur ungenügend abgeklärt wurden. Da bei der Beschwerdeführerin eine - zwar im Begutachtungszeitpunkt unterbrochene - Alkoholsucht vorliegt und ihr die Invalidenrente ursprünglich aufgrund einer von der Alkoholsucht unabhängigen psychischen Störung zugesprochen wurde, ist davon auszugehen, dass das Suchtverhalten und die psychischen und somatischen Beschwerden zumindest teilweise in einem engen Zusammenhang stehen. Angesichts der Mangelhaftigkeit der beiden Teilgutachten Neurologie und Orthopädie vermag daher das Z.____ -Gutachten in seiner Gesamtheit nicht zu überzeugen, weshalb die Beschwerdeführerin nicht hätte - auch nicht mit den von ihr vorgenommenen Korrekturen - darauf abstellen dürfen.

E. 4.5

Angesichts der von Dr. K.____

festgestellten und operativ behandelten Claudicatio

spinalis -Symptomatik ist sehr wohl davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der erstmaligen Rentenzusprache

zu mindest in somatischer Hinsicht verschlechtert hat. Die Frage, ob diese Verschlechterung - wie von der Beschwerdeführerin angenommen - zu einer nur vorübergehenden oder aber zu einer bleibenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt, ist aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten nicht beurteilbar.

Es ist Sache der Beschwerdeführerin, eine für die Rechtsanwendung brauchbare Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu veranlassen und so dann den Rentenanspruch neu zu beurteilen. 5. 5.1

Nach der Rechtsprechung dauert - unter Vorbehalt einer allfällig missbräuchlichen Provozierung eines möglichst frühen Revisionszeitpunktes durch die Verwaltung - der mit der revisionsweise verfügten Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente oder Hilflosenentschädigung verbundene Entzug der aufschiebenden Wirkung einer Beschwerde bei Rückweisung der Sache an die Verwaltung auch noch für den Zeitraum dieses Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verwaltungsverfügung an (BGE 106 V 18); diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht mit einlässlicher Begründung im Jahr 2003 (BGE 129 V 370) und in den Jahren 2010 (SVR 2011 IV Nr. 33 S. 96 mit Hinweisen, 8C_451/2010) und 2017 (Urteil des Bundesgerichts 9C_38/2017 vom 21. März 2017 E. 2.2.1) bestätigt. Eine Aufhebung des von der Verwaltung angeordneten Entzugs der aufschiebenden Wirkung ist demnach in Ausnahmefällen zulässig. Ob eine solche Aus

nahme vorliegt, hat das erstinstanzliche Gericht zu prüfen und gestützt auf Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) und Art. 61 lit. h ATSG wenigstens in den Grundzügen zu begründen (BGE 136 I 184 E. 2.2.1, 229 E. 5.2). 5.2

Die Z. ___ Gutachter haben wie erwähnt (E. 4.3) die gebotene Sorgfalt anlässlich der Untersuchungen der Beschwerdeführerin vermissen lassen. Dies hätte die Beschwerdegegnerin erkennen müssen, und sie wäre gehalten gewesen, eine erneute Abklärung in die Wege zu leiten. Dass sie stattdessen einen Entscheid gefällt hat, legt den Schluss nahe, dass sie die Rente auf jeden Fall und möglichst früh hatte herabsetzen wollen. Ein solches Vorgehen verdient keinen Rechtsschutz, weshalb der von der Beschwerdegegnerin angeordnete Entzug der aufschiebenden Wirkung aufzuheben ist.

E. 6

Mitte).

Als Beurteilung hielt Dr. I. ___ eine floride Alkoholabhängigkeit vom Typ des chronischen Pegeltrinkens, verbunden mit einer Benzodiazepinabhängigkeit vom low-dose-dependence Typ, fest. Die Beschwerdeführerin leide unter einer akuten Entzugssymptomatik, welche das ganze Gesprächsgeschehen überschatte. Deshalb liessen sich auch keine näheren Angaben zu einer möglichen Wesensveränderung oder einem suchtbedingten Persönlichkeitsabbau machen. Im Weiteren liessen sich keine diagnostischen Zuordnungen machen, insbesondere was betroffene und gestörte Persönlichkeitsanteile betreffe. Die früher gestellten psychiatrischen Diagnosen blieben im Raum stehen. Es müsse aber davon ausgegangen werden, dass seit mindestens 5 Jahren ein schwerer Suchtverlauf und eine auffällige Persönlichkeitsveränderung eingesetzt hätten, was durch die fremdanamnestischen Angaben des ehemaligen Partners eindrücklich untermauert werde (Urk. 7/17 S. 7 unten).

Zum gegenwärtigen Untersuchungszeitpunkt betrage die Arbeitsunfähigkeit 100

%. Es müsse jedoch mit Recht gefragt werden, ob mit einem Aufbau einer längerfristigen Totalabstinenz nicht mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei. Im Sinne eines Wunschdenkens spreche die Beschwerdeführerin selbst von einer Teilzeitbeschäftigung. Ohne Behandlung und Rehabilitation sei die weitere Prognose infaust. Sollte sich die Beschwerdeführerin aber einem längerfristigen Entzugsregime unterziehen können, sei durchaus mit einem Anstieg der Arbeitsfähigkeit auf etwa 50 % zu rechnen (Urk. 7/17 S. 8 oben).

E. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr.

E. 6.2

Der obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer in steht eine Prozessentschädigung zu, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 1'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Das Gericht beschliesst:

Die aufschiebende Wirkung der Beschwerde wird wieder hergestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügungen vom 1. 1. und 18. April 2018 aufgehoben werden und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie nach erfolgten Abklärungen über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheide. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1' 700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Oehmke unter Beilage einer Kopie von Urk. 6 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

E. 8

00.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

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