

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01230 vom 23. Dezember 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-12-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.01230](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01230)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01230 du 23 décembre 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01230 del 23 dicembre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Ge burts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beein träch ti gung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verur sachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teil weise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommen den ausge glichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesund heitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich min des tens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung ( IVV )

eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neu anmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu ver ge wissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in ana loger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). 2.

## **E. 2**

Hiergegen erhob die Versicherte am 24. November 2014 ( Urk. 1) Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente. In prozessualer Hinsicht

ersuchte sie um unentgeltliche Rechtspflege samt Bestellung von Rechtsanwältin Noëlle Cerletti als unentgeltliche Rechtsbeiständin (S. 2). Die IV-Stelle ersuchte am 13. Januar 2015 (Urk. 9) um Abweisung der Beschwerde, was der Versicherten am 15. Januar 2015 zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die ursprüngliche rentenabweisende Verfügung vom 10. Mai 2010 (Urk. 10/43) basierte auf dem Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 12. Januar 2010 (Urk. 10/25/1-76). Dieser verwies in anamnestischer Hinsicht (S. 55 f.) auf die Kindheits-/ Jugendsituation mit Tod der Mutter, als die Beschwerdeführerin 21 Jahre alt gewesen sei. Aufgrund der Krebserkrankung der Mutter habe sie zu Hause als älteres von zwei Kindern viel Verantwortung übernehmen müssen. Mit 18 Jahren habe sie ihren ersten Sohn geboren, im Anschluss habe sie ihre Ausbildung als medizinische Praxisassistentin dank der Unterstützung ihres Vaters beenden können. Mit ihrem Ex-Ehemann habe sie drei weitere Kinder und habe über Jahre

eine gute Beziehung geführt. In der 34. Schwangerschaftswoche ihres vierten Kindes habe sie im Jahre 2000 einen unverschuldeten Verkehrsunfall ohne somatische Folgen erlitten. Hingegen habe sie in der Folge eine Angst- und Panikstörung entwickelt. Die damals geborene Tochter habe unter starken Schluckbeschwerden gelitten. Ohne ihr eigenes Leiden zu erkennen, habe sie regelmässig Alkohol zu trinken begonnen. Eine damals begonnene ambulante Behandlung habe wenig Wirkung gezeigt. Der zunehmende Alkoholkonsum habe zu Spannungen in ihrer Beziehung geführt, was letztendlich im Jahre 2004 mit einem Suizidversuch eskaliert sei. Es sei eine erste Klinikeinweisung und die Trennung von ihrer Familie erfolgt. Im Anschluss habe sie eine fünfmonatige Therapie in der Klinik B.\_\_\_\_ gemacht und fünf kürzere Kriseninterventionen benötigt. Unter Alkoholeinfluss sei es zu mehrfachen suizidalen Handlungen gekommen. Seit Oktober 2006 lebe sie mit ihrem neuen Lebenspartner, der eben falls unter psychischen Problemen leide, in einer Wohnung in O.\_\_\_\_. Bei der Scheidungsverhandlung habe sie auf Unterhaltszahlungen sowie das Sorgerecht für ihre Kinder verzichtet (vgl. auch Urk. 10/13), da sie sich für die Trennung schuldig gefühlt habe.

Im Rahmen des Behandlungsverlaufs ab Januar 2007 sei die Beschwerdeführerin zuverlässig zu wöchentlichen bis zweiwöchentlichen Konsultationen erschienen. Sporadisch sei ihr jetziger Lebenspartner miteinbezogen worden. Es sei ihr gelungen, die Beziehung zu ihren Kindern weitgehend zu normalisieren. Mit ihrem Ex-Ehemann sei es wiederholt zu Auseinandersetzungen gekommen, worauf sie mit Alkoholabstürzen reagiert habe. Aufgrund positiver Vorerfahrungen sei sie zur Rückfallprophylaxe medikamentös behandelt worden. Im Sommer 2007 habe sie trotz Verhütung eine Schwangerschaft festgestellt. Sie habe in der Folge vermehrt unter Existenzängsten gelitten, den Alkoholkonsum habe sie während der Schwangerschaft – bis auf einen Einbruch – einstellen können. Im März 2008 sei ihr fünftes Kind zur Welt gekommen, die Partnerschaft habe weiter hin grossen Schwankungen unterlegen. Nach dem Mutterschaftsurlaub habe die Beschwerdeführerin ihre Arbeit bei der Firma C.\_\_\_\_ wieder regulär aufnehmen können,

was vorerst eine positive gesamtpsychische Wirkung gezeigt habe. Anfang November 2008 aber habe die vielfältige psychosoziale Belastung (Kindsbetreuung, Arbeit bei der Firma C.\_\_\_\_, chronisch anhaltender Paar Konflikt) im Zusammenhang mit der auch

emotional instabilen Symptomatik zu einer gesamtpsychischen Verschlechterung geführt. Es seien erneut Alkoholrückfälle aufgetreten, so dass sie sich zur Vermeidung eines vollständigen Absturzes freiwillig zur stationären Behandlung habe einweisen lassen. Seit Anfang Februar 2009 sei sie nun wieder in ambulanter Behandlung. Die Beschwerdeführerin habe sich inzwischen von ihrem Partner (Kindsvater) getrennt und habe auch ihre Arbeitstätigkeit bei der Firma C.\_\_\_\_ aufgegeben.

