

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00222 vom 27. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00222

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00222 du 27 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00222 del 27 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1971, ausgebildete Floristin, ledig und Mutter von drei Kindern mit Jahrgang 1997, 1999 und 2002, ist seit November 1997 Hausfrau (Urk. 7/5). Am 23. Juli 2008 meldete sie sich unter Hinweis auf eine psychische Erkrankung und soziale Phobie (seit längerem verstärkte Probleme, seit Januar 2006 krank geschrieben) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Berufliche Integration, Rente) an (Urk. 7/5). Die IV-Stelle nahm medizinische und berufliche Abklärungen vor (Urk. 7/11, Urk. 7/18) und veranlasste eine psychiatrische Abklärung bei Dr. med. Dipl.-Psych. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

(Urk. 7 / 21). Am

31. März 2010 erfolgte eine Haus halt abklärung (Urk. 7/23).

Mit Verfügung vom 14. Oktober 2010 sprach die IV Stelle der Versicherten mit Wirkung ab 1. Juli 2007 eine Dreiviertelrente zu. Dabei ging sie von einer vollumfänglichen Einschränkung im mit 50 % gewichteten Erwerbsbereich und einer 25 % im Haushaltbereich aus und errechnete einen Invaliditätsgrad von 63 % (Urk. 7/32 und Urk. 7/39). In der Folge lud die

IV-Stelle die Versicherte zur Informationsveranstaltung (Pilotprojekt persönliche Begleitung) ein (Urk. 7/40-41).

Anlässlich des im Jahr 2013 eingeleiteten amtlichen Revisionsverfahrens (vgl. Urk. 7/45) holte die IV-Stelle weitere medizinische Berichte ein (Urk. 7/49) und ordnete einen Untersuch der Versicherten beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) an (Urk. 7/50). Der entsprechende (psychiatrische) Untersuchungsbericht wurde am 16. Juni 2014 (Urk. 7/51) erstattet. Am 1

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]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). 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. 1.2.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.2.2

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E.

5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). 1.

E. 1.4.1

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 1.4.2

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

1. Mai 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid hielt die Beschwerdegegnerin fest,

die Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert habe und sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen in ihrer Tätigkeit im Rahmen eines 70 % - Pensums nachgehen würde. Die restlichen 30

% entfielen in den Aufgabenbereich. Aufgrund der medizinischen Beurteilung sei ihr eine der Behinderung angepasste Tätigkeit wie beispielsweise interne Hauspost, Sortierarbeiten oder Qualitätskontrolle zu 50 % zumutbar. Aus den beiden Bereichen ergäbe sich ein Invaliditätsgrad von unter 40 %, weshalb kein Rentenanspruch mehr bestehe

(Urk. 2).

Duplicando stützte sie sich auf den Standpunkt, das Parteigutachten vom 20. Januar 2015 (Urk. 10/1)

vermöge die Auffassungen und

Schlussfolgerungen des psychiatrischen Untersuchungsberichts des RAD -Arztes vom 16. Juni 2014 nicht zu erschüttern. Die Kosten für das Privatgutachten seien daher von der Beschwerdeführerin selbst zu übernehmen (Urk. 13).

E. 2.2

Dagegen brachte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin stütze sich einzig auf den gutachterlichen Bericht vom RAD Arzt vom 16. Juni 2014. Dieser begründe die von ihm erhobene Arbeitsfähigkeit von 50 % damit, dass sie (Beschwerdeführerin)

täglich lange Velofahrten unternähme. Er verkennete dabei vollkommen, dass es sich diesbezüglich um eine reine Zwangshandlung handle. Überdies begründete er seine Auffassung auch damit, dass sie den Haushalt zu führen

vermöge. Auch dies treffe nicht zu. Vielmehr sei sie darin überfordert. Zuzufolge ihrer Angstzustände sei sie zum Beispiel nicht in der Lage, Einkäufe zu tätigen. Auch mit der Kindererziehung sei sie völlig überfordert, müsse ihre Psychotherapeutin bei geringsten Problemen telefonisch konsultieren, oft einmal täglich. Wegen ihrer Angststörung sei sie zum Beispiel auch nicht fähig, an Elternabenden etc. teilzunehmen.

