

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00572 vom 7. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00572

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00572 du 7 septembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00572 del 7 settembre 2020

Erwägungen

E. 1

1. Oktober 2016 erstattet wurde (Urk. 7/61).

Nach Eingang weiterer Berichte

holte die IV-Stelle

ein psychiatrisch-neuropsychologisch es

Gutachten ein, das am 18. November 2018 und am 14. Dezember 2018 durch Dipl.-Psych. Dipl.-Inf.-Wiss. A.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie und für Verkehrspsychologie, und durch Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet wurde (Urk. 7/112, Urk. 7/118).

Nach durchgeführt im Vorbescheidverfahren (Urk. 7/128 ; Urk. 7/129, Urk. 7/131) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. Juni 2019 (Urk. 7/139 = Urk. 2) einen Rentenanspruch.

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

Nach bisheriger und langjähriger höchstrichterlicher Rechtsprechung führten Suchterkrankungen als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Sie wurden im Rahmen der Invalidenversicherung erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt haben, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender, Gesundheitsschaden eingetreten war, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens waren, dem Krankheitswert zukam. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden fehlte demgegenüber, wo in der Begutachtung im Wesentlichen nur Befunde erhoben wurden, welche in der Sucht ihre hinreichende Erklärung fanden (Hinweise zur bisherigen Rechtsprechung in BGE 145 V

215 E. 4.1).

Diese bisherige Rechtsprechung änderte das Bundesgericht mit BGE 145 V 215

dahingehend, dass - fachärztlich einwandfrei diagnostizierten – Abhängig keits syn dromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen nicht zum vornhe rein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden kann (E. 5.3.3), sondern diese vielmehr als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht fallen (E.

6). Gemäss BGE 143 V 418 E. 6 f. ist die Frage nach den Auswirkungen sämtlicher psychischer Erkrankungen auf das funktionelle Leistungsvermögen grundsätzlich unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu beantworten. Hierzu gehören nach dem oben Ausgeführten auch Abhängig keits syndrome (E. 6.2). Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens kann und muss insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden. Diesem kommt nicht zuletzt deshalb Bedeutung zu, weil bei Abhängig keitserkrankungen - wie auch bei anderen psychischen Störungen - oft eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorliegt. Letztere sind selbstverständlich auch bei Abhängig keitserkrankungen auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen (vgl. bezüglich der Depressionen BGE 143 V 409 ff. E. 4.5.2). Eine krank heitswertige Störung muss umso ausgeprägter vorhanden sein, je stärker psycho soziale oder soziokulturelle Faktoren das Beschwerdebild mitprägen (E. 6.3).

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammen hänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

7. September 2019 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) unter Hinweis auf ein

primäres Suchtgeschehen und das Fehlen we itere r eigenständige r Diag nosen . Eine polydis ziplinäre Begutachtung

erachtete sie nicht als notwendig, ebensowenig sei die Qualifika tion weiter abzuklären (S. 2 oben).

E. 2.2

D agegen machte d ie Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde

(Urk. 1) gelten d , aufgrund der langen Dauer der Suchterkrankung an ble ibenden somatischen Erkrankungen an der Leber und am Gehirn zu leiden, weshalb bereits nach der frü heren Rechtsprechung von einem Leistungsanspruch auszugehen sei (S. 6 lit . c) .

G emäss ihrem behandelnden Psychiater habe die Suchterkrankung auch zu psy chischen Erkrankungen geführt

(S. 6 f.

lit . d) . B ereits aus somatischen Gründen

sei gestützt auf das Gutachten aus dem Jahr 2016 von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % selbst in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (S. 7 lit . a) . Da seit 2016 schon viel Zeit vergangen sei und ihr behandelnder Psychiater die Auswirkungen der Suchterkrankung auf die psychische Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit diametral anders einschätze als die anderen Psychiater, sei zu prüfen, ob der Sachverhalt psychiatrisch genügend abgeklärt sei (S. 7 f. lit . b). I hre Begutachtung in betrunkenem Zustand durch Dr. B. ___

im Jahr 2018 sei leitlinienwidrig und ungenügend.

Der Gutachter habe sich gar kein Urteil bilden können zum über das reine Suchtgeschehen hinausgehenden Beschwerdebild (S.

8 f.

lit . c-e) . Ihr behandelnder Psychiater

habe auch während der Phasen der Abstinenz die Arbeitsfähigkeit erheblich einschränkende Befunde erheben können (S. 9 lit . f) . Eine polydiszipl i näre Begutachtung sei angezeigt , insbesondere auch bezüglich der Aus wirkungen der somatische n Erkrankungen . Abzuklären sei ins besondere au ch, worauf die nach wie vor vorhandene ausserordentliche Müdig kei t beruhe (S. 10

lit . g-h) . Zumindest sei die Sache auc h zu ergänzender Abklä rung im Sinne der neu sten Rechtsprechung zurückzuweisen (S. 10 f. Ziff. 3) . Im Übrigen wäre sie als zu 100 % Erwerbstätige zu qualifizieren (S. 11 Ziff. 4) .

E. 2.3

In der Vernehmlassung (Urk. 6) erwog die Beschwerdegegnerin, weder im psy chiatrischen Teilgutachten aus dem Jahr 2016 noch im neuropsychologischen Teilgutachten aus dem Jahr 2018 seien Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt worden (S. 2 Ziff. 2-3). Dr. B. ___ habe im Jahr 2018 vor dem Hintergrund der damals geltenden Rechtsprechung betreffend Suchter krankungen keine Arbeitsfähigkeits beurteilung vorgenommen. Sein Gut achten genüge aber den Anfor derungen, um eine Prüfung der Standardindikatoren im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens vorzunehmen und eine relevante Arbeitsunfähigkeit im invalidenversicherungs rechtlichen Sinne – aus näher dargelegten Gründen (S. 2 ff. Ziff. 5-6) - zu verneinen (S. 2 Ziff. 4).

E. 2.4

Replikweise

(Urk.12) hielt die Beschwerdeführerin daran fest, dass die Sache eventualiter zur er gänzenden polydisziplinären Abkl ä r ung im Sinne der neusten Rech t spr e c h ung an die

Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei

(S. 3 unten), auch weil das Gutachten von Dr. B.____ aus den bereits dargelegten Gründen nicht beweistauglich sei (S. 3 Mitte, vgl. auch S. 4) und die somatischen Beschwerden letztmals 2016 begutachtet worden seien (S. 4 oben).

E. 2.5

Dem hielt die Beschwerdegegnerin in der Duplik (Urk. 14) entgegen, Dr. B.____ habe die Interaktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin für ausreichend befunden, um eine Begutachtung durchzuführen. Abgesehen davon wäre bezüglich Sucht mittelabhängigkeit nicht auf ein Leiden von erheblichem Schweregrad zu schliessen, wenn die Beschwerdeführer in der Aufforderung, sich in nüchternem Zustand begutachten zu lassen, nachkäme und mithin zur Abstinenz fähig wäre.