### **E. 2.2**

Der Gutachter schilderte ein auf die multiple psychosoziale Belastungssituation eingegrenztes Denken; die Beschwerdeführerin habe von auftretenden Ängsten in grossen Kaufhäusern berichtet und an Orten, wo es viele Menschen habe. Eine Zwangssymptomatik liege nicht vor. Inhaltlich ergäben sich keine Hinweise für Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Bezüglich Affektivität klagte die Beschwerdeführerin über Leergefühle, Störung der Vitalgefühle, Depressivität sowie Insuffizienzgefühle (als Mutter nicht zu genügen). Der Antrieb werde als normal geschildert, wobei ein allgemeines Überforderungsgefühl betont werde. In letzter Zeit bestehe eine Tendenz zu sozialem Rückzug. In letzter Zeit mache sie sich Sorgen um ihre Kinder aus erster Ehe und sei erheblich belastet durch den Auszug und das Verhalten des Kindsvaters.

### **E. 2.3**

Dr. Y.\_\_\_\_ diagnostizierte eine narzisstische Persönlichkeitsstörung sowie ein Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol, ständiger Substanzgebrauch und – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – eine rezidivierende depressive Störung so wie ein Abhängigkeitssyndrom durch Tabak, ständiger Substanzgebrauch (S. 66).

Zur Begründung (S. 67 ff.) der erstgenannten Diagnose verwies er auf das zentrale Symptom des labilen Selbstwertgefühls der Beschwerdeführerin, die starke Beschäftigung mit ihrem persönlichen Wert, dass sie auf Kritik oft mit intensiven Gefühlen der Wut, Scham oder Demütigung reagiere, dass sie sich ihrer Fähigkeiten und Talente sehr bewusst sei und möchte, dass andere diese sehen und

respektieren würden, dass bei Problemen aus ganz besonderen einzigartigen Gründen nur wenige besondere Menschen sie verstehen würden, dass sie den Anspruch habe, von anderen ihrer Persönlichkeit entsprechend – und nicht wie eine unter vielen – behandelt zu werden und dass ihr im Kontakt mit anderen deren laufende Aufmerksamkeit wichtig sei und sie sich dabei ertappe, dass sie deren Bewunderung holen möchte. Sowohl Selbstüberschätzung wie auch Minderwertigkeitserleben seien Ausdruck eines gestörten Selbstwertgefühls. Die Selbstüberschätzung soll vor der Minderwertigkeit schützen und diese wiederum vor dem tiefen Schmerz, der mit dem Selbstverlust verbunden sei. Die narzisstische Beschwerdeführerin habe nicht gelernt, ihre Person angemessen einzuschätzen. Daher fänden sich in den Persönlichkeitsfragebogen keine schlüssigen Befunde. Im Grunde halte sie sich für minderwertig, schwach, schlecht und unattraktiv. Da das Eingeständnis, minderwertig zu sein, jedoch ausserordentlich unangenehm sei, rette sie die Selbstüberschätzung über das schlechte Gefühl hinweg. Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung wie die Beschwerdeführerin forderten übertriebene Bewunderung, zeigten jedoch wenig echtes Interesse und Einfühlungsvermögen für Mitmenschen. Lebensfreude erleben sie kaum und wenn, dann nur kurzfristig. Gefühle flackerten kurz auf, um

rasch wieder zu verflachen. Häufig seien Minderwertigkeits- und Unterlegenheitsgefühle zu beobachten, die mit Omnipotenzgefühlen und Grössenphantasien bezüglich der eigenen Person wechselten. Bleibe die narzisstische Bestätigung aus, komme es zu Verstimmungen, depressiven Reaktionen, Aggressionen und Ängsten und es komme zu Minderwertigkeits- und Versagensgefühlen. Die Ängste hätten in der Vergangenheit phasenweise das Ausmass von Panikattacken angenommen. Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung erlebten Zurückweisung oder Kritik als beschämende Demütigung, die in ihnen die Gefühle einer Niederlage und der Unterlegenheit hervorriefen. Beim Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung gehe es um die prototypische narzisstische Reaktion auf die Bedrohung ihres grandiosen Selbstbildes. Die Aggression mit all ihren Symptomen sei eine Reaktion auf Kränkungen in der Umwelt, so dass Fehlsteuerung oder mangelhafte Beherrschung Symptome eines übermässig fragilen Selbstes seien.

Zur zweitgenannten Diagnose hielt er fest, das unklare, instabile Selbstkonzept der Beschwerdeführerin führe zu einem Gefühl der inneren Leere, der Sinnlosigkeit und der Unzufriedenheit, was zu Ruhelosigkeit und Hyperaktivität führe. Der Alkoholkonsum der Beschwerdeführerin sei in diesem Zusammenhang als Selbstheilungsversuch mit untauglichen Mitteln zu verstehen. Der gemessene Blutalkoholspiegel zum Untersuchungszeitpunkt habe 0.7 Promille betragen.