Von einer Arbeitsfähigkeit bezüglich einer ausserhäuslichen Tätigkeit in der freien Wirtschaft könne aufgrund des RAD-Arzt-Berichts keine Rede sein. Seine Einschätzung trage der schwersten Persönlichkeitsstörung verbunden mit einem hohen Medikamentenbedarf

und der bereits in der häuslichen Situation völligen Überforderung keinerlei Rechnung. Im konkreten Fall hätte sich unter allen Gesichtspunkten die Einholung einer Fremdanamnese aufgedrängt, wie zum Beispiel die Befragung der Grossmutter der Kinder oder der Psychotherapeutin, welche sie wöchentlich ein- bis zweimal konsultierte (S. 5).

Replicando machte sie im Weiteren geltend (Urk. 9), aus dem

ins Recht gelegten Gutachten von Dr. Z.____ gehe hervor, dass die von ihr festgehaltene psychische depressive Diagnose Krankheitswert im Sinne der Rechtsprechung habe. Die psychiatrische Diagnose der Persönlichkeitsstörung sei nicht überwindbar. Gemäss der Gutachterin Dr. Z.____ sei sie in der freien Wirtschaft sicher nicht arbeitsfähig und insbesondere im ersten Arbeitsmarkt auch nicht vermittelbar (S. 3). Abschliessend hielt sie fest, gemäss herrschender Praxis des Bundesgerichts seien der Partei im Gerichtsverfahren die Kosten eines von ihr eingereichten Gutachtens dann zu ersetzen, wenn sich der Rechtsmittelentscheid darauf abstütze. Sie sei vorliegend zur Wahrung ihrer Rechte gezwungen gewesen, eine Parteiexpertise in Auftrag zu geben. Praxisgemäss seien ihr die Auslagen in Höhe der eingereichten Kostennoten zu ersetzen (S. 4). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die revisionsweise Aufhebung der bisher ausgerichteten Dreiviertelsrente

zu Recht erfolgte.

Dabei ist zu prüfen, ob im Zeitraum vom 14. Oktober 2010, als der Beschwerdeführer in – nach fundierter Prüfung des medizinischen Sachverhalts (vgl. nachfolgend E. 3.1) mittels Begutachtung – eine auf einem Invaliditätsgrad von 63 % basierende Dreiviertelsrente zugesprochen worden war (Urk. 7/39), bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19.

Januar 2015 (Aufhebung der Rente; Urk. 2) eine für den Rentenanspruch wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist (vgl. zum zeitlichen Referenzpunkt E).

1.

E. 3

seien nicht nur objektive Beobachtungen zu finden, sondern auch umfangreiche subjektive Angaben der Beschwerdeführerin. Der Abschnitt „Emotionalität“ besteht fast nur aus subjektiver Anamnese, die Abschnitte „Denken und Wahn, Zwänge, Realitätsbezug, Vermeidungen“ bestünde teilweise aus subjektiven Angaben. Die postulierten „deutlichen dissoziativen Zustände mit gestörter Wahrnehmung des Hörens und des Sehens“ seien nicht tatsächlich beobachtet worden. Unter 3.1 „Persönlichkeit“ gebe die Gutachterin an: „Andere Menschen machen ihr grundsätzlich Angst und die Patientin setzt sich dieser Angst nicht aus oder verhält sich äusserst unterwürfig.“ Auch hier folge die Gutachterin den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ohne zu berücksichtigen, dass diese durchaus fähig gewesen sei, sich trotz ihrer extremen Angst einfach zusammenzureissen und zum Gutachtenstermin zu kommen, wo es ihr im Gespräch dann besser gegangen sei. Die Gutachterin folge in diesem wichtigen Punkt der Angst nicht den eigenen Beobachtungen,