E. 2.6

In ihrer Eingabe vom 23. April 2020 (Urk. 16) wandte die Beschwerdeführerin ein, aus dem Umstand, dass eine Person nüchtern zur Begutachtung erscheinen könne, könne keineswegs geschlossen werden, dass sie auch zu einer dauerhaften Abstinenz fähig wäre. Aus ihrem Antrag auf eine erneute Begutachtung in nüchternem Zustand dürften zudem keine Schlüsse auf den Schweregrad des Leidens gezogen werden. 3. 3.1

In ihrem Bericht vom 11. Mai 2015 über die am 9. April 2015 durchgeführte Testung zur Abklärung des kognitiven Leistungsniveaus (Urk. 7/40) führte Dr. phil. C.____, psychiatrische Klinik D.____, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen, aus, in einigen Bereichen zeige sich eine gute kognitive Leistungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin verfüge über eine durchschnittliche Intelligenz und zeige durchschnittliche Leistungen in der Konzentration und Aufmerksamkeit. Schwierigkeiten

zeigten sich in den figuralen Gedächtnisleistungen, vor allem wenn die zu lernende Information komplex sei. Die exekutive Funktionen lägen im diskret bis leicht reduzierten Bereich. Das Gesamtbild entspreche den geschilderten Beschwerden mit Gedächtnisproblemen und einem Gefühl der Leere im Kopf. Die Arbeitshaltung sei aber sehr gut und engagiert. Die Beschwerdeführerin habe eine rasche Auffassungsgabe und arbeite sehr genau (S. 3 Mitte). 3.2

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt am Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der D.____, berichtete am 30. Oktober 2015 (Urk. 7/39), die Beschwerdeführerin stehe seit 30. April 2012 mit Unterbrüchen in seiner Behandlung (Ziff. 1.2). Es seien folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (Ziff. 1.1): - Rezidiv nach langjähriger Drogen- und Alkoholkrankheit mit andauernder Persönlichkeitsänderung, depressiver Störung und diskreten Störungen der exekutiven Funktionen (ICD-10 F19.7) - chronische Hepatitis C, Genotyp 3A, Leberbiopsie: ausgeprägte Fibrose mit beginnendem zirrhotischem Umbau.

In einer ersten Behandlungsphase vom 20. April 2012 bis 28. Mai 2013 habe die Behandlung einer mittelschweren depressiven Episode und bei der erneuten Behandlung ab 9. Oktober 2014 eine Alkoholabhängigkeit mit Pegeltrinken im Vordergrund gestanden. Seit

1. September 2015 komme die Beschwerdeführerin wieder regelmässig zu Konsultationen und sie habe es auch wieder geschafft, den Alkoholkonsum aufzugeben (S. 2 Mitte). Die

Beschwerdeführerin

sei im Wesentlichen seit Behandlungsbeginn zu mehr als 80 % arbeitsunfähig und anamnestisch schon seit der Scheidung 2006 in ihrer Arbeitsfähigkeit massiv eingeschränkt (Ziff. 1.6). Das Hauptproblem sei der Mangel an Energie. Bis auf weiteres sei die Beschwerdeführerin mit einer Tätigkeit im ersten Arbeitmarkt überfordert (Ziff. 1.7). 3.3.3.1

Im Rahmen der

ersten von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Begutachtung

wurde die Beschwerdeführerin durch Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Z.____, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, und durch Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht.

Im psychiatrischen Fachgutachten vom 27. Mai und 18. August

2016

(Urk.

7/61/7-18)

verneinte

Dr. G.____

nach am 11. Mai 2016 erfolgter Untersuchung (vgl. S. 1 Ziff. 1.2) das Vorliegen von Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen schädlichen Konsum von multiplen Substanzen, ICD-10 F19.1 (S. 9 Ziff. 5).

Der Gutachter führte aus, anlässlich der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine reichhaltige Gestik und Mimik gezeigt,

die Mimik habe teilweise als überzeichnet imponiert. Ermüdungserscheinungen seien nicht zum Vorschein gekommen. Die Beschwerdeführerin sei durchgehend selbstsicher und sthenisch aufgetreten. Der Attributionsstil habe als externalisierend imponiert. Die Diskrepanz zwischen diversen auf Nachfragen hingeklagten Defiziten und dem blanden beobachtbaren Teil des psychopathologischen Befundes werfe die Frage nach dem Vorliegen von Malingering auf (S. 8 Ziff. 4.1). Was die Aspekte der Persönlichkeit anbelange, sei in der Gesamtschau das Vorliegen einer Persönlichkeitsakzentuierung aus dem sogenannten B-Cluster (antisozial/histrionisch/narzisstisch/

emotional instabil) wahrscheinlich. Dabei handle es sich jedoch um eine erweiterte Variante der Norm, eine Störung von Krankheitswert werde dadurch nicht konstituiert (S. 9 Mitte). Authentische Funktionsstörungen seien nicht zum Vorschein gekommen (S. 9 Ziff. 4.2).

Die

durch Dr. E.____ gestellte (psychiatrische) Diagnose (vorstehend E. 3.2) könne nicht bestätigt werden. Zum Vorschein komme ein langjähriger Konsum von psychoaktiven Substanzen, wobei die Angaben der Beschwerdeführerin zur Vorgeschichte nur teilweise denjenigen im Bericht von Dr. E.____ entsprächen. Ein gesundheitlicher Schaden durch den Konsum von Kokain, Cannabis und Heroin sei nicht eindeutig nachweisbar und auch in der

Ätiologie der bestehenden aus geprägten Fibrose mit beginnendem zirrhotischem Umbau der Leber spiele der Alkoholüberkonsum bei bekannter chronischer Hepatitis C keine monokausale Rolle. Aufgrund der Unvollständigkeit und verminderten Reliabilität der vorliegenden medizinischen Akten könne nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob die Beschwerdeführerin jemals eine Episode einer affektiven Erkrankung durchgemacht habe (S. 10 Ziff. 6.1).

Ein Verlust der psychosozialen Ordnung mit zunehmender Asozialität könne weder den Akten noch den Schilderungen der Beschwerdeführerin entnommen werden (S. 10 Ziff. 6.3). Das von der Beschwerdeführerin dargebotene Bild sei vermindert konsistent gewesen mit vage, pauschal und defizitorientiert geschilderten Beschwerden sowie Diskrepanzen zwischen vorgebrachten Beschwerden und beobachtbarem Teil des psychopathologischen Befundes (S. 11 Ziff. 6.5).

Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe für sämtliche für die Beschwerdeführerin infrage kommende und ihren Kenntnissen und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 12 Ziff. 6.7). 3.3.2

Im internistischen Gutachten vom 11. Oktober 2016

(Urk. 7/61/1-6), welches auch eine abschliessende Konsensbeurteilung der Arbeitsfähigkeit durch beide Teilgutachter sowie den Klinikdirektor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin des Z.____ beinhaltet (vgl. S.

1 Mitte),

nannte

Dr. F.____

nach am 11. April 2016 erfolgter Untersuchung (vgl. S. 1 Mitte) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 6.1): - chronische Hepatitis C, Genotyp 3A - Leberbiopsie mit ausgeprägter Fibrose und beginnendem zirrhotischem Umbau - aktuell Therapie mit Copegus und Sovaldi - Verdacht auf Pneumopathie - Differentialdiagnose (DD) nach inhalativen Noxen, Anstrengungsdispnöe bei Anämie - Polyarthralgien unklarer Ätiologie - DD im Rahmen Hepatitis C, bei Vitamin D Mangel, unspezifisch.