In Bezug auf die depressiven Beschwerden verwies Dr. Y. \_\_\_ auf Gedankenkreisen, Traurigkeit, Interesse- und Freudlosigkeit, Schuld- und Versagensgefühle, eine erhöhte Ermüdbarkeit und phasenweise Selbstmordgedanken sowie bereits in der Vergangenheit aufgetretene depressive Episoden. Er empfahl eine langfristige, ambulante, engmaschige, störungsspezifische, psychopharmakologische Psychotherapie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung mit Kontrollen der Abstinenz von Alkohol.

#### **E. 2.4**

Der Gutachter befand die Beschwerdeführerin aufgrund der dekompenzierten narzisstischen Persönlichkeitsstörung mit Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol als nicht in der Lage, in einer Doppelfunktion Mutter/Hausfrau und in einer ausserhäuslichen Tätigkeit zu arbeiten. In ihren jeweiligen Tätigkeitsbereichen sei die Beschwerdeführerin zu 70 % arbeitsfähig. Weiter hielt er fest, die Eheprobleme, der Autounfall, die gesundheitlichen Probleme ihrer Tochter und die Trennung und Scheidung von ihrem Ehemann hätten zu einer Dekompensation der narzisstischen Persönlichkeitsstörung geführt. Die Probleme mit dem neuen Lebenspartner, die Mehrfachbelastung als Mutter/Hausfrau und in ausserhäuslicher Arbeitstätigkeit und der drohende Verlust ihrer Tochter infolge des Abhängigkeitssyndroms durch Alkohol stellten die aufrechterhaltenden psychosozialen Belastungsfaktoren der Dekompensation der narzisstischen Persönlichkeitsstörung dar. Die Prognose sei abhängig von der Entwicklung der psychosozialen Belastungsfaktoren (S. 69). 3. 3.1

Die seit August 2009 behandelnde Dr. med. Z. \_\_\_ von der Fachstelle für Alkoholprobleme, Kloten, diagnostizierte – im Rahmen der Neuanschuldung – in ihrem Bericht vom 7. Mai 2012 (Urk. 10/53) eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtiger Substanzgebrauch seit 2003, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom seit 2000, eine Agoraphobie mit Panikstörung, teilremittiert seit 2000 sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge vom

emotional instabilen Typus seit Jugendalter (Ziff. 1.1). Sie hielt fest, die Beschwerdeführerin sei nicht alkoholabstinent, weshalb eine eingeschränkte Verbindlichkeit

bezüglich Terminwahrnehmung sowie Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Auffassungsstörungen bestünden. Aufgrund der Komorbidität (Depression, Angst) ergebe sich eine verminderte Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit. Insgesamt bestehe eine deutlich reduzierte Belastbarkeit aufgrund des komplexen psychiatrischen Störungsbildes. Im Vordergrund stehe gegenwärtig die Suchtproblematik, die sich jedoch sekundär nach dem traumatischen Erlebnis 2000 und der Entstehung der depressiven und der Angststörung ergeben habe (Ziff. 1.7). Sie attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit als

Mitarbeiterin der Firma C.\_\_\_\_ seit 2008 (Ziff. 1.6) und erachtete lediglich eine Tätigkeit im geschütztem Rahmen zu maximal 30 % als möglich (Ziff. 1.7). 3.2

Dr. med. D.\_\_\_\_, Oberarzt Psychiatrie A.\_\_\_\_, welcher die Beschwerdeführerin – nach Betreuung durch Dr. Z.\_\_\_\_

ab

9. Januar 2012 - seit 1. September 2012 behandelt, berichtete am 3. Juni 2013 (Urk. 10/66) über eine gewisse Stabilisierung im ambulanten Setting, so dass keine weiteren Kriseninterventionen und Notfalleinweisungen (zuletzt im Februar 2012) notwendig gewesen seien. Unter antidepressiver Medikation sei es zu einer Teilremission der ängstlich-depressiven Symptomatik gekommen. Die Beschwerdeführerin sei als ultima ratio auf Antabus eingestellt worden, darunter sie mehrere Wochen abstinent gewesen sei. Immer wieder sei es jedoch zu Rückfällen gekommen. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin nicht durchgehend alkoholabstinent, daher bestehe die bereits von Dr. Z.\_\_\_\_ beschriebene Problematik betreffend Terminwahrnehmung und weitere Einschränkungen (E. 4.1), welche auch unter Ausblendung des Suchtleidens in trinkfreien Phasen vorhanden seien.