sondern den subjektiven Darstellungen der Beschwerdeführerin. Auch der Abschnitt

E. 3.1

„Funktionsfähigkeit im Alltag“ besteht nicht aus objektiven Beobachtungen, sondern weitgehend aus der Anamnese. Anstatt beispielsweise objektiv festzustellen, dass die Beschwerdeführerin fähig gewesen sei, dreimal zum Untersuchungstermin zu kommen und nachzufragen, wie sie diese reale ausserhäusliche Aktivität bewältigt habe, übernehme die Gutachterin die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Obwohl die Gutachterin durch die RAD-Untersuchung (Biografie) von der Existenz eines Freundes wissen müsste, frage sie nicht nach derartigen realen Beziehungen (S. 2).

Unter Punkt 4.3 empfehle sie eine tagesklinische Behandlung. Leider erörtere sie nicht, dass eine Persönlichkeitsstörung einer recht langfristigen Therapie bedürfe, so dass dieser Vorschlag für eine Mutter von drei pubertierenden Kindern wenig hilfreich sei. Unter Punkt 5 sehe die Gutachterin keinerlei Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiterin. Die Gutachterin nehme beispielsweise nicht zur Kenntnis, dass die Beschwerdeführerin ihre Angst habe überwinden, sich „zusammenreissen“ könne

und dreimal zur Untersuchung gekommen sei. Sie frage nicht nach ÖV. Die Beschwerdeführerin könne selbstständig - mit Schwierigkeiten

- ihre Einkäufe erledigen und regelmässig eine Stunde am Greifensee

Velofahren. Die Gutachterin habe das positive Funktionsniveau kaum erfragt und kaum gewürdigt. Fernerhin differenziere sie nicht von den offensichtlichen psychosozialen Belastungen dieser Mutter von drei pubertierenden Kindern. Die Gutachterin habe diese (gravierenden) Faktoren gekannt

und bei der Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit nicht medizinisch-theoretisch abstrahiert (S. 3).

E. 3.1.1

Hausarzt Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, nannte in seinem Bericht vom 14. Januar 2009 (Urk. 7/18/11-13) folgende Diagnosen (S. 1): - Rezidivierende depressive Episoden bei posttraumatischer Belastungsstörung mit Angstzuständen - Suchtmittelabhängigkeit - Status nach Polytoxikomanie

Dr. A.____ gab an, bei der Beschwerdeführerin zeige sich eine belastende Vorgeschichte mit mehreren interfamiliären (richtig wohl: intrafamiliär)

Übergriffsituationen. Auch in der späteren Partnerschaft habe es wiederholte Gewalterfahrungen und Übergriffe durch den Lebenspartner gegeben. Sie habe allgemeine Angstzustände und es bestehe eine allgemeine Unsicherheit. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig (S. 1 f.). In der angestammten Tätigkeit als Floristin bescheinigte er eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2006. Im Haushalt attestierte er eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 1). In einer neuen Tätigkeit (Floristin) sei die Beschwerdeführerin ab 2013 oder 2014 50 % bis 100 % arbeitsfähig (S. 2).

E. 3.1.2

Dr. Y.____ nannte in seinem Gutachten vom 31. Dezember 2009 (Urk. 7/21) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9): - Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren und ängstlich-vermeidenden sowie dependenten Anteilen (ICD-10 F61.0) - Rezidivierend depressive Störung, zum Untersuchungszeitpunkt mittelgradig ausgeprägt mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Gemischte Angststörung mit sozial/-agoraphobischen und paroxysmalen Ängsten (ICD-10 F41.3)

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er nachfolgende Diagnosen: - Vor allem posttraumatische Belastungsstörung - zum Untersuchungszeitpunkt subsyndromal ausgeprägt - Methadonsubstituierte Heroinabhängigkeit