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie einen schädlichen Konsum von multiplen Substanzen (ICD-10 F19.1), einen Vitamin D Mangel sowie eine makrozytäre Anämie (S. 5 Ziff. 6.2).

In der Beurteilung (S. 5 f. Ziff. 7) führte die Gutachterin zusammenfassend aus, anatomisch klagt die Beschwerdeführerin vor allem

über Gelenkbeschwerden und eine ausgeprägte Müdigkeit, welche im Rahmen der zweistündigen Exploration nicht abschliessend beurteilt werden können. Allerdings sei eine solche im Rahmen der chronischen Hepatitis C beziehungsweise unter Therapie plausibel.

Diesbezüglich bleibe der Verlauf nach Therapieende abzuwarten. Sofern die Polyarthralgien im Rahmen der chronischen Hepatitis C

zu sehen seien, wäre dies prognostisch günstig, sofern die Hepatitis C-Therapie anschläge (S. 6 oben).

Im zuletzt ausgeübten Beruf als Arztsekretärin

sei die Beschwerdeführerin aufgrund der erhöhten Müdigkeit und der Konzentrationsstörung sowie der niedrigen Belastbarkeit nicht arbeitsfähig. In einer körperlich nicht belastenden Tätigkeit mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen sei sie aufgrund der erhöhten Müdigkeit, der

reduzierten Konzentrationsfähigkeit und der Gelenkbeschwerden zu 50 %

arbeitsunfähig. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit seit mindestens einem Jahr bestehe. Eine Neuevaluation sechs Monate nach Abschluss der Therapie mit Copegus und Sovaldi werde empfohlen (S. 6 Ziff. 7.2-4). 3.4

Dr. med. H.____, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, speziell Hepatologie, berichtete am 29. November 2017 (Urk. 7/79), die Beschwerdeführerin habe auf die antivirale Behandlung mit Sovaldi und Copegus mit einer anhaltenden Therapieantwort reagiert und das Virus definitiv eliminiert. Im Rahmen der regelmässigen Nachkontrollen hätten sich bislang keinerlei Hinweise für ein

hepatozelläres Karzinom und/oder eine Dekompensation der Leberzirrhose ergeben. Die letzte Kontrolle habe am 20. November 2017 stattgefunden. Im diesbezüglichen Bericht vom gleichen Datum (Urk. 7/83/6-7) führte Dr. H.____ aus, bezüglich der Leber gehe es der Beschwerdeführerin anhaltend gut (S. 2). Anamnestisch möchte sie gerne wieder arbeiten, zumindest zu 50%. Aufgrund ihres Alters habe sie aber Schwierigkeiten, eine Stelle zu finden. Dr. E.____ habe ihr aber auch eine IV-Behandlung vorgeschlagen (S. 1 unten).

3.5

In seiner Stellungnahme vom 22. Februar 2018 (Urk. 7/125 S. 5-6) führte ein Internist des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin aus, die nicht mehr nachweisbare HCV-RNA auch noch sechs Monate nach Therapieende entspreche einer Heilung. Damit sei eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der hepatologischen Stellungnahme von Dr. H.____ (letzte Kontrolle am 20. November 2017) ausgewiesen (S. 5 unten). Seither bestehe für angepasste Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 6 Mitte). 3.6

Am 31. Mai 2018 (Urk. 7/89) berichtete Dr. E.____ (vorstehend E. 3.2), der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert (Ziff. 1.1). Zusätzlich zu der von ihm bereits im

Bericht vom 30. Oktober 2015 (vorstehend E. 3.2) genannten psychiatrischen Diagnose diagnostizierte er eine Polytoxikomanie, phasenweiser Konsum, ICD-10 F19.2 (Ziff. 1.2). Er führte aus, phasenweise stehe der Konsum von Alkohol und Drogen im Vordergrund. Aber gerade auch in der langen abstinenten Phase zeigten sich die Störungen der Affektivität (chronisch depressive Stimmungslage), der reduzierte Antrieb und die diskreten kognitiven Einschränkungen. Auch in den abstinenten Phasen habe die Beschwerdeführerin Mühe, Termine wahrzunehmen und ihre administrativen Aufgaben zu erledigen. Die Anpassungsfähigkeit, die Belastbarkeit und die Durchhaltefähigkeit genügen nicht, um im ersten Arbeitsmarkt funktionieren zu können. Durch den langjährigen Drogen- und Alkoholkonsum habe nicht nur die Leber bleibenden Schaden genommen, auch die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit seien schwer beeinträchtigt (Ziff. 1.3). Als Arztsekretärin sei die Beschwerdeführerin seit

Behandlungsbeginn im April 2012 zu mehr als 80 % arbeitsunfähig. Im geschützten Rahmen bestehe eine sehr reduzierte Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1). Die erfolgreiche Hepatitis C- Behandlung von November 2015 bis Mai 2016 habe leider keine Verbesserung in Bezug auf die chronische Müdigkeit und Energielosigkeit gebracht. Die Beschwerden hielten an, obwohl die Beschwerdeführerin von Sommer 2015 bis Sommer 2017 in einer langen abstinenten Phase keinen Alkohol und keine Drogen konsumiert habe (Ziff. 3.1). 3.7 3.7 .1

Im Rahmen der zweiten

von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Begutachtung wurde die Beschwerdeführerin durch den Neuropsychologen A.____ und durch den Psychiater Dr. B.____

untersucht.

Im

neuropsychologischen

Teilgutachten vom 18. November 2018 (Urk. 7/112)

führte A.____ (auszugsweise) die zur Verfügung gestellten Akten (S. 3 Ziff. 2), die Angaben der Beschwerdeführerin (S.

3 ff. Ziff. 3) und die am 14. August 2018 (vgl. S. 1 Ziff. 1.1) erhobenen Befunde

(S. 5 ff.

Ziff. 4) an .

Der Gutachter nannte keine Diagnosen mit und keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er führte aus, insgesamt habe sich entsprechend den für die Testergebnisse angepassten Referenzwerten der relevanten Einflussfaktoren (Alter, Geschlecht und Bildung) ein unauffälliges, durchschnittliches kognitives Leistungsprofil ergeben (S. 13 Ziff. 6.1-2). Die basalen kognitiven Leistungen (visuell- räumlich, räumlich-konstruktiv, Lesen, Rechnen) seien unauffällig gewesen. Die Leistungen im Bereich Aufmerksamkeit und Konzentration könnten zusammenfassend als durchschnittlich eingestuft werden. Im Verlauf der vierstündigen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf ein Nachlassen der Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit gezeigt. Die Lern- und Gedächtnisleistungen entsprächen einem alters- und bildungsbezogen durchschnittlichen Leistungsvermögen und auch bei den höheren mentalen beziehungsweise kognitiven Prozessen, die der Selbstregulation und der zielgerichteten Handlungssteuerung des Individuums in seiner Umwelt dienen (Exekutivfunktionen), hätten sich keine Auffälligkeiten ergeben (S. 13 f. Ziff. 7). In den durchgeführten Symptomvalidierungsverfahren hätten sich keine Hinweise auf eine bewusstseinsferne Verdeutlichungsneigung ergeben und es hätten auch keine Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Aggravation oder auf eine Simulation festgestellt werden können. Insofern könnten die erbrachten Testleistungen als valide betrachtet werden (S. 14 Ziff. 7.3). Für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ergäben sich aus neuropsychologischer Sicht keine Hinweise auf eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (S. 14 Ziff. 8.1). 3.7 .2

Im psychiatrischen Gutachten

vom 14. Dezember 2018 (Urk. 7/118/1-27)

führte

Dr. B.____ die vorhandenen Arztberichte (S. 5

Ziff. 2), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 6 ff .