Dr. D.\_\_\_\_ bestätigte die von Dr. Z.\_\_\_\_ gestellte Diagnose (E. 4.1), wobei er die rezidivierende depressive Störung als gegenwärtig remittiert erachtete und keinen Hinweis auf eine Teilremission der Agoraphobie mit Panikstörung machte. Er erkannte aufgrund der reduzierten Belastbarkeit und trotz mehrfachen stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungen des schweren (aus seiner Sicht sekundären) Suchtleidens keine Möglichkeit einer wirtschaftlich verwertbaren Tätigkeit. Einsätze im geschützten Rahmen (30 %) seien vorstellbar und bereits erfolgt. 3.3 3.3.1

Med. prakt. E.\_\_\_\_ führte in ihrem Gutachten vom 19. Dezember 2013 (Urk. 10/75) in anamnestischer Hinsicht aus, seit der Trennung vom Partner lebe die Beschwerdeführerin alleine, wobei sie sich zeitweise in der Wohnung des Partners aufhalte. Die jüngste Tochter habe während den ersten zwei bis drei Lebensjahren bei ihr gelebt. Nachdem sie aufgrund ihrer Alkoholproblematik auf gefallen sei, sei das Kind bei einer Pflegefamilie untergebracht worden. Sie sei aktuell in einem Kinderheim untergebracht und verbringe jedes zweite Wochenende bei der Beschwerdeführerin (S. 19). 3.3.2

Die Gutachterin berichtete sodann über das von der Beschwerdeführerin geschilderte Hauptproblem von Zukunftsangst. Sie habe aktuell viel Zeit, wisse nicht, was sie mit sich anfangen solle. Sie beschäftige sich mit malen, stricken, lesen. Sie habe Angst vor der Zukunft und manchmal Angst vor der Angst. Sie frage sich immer wieder, ob sie es schaffe, nicht zu trinken, in den letzten Monaten sei sie einige Male rückfällig geworden (S. 14). Seit eineinhalb Jahren sei sie morgens von 08.30 bis 11.00 Uhr in der psychiatrischen

Tagesstätte F.\_\_\_\_ ,

wo verschiedene Aufträge erledigt würden (aktuell Weihnachtskarten anfertigen, Guetli backen, Nikolaussäckli packen, stricken). Dort fänden alle paar Monate Standortgespräche mit der behandelnden Psychologin, der zuständigen Person von der Suchtberatungsstelle und einer Mitarbeiterin vom Sozialamt statt (S. 15). Sie sehe sich nicht in der normalen Arbeitswelt ohne geschützten Rahmen. Im F.\_\_\_\_ habe sie das vorgesehene Zeitpensum von 50 % immer noch nicht geschafft. Auch beim aktuellen Pensum von 35 % gebe es immer wieder Ausfälle, welche durch das Trinken, manchmal aber auch durch Angst oder extreme Schmerzen verursacht seien. Manchmal komme sie morgens einfach nicht aus dem Bett (S. 17). 3.3.3

Die Expertin beschrieb grundsätzlich unauffällige Befunde bei der affektiv oberflächlich und schwankend (zwischen Heiterkeit mit wiederholtem Lachen und Gereiztheit bei Thematisierung nicht zusagender Fragen [Alkoholrückfälle]) erscheinenden Beschwerdeführerin mit recht ausgeglichener Grundstimmung, welche punktuell geringgradig herabgesetzt gewesen sei. Es lasse sich eine gewisse Störung der Steuerungsfähigkeit bei einer hohen Kränkbarkeit in Form von Alkoholrückfällen und punktuell auch selbstverletzendem Verhalten eruieren. Ein Leidensdruck in Bezug auf die psychischen Probleme sei wenig spürbar gewesen. Sie habe wenig motiviert erschienen bzw. deutlich ambivalent in Bezug auf eine adäquate ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung samt Suchtbehandlung mit dem Ziel einer bewussten Abstinenz (S. 17 f.). 3.3.4

Med. prakt. E.\_\_\_\_ führte aus, bei der Beschwerdeführerin bestünden psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol. Während früher ein ständiger Substanzgebrauch beschrieben worden sei, habe sich das Trinkverhalten im weiteren Verlauf dahingehend verändert, dass inzwischen ein episodischer Gebrauch festzustellen sei. Im Längsschnittverlauf lasse sich daher eine gewisse Besserung des Trinkverhaltens konstatieren (S. 23).

Bei der Beschwerdeführerin liessen sich sodann persönlichkeitsstrukturelle Auffälligkeiten feststellen. Es sei von einem mässigen bis zeitweise geringen strukturellen Integrationsniveau auszugehen mit gewissen Auffälligkeiten in den Bereichen der Selbstwahrnehmung, der Objektwahrnehmung, der psychischen Abwehrfunktionen, der Kommunikation und insbesondere der Selbststeuerung. Hinsichtlich der Selbststeuerung lasse sich eine eingeschränkte Selbstwertregulierung mit einer hohen Kränkbarkeit feststellen. Es sei davon auszugehen, dass belastende Ereignisse, insbesondere Verlusterlebnisse und Verlustängste (Ängste nach der Geburt der Tochter 2009, Trennung und Scheidung 2006, Fremdplatzierung der Tochter 2011) zu einer Labilisierung der strukturellen Vulnerabilität geführt und die Entwicklung von depressiven Symptomen wie auch die Entwicklung einer Alkoholproblematik begünstigt hätten. Die persönlichkeitsstrukturellen Auffälligkeiten seien am ehesten akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen, narzisstischen und emotional instabilen Anteilen zuzuordnen. Differentialdiagnostisch sei eine kombinierte Persönlichkeitsstörung zu erwägen (S. 23 f.).