Er gab an, psychometrisch habe sich auf den beiden Fremdbeurteilungsskalen (Hamilton, MADRS) ein mittelgradig depressives Syndrom abgebildet. Es bestehe eine ausgeprägte Angstsymptomatik. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung

ergebe sich aus einer deutlichen Unausgeglichenheit in der Einstellung und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität (Stimmungsschwankungen), Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen (dependente Beziehungsgestaltung). Das auffällige Verhaltensmuster sei andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt; es

sei tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend. Es wirke sich bei der Beschwerdeführerin sowohl in beruflicher als auch im privaten Alltag aus, wie beispielsweise in der Beziehungsgestaltung. Die Störung habe in der Kindheit/Jugend mit Manifestation auf Dauer im Erwachsenenalter begonnen. So seien bereits Prüfungsängste, (12-jährig) ein Depersonalisationserleben, depressive Verstimmungen, Essstörungen und ein Suizidversuch aufgetreten. Die Störung führe zu einem deutlichen

Leidensdruck und sei mit einer deutlichen Einschränkung der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden. Dies zeige

sich am Verlauf der beruflichen Entwicklung und der letzten Jahre. Die selbstunsicheren und ängstlich (vermeidenden) und dependenten

Persönlichkeitszüge zeigen sich in der Überzeugung – im Vergleich zu anderen – unbeholfen zu sein, einer ausgeprägten Kritikangst (zum Beispiel durch Vorgesetzte), Insuffizienzerleben und Unsicherheit im persönlichen Kontakt. Die Entstehung der Persönlichkeitsstörung sei vor dem Hintergrund länger dauernder Konflikte in der Kernfamilie zu sehen. Die Kindheit sei überschattet worden durch den sexuellen Missbrauch durch den Vater. Ein hinreichendes Selbstbewusstsein und eine entsprechende Lösungskompetenz in Konfliktsituationen habe

sie letztendlich nicht erlernen können. Dies schränke sie in ihrer psychosozialen Leistungsfähigkeit hinsichtlich eigener Zukunftsplanung, in beruflicher Hinsicht und im Beziehungsverhalten (Tendenz zu dependenter Beziehungsgestaltung) deutlich ein. Vor diesem Hintergrund sei der Drogenmissbrauch als ein sekundäres Geschehen, gewissermassen als untauglicher Problemlösungsversuch zu beurteilen. Die Suchtproblematik habe sich dann im weiteren Verlauf entkoppelt und verselbständigt (S. 11).

Aktuell sei keine verwertbare Arbeitsleistung unter den Bedingungen der freien Wirtschaft zu erwarten. Im Haushalt bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 12). Längerfristig sei eine verwertbare Arbeitsfähigkeit unter den Bedingungen der freien Wirtschaft in einer ruhigen, stressarmen, gut strukturierten, nicht monotonen Arbeit mit einem eher kleinem Mitarbeiterstab und unterstützender Arbeitsatmosphäre von 50 % gegeben (S. 13). Die Störung habe Krankheitswert. Invaliditätsfremde Faktoren (Dekonditionierung, alleinerziehende Mutter dreier Kinder, sekundärer Krankheitsgewinn) seien dabei berücksichtigt worden und von invaliditätsbedingten Befunden abgegrenzt und nicht in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer Tätigkeit miteingeflossen (S. 13).

E. 3.2

In Bezug auf das aktuelle Revisionsverfahren sind folgende medizinische Akten zu berücksichtigen:

E. 3.2.1

Hausarzt Dr. A. ___ gab in seinem Verlaufsbericht vom 24. Dezember 2013 (Urk. 7/49) folgende Diagnosen an (S. 1): - Polytoxicomanie - Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) - Selbstverletzung (Schneiden, bestehend seit März 2013)

Er hielt fest, dass der Drogenkonsum zwar abgenommen habe, in Belastungssphasen jedoch immer wieder vorkomme, so dass ein Abbau der Methadon- und Benzodiazepin-Substitutionsbehandlung aktuell noch nicht möglich sei. Die Beschwerdeführerin komme regelmässig in die Psychotherapie und hausärztliche Sprechstunde.

Sie mache gute Fortschritte bei der Verarbeitung der traumatischen kindlichen Ereignisse. Die Belastungsfähigkeit sei aber weiterhin sehr gering und sie brauche wiederholt Unterstützung in der Betreuung ihrer Kinder. Insgesamt sei der Verlauf etwas stabiler als in den letzten Jahren, aber weiterhin ungewiss.