Ziff. 3) und die am 30. Oktober 2018 (vgl. S. 3 Mitte) erhobenen Befunde (S. 13 f.

Ziff. 4) an .

Als Diagnose (S. 15 Ziff. 6.1) nannte er eine Störung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F19.24).

Der Gutachter führte aus, die gesamte Untersuchungssituation sei dadurch charakterisiert gewesen, dass die Beschwerdeführerin divergierende Angaben bezüglich Alkohol und Drogen gemacht habe (S. 6 Ziff. 3.1) .

Sie sei alkoholintoxiziert zur Untersuchung erschienen und habe auch intensiv nach Marihuana gerochen. Sie sei jedoch vollständig einsichtsfähig und urteilsfähig gewesen, sodass keine Indikation zum Abbruch der Untersuchung bestanden habe (S. 6 f.).

Ihre Motivation sei sehr gering und die gesamte Kooperation nur sehr eingeschränkt, die Interaktionsfähigkeit für die Durchführung einer Untersuchung jedoch ausreichend gewesen (S. 13 Ziff. 4.1).

Zum psychiatrischen Befund führte der Gutachter unter anderem aus, es hätten sich leichte Konzentrationsstörungen sowie Auffassungsstörungen gezeigt, welche jedoch durch den vorherigen Alkoholkonsum erklärbar seien (S. 13 unten) . In diagnostischer Hinsicht finde sich weder eine Störung aus dem Formenkreis F19.7 noch F07.0 oder Unterformen (S. 16 oben) . Bei regelmässiger Zufuhr von Alkohol und Cannabis komme es zu Antriebsstörungen, erhöhter Ermüdbarkeit und sozialem Rückzug. Inwieweit bei der Beschwerdeführerin Abstinenzphasen dokumentierbar seien, sei unklar. Es benötige jedoch jeweils Erholungsphasen, bis Antrieb und Ermüdbarkeit wieder adäquat seien. Reduzierter Antrieb sei damit kein Hinweis auf eine dauerhafte Störung (S. 16 unten) . Die zentral als problematisch angegebene Antriebslosigkeit und Ermüdbarkeit seien

im Sinne der Abhängigkeitserkrankung

zu interpretieren (S. 17 oben). Von irreversiblen Suchtfolgeschädigungen sei nicht auszugehen und es finde sich keine primäre psychiatrische Symptomatik, die eine sekundäre Sucht definieren lasse (S.

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 1. Oktober 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 6.4

).

Bei der Beschwerdeführerin bestehe keine Krankheitseinsicht. Eine Entwöhnungs- oder Entzugsbehandlung sei nie durchgeführt worden (S.

E. 6.6

). Auch die durchgeführte neuro psychologische Untersuchung (vgl. vorstehend E. 3.1) erscheine nur fraglich dienlich, da eine solche zum einen eine reliable psychiatrische klinische Diagnostik nicht ersetzen könne, und sie zum anderen ohne Berücksichtigung von gültigen Vorgaben durchgeführt worden sei. Insbesondere seien die Ergebnisse nicht auf ihre Validität hin geprüft worden.

Mit dieser überzeugenden Begründung stellte Dr. G.____ nicht nur das von Dr. E.____

diagnostizierte Störungsbild in Frage, sondern verneinte er auch die Nachvollziehbarkeit der von Dr. E.____ seit Behandlungsbeginn attestierten Arbeitsunfähigkeit von mehr als 80 %

(vgl. Urk. 7/61/18 oben). Nachdem Dr. G.____ im Rahmen seiner Untersuchung keine authentischen Funktionsstörungen erheben konnte,

gelangte er zum überzeugenden Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung (einzig) ein die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussender schädlicher Konsum von multiplen Substanzen (ICD-10 F 19.1) bestand. 4.6

Dr. B.____ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 14. Dezember 2018 (vorstehend E. 3.7.2)

eine Störung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F19.24). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneinte er unter Hinweis auf ein primäres Suchtgeschehen.

Das Gutachten von Dr. B.____ wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und der Gutachter setzte sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und ihrem Verhalten anlässlich der Untersuchung auseinander. Strittig und zu prüfen ist vorab, ob der (unbestrittene) Umstand, dass die Beschwerdeführerin alkoholintoxiziert zur Untersuchung bei Dr. B.____ erschien, die Beweiskraft des Gutachtens schmälert. Der Gutachter hielt indes explizit fest, dass die Interaktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausreichend gewesen und sie vollständig einsichtsfähig und – entgegen dem Einwand durch Dr. E.____ (vgl. vorstehend E. 3.8) –

auch urteilsfähig gewesen sei, sodass keine Indikation zum Abbruch der Untersuchung bestanden habe. Dies zeigt, dass sich Dr. B.____ die Frage nach einem Abbruch der Untersuchung stellte, einen solchen aufgrund des Gesprächsverlaufs jedoch nicht als erforderlich erachtete. Dieser Entscheidung ist als im Rahmen des ihm als Gutachter zustehenden Ermessens zu sehen und steht einem Abstellen auf das Gutachten nicht entgegen.

Zur diagnostischen Einordnung des Störungsbildes führte Dr. B.____ unter anderem aus, die Beschwerdeführerin habe selbst unmittelbar vor der Begutachtung keine Abstinenz bezüglich Marihuana und Alkohol ermöglichen können, was deutlich den Wunsch oder den Zwang zeige, psychotrope Substanzen zu konsumieren, sowie die verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Ende und Menge des Konsums. Ferner finde sich das typische Symptom, dass andere Interessen und Vergnügen vernachlässigt würden und der Substanzkonsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen wie zum Beispiel einer Leberschädigung, depressiver Verstimmungen oder der Verschlechterung kognitiver Funktionen aufträte (Urk. 7/118/17 Mitte). Damit erweist sich die gestellte Diagnose als

anhand der diagnostischen Leitlinien gemäss ICD-10 nachvollziehbar begründet und ist im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. B.____

von einem fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Abhängigkeitssyndrom auszugehen.

Die Beschwerdeführerin machte geltend, der Gutachter habe sich angesichts ihres Zustandes gar kein Bild zu den über die Sucht hinausgehenden Störungen machen können. Im Raum steht dabei

die durch Dr. E.____

beschriebene Schädigung des Gehirns im Sinne eines Restzustands mit andauernder Persönlichkeitsänderung mit

störenden Verhaltensauffälligkeiten

sowie depressive Störung (vgl. vorstehend E.