Die Gutachterin führte weiter aus, im Rahmen der aktuellen Untersuchung hätten sich weder Hinweise für das Vorliegen einer Agoraphobie noch einer Panikstörung ergeben. Falls früher solches vorgelegen haben sollte, sei es voll remittiert. Für die Diagnose eines ADHS gebe es in den Akten und auch aufgrund der anamnestischen Schilderungen der

Beschwerdeführerin keine Anhaltspunkte (S. 24). 3.3.5

Die Gutachterin hielt zusammenfassend fest, die vorliegenden akzentuierten Persönlichkeitszüge bzw. die differentialdiagnostisch erwogene kombinierte Persönlichkeitsstörung hätten keine wesentlichen und insbesondere keine quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und Ausbildungsfähigkeit zur Folge gehabt. Der Beschwerdeführerin sei es – trotz der bei ihr per Definitionem seit der Jugend vorliegenden persönlichkeitsstrukturellen Auffälligkeiten – möglich gewesen, zwei Berufe zu erlernen und diese auch auszuüben. Von einer guten Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit zeuge die berufliche Anamnese: Die gelernte medizinisch-radiologische Praxisassistentin habe sich im Alter von 35

Jahren entschlossen, einen neuen Beruf zu erlernen (Haus- und Familienpflegerin, S.

12) und nachfolgend entsprechend tätig zu sein. Auch nach einer längeren Pause nach der Geburt der Tochter im Jahr 2000 sei sie wieder einer Berufstätigkeit nachgegangen.

Aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht sei festzuhalten, dass eine quantitative Arbeitsunfähigkeit aus den bei ihr vorgelegenen depressiven Episoden resultiert habe und in deren Rahmen zeitlich begrenzt gewesen sei. Die rezidivierende depressive Störung sei vollständig remittiert.

Hinsichtlich der Suchtproblematik führte die Expertin aus, diese resultiere nicht aus einem invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden, weil die vorgelegenen psychischen Störungen zeitlich begrenzt gewesen seien. Körperliche oder geistige Folgeschäden lägen nicht vor.

Die Gutachterin verwies sodann auf verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren, welche den Behandlungsverlauf entscheidend beeinflusst hätten: Das subjektive Krankheitskonzept mit einem maladaptiven Krankheits- und Schonverhalten, Migrationshintergrund, wenige und inzwischen auch länger zurückliegende Erfahrungen in den erlernten Berufen, eher geringe Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, nach der Geburt der Tochter 2008 und insbesondere aktuell geringer beruflicher Ehrgeiz, angespannte finanzielle Situation, IV-Berentung des Partners, eigener Rentenwunsch (S. 24 f.).

Zusammenfassend stellte med. prakt. E. \_\_\_ aufgrund der beschriebenen psychischen Störungen allenfalls sehr leichte qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit fest, welche durch eine leicht verminderte Stress- und Frustrationstoleranz, eine leicht eingeschränkte emotionale Belastbarkeit und allenfalls leicht eingeschränkte soziale Kompetenzen mit Einschränkungen der Konfliktfähigkeit bedingt seien. Qualitative Einschränkungen hätten sich nicht mehr feststellen lassen. Sodann liessen sich gute Ressourcen in Form von guten intellektuellen und kognitiven Fähigkeiten einschliesslich einer guten Konzentration und Aufmerksamkeit, der Bereitschaft Neues zu lernen wie auch kreative Fähigkeiten feststellen (S. 25). 3.3.6

Med. prakt. E. \_\_\_ diagnostizierte akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen, narzisstischen und emotional instabilen Anteilen, differentialdiagnostisch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, narzisstischen und emotional instabilen Zügen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte

sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig voll remittiert, sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig

episodischer Substanzgebrauch. Sie attestierte eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bei der Firma C.\_\_\_\_ sowie als Hausfrau. Nach dem Attest einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit im Januar 2010 und der nachfolgenden stationären/teilstationären psychiatrischen Klinikaufenthalte sei ab Mai 2012 und erneut ab Juni 2013 eine Stabilisierung bzw. Besserung der psychischen Symptomatik beschrieben worden. Vermutlich schon länger, wahr scheinlich seit Juni 2013 und spätestens seit der gutachterlichen Untersuchung im Dezember 2013 sei eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit ausgemessen (S. 26) .

Sie ergänzte, die von den bisher behandelnden Ärzten attestierte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit sei – auch vor dem Hintergrund der vorgenommenen diagnostischen Einschätzung – nicht nachvollziehbar. Es sei davon auszugehen, dass die ambulant behandelnden Ärzte die subjektiven Beschwerden zu stark gewichtet und zudem auch die Suchtprobleme wie auch psychosoziale Belastungsfaktoren miteinbezogen hätten (S. 27 f.).