E. 3.2.2

RAD-Arzt med. pract. B. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Untersuchungsbericht vom 16. Juni 2014 (Urk. 7/51) fest, die Beschwerdeführerin sei voll orientiert und bereitwillig im Kontakt (mit häufigem Blickkontakt).

Es bestehe ein flüssiger und zusammenhängender Gedankengang. Sie sei bei der Darstellung beschämender Details

zurückhaltend. Es bestehe kein Anhalt für Sinnestäuschungen und Ich-Störungen sowie inhaltliche Denkstörungen. Affektiv habe sie anfangs ängstlich gewirkt, sei dann aber freier geworden.

Sie habe mehrmals geweint, habe jedoch eine erstaunlich geringe Opferhaltung. Es bestünden Kontrollzwänge an Gasherd und Haustür. Die Ängste seien überwindbar (S. 4).

Med. pract. B. ___ gab weiter an, im Licht der detaillierten Biografie sei von einem primären Drogengeschehen auszugehen. Zusätzlich, und erst auf Nachfrage, habe die Beschwerdeführerin bei der heutigen Untersuchung weitere beschämende Gesundheitsschäden angegeben (zum Beispiel die täglichen langen WC-Aufenthalte). Die Diagnosen von

Dr. Y. ___ - Persönlichkeitsstörung und Angststörung - könnten im Wesentlichen bestätigt werden. Eine depressive Symptomatik zeige sich nun kaum noch: Die Beschwerdeführerin könne ihren Haushalt führen, täglich lange Velo fahren und sei neuerdings wieder befreundet. Auch der Hausarzt Dr. A. ___ sehe keine Depression. Weitere Änderungen ergäben sich bei den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Eine posttraumatische Belastungsstörung lasse sich nicht feststellen. Zusätzlich liege eine Benzodiazepinabhängigkeit vor (S. 5).

Ihr Gesundheitszustand habe sich seit dem Gutachten von Dr. Y. ___

im Jahr 2009 insofern gebessert, als die depressiven Symptome offensichtlich nachgelassen hätten. Diese Verbesserungen würden wohl auch mit der Ausweisung des gewalttätigen Mannes zusammenhängen. Diese Belastungen bestünden daher nicht mehr. Die 0%ige Arbeitsfähigkeit laut dem Gutachten von Dr. Y. ___ bestehe mindestens seit der Untersuchung nicht mehr. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit durch die tiefgreifende Persönlichkeitsstörung erheblich eingeschränkt. Die wiederholten Missbräuche und gewalttätigen Übergriffe durch mehrere Vertrauenspersonen hätten bei der Beschwerdeführerin zu einem ängstlichen und schützenden Rückzug in ein nahes und bekanntes Umfeld geführt, bestehend aus der Therapeutin und den Kindern (S. 5 f.). Eine Tätigkeit als Floristin würde aber einen häufigen und eingehenden Kundenkontakt erfordern, der ihr nur sehr beschränkt und mit grosser Anstrengung möglich wäre. Ähnlich wie schon Dr. Y. ___

im Jahr 2009 eingeschätzt habe, benötige sie einen ruhigen, stressarmen, gut strukturierten nicht monotonen Arbeitsplatz mit einem eher kleinen Mitarbeiterstab. Bei höheren Belastungen wäre mangels weiterer Ressourcen mit einem Aufflackern des (primären) Drogengeschehens zu rechnen. Eine volle Arbeitsfähigkeit im Haushalt sei in diesem Fall nicht mit einer vollen Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt gleichzusetzen, da sie aufgrund der biografisch geschilderten Missbräuche und Übergriffe besser belastbar sei im vertrauten nahen Umfeld als in einer fremden, potentiell gefährlichen Umgebung, die von ihr eine ungleich höhere Anstrengung erfordere. Unabhängig von der Kinderbetreuung wäre die Beschwerdeführerin seit dem Untersuchungszeitpunkt aus psychiatrischer Sicht ungefähr zu 50

% arbeitsfähig (S. 6).