3.2, E.

3.6, E.

3.8).

Vorab ist festzuhalten, dass bereits Dr. G.____ im Jahr 2016 ein entsprechendes Störungsbild in nachvollziehbarer Weise verneint hatte (vgl. vorstehend E. 4.5) und es unwahrscheinlich ist, dass nur zwei Jahre später von einer durch die Sucht bedingten Schädigung des Gehirns auszugehen ist, zumal die Suchtproblematik bereits im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. G.____ langjährig war. Abgesehen davon setzte sich auch Dr. B.____

in seinem Gutachten mit der Beurteilung durch Dr. E.____ auseinander. Er führte aus, die von

Dr. E.____

mit der Kodierung ICD-10 F19.7 angeführte Diagnose sei

in der ICD-10 definiert als Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung, welche die Kriterien für eine organische Persönlichkeitsstörung F07.0 erfülle (Urk. 7/118/16 Mitte). Unter Hinweis auf die fehlenden Voraussetzungen gemäss den diagnostischen Leitlinien verneinte Dr. B.____ in nachvollziehbarer Weise das Vorliegen einer entsprechenden Störung. So führte er aus, die Beschwerdeführerin könne zielgerichtete Aktivitäten längerfristig durchhalten. Ausserhalb der intoxikierten Strukturen finde sich nirgends eine emotionale Labilität dokumentiert. Bedürfnisse oder Impulse würden nicht ohne Berücksichtigung von Konsequenzen oder sozialen Konventionen durchgeführt. Es komme nicht zu Misstrauen oder paranoiden Bedenken oder anderen kognitiven Störungen und auch nicht zu einer exzessiven Beschäftigung mit bestimmten abstrakten Themen. Es fänden sich keine Veränderung von Sprachproduktion oder Redefluss, Begriffsunschärfen oder andere formale Denkstörungen und auch kein verändertes Sexualverhalten (Urk. 7/118/17 oben).

Bestehend depressive Symptomatik führte der Gutachter aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe kein sozialer Rückzug. Sie habe angegeben, mit ihrem Freundskreis regelmässig zu chatten und wegzugehen. Sie könne für ihren Sohn unterstützend da sein und alle Tätigkeiten durchführen. Sie gebe weder Traurigkeit noch Einschränkungen

bezüglich Freudfähigkeit an. Die Antriebslosigkeit und Ermüdbarkeit der Beschwerdeführer in interpretierte Dr. B.____

nicht im Rahmen einer Depression, sondern im Rahmen der Suchterkrankung (Urk. 7/118/18 oben) . In diesem Zusammenhang ist zu

erwähnen , dass Dr. E.____ zwar von einschlägigen Symptomen einer depressiven Störung auch in abstinenten Phasen berichtete (vgl. vorstehend E. 3.6, E. 3.8) . Allerdings ist unklar , ob die Abstinenz je mit geeigneten Methoden ärztlich überprüft wurde. Dementsprechend wies auch bereits Dr. G.____ darauf hin, Dr. E.____ erwähne nicht, wie genau die Alkoholabstinenz gesichert worden sei und ob und gegebenenfalls wie genau die mit einer Polytoxikomanie vorbeschriebene Beschwerdeführerin andere psychoaktive Substanzen konsumiert habe (Urk. 7/61/17 Ziff. 6.6). Desgleichen stellte auch Dr. B.____ fest, eine Abstinenz werde nie nachgewiesen oder dokumentiert (Urk. 7/118/16 unten). Abgesehen davon war die Beschwerdeführerin jeden falls im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. G.____

im Jahr 2016 nüchtern und konnte der Gutachter keine depressive Symptomatik erheben .

Vor diesem Hintergrund erweist sich die Beurteilung durch Dr. E.____ , wonach die von der Beschwerdeführerin geklagte Antriebslosigkeit und Müdigkeit als Symptome der Abhängigkeitserkrankung zu interpretieren seien, als nachvollziehbar und schlüssig begründet. Eine somatische Ursache der geklagten Müdigkeit ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich, umso mehr, als die Hepatitis C erfolgreich behandelt wurde. Im Übrigen ergibt sich aus den Akten deutlich, dass die Beschwerdeführerin psychosozial

schon lange erheblich belastet war und ist, etwa durch die Trennung von ihrem Ex-Ehemann, durch Sorgen um ihren Sohn und die finanzielle Situation , durch die Betreuung ihrer kranken Mutter sowie nicht zuletzt durch Gewalterfahrungen in der Partnerschaft

(vgl. Urk. 7/41 S. 4-6 , Urk. 7/39 S.

2 unten, Urk. 7/61 S.

3 unten, Urk. 7/89 S.

2 unten , Urk. 7/91 , Urk. 7/118/7 oben, Urk. 7/118/9 unten) . In ihrem selbst verfassten Lebenslauf äusserte sich die Beschwerdeführerin denn auch bezeichnenderweise dahin gehend , sie stehe heute an dem Punkt, an dem sie eben stehe ,

[...] , sie sei « einfach müde » (Urk. 7/41 S. 6 oben). Bei dieser Sachlage kann in antizipierter Beweis würdigung (BGE 134 I 140 E. 5.3) von

den beschwerdeweise beantragten weiteren Abklärungen

abgesehen werden. 4.7

Nach dem Gesagten ist gestützt auf die von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin (einzig) das von Dr. B.____ diagnostizierte Abhängigkeitssyndrom besteht . Die Frage nach dessen

funktionellen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen ist unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu prüfen (vgl. vorstehend E. 1.2) .

Zwar wurde das Gutachten von Dr. B.____ am 14. Dezember 2018 und damit vor der einschlägigen Rechtsprechungsänderung erstellt. Das Gutachten enthält aber Aussagen zu den bereits mit BGE 141 V 281 eingeführten Standardindikatoren. Diese sind in der Konsensbeurteilung vom 14. Dezember 2018 (Urk. 7/118/28-39) unter Ziffer 4.3-6 zusammengefasst wiedergegeben (S.

5

ff.) und erlauben

im Kontext mit den weiteren fachärztlichen Berichten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren, sodass

dahin gehende weitere medizinische Abklärungen nicht angezeigt sind. 4.8

Was die festgestellte Gesundheitsschädigung anbelangt, so bezeichneten die Gutachter die Abhängigkeit in der Konsensbeurteilung (Urk. 7/118/28-39)

als schwergradig ausgeprägt. Gleichzeitig wiesen sie aber darauf hin, dass die Beschwerdeführerin innerhalb der anderen Felder trotzdem adäquat agieren könne. Sie könne den Haushalt selbständig und auch für ihren Sohn mitführen. Sie könne waschen, putzen und auch alle anderen Tätigkeiten durchführen. Auch im sozialen Bereich fänden sich keine Einschränkungen. Freunde kämen zu Besuch und es werde gemeinsam gekocht und gegessen. Organisatorische Aufgaben könne die Beschwerdeführerin selbständig durchführen (S. 5 Ziff. 4.3). Dem Gutachten von Dr. B.____ (Urk. 7/118/1-27) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin

entsprechende Aussagen anlässlich der durchgeführten Befragung gemacht hatte (S. 9 oben, S. 11). Der Gutachter hielt aber auch fest, dass die Beschwerdeführerin andernorts angegeben habe, nie zu ihren Freunden und fast nie ausser Haus zu gehen (S. 8 oben, S. 11 Mitte). Auch wenn die Wahrheit in Bezug auf die Häufigkeit von Treffen mit Freunden – anlässlich der Begutachtung durch Dr. G.____ hatte die Beschwerdeführerin immerhin von einem Kollegenkreis von mehr als 10 Personen, die sie regelmässig treffe, berichtet (Urk. 7/61/11 unten), – und dem Ausser-Haus-Gehen irgendwo in der Mitte liegen dürfte, ist aufgrund einer gesamthaften Würdigung der Angaben der Beschwerdeführerin davon auszugehen, dass sie trotz Suchterkrankung ein für den Alltag ausreichendes Funktionsniveau aufweist. Abgesehen davon beschrieb