Am 3. April 2014 ( Urk. 10/86/1-5) nahmen Dr. D.\_\_\_\_ sowie lic. phil. G.\_\_\_\_ von

der Psychiatrie A.\_\_\_\_ Stellung zum Gutachten von med. prakt. E.\_\_\_\_ . Sie bemängelten, es lägen mehrfache fachpsychiatrische Beurteilungen vor, welche eine Angststörung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten. Die Gutachterin stelle aufgrund einer punktuellen Befunderhebung dagegen fest, dass keine Angststörung vorliege und bezeichne die psychiatrischen Vorberichte als inkonsistent. Weiter seien die bisherigen Therapeuten und auch Vorgutachter Dr. Y.\_\_\_\_ von einer sekundären Abhängigkeit ausgegangen, was im vorliegenden Gutachten ohne nachvollziehbare Begründung verneint werde. Die Gutachterin gehe sodann von einer schlechten Therapiemotivation aus, bezeichne jedoch gleichzeitig die aktuelle Behandlung als ausreichend. Schliesslich widerspreche die Beurteilung der erhaltenen Funktionen und Fähigkeiten im Gutachten den eigenen Beurteilungen (S. 4 Ziff. 5).

Die Fachpersonen führten weiter aus, das Gutachten weise einige relevante Widersprüche auf. Insbesondere seien die Vorbeurteilungen hinsichtlich der Angststörung nicht hinreichend diskutiert worden. Eine Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit lasse sich aufgrund der eigenen Verlaufsbeobachtungen nicht feststellen. Die Abnahme der stationären Behandlungsfrequenz in den letzten zwei bis drei Jahren sei auf eine sehr engmaschige Betreuung durch die behandelnde Psychologin inkl. mehrfache notfallmässige ambulante Kriseninterventionen sowie Anbindung an die Institution F.\_\_\_\_ zurückzuführen. Die Abhängigkeitsproblematik habe sich tatsächlich leicht gebessert, was für die zugrunde liegende psychische Problematik allerdings nicht zutreffend sei (S. 4 f. Ziff. 6). 3.5

Dr. med. H.\_\_\_\_ , Oberarzt, und lic. phil. I I.\_\_\_\_ , Psychotherapeutin, von der Klinik B.\_\_\_\_ berichteten am 4. Juni 2014 ( Urk. 10/91) über die stationäre Behandlung vom 31. März bis 30. Mai 2014. Sie diagnostizierten eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtiger Substanzgebrauch, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig kompensiert, eine Agoraphobie mit Panikstörung, akzentuierte Persönlichkeitszüge vom emotional instabilen Typus, ein Tabakabhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch, chronische Diarrhoe unklarer Genese seit drei bis vier Wochen sowie ein Karpaltunnelsyndrom links. Sie verwiesen auf eine Ablenkbarkeit der Beschwerdeführerin

in der Einzeltherapie durch die Eifersucht ihres Partners sowie die eintretende Diarrhoe und den Austritt zwecks weiterer (somatischer) Abklärungen. Zur Arbeitsfähigkeit äusseren sie sich nicht (S. 3). 4. 4.1

Zur massgeblichen Frage, ob sich eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation eingestellt hat, ist vorwegzuschicken, dass die Beschwerdeführerin bereits vor Erlass der ersten leistungsabweisenden Verfügung am 10. Mai 2010 verschiedene stationäre sowie ambulante Therapien absolviert hatte. So verwies Gutachter Dr. Y.\_\_\_\_ (seit 2004) auf eine Hospitalisation im Kantonsspital Schaffhausen zum Alkoholzug, fünf Hospitalisationen im Psychiatriezentrum J.\_\_\_\_, wo als Hauptdiagnose jeweils die Störung durch Alkohol gestellt wurde, eine Hospitalisation in der Klinik B.\_\_\_\_, eine ambulante Behandlung im Psychiatriezentrum K.\_\_\_\_ von Januar 2007 bis Oktober 2008 sowie zwei Hospitalisationen im Spital L.\_\_\_\_, Psychiatriestützpunkt, Mutter-Kind-Abteilung (Urk. 10/25/1-76 S. 15 ff.).

Auch nach der erstmaligen Verneinung des Rentenanspruchs absolvierte die Beschwerdeführerin verschiedene stationäre und ambulante Therapien: So war sie vier Mal in der Klinik K.\_\_\_\_ und ein Mal in der Klinik B.\_\_\_\_ hospitalisiert (Urk. 10/66 S. 2).

Damit zeigt sich das bekannte Bild von wiederholten stationären und ambulanten Therapien in vergleichbarem Masse weiter. 4.2

In diagnostischer Hinsicht ging Dr. Y.\_\_\_\_ ursprünglich von einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung und einem Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol aus und verwies – als Nebendiagnose – auf eine rezidivierende depressive Störung (E. 2.3).