E. 3.2.3

Hausarzt Dr. A.____

und die Psychologin (HAP) C.____

nannte n in ihrem an die Rechtsvertreterin adressierten

Verlaufsb ericht vom 25. Oktober 2014 (Urk. 7/67) folgende Diagnosen (S. 1): -
Posttraumatische Belastungsstörung mit Angstzuständen und Zwangs handlungen sowie
Selbstverletzung (ICD-10 F43.1) - Kombinierte Pe r sönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) -
Suchtmittelabhängigkeit (Me thadon, Benzodiazepine; Heroin; ICD-10 F11.22; ICD-10
F19.1) - Depression remittiert (ICD-10 F33.4)

Zum Verlauf äusserte n sie sich wie folgt: Seit 2013 besteh e eine relative psychi sche
Stabilität, so dass die Sitzungsfrequenz habe gesenkt werden können . Die
Beschwerdeführerin habe sich adäquat um ihre drei Kinder, den Haushalt und die nötigen
ausserhüslichen Termine kümmern können . Relativ einfache Belastungssituationen, wie
zum Beispiel Schu l - oder Zahnarzttermine, die lau fende Invalidenrenten -Überprüfung
mit Terminen in Zürich, aber auch Kon flikte in der Familie oder knappe Finanzen stell t en
oft alles in Frage und seien mit Spannungs- und Angstzuständen (inklusive Gedanken an
Zusatzkonsum, mit partieller Ausführung), Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken
verbunden. Das bedinge immer wieder Notfalltermine (teilweise per Telefon). Im Laufe der
Therapie sei klar geworden, dass mehrfacher sexueller Missbrauch in der Kind heit die
PTBS-Problematik aus der Gewalterfahrung in der Partnerschaft vertieft habe. Der
Missbrauch

müsse als wesentliche Ursache für die Depression im Jugendalter (ab 12 Jahre n) und den
Beginn der Drogensucht (ab 21 Jahre n) angesehen werden.

Der Hausarzt und die Psychologin hielten weiter fest, die Beschwerdeführerin bewältige
ihre häuslichen Aufgaben im Gegensatz zum Zeitpunkt des Thera piebeginns erfreulich gut.
Daneben bestünden weiterhin Zwangshandlungen (Stuhlgang, Kontrollmechanismen),
rasche Ermüdbarkeit und wiederkehrende Ängste. Dies präge ihren Tages ab lauf und
schränke sie in ausserhüslichen Aktivitäten erheblich ein. Bei Bewegungen ausserhalb der
täglichen Routine brauc he sie auch innerhalb ihres Wohnortes mei stens Begleitung
(Elternabende und Ä hnliches). A usserhalb sei ein selbständiges Reisen unmöglich. D
iesbezüg lich gebe

es seit 2007 Fortschritte , sie seien jedoch lang sam und bei erhöhtem Druck stehe das labile
Gleichgewicht in Gefahr. Infolge der frühen Traumati sierung und der unsicheren
Persönlichkeit seien die Ressourcen beschränkt (S. 1) .

Die Beschwerdeführerin habe ihren Beruf trotz Stressfaktoren gerne ausgeübt und könne
sich vorstellen, wieder darin zu arbeiten. Allerdings sei schon während der Lehre der
Umgang mit Kunden schwierig gewesen. Eine Arbeit im Hintergrund sei sicher besser . Ein
Arbeitsversuch in einer Gärtnerei für Men schen mit Beeinträchtigung habe im Jahr 2011
abgebrochen werden müssen , weil Fragen der Mitarbeitenden und des Chefs die
Beschwerdeführerin in Bedrängnis gebracht und Angstzustände ausgelöst

(Soziophobie)

hätten.

Ent sprechend bestehe

zum heutigen Zeitpunkt eine 100%ige Einschränkung an einem Arbeitsplatz als Floristin . Generell sei eine Arbeit ausser Haus durch die rasch entstehenden Angstzustände zum jetzigen Zeitpunkt unmöglich. Es sei ganz im Gegenteil mit negativen Rückwirkungen auf die Bewältigung der häuslichen Arbeiten und der Erziehung zu rechnen. Nicht zu vergessen sei , dass die drei Kinder alle in der Pubertät stünden - Konfliktpotenzial sei vorhanden - und den Weg in die Selbständigkeit und ins Berufsleben erst noch finden müssten. Sie seien ihrerseits auf die Mitwirkung ihres Beistandes angewiesen. Eine Verbesserung der sozialen Kompetenzen und eine Verminderung der Angstzustände wäre eine Vorbedingung für einen weiteren Arbeitsversuch. Zum aktuellen Zeitpunkt seien die Voraussetzungen dafür nicht gegeben (S. 2).

E. 3.2.4

Dr. Z.____

nannte in ihrem psychiatrischen Privatgutachten vom 20. Januar 2015 (Urk. 10/1) folgende Diagnosen (S. 8): - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) im Rahmen einer ängstlich-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.62) - Abhängige Persönlichkeitsstörung mit der Unfähigkeit, sich adäquat durchsetzen und wehren zu können (ICD-10 F60.7) - Zwangsstörung mit vor allem Zwangsritualen (ICD-10 F42) - Störung des Ich-Erlebens, differenzialdiagnostisch im Rahmen der Persönlichkeitsstörung oder im Rahmen einer psychotischen Erkrankung (ICD-10 F20)

Die Gutachterin schilderte, die Beschwerdeführerin

habe ausgeprägte Ängste, Zwänge, eine Depressivität mit Todeswünschen sowie ein gestörtes Ich-Erleben. Die Denk-, Fühl- und Handlungsmuster seien im Sinne einer ängstlich-selbstunsicheren und abhängigen Persönlichkeitsstörung festgefahren und deutlich pathologisch. Die Beschwerdeführerin könne ihre Muster nicht ändern und sich deshalb nicht an die Anforderungen des Alltags anpassen. Es bestehe eine extrem hohe innere Anspannung. Feststellbar seien weiterhin realitätsferne Wahrnehmungen, eine Menschenscheu, ein Misstrauen und die feste Überzeugung, sie (Beschwerdeführerin) könnte jederzeit von unbekanntem Menschen geschädigt werden. Es bestehe ein deutliches Zwangshandeln, welches pro Tag vier bis fünf Stunden Zeit in Anspruch nehme . Die Beschwerdeführerin könne ihren Haushalt und die Selbstpflege nur entlang starker Rituale erledigen. Sie schämte sich enorm, dass sie so sei und es nicht besser auf die Reihe bekomme . Sie teile dies

dennoch auch sehr ungern mit und nur, wenn sie beim Gegenüber Verständnis wahrnehme . In der Psychometrie – so die Gutachterin weiter – werde eine Depressivität mit Todeswünschen, sowie eine ausgeprägte Angst bestätigt. Das Verhalten in Beziehungen sei stark gestört und die Denkmuster seien pathologisch und irrational. Die Funktionsfähigkeit im Alltag sei durch die psychiatrische Erkrankung stark eingeschränkt (S. 8) .

Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Beschwerdeführerin würden insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Normen abweichen . Diese Abweichung betreffe die Kognitionen, Affektivität, Impulskontrolle und Beziehungsgestaltung. Die Abweichung sei so ausgeprägt, dass daraus resultierende Verhaltensweisen in fast allen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst und unzweckmässig seien . Dies treffe anamnestisch gesehen auch in Arbeitssituationen zu (nicht mit Kunden reden können, wie versteinert sein, sich zurückziehen anstatt Kunden zu bedienen) .

Es bestehe überdies ein persönlicher Leidensdruck, die Beschwerdeführerin wünsche sich, lieber tot zu sein. Es bestehe eine nachweisbare schwerwiegende psychiatrische Störung ab dem 12.