Dr. B.____ im psychopathologischen Befund

trotz Suchtmittelkonsum einzig leichte Konzentrations- und Auffassungsstörungen und dass die Beschwerdeführerin insgesamt weinerlich und eher affektinkontinent gewesen sei. Der übrige Befund ist unauffällig (Urk. 7/118/14 ff. Ziff. 4.3.2).

Von einem Behandlungserfolg in Bezug auf die Suchterkrankung kann nach Lage der Akten insofern nicht gesprochen werden, als die Beschwerdeführerin trotz der seit dem Jahr 2012 im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der D.____ statt findenden Behandlungen durch Dr. E.____ mehrfach rückfällig wurde. Zwar versicherte

Dr. E.____ glaubhaft, dass im Rahmen dieser Behandlungen auf eine Abstinenz hingearbeitet worden sei (vgl. vorstehend E. 3.8). Angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin trotz mehrfachen Rückfällen bis lang keiner anderen Therapie wie beispielsweise einer stationären Entzugstherapie zugeführt wurde beziehungsweise werden konnte, kann jedoch nicht gesagt werden, eine indizierte, lege artis und mit optimaler

Kooperation der Beschwerdeführerin durchgeführte Therapie sei definitiv gescheitert und die Prognose daher negativ.

Eine psychiatrische Komorbidität sowie körperliche Begleiterkrankungen sind wie dargelegt (vgl. vorstehend E. 4.2-6) zu verneinen.

Zum Persönlichkeitsaspekt führten die Gutachter in der Konsensbeurteilung (Urk. 7/118/28-39) aus, es fänden sich keine Störungsbilder, die nicht durch eine entsprechende Intoxikation oder Sucht erklärbar seien (S. 6 Ziff. 4.4). 2016 konnte auch Dr. G.____

hinsichtlich der Persönlichkeit keine krankheitswertige Störung erheben. Er ging lediglich vom Vorliegen einer Persönlichkeitsakzentuierung aus dem B-Cluster aus und stufte diese als erweiterte Variante der Norm ein (vorstehend E. 3.3.1).

Was den sozialen Kontext anbelangt, ist einerseits auf die bereits erwähnten (vgl. vorstehend E. 4.6) invaliditätsfremden sozialen Belastungen hinzuweisen, denen die Beschwerdeführerin seit längerer Zeit ausgesetzt ist und die mit überwiegend Wahrscheinlichkeit negative funktionelle Folgen zeitigen. Andererseits wiesen die Gutachter in der Konsensbeurteilung (Urk. 7/118/28-39 S. 6 Ziff. 4.5) beziehungsweise Dr. B.____ in seinem Gutachten (Urk. 7/118/1-27 S. 20 unten) auch auf (mobilisierbare)

Ressourcen hin. So etwa den sicheren Bekanntenkreis, welcher unterstützt und für die Beschwerdeführerin da sei, sowie die psychiatrische Betreuung durch Dr. E.____. Dass die Beschwerdeführerin zur Nutzung von Ressourcen fähig ist, zeige sich gemäss den Gutachtern etwa darin, dass die Beschwerdeführerin ihre Mutter im Altersheim betreue und sie im Rahmen der errichteten Beistandschaft auch ihren Sohn unterstützen.

Hinsichtlich des Aspektes der Konsistenz fällt zum einen der von den Gutachtern in der Konsensbeurteilung (Urk. 7/118/28-39) unter Hinweis auf die Vernachlässigung von Therapieoptionen zur Erreichung einer langfristigen und dauerhaften Abstinenz nachvollziehbar verneinte Leidensdruck ins Gewicht (S. 6 Ziff. 4.6). Medizinische Gründe, die gegen eine Abstinenz sprechen, wurden seitens der Gutachter verneint (S. 8 Ziff. 4.10). Nachdem Dr. E.____ der Beschwerdeführerin zumindest in den abstinenten Phasen Krankheitseinsicht attestierte (vgl. vorstehend E. 3.8), kann auch nicht gesagt werden, die Nichtinanspruchnahme einer anderen Therapieform sei klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen. Zum anderen ist aufgrund der Schilderungen der Beschwerdeführerin von einem jedenfalls nicht massgeblich eingeschränkten Aktivitätensniveau im Alltag auszugehen. So gab sie Dr. B.____ gegenüber an, einen Freundeskreis zu haben und mit ihren Freunden in gutem Kontakt zu stehen. Man telefoniere täglich mehrfach oder tausche Nachrichten aus und besuche sich auch gegenseitig. Ferner habe sie einen sehr guten Kontakt zur Mutter und besuche sie diese häufig im Altersheim. Auch kümmere sie sich sehr viel um ihren Sohn, der viel Aufmerksamkeit benötige (Urk. 7/118/12 Mitte). Ein sozialer Rückzug ist vor diesem Hintergrund mit Dr. B.____

(vgl. vorstehend E.

3.7.2) zu verneinen. 4.9

Die Würdigung der massgeblichen Indikatoren ergibt, dass im Falle der Beschwerdeführerin nicht von einer sich in invalidenver sicherungsrechtlich relevanter Weise auf das funktionelle Leistungsvermögen auswirkenden Suchterkrankung auszugehen ist.

Damit erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 5. 5.1

Die Verfahrenskosten gemäss

Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5.2

Mit Honorarnote vom 23. April 2020 (Urk. 17) machte Rechtsanwältin Stephanie Schwarz einen Aufwand von 12 Stunden und 25 Minuten

geltend (Urk. 17). Dies ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses angemessen, weshalb ihre Entschädigung unter Berücksichtigung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- auf Fr. 3'030.25 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Stephanie Schwarz, wird mit Fr. 3'030.25 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von
Urk. 16 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

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

E. 8

).

Mit Gerichtsverfügung vom 19. November 2019 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 unten) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und es wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 9). Die Beschwerdeführerin hielt mit Replik vom 11. Februar 2020 an ihren Anträgen fest (Urk.

E. 12

S. 2 oben). Die Beschwerdegegnerin hielt mit Duplik vom 17. März 2020 an ihrem Antrag fest (Urk.

E. 14

S. 2), was der Beschwerdeführerin am 23. März 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 15). Am 23. April 2020 reichte die Beschwerdeführerin eine Zusammenstellung des anwaltlichen Aufwands

(Urk. 17) ein und nahm kurz Stellung zur Duplik

(Urk.