Die vorbehandelnden Ärzte thematisierten sodann eine Angststörung (Urk. 10/25/16), eine Anpassungsstörung (Urk. 10/25/19), eine Panikstörung und Hinweise auf Persönlichkeit mit emotional instabilen Zügen (Urk. 10/25/23) so wie einen Status nach der erwähnten Angst- und Panikstörung (Urk. 10/25/33).

Med. prakt. E.\_\_\_\_ diagnostizierte akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrioiden, narzisstischen und emotional instabilen Anteilen und diskutierte das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. Sodann erwähnte sie – als Nebendiagnose – die remittierte rezidivierende depressive Störung sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (E. 3.3.6). Die behandelnden Ärzte nannten sodann eine teilremittierte Agoraphobie mit Panikstörung (E. 3.1 und E. 3.2).

Daraus ist zu ersehen, dass sich in diagnostischer Hinsicht keine wesentlichen Änderungen ergeben haben. Vielmehr fassten die beteiligten Ärzte die Gesundheitsstörungen leicht unterschiedlich, jedoch insgesamt sowohl im Zeitpunkt der ersten wie auch der zweiten Leistungsablehnung im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung bzw. -akzentuierung unter Hinweis auf eine (teilremittierte) Angst- und Panikstörung sowie eine Alkoholproblematik. 4.3

Auch die erhobenen Befunde sind vergleichbar :

Ursprünglich wurde ein labiles Selbstwertgefühl mit Fokus auf dem persönlichen Wert sowie der Einzigartigkeit samt inadäquatem Umgang mit Kritik im Rahmen von Selbstüberschätzung und Minderwertigkeitserleben geschildert. Die Alkoholproblematik wurde als Selbstheilungsversuch mit untauglichen Mitteln gefasst und in Bezug auf die depressiven Beschwerden auf Gedankenkreisen, Traurigkeit, Interesse- und Freundlosigkeit

keit, Schuld- und Versagensgefühle sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit und phasenweise Selbstmordgedanken hingewiesen (E. 2.3) .

Im Verlauf bis zur erneuten Leistungsablehnung wurden unter Hinweis auf die (zuweilen im Vordergrund stehende) Alkoholproblematik eine eingeschränkte Verbindlichkeit, Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Auffassungsstörungen (E.

3.1-2), Zukunftsangst (E.

3.3.2), affektive Oberflächlichkeit und Schwankungen (E.

3.3.3) geschildert. Damit wurde keine Verschlechterung dokumentiert, sondern es liegen im Gegenteil im Wesentlichen identische Befunde vor. 4.4

Unter dieser Prämisse erscheint das Gutachten von med. prakt. E.\_\_\_\_ als beweiskräftig im Sinne der Rechtsprechung

(vgl. hierzu BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Auskunft über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie die Restarbeitsfähigkeit. Es beruht sodann auf den notwendigen persönlichen Untersuchungen und berücksichtigt detailliert die geklagten Beschwerden, welche massgeblich für die diagnostische Einschätzung waren. Weiter wurde das Gutachten in Kenntnis der

und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben.

Med. prakt. E.\_\_\_\_ referierte die umfangreiche medizinische Aktenlage (Urk. 10/75 S. 3 ff.) und legte den Krankheitsverlauf in zeitlicher Abfolge und gestützt auf die anamnestischen Angaben dar (Urk. 10/75 S. 19 ff.). Schliesslich leuchtet die Expertise in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und sind die Schlussfolgerungen begründet .

In diesem Sinne begründete med. prakt. E.\_\_\_\_ ihre Einschätzung anhand der erhobenen Befunde und der anamnestisch erhobenen Zusammenhänge unter Aufzeigen psychosozialer Belastungsfaktoren (E. 3.3.5). 4.5

Als Hauptkritikpunkt am Gutachten wurde von den Fachleuten der Psychiatrie A.\_\_\_\_ die fehlende Auseinandersetzung mit der vordiagnostizierten Angst- und Panikstörung gerügt bzw. die von den Vorberichten abweichende Einschätzung (E. 3.4). Hier zu ist zu bemerken, dass sich med. prakt. E.\_\_\_\_

auf ihre erhobenen Befunde abstützte, welche eher diskret waren und deren Richtigkeit nicht bestritten wurde . Soweit vorgebracht wurde, dass sich die Gutachterin nur auf eine Momentaufnahme stützte, ist dies praktisch jeder medizinischen Expertise inhärent und führt nicht dazu, dass die Ergebnisse ihren Wert verlieren.

Will man gleichwohl davon ausgehen, dass die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung einen nicht repräsentativ guten Tag hatte oder ihre Defizite beschönigte, zeigt ein Blick auf die von den behandelnden Ärzten geschilderten Befunde ein uneinheitliches Bild. So erachtete Dr. Z.\_\_\_\_ die seit dem Jahr 2000 vorliegende Agoraphobie mit Panikstörung als teilremittiert (E.