Lebensjahr. Die Abweichung könne nicht durch das Vorliegen einer anderen psychiatrischen Störung erklärt werden, vor allem nicht durch eine Depression. Die Einschränkungen

beständen gleichförmig auch in Phasen, in denen kaum depressive Symptome nachgewiesen werden könnten. Die Abhängigkeit, der Drogenkonsum, die Ängste, die para normalen Wahrnehmungen, die Tendenz zur Dissoziation und Selbstverletzungen könnten im Rahmen der Persönlichkeitsstörung gesehen werden. Alleine die Zwangsrituale müssten laut ICD - 10 als eigenständige Diagnose aufgeführt werden. Die beobachteten psychotischen Symptome wie formale Denkstörungen (Gedankenausbreiten, Gedankenentzug, Bezugsideen) seien im Rahmen einer schweren Persönlichkeitsstörung einzuordnen. Übergänge in eine floride Psychose könnten jederzeit vorkommen. Alle sechs Kriterien für eine ängstlich vermeidende Störung und

vier der sechs Kriterien einer abhängigen Persönlichkeitsstörung

seien erfüllt. In den allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung

sei per Definition enthalten, dass die Symptome schwerwiegend, dauerhaft und einschränkend sein müssten. Die Beschwerdeführerin weise eine verfestigte Störung auf, es sei nicht von einer blossen Unreife auszugehen

(S. 9).

Weiter hielt Dr. Z. ___ fest, die Beschwerdeführerin sei in ihrer Arbeitsfähigkeit klar eingeschränkt und im Moment in der freien Wirtschaft sicher nicht arbeitsfähig. Mit dem ritualisierten Tagesablauf und den Ängsten bleibe eigentlich keine Zeit, irgendeine Tätigkeit ausser Haus auszuführen. Die Verhaltensmuster seien inadäquat und die Beschwerdeführerin sei bisher unfähig gewesen, normale Beziehungen (inklusive Arbeitsbeziehungen) aufzubauen.

Im Moment sei sie im ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar. Die Beschwerdeführerin sei in allen Lebensbereichen eingeschränkt und ihre Verhaltensmuster seien festgefahren und inadäquat, was vor allem an einem Arbeitsplatz stark beeinträchtigend sein könne

(S. 10).

E. 3.2.5

In seiner Stellungnahme vom 1

E. 4

. 2

Damit fehlt es vorliegend an verlässlichen medizinischen Grundlagen zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und somit an der Grundlage für einen Entscheid.

Die angefochtene Verfügung vom 19. Januar 201

E. 5

(Urk. 2) ist folglich aufzuheben und die Sache zur versicherungsexternen Begutachtung und zu erneuter Entscheidung über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 5.1

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

E. 5.2

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Vorliegend erscheint eine Entschädigung in der Höhe von Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

E. 6

.1

Die Beschwerdeführerin beantragte die Übernahme der Kosten des von ihr veranlassten Privatgutachtens von der Psychiaterin

Dr. Z.____ (Urk.

E. 9

S. 2 ; vgl. Urk. 10/1-3 ; vgl. auch E. 3.2.4 hievore).

Nach ständiger Rechtsprechung werden die notwendigen Expertenkosten als Bestandteil des Parteientschädigungsanspruches betrachtet. Voraussetzung ist stets, dass die Privatbegutachtung notwendig war und einen unerlässlichen Bestandteil der materiellen Beurteilung bildete (Urteil des Bundesgerichts 9C_178/2010 vom 14. April 2010 E. 2 mit Hinweis auf BGE 115 V 62). 6.2

Die Beschwerdeführerin reichte zwei Belege (Rechnungen Gutachten in der Höhe von gesamthaft Fr. 3'200.--) ins Recht (vgl. Urk. 10/2-3). Da das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ (Urk. 10/1) grundsätzlich ausschlaggebend für den vorliegenden Entscheid war, sind die entsprechenden Kosten von der Beschwerdegegnerin zu ersetzen. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 19. Januar 2015 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführer in die Kosten für das Gutachten von Dr. med. Z. ___ vom 20. Januar

2015 in Höhe von Fr. 3'200.-- zu ersetzen. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christina Ammann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 6.

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 Gräub-Käser

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