E. 16

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 17

Ziff.

E. 19

Ziff. 7.2). Der Leidensdruck sei sehr gering. Über die ambulante Therapie hinaus nehme sie keine Therapien wahr (S. 20 oben). Es fänden sich keine dauerhaften kognitiven und affektiven Einschränkungen. Eine organische Persönlichkeitsstörung sei nicht zu diagnostizieren und es finde sich auch keine typische alkoholbedingte Wesensänderung. Der behandelnde Facharzt verordne auch keine entsprechende medikamentöse Therapie (S. 20 Mitte).

Es bestehe eine primäre Abhängigkeitserkrankung. Die angegebenen Funktions Einschränkungen seien durch die Abhängigkeitserkrankung nachvollziehbar (S.

E. 20

f.

Ziff. 7.4).

Unter Ausklammerung der Abhängigkeitserkrankung sei die Beschwerdeführerin sowohl als Arztsekretärin als auch innerhalb der Tätigkeiten, die sie früher ausübt habe (Verkauf, allgemeines Sekretariat, Sachbearbeitung), ohne Leistungseinschränkung voll arbeitsfähig, auch retrospektiv. Aufgrund der Abhängigkeitserkrankung sei sie einem regulären Arbeitsplatz nicht zumutbar, was aber nicht auf interaktionellen Schwierigkeiten basiere (S. 22 f. Ziff. 8.1-2). 3.7.3

In der Konsensbeurteilung vom 14. Dezember 2018 (Urk. 7/118/28-39) nannten die Gutachter als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 4.2) die von Dr. B. ___ genannte psychiatrische Diagnose (vgl. vorstehend E. 3.7.2).

Aus neurologisch-psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen als auch einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig, auch retrospektiv (S. 7 f. Ziff. 4.7-8). Als einzige effektive Therapie sei eine langfristige und dauerhafte Abstinenz indiziert (S. 8

Ziff. 4.10).

3. 8

In seiner Stellungnahme vom 27. Februar 2019 (Urk. 7/124) zum psychiatrischen Teilgutachten von Dr. B.____ (vorstehend E. 3.7.2) warf Dr. E.____ (vorstehend E. 3.2) die Frage auf, ob eine IV-Begutachtung der intoxikierten und in ihrer Urteilsfähigkeit beeinträchtigten Beschwerdeführerin ethisch vertretbar sei. Weiter wies er darauf hin, dass mit der Beschwerdeführerin durchaus auf Abstinenz hingearbeitet und auch mehrfach versucht worden sei, sie zu einer stationären Behandlung zu motivieren. Nachdem es ihr gelungen sei, im September 2015 einen ambulanten Entzug zu machen und dann bis Sommer 2017 praktisch abstinent zu leben, habe sich damals eine stationäre Therapie erübrigt (S. 1 f.). Es könne versichert werden, dass die Beschwerdeführerin in den abstinenten Phasen durchaus Krankheitseinsicht habe (S.

2 unten). Das Gutachten weise diverse Ungenauigkeiten auf, zum Beispiel auch zur sozialen Situation und zur Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt. Das soziale Netz der Beschwerdeführerin bestehe aus wenigen Personen, im Wesentlichen alle mit einer langen Geschichte von Alkohol- und Drogenkonsum. Mit der Unterstützung des psychisch kranken, arbeitsunfähigen 23-jährigen Sohnes sei die Beschwerdeführerin seit Jahren überfordert und das Zusammenwohnen funktioniere nicht. Am vormaligen Wohnort habe sich die KESB eingeschaltet und die verwahrloste Wohnung geräumt werden müssen (S. 2 f.).

Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine primäre Suchterkrankung. Ein bleibender Gesundheitsschaden sei klar vorhanden.

Nicht nur die Leber, sondern auch das Gehirn hätten Schaden genommen. Im Vordergrund stehe dabei die Persönlichkeitsänderung mit störenden Verhaltensauffälligkeiten. Von September 2015 bis Sommer 2017 sei die Beschwerdeführerin weitgehend abstinent von Alkohol, Kokain und Cannabis gewesen. Von Herbst 2017 bis Sommer 2018 habe sie noch längere abstinente Perioden gehabt. Seit Herbst 2018 konsumiere sie wieder praktisch durchgehend Alkohol (S. 3 Mitte). Es habe somit genügend lange abstinente Phasen gegeben, um beurteilen zu können, ob die lange Alkohol-/Drogenkrankheit zu Folgeschäden geführt habe (S. 3 unten). Auch ohne kognitive Einschränkungen komme es praktisch bei allen Patienten mit einer so langen Geschichte von schwerer Alkohol- und Drogenabhängigkeit und jahrelanger Arbeitsunfähigkeit zu einer andauernden Persönlichkeitsänderung mit störenden Verhaltensauffälligkeiten und sei auch bei totaler Abstinenz eine erfolgreiche berufliche Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt kaum möglich (S. 4 Mitte). 4. 4.1

Ausweislich der medizinischen Akten besteht bei der Beschwerdeführerin eine langjährige Alkohol- und Drogensuchtproblematik, was unbestritten ist. Seit der mit BGE 145 V 215 nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung ergangenen Rechtsprechungsänderung

können fachärztlich einwandfrei diagnostizierte Abhängigkeitssyndrome

als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche psychische Gesundheitsschäden in Betracht fallen. Die Frage nach deren Auswirkungen auf das funktionelle Leistungsvermögen ist unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens zu beantworten (vgl. vorstehend E. 1.2), wovon die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zutreffend ausging und eine entsprechende Prüfung vornahm (vgl. vorstehend E. 2.3). Die vorliegend unter anderem strittige Frage, ob die Suchterkrankung zu somatischen und/oder psychischen Folgeschäden geführt hat, ist zwar zu prüfen, von der Bejahung oder

Verneinung dieser Frage hängt aber nicht (mehr) ab, ob der Suchterkrankung (mittelbar) invalidenversicherungsrechtliche Relevanz zukommt oder nicht. 4.2

In somatischer Hinsicht ergibt sich aus den Akten, dass bei der Beschwerdeführerin 2015 eine chronische Hepatitis C mit ausgeprägter Fibrose und beginnendem zirrhotischem Umbau diagnostiziert worden war (vgl. vorstehend E. 3.2). Diese wurde von November 2015 bis Mai 2016 (vgl. vorstehend E. 3.6) durch Dr. H. ___ medikamentös behandelt (vgl. vorstehend E. 3.4). Am 1. April 2016 wurde die Beschwerdeführerin noch während laufender Therapie im Rahmen einer interdisziplinären Begutachtung

durch Dr. F. ___ internistisch beurteilt (vgl. vorstehend E. 3.3.2). Die Gutachterin bestätigte die Hepatitis C-Diagnose sowie die bioptisch erhobenen Schäden an der Leber und attestierte der Beschwerdeführerin im Rahmen der Konsensbeurteilung mit dem psychiatrischen Gutachter eine volle Arbeitsunfähigkeit als Arztsekretärin und eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für leidensangepasste Tätigkeiten.