3.1). Dr. D.\_\_\_\_ von der Psychiatrie A.\_\_\_\_ konnte im Juni 2013 eine Remission nicht erkennen, verwies indes pauschal auf „generalisierte Ängste“ (Beginn beim Aufwachen, Panikattacken mit Vermeidungsverhalten), ohne konkrete einschlägige Situationen zu

schildern ( Urk. 10/66). Auch im Bericht vom April 2014 ( Urk. 10/86/1-5) finden sich keine konkreten aktuellen Befunde betreffend die Angststörung, sondern lediglich pauschale Hinweise auf zum Teil Jahre zurückliegende Ängste, namentlich im Zug des Unfalls in schwangerem Zustand. Schliesslich finden sich im Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom Juni 2014 ( Urk. 10/91) ebenfalls keine konkret geschilderten Situationen des Auftretens der (wahrscheinlich bloss im Rahmen der Abschrift von Vorberichten) diagnostizierten Agoraphobie. Ganz im Gegenteil wurden die einzelnen Therapieformen geschildert ohne Hinweis auf Angstzustände der Beschwerdeführerin.

Damit ist nicht erkennbar, inwieweit die Beschwerdeführerin in einer Arbeitstätigkeit wegen einer Angststörung eingeschränkt sein sollte. Sie ist denn auch - in geschütztem Rahmen - arbeitstätig, ohne dass Berichte über Angstzustände im Rahmen der Arbeitstätigkeit dokumentiert oder solche auch nur behauptet worden wären. 4.6

Soweit die A.\_\_\_\_-Ärzte sodann auf den Umstand verwiesen, dass die Behandlungsfrequenz lediglich Dank der engmaschigen Betreuung im Rahmen der geschützten Tätigkeit samt psychologischer Unterstützung möglich geworden sei (E. 3.4), kann hieraus nicht auf eine Verschlechterung der Situation seit dem Jahr 2010 geschlossen werden, war sie doch auch damals bereits regelmässig in (stationärer) Behandlung. Eine neu eingetretene bzw. erhöhte Arbeitsunfähigkeit ist dadurch nicht erstellt. 4.7 4.7.1

Festzuhalten ist sodann, dass die Ärzte die Problematik in engem Zusammenhang mit der Alkoholproblematik sahen. So verwies ursprünglich bereits Dr. Y.\_\_\_\_ auf einen ständigen Substanzgebrauch und beurteilte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin deswegen als eingeschränkt (E.

2.3). In der Folge war die Beschwerdeführerin - wie bereits zuvor - mehrfach wegen ihrer Alkoholabhängigkeit hospitalisiert ( Urk. 10/66 S.

2) und begründete die Psychiatrie A.\_\_\_\_ die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit mit der reduzierten Belastbarkeit und dem schweren Suchtleiden ( Urk. 10/66 S. 3). Auch sämtliche übrigen Ärzte sahen in der Alkoholproblematik einen wesentlichen arbeitsfähigkeitseinschränkenden Faktor, wobei med. prakt. E.\_\_\_\_ auf eine Besserung des Trinkverhaltens schloss (E. 3.3.4), was indes nicht von Dauer war, musste doch die Beschwerdeführerin Anfang 2014 deswegen erneut stationär behandelt werden (E. 3.5). 4.7.2

Angesichts dieser Sachlage ist festzuhalten, dass Alkoholismus (wie auch Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit) für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes begründet. Vielmehr wird er invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 2).

Die Ärzte der Psychiatrie A.\_\_\_\_ verwiesen auf ein sekundäres Suchtleiden (E. 3.2 und E. 3.4) und auch Dr. Y.\_\_\_\_ sah die Suchtproblematik als Folge der psychischen Beeinträchtigung (im Sinne eines Selbstheilungsversuchs, E. 2.3). Die zugrundeliegende psychische Störung hat sich indessen im relevanten Beurteilungszeitraum nicht verschlechtert und auch die Alkoholproblematik besteht in vergleichbarer Ausprägung fort.

Damit hat sich auch diesbezüglich keine Veränderung ergeben, aufgrund welcher sich neu eine invalidenversicherungsrechtliche Relevanz samt erheblicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des Suchtleidens ergeben würde. 4.8

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin - wenn überhaupt - nicht in relevanter Weise verschlechtert hat, weshalb nach wie vor kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung besteht. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.5.1

Da die Voraussetzungen erfüllt sind, ist der Beschwerdeführerin antragsgemäss die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und es ist ihr Rechtsanwältin Noëlle Cerletti als unentgeltliche Rechtsvertreterin zu bestellen. 5.2

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5.3

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist die mit heutigem Beschluss bestellte unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Noëlle Cerletti, aus der Gerichtskasse zu entschädigen, nach Einsicht in die Kostennote vom 16. Dezember 2015 (Urk. 12/2) im Umfang von Fr. 1'908.55. 5.4

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuches vom 24. November 2014 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und es wird ihr Rechtsanwältin

Noëlle Cerletti, Bülach, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Noëlle Cerletti, Bülach, wird mit Fr. 1'908.55 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Noëlle Cerletti - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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  
Der Gerichtsschreiber  
Gräub  
Sonderegger

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

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