

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00970 vom 29. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00970

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00970 du 29 novembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00970 del 29 novembre 2016

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht, 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

und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbeurteilung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3

Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbe gründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbstständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1

IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a): Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober

2015 E. 2.2.1 unter Hinweis auf 8C_580/2014 vom 11. März

2015 E. 2.2.1 und 9C_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1).

Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c; Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz 51 zu Art. 4 IVG) ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Drogensucht – einem Symptom gleich – Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 28 E. 3b); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.2 unter Hinweis auf 8C_580/2014 vom 11. März

2015 E. 2.2.2 und 9C_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.2).

Im erwähnten Urteil 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4 hat das Bundesgericht entschieden, dass die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 psychosomatische Leiden betrifft und auf Suchtproblematiken nicht anwendbar ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_6/2016 vom 3. Februar 2016 E. 4.2.3 mit Hinweis auf die Kritik von Liebrecht / Uttinger / Ebner, Sind Abhängigkeitserkrankungen aus höchstrichterlicher Sicht [weiterhin] nicht mit anderen psychischen Störungen [z.B. somatoformen Störungen] vergleichbar? - Eine Urteilsbesprechung von BGE 8C_582/2015 im Lichte der theoretischen Anwendbarkeit des ergebnisoffenen, strukturierten Beweisverfahrens, in: SZS 2016 S. 96; ferner: Liebrecht et alii, Das Suchtleiden bzw. die Abhängigkeitserkrankungen - Möglichkeiten der Begutachtung nach BGE 141 V 281

[= 9C_492/2014], in: SZS 2016 S.

12).

E. 1.4

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

3a, 109 V 108 E.

2b).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11.

Mai

2009 E.

E. 1.5

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

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

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

E. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b.cc).

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 Vor akten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge 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

Die Versicherte erhob am 14. September 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. Juli 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihr Rentenleistungen ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt zuzusprechen . Eventua lit er sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2015 die Ab weisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Gerichtsverfügung vom 18. Januar 2016 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerde antwort zugestellt (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Bei der erstmaligen Rentenprüfung im April 2009 ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass aufgrund eine r bestehenden Verdachtsdiagnose sowie einer derzeit nicht vorhandenen Störung kein invalidenversicherungsrechtlich rele vanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei (Urk. 7/27 S. 1).

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin sodann , es werde aus medizinischer Sicht primär von einem Suchtgeschehen ausgegangen, seit der letzten Revision sei eine Verbesserung des Gesundheitszustandes festgestellt worden. Die Arbeitsfähigkeit sei lediglich aufgrund des Suchtgeschehens ein geschränkt, dies sei jedoch versicherungspsychiatrisch nicht relevant. Es liege kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor. Das Vorliegen einer rezidivierenden Depression, aktuell leichtgradige Episode, sei im Rahmen der Abklärungen anerkannt worden. Diese Diagnose begründe jedoch keine Invalidität. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfordere definiti onsgemäss nicht nur das aktuelle Vorhandensein von derartigen Symptomen, sondern ebenso das Vorhandensein seit dem frühen Erwachsenenalter. Die Be schwerdeführerin habe jedoch bis ins Jahre 1991 zu 100 % arbeiten können, es lägen keine biografischen Belege für eine Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 vor. Im Alter von 16 Jahren habe die Beschwerdeführerin begonnen, Cannabis zu konsumieren. Eine gravierende psychische Erkrankung vor Beginn des Sucht geschehens sei nicht belegt, somit sei von einer primären Sucht auszuge hen (Urk. 1 S. 2).

E. 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen, das psychiatrische Gutachten genüge den beweisrechtlichen Anforderungen nicht. Es werde ungenügend Bezug auf die vorhandenen Akten genommen und würdige die Krankheitsentwicklung der Depression nicht in rechtsgenügender Weise. Es werde vom Gutachter postuliert, bezüglich des Substanzkonsums handle es sich eher um ein primäres Suchtproblem, da es in den frühen 90er Jahren der Depression vorausgegangen sei. In den Akten sei jedoch erwähnt, dass eine mittelgradige depressive Episode seit zirka 1980 bestehe, ein Suizidversuch habe sich ungefähr 1983 ereignet. Diese biografischen Daten seien klare und wichtige Indizien für eine bereits früh vorliegende psychische Störung, weshalb der Substanzkonsum als überwiegend wahrscheinlich sekundär zu betrachten sei (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 4.1). Selbst wenn die Sucht ein primäres Leiden darstellen würde, wäre es mitnichten so, dass in einem solchen Fall ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden per se ausgeschlossen sei. Erforderlich sei lediglich, dass auch ein anderer Gesundheitsschaden vorliege, der mit der Sucht in Zusammenhang stehe. Bei Bejahung eines solchen Zusammenhanges mit einer anderen Erkrankung sei auch die Sucht vollumfänglich zu berücksichtigen (S. 5 Ziff. 4. 2). Sie leide seit Jahren an einer rezidivierenden depressiven Störung von unterschiedlichem Schweregrad. Neben diesem eigenständigen depressiven Leiden seien die weiteren fachärztlich diagnostizierten Erkrankungen im Hinblick auf die Morbidität insgesamt von entscheidender Bedeutung für Befinden, Arbeitsfähigkeit und die weitere Prognose. Dieser Tatsache trage der Gutachter nicht Rechnung, was zu beanstanden sei (S. 5 f. Ziff. 5). Anhand der Krankengeschichte und der eingeholten Arztberichte sei erstellt, dass sie an einem eigenständigen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert leide. Eine solche sei auch dann invalidisierend, wenn sie durch belastende psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren ausgelöst worden sei. Anders wäre es nur dann, wenn bereits die bloße Änderung der psychosozialen Umstände die Erkrankung unmittelbar verschwinden liesse und zu einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit führen würde (S. 6 Ziff. 6). Das Restleistungsvermögen in der Tätigkeit als Altenpflegerin habe der Gutachter auf 30 Stunden pro Woche beziffert, ohne dies jedoch weiter zu begründen. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die vom Gutachter beschriebenen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in der früheren Tätigkeit bei Z.____ nicht auch für die aktuelle Tätigkeit als Altenbetreuerin bestehen würden. Im Rahmen des durchgeführten Job-Coaching habe sich klar herausgestellt, dass maximal eine 50%ige Leistungsfähigkeit bestehe (S. 7 Ziff. 7).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob und in welchem Ausmass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der ersten Rentenabweisung im April 2009 verändert haben. 3. 3.1

Der ursprüngliche anspruchsverneinende Entscheid vom 28. April

2009 (Urk. 7/27) erging insbesondere gestützt auf folgende medizinischen Berichte (vgl. Feststellungsblatt vom 24. Februar 2009, Urk. 7/24). 3.2

Vom 26. November 2007 bis 11. März 2008 war die Beschwerdeführerin in der A.____, Privatklinik für Psychiatrie, hospitalisiert. In ihrem Bericht vom 25. Juli 2008 nannten die Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 7/16 S. 2 Ziff. 2.1): - mittelgradige depressive Episode, bestehend seit circa 1980, mit Suizidversuch am 24. November 2007 - Verdacht auf Alkoholabhängigkeitssyndrom, Differentialdiagnose: schädlicher Alkoholmissbrauch - e

motional-instabile Persönlichkeitszüge - Status nach Suizidversuch zirka 1983 - Status nach dreimonatig em intravenösem Heroingebrauch in den 1990er-Jahren

Die Beschwerdeführerin sei aufgrund einer Krisensituation bei einer länger andauernden depressiven Episode freiwillig eingetreten. Sie habe sich kraftlos gefühlt, eine innere Leere und ein Gefühl der Gefühllosigkeit beschrieben und habe nur noch funktioniert. Wenige Tage vor der Aufnahme sei die Situation eskaliert, sie habe sich das Leben nehmen wollen und sich Pulsaderschnitte zugefügt. Nun wolle sie sich im geschützten Rahmen in einer Klinik stabilisieren (S. 3). Die Arbeitsfähigkeit könne nicht beurteilt werden (S. 2 Ziff. 3 und S. 6 Ziff. 6.2). 3. 3

Die Ärzte des B.____ nannten in ihrem Bericht vom 25. August 2008 folgende Diagnosen (Urk. 7/18 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte Episode - Verdacht auf emotional-instabile Persönlichkeitsstörung - Störung durch Alkohol, derzeit abstinent

In der Zeit vom 26. November 2007 bis 13. April 2008 sei die Beschwerdeführerin als Mitarbeiterin im Verkauf vollständig arbeitsunfähig gewesen, seither bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % (Ziff. 2). Der Gesundheitszustand sei mittels Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung besserungsfähig (Ziff. 4.1-2). Das Konzentrationsvermögen, die Anpassungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit seien eingeschränkt (Ziff. 5.1). Es sei eine berufliche Umstellung zu prüfen. In der bisherigen Tätigkeit könne der Beschwerdeführerin seit dem 14. April 2008 ein Pensum von zwölf Stunden wöchentlich zugemutet werden, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ein solches von 20 bis 25 Wochenstunden (Ziff. 5.2). Die Gesundheit der Beschwerdeführerin sei in einem gewissen Grad auch vom Verhältnis zu ihrer Tochter und der Bewältigung der Erziehung der Tochter abhängig. Zudem würden finanzielle Probleme das Zustandbild destabilisieren. Sie sei von der Sozialhilfe abhängig und könne mit dem Geld gerade die laufenden Zahlungen bestreiten. Es komme immer wieder zur Befürchtung, das Geld könne nicht ausreichen. Sie fühle sich dann jeweils deutlich unfähig und wertlos, was wiederum der Stabilität nicht zuträglich sei (Ziff. 5.3). 3. 4

Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst der Beschwerdeführerin (RAD), hielt am 31. Januar 2009 fest, die angegebenen Diagnosen würden keine Arbeitsunfähigkeit bedingen, insbesondere da es sich im einen Fall um eine Verdachtsdiagnose und im anderen Fall um eine aktuell nicht vorhandene Störung handle. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden könne nicht gesehen werden (Urk. 7/24 S. 3). 4. 4.1

In ihrem Bericht vom 17. Juni 2011 nannten die Ärzte des D.____ folgende Diagnosen (Urk. 7/41 S. 1): - rezidivierende depressive Störung, derzeit schwere depressive Episode; Suizidversuch am 24. November 2007, Suizidversuch zirka 1983 - Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen Zügen - Kokainabhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzgebrauch - schädlicher Gebrauch von Alkohol - schädlicher Gebrauch von MDMA - schädlicher Gebrauch von Cannabis

Nachdem die Beschwerdeführerin in den Jahren 2009 und 2010 zunächst einen stabilen Verlauf gehabt habe, sei sie Ende 2010 erneut in eine depressive Krise geraten, die bis heute anhalte. Nach ihrem letzten Klinikaufenthalt sei es ihr nie gelungen, mehr als 50 % zu arbeiten, obwohl sie mehrere Versuche unternommen habe, die Arbeitsfähigkeit zu steigern. Nachträglich sei deshalb davon auszugehen, dass bereits seit mehr als zwei Jahren

eine dauernde Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe. Nun sei auch die Restarbeitsfähigkeit gefährdet, inzwischen habe die Patientin seit Anfang Juni 2011 zu 100 % krankgeschrieben werden müssen. In diesem Sinne habe sich die Situation gegenüber der damaligen Situation, als die erste Anmeldung erfolgt sei, doch wesentlich geändert (S. 2).
4.2

Vom 29. Dezember 2011 bis 23. Januar 2012 war die Beschwerdeführerin erneut in der A.____ hospitalisiert. In ihrem Bericht vom 30. Januar 2012 nannten die Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 7/52 Ziff. 1.1): - psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem Substanzgebrauch - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom mit episodischem Substanzgebrauch - psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem Substanzgebrauch - psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien (MDMA, Ecstasy, Speed), schädlicher Gebrauch - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode - Probleme mit Bezug auf Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional-instabilen Zügen

Die Beschwerdeführerin habe sich zur zweiten freiwilligen Hospitalisation vorgestellt. Sie berichte, sie nehme seit zirka zweieinhalb Jahren Kokain ein, wobei sich der Konsum in den letzten Monaten auf mehrmals wöchentlich gesteigert habe. Wenn sie kein Kokain beschaffen könne, nehme sie stattdessen diverse Stimulanzien in wechselnden Mengen ein. Es bestehe ausserdem eine langjährige Alkoholproblematik, wobei sie nach dem letzten Klinikaufenthalt im Jahre 2008 zunächst abstinent gewesen sei. Seit Anfang des Jahres 2011 trinke sie wieder zunehmend, bezeichne ihren Konsum jedoch als kontrolliert. Psychisch gehe es ihr eher schlecht, sie leide unter einer rezidivierenden depressiven Störung und habe den Eindruck, sich erneut in einer akuten depressiven Phase zu befinden. Die Beschwerdeführerin sei motiviert für eine stationäre mehrmonatige Entwöhnungstherapie, die Prognose sei deshalb gut (Ziff. 1.4).

Während der stationären Behandlung sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig gewesen (Ziff. 1.6). In Bezug auf die bisherige Tätigkeit bestehe eine verminderte Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit, eine affektive Labilität, Antriebschwäche und eine Beeinträchtigung durch Craving. Insgesamt bestehe eine deutlich verminderte Belastbarkeit. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit könne erst nach Abschluss der stationären Langzeittherapie beurteilt werden (Ziff. 1.7). 4.3

Nach einer dritten Hospitalisation vom 12. April bis 4. Mai 2012 in der A.____ nannten die Ärzte im Austrittsbericht vom 19. Juni 2012 folgende Diagnosen (Urk. 7/58 Ziff. 1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, ohne somatisches Syndrom - Störungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom mit ständigem Substanzgebrauch - Störungen durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem Substanzgebrauch - psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien (MDMA, Ecstasy, Speed), einschliesslich Koffein, schädlicher Gebrauch - Störungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem Substanzgebrauch - Störungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom mit episodischem Substanzgebrauch - Status nach Suizidversuch 1983 und November 2007 - Polyarthrit, nicht näher bezeichnet

Nach dem letzten Austritt aus der A.____ im Januar 2012 sei die Beschwerdeführerin in die E.____ übergetreten. Dort sei sie am 14. März 2012 jedoch wieder ausgetreten, da sie sich

ein geengt gefühlt und ihr die Therapie nicht zugesagt habe. Sie wolle nun den Entzug in der A.____ durchführen, damit sie im Anschluss ins F.____ in die dortige Tagesklinik übertreten könne. Sie wolle auch gerne wieder zu Hause wohnen, da sie sich um ihre 18-jährige Tochter kümmern müsse (S. 2 Ziff. 2). Neben der medikamentösen Behandlung habe die Beschwerdeführerin regelmässig und gut motiviert am dreiwöchigen gruppentherapeutischen Therapieprogramm teilgenommen und sich sehr engagiert und selbständig um einen Platz im G.____ gekümmert. Dabei habe sie ein ausgesprochenes Organisationstalent gezeigt und habe ihr zu Beginn des Aufenthaltes gesetztes Ziel hartnäckig verfolgt. In den Gruppen sei die Beschwerdeführerin ebenfalls engagiert und gut integriert gewesen und sei von ihren Mitpatienten geschätzt worden. Am 4. Mai 2012 sei sie ausgetreten und bei fehlender Selbst- oder Fremdgefährdung in die G.____ übergetreten (S. 3). 4.4

Vom 7. Mai bis 16. November 2012 wurde die Beschwerdeführerin in der Tagesklinik des G.____ behandelt. In ihrem Bericht vom 22. November 2012 nannten die Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 7/63 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, ohne somatisches Syndrom - Störung durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch, episodischer Substanzgebrauch - Störung durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom episodischer Substanzgebrauch - Störung durch Alkohol/Abhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzgebrauch - Status nach schädlichem Gebrauch von Stimulanzien (MDMA, Ecstasy, Speed) - Status nach Suizidversuch 1983 und 2007 - Hepatitis-C positiv

Die Beschwerdeführerin beschreibe sich selber als chronisch depressiv. Zu den rezidivierenden depressiven Episoden bestehe eine Suchtanamnese. Im Alter von 16 Jahren habe sie mit dem Cannabiskonsum begonnen, mit 28 Jahren habe sie über drei Monate Heroin konsumiert, diesen jedoch wieder beendet. Seit dem Jahre 1995 beschreibe sie den Beginn einer Alkoholabhängigkeit (S. 2 Ziff. 1.4). Die prognostische Einschätzung sei sehr schwierig, da bislang keine länger an dauernde abstinenten Phase gelungen sei und der Suchtmittelkonsum auf den weiteren Verlauf sehr wohl einen grossen Einfluss habe. Es bestünden mehrere psychosoziale Belastungsfaktoren, welche den prognostischen Verlauf deutlich mit beeinflussten. Nach wie vor bestehe ein anhaltender episodischer Substanzgebrauch von Kokain, Alkohol und Cannabis (S. 3 oben). Die Beschwerdeführerin habe über 15 Jahre in einem Pensum von 50 % als Verkäuferin gearbeitet, seit Oktober 2012 sei sie jedoch stellenlos (S. 3 Ziff. 1.6). Aktuell bestehe eine verkürzte Leistungsspanne mit Konzentrationsproblemen, verringerter Belastbarkeit mit rascher Erschöpfung. Aus medizinischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit noch zumutbar. Voraussichtlich werde die Beschwerdeführerin ab Dezember 2012 zu 50 % arbeitsfähig geschrieben und sich bei der regionalen RAV-Stelle anmelden. Aufgrund der bestehenden depressiven Symptomatik sowie dem episodischen multiplen Substanzgebrauch bestehe nach wie vor eine verringerte Belastbarkeit. Die Beschwerdeführerin gerate vor dem Hintergrund einer akzentuierten Persönlichkeitsstruktur rasch in Überforderungszustände und reagiere dabei mit sozialem Rückzug und Substanzgebrauch. Im jetzigen Zeitpunkt sei mit der genannten Symptomatik von einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Eine stufenweise Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit mit unterstützenden Massnahmen sowie einer vorangehenden intensiven suchtspezifischen Behandlung würde den weiteren Verlauf positiv beeinflussen

(S. 3 Ziff. 1.7). 4.5

Der Hausarzt Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, teilte am 7. Juni 2013 mit, die Beschwerdeführerin habe wegen ihrer gesundheitlichen Beschwerden die meiste Zeit des vergangenen Jahres in Kliniken verbracht. Sie sei unter anderem depressiv, neige zu Suchtverhalten und stehe schon seit längerer Zeit in psychiatrischer Behandlung und unter Psychopharmaka. Viele ihrer Beschwerden würden einer ADS bei Erwachsenen entsprechen und er sei sicher, dass ein Versuch mit einer Neurofeedback-Therapie einen sehr positiven Effekt haben würde (Urk. 7/79). 4.6

In einem weiteren, undatierten Bericht, bei der Beschwerdegegnerin eingegangen am 31. Oktober 2013, nannte Dr. I.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/95 Ziff. 1.1): - Depression - ADHS - Substanzenmissbrauch

Als weitere Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er so dann eine Hepatitis C sowie eine Polyarthrose (Ziff. 1.1). Die Neurofeedback-Therapie zeige bereits gute Erfolge, die Beschwerdeführerin sei nun schon ein paar Monate vollkommen abstinent von allen Substanzen, was ihr selber auch Freude mache und ihr Selbstvertrauen stärke (Ziff. 1.4). Bis auf weiteres sei sie vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.6), sie sei im Moment einfach psychisch noch nicht belastbar, weshalb sie nur schon das Suchen einer Arbeitsstelle mit den nicht vermeidbaren Absagen sehr schwer mitnehme und aus dem Gleis werfe (Ziff. 1.7). Er gehe davon aus, dass, wenn sich die Beschwerdeführerin stabilisiert habe, eine leichte Arbeitstätigkeit wenigstens halbtags möglich sein werde (Ziff. 1.8).

Am 16. Dezember 2013 erklärte Dr. I.____, die Beschwerdeführerin komme regelmässig einmal pro Woche zur Urinkontrolle und regelmässig zur Blutkontrolle (Urk. 7/96 Ziff. 1.5). Diese seien glücklicherweise immer negativ und die Beschwerdeführerin gebe glaubhaft an, dass sie keinen Substanzmissbrauch mehr betreibe. Im Moment sei sie bei einem Psychiater in Behandlung. Nach zehn Neurofeedback-Therapiebehandlungen sei sie schon viel ruhiger und entspannter geworden (Ziff. 1.4). Sie sei weiterhin bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Die Problematik der Arbeitsfähigkeit sei im Moment eher das Finden einer geeigneten Teilzeitarbeitsstelle bei der Anamnese der Beschwerdeführerin (Ziff. 1.8). 4.7

Die Ärzte des B.____ nannten in ihrem Bericht vom 31. Januar 2014 folgende Diagnosen (Urk. 7/105 Ziff. 1.1): - rezidivierende Depression, chronifiziert, aktuell leicht- bis mittelgradig - gemischte Persönlichkeitsproblematik, mit selbstunsicheren, abhängigen und emotional instabilen Anteilen - Störung durch Alkohol, Kokain, Heroin, derzeit abstinent - anamnestisch ADHS

Bei der Beschwerdeführerin zeige sich ein langjähriger Krankheitsverlauf mit wiederholt auftretenden Depressionen bei zugrundeliegender Persönlichkeitsstörung und Folgen des langjährigen Substanzkonsums. Aufgrund dieser Problematik sei, auch bei aktueller Verbesserung des Zustandsbildes seit Behandlungsbeginn, immer wieder eine Exazerbation der Beschwerden möglich. Inwiefern eine wesentliche Verbesserung von Befinden und Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei, müsse der Verlauf zeigen. Eine vollständige Restitutio ad integrum und volle Leistungsfähigkeit sei aber, auch langfristig, wenig wahrscheinlich (Ziff. 1.4). Die Patientin leide unter ausgeprägter Instabilität der Stimmung im Alltag, bei chronifizierter Depression. Unter psychischer und/oder körperlicher Belastung dekompenziere sie relativ schnell. Sie sei nicht in der Lage, eine lange Arbeitswoche durchzustehen. Sowohl körperlich als auch psychisch sei für sie nur eine Tätigkeit mit reduziertem Pensum denkbar. Auch über den Tag dürften nur eine Tätigkeit von einigen

Stunden und/oder häufige Pausen notwendig sein. Die bisherige Tätigkeit sei im Rahmen von 50 % noch zumutbar. In welcher Form und in welcher Aufteilung bezüglich Zeit und Leistung müsse sich noch zeigen (Ziff. 1.7). Die Beschwerdeführerin habe eine Tätigkeit in der Betreuung und Pflege alter Menschen begonnen. Diese betrage derzeit einige Stunden pro Woche und solle langsam bis auf ein Pensum von 50 % gesteigert werden (Ziff. 1.11). Diese Angaben würden seit dem 9. September 2013 gelten (S. 7). 4.8

Am 19. März 2014 führte Dr. I. ___ bei unveränderter Diagnose (Urk. 7/107 Ziff. 1.1) aus, die Beschwerdeführerin komme regelmässig zur Kontrolle (Ziff. 1.2). Abgesehen von einem einmaligen positiven Ausrutscher sei sie regelmässig in allen getesteten Parametern negativ gewesen. Die Patientin gebe sich Mühe, habe jedoch im Dezember, vielleicht auch jahreszeitenbedingt, eine massive depressive Verschlechterung erlitten, von welcher sie sich nun wieder einigermaßen erholt habe (Ziff. 1.4). Sie versuche, einige Stunden zu arbeiten (Ziff. 1.6). Die Arbeitsfähigkeit könne, falls sie im Beruf genügend Arbeit finde, sicher bis auf 40 % oder höchstens 50 % gesteigert werden (Ziff. 1.9). 4.9

Im Abschlussbericht der J. ___ vom 27. August 2014 über das Job-Coaching hielten die Verantwortlichen fest, die Beschwerdeführerin sei mit einem 10%-Pensum gestartet und habe das Arbeitspensum innerhalb von drei Monaten auf 40 % erhöhen können. Ziel sei es gewesen, mindestens ein 50%-Pensum zu erreichen (Urk. 7/121 S. 1 Ziff. 1). Der behandelnde Arzt habe bestätigt, dass sie derzeit höchstens zu 50 % arbeitsfähig sei und eine weitere Erhöhung zu früh wäre. Weil die berufliche Situation es erfordert habe, vorübergehend 60 % zu arbeiten, hätten sie beschlossen, diese Pensumerhöhung für ein paar Tage auszuprobieren. Die Beschwerdeführerin sei mit dem Pensum überfordert gewesen, was sich durch Abgrenzungsprobleme während und Erschöpfung nach der Arbeit gezeigt habe. Im Verlauf der nächsten Wochen sei es aber doch möglich gewesen, das Pensum auf knapp 50 % auszubauen. Sie arbeite nun seit unterdessen drei Monaten in einem 48% - Pensum ohne Absenzen, ohne grössere gesundheitliche Schwankungen und ohne Suchtmittelmissbrauch (S. 2 oben).