Die attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde

unter Hinweis auf eine erhöhte Müdigkeit, eine reduzierte Konzentrationsfähigkeit sowie Gelenkbeschwerden begründet. Im psychiatrischen (Teil-) Gutachten (vgl. vorstehend E. 3.3.1) beschrieb Dr. G. ___ die Konzentrationsfähigkeit allerdings als intakt (Urk. 7/6 1 /7-18 S. 9 oben). Damit fanden in der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung Konzentrationsstörungen Berücksichtigung, welche

nicht objektiviert wurden, und ist diese bereits insofern nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Abgesehen davon hielt Dr. F. ___ fest, sie habe die von der Beschwerdeführerin vor allem geklagten Gelenkbeschwerden sowie die ausgeprägte Müdigkeit im Rahmen der zweistündigen Exploration nicht abschliessend beurteilen können. Sie erachtete dies im Rahmen der chronischen Hepatitis C beziehungsweise unter Therapie (lediglich) als plausibel und ging in Bezug auf die Polyarthralgien von einer günstigen Prognose aus, sollte die Hepatitis C-Therapie anschlagen.

Gemäss dem

Bericht des behandelnden Hepatologen vom November 2017 (vorstehend E. 3.4) konnte das Virus mittels der eingeleiteten Therapie, welche bereits im Mai 2016 (vgl. vorstehend E.

3.6) oder Juni 2016 (vgl. Urk. 7/61/3 oben) abgeschlossen war, definitiv eliminiert werden und ergaben die regelmässigen Nachkontrollen weder Hinweise für ein hepatozelläres Karzinom noch für eine Dekompensation der Leberzirrhose. Dr. H. ___ berichtete, bezüglich der Leber gehe es der Beschwerdeführerin anhaltend gut. In Bezug auf die Hepatitis-Infektion ist mithin von einem verbesserten Gesundheitszustand auszugehen (vgl. auch die RAD-Stellungnahme vom 22. Februar 2018, vorstehend E. 3.5) und war eine allfällige dadurch bedingte Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit bereits nach Beendigung der Therapie im Mai oder Juni 2016 überwiegend wahrscheinlich nicht mehr gegeben. Die Beschwerdeführerin wollte damals offenbar gerne auch wieder zumindest im Umfang von 50 % arbeiten, was aber nicht aus gesundheitlichen Gründen, sondern aufgrund ihres Alters als schwierig beschrieben wurde (vgl. vorstehend E. 3.4). 4.3

Am 14. August 2018 wurde die Beschwerdeführerin im Rahmen einer weiteren

bidisziplinären Begutachtung durch A.____ neuropsychologisch begutachtet (vgl. vorstehend E. 3.7.1). Dabei wurden im Rahmen einer vierstündigen Untersuchung die verschiedenen Funktionsbereiche umfassend geprüft, die Funktionen psychometrisch überprüft und es erfolgte eine Beschwerdevalidierung (vgl. Urk. 7/112 S. 6 ff. Ziff. 4.3). Der

Gutachter erhob ein durchschnittliches kognitives Leistungsprofil und stufte namentlich auch die Leistungen im Bereich der Aufmerksamkeit und der Konzentration als durchschnittlich ein. Im Verlauf der Untersuchung zeigten sich keine Hinweise auf ein Nachlassen der Belastbarkeit und der Konzentrationsfähigkeit. Der Gutachter verneinte das Vorliegen von neuropsychologischen Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Das Gutachten erfüllt alle zu beachtenden Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vorstehend E. 1.3) vollumfänglich, so dass darauf abzustellen ist. Der Beweiswert des neuropsychologischen (Teil-) Gutachtens wurde durch die Beschwerdeführerin denn auch nicht in Frage gestellt. 4.4

Seit April 2012 steht

die Beschwerdeführerin im Zentrum für Abhängigkeitskrankheiten der D.____ bei Dr. E.____ in Behandlung (vgl. vorstehend E. 3.2). Seiner Beurteilung zufolge bestehen bei der Beschwerdeführerin durch eine lange Alkohol- und Drogenkrankheit bedingte krankheitswertige, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Folgeschäden nicht nur an der Leber, sondern auch am Gehirn (vgl. vorstehend E. 3.8). Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte er einen Restzustand nach langjähriger Drogen- und Alkoholkrankheit mit andauernder Persönlichkeitsänderung, depressiver Störung und diskreten Störungen der exekutiven Funktionen, ICD-10 F19.7 (vgl. vorstehend E. 3.2, E. 3.6). In seinem Bericht vom 31. Mai 2018 (vorstehend E. 3.6) diagnostizierte Dr. E.____ darüber hinaus eine Polytoxikomanie, phasenweiser Konsum, kodiert mit ICD-10 F19.2, was einem Abhängigkeitssyndrom durch multiplen Substanzgebrauch entspricht (vgl. auch Urk. 7/118/17 Mitte). Demgegenüber verneinten sowohl Dr. G.____ im Jahr 2016 (vorstehend E. 3.3.1) als auch Dr. B.____ im Jahr 2018 (vorstehend E. 3.7.2) im Rahmen der von der Beschwerdegegnerin veranlassten bidisziplinären Begutachtungen das Vorliegen von sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden psychiatrischen Diagnosen. 4.5

Dr. G.____ setzte sich in seinem auf allseitigen Untersuchungen beruhenden und in Kenntnis der Vorakten erstatteten Gutachten vom 27. Mai und 18. August 2016 (vorstehend E. 3.3.1) sorgfältig mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden sowie ihrem Verhalten anlässlich der Untersuchung auseinander und wies auf Diskrepanzen zwischen den diversen geklagten Defiziten und dem unauffälligen psychopathologischen Befund (vgl. dazu Urk. 7/61/15 oben) hin. Sodann setzte er sich einlässlich mit der Beurteilung durch Dr. E.____ im Bericht vom 30. Oktober 2015 (vorstehend E. 3.2) auseinander. Er wies darauf hin, dass darin ein AMDP-konformer psychopathologischer Befund fehle, weshalb unklar bleibe, auf welcher Grundlage die Einschätzung des psychopathologischen Bildes und des Schweregrades der Störung erfolgt sei. Die erwähnte anhaltende Persönlichkeitsveränderung, die Störung von exekutiven Funktionen sowie die depressive Störung bildeten sich weder in den anamnestischen Angaben noch in den Informationen über die aktuellen Beschwerden und den aktuellen Befund ab. Ausser dem bleibe unklar, ob der beobachtbare Teil des psychopathologischen Befundes bei der diagnostischen Einschätzung hinreichend berücksichtigt worden sei, oder die Einschätzung lediglich auf subjektiven

Angaben der Beschwerdeführerin basiere. Die im Bericht von Dr. E. ___ angeführten, nicht operationalisierten Beschreibungen wie «etwas älter wirkende und vom schweren Leben gezeichnete Frau» könnten eher wenig dem Zweck einer präzisen, wissenschaftlich begründeten Diagnostik dienen und betonten eher den Umstand, dass bei der Beurteilung vor allem die psychosozialen Umstände sowie die subjektiven Angaben berücksichtigt worden seien (Urk. 7/61 S. 11 Ziff.

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