Während der Phase des Coachings sei die Beschwerdegegnerin gesundheitlich mehrheitlich stabil gewesen. Im Gespräch habe sich bestätigt, dass die Arbeit sie gesundheitlich nicht belaste sondern unterstütze. Seit der Anstellung gehe es ihr gesundheitlich besser. Es könne von einer 50%igen Leistungsfähigkeit ausgegangen werden (S. 2 unten). 4.10

Am 22. Oktober 2014 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch Dr. med. Y. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie, begutachtet. Für sein Gutachten vom 8. November 2014 (Urk. 7/126) stützte er sich auf die vorhandenen Akten sowie die eigene Untersuchung (S. 2) und nannte sodann als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradige Episode. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. Y. ___ sodann folgende auf (S. 20): - Kokain-Abhängigkeit, derzeit abstinent - Alkoholabhängigkeit - Cannabis-Abhängigkeit, derzeit abstinent

Seiner Einschätzung nach habe sich der Grad der Arbeitsfähigkeit seit der letzten Revision verändert, es handle sich um eine Verbesserung des Gesundheitszustandes. Dies ergebe sich zum einen aus dem aktuell erhobenen psychopathologischen Befund, in welchem sich nur wenig Auffälligkeiten gezeigt hätten. Des Weiteren habe sich, ausweislich der Unterlagen und der Eigenanamnese der Versicherten, die Gesamtsituation dahingehend deutlich stabilisiert, dass sie mittlerweile einer regelmässigen Arbeitstätigkeit nachgehe

und, von vereinzelten Rückfällen abgesehen, im Wesentlichen bezüglich des Substanzkonsums abstinent geblieben sei (S. 21). Aktuell bestehe eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der früheren Tätigkeit bei Z.____, es bestehe ein Restleistungsvermögen von vier Stunden für die frühere Tätigkeit. Dies sei bedingt durch die rezidivierende depressive Störung bei aktuell leichtgradiger depressiver Ausprägung und damit verbundener Antriebsminderung und generell reduzierter seelischer Belastbarkeit. Des Weiteren werde die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt durch die zu Grunde liegende Suchterkrankung, auch wenn die Versicherte derzeit im Wesentlichen abstinent zu sein scheine, da die Suchterkrankung, der damit verbundene Suchtdruck und das Bemühen, abstinent zu bleiben, zusätzliche psychische Energien binde (S. 22 Ziff. 1). In der aktuellen Tätigkeit als Altenbetreuerin bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für das aktuelle 50%-Pensum. Das Restleistungsvermögen betrage 30 Stunden pro Woche (S. 22 f. Ziff. 2). Bezogen auf einen Achtstunden-Tag sei die reduzierte Arbeitsfähigkeit vor allen Dingen auf die multiple Substanzabhängigkeit und die rezidivierende depressive Störung zurückzuführen (S. 23 Ziff. 3). Eine weitere regelmäßige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei sowohl indiziert, sinnvoll und erfolgsversprechend als auch zumutbar. Die auferlegte Schadenminderungspflicht sei insoweit erfüllt worden, als die Beschwerdeführerin ein regelmässiges Drogen-Screening beim Hausarzt durchführe (S. 22 Ziff. 4). Aus medizinisch-prognostischer Sicht könne noch mit einer Verbesserung des Gesundheitszustands gerechnet werden, jedoch nur, wenn es der Beschwerdeführerin weiterhin gelinge, abstinent zu bleiben (S. 24 oben). Generell sei es bei Abhängigkeitserkrankungen schwierig, diese als primär oder sekundär einzuordnen, da es sich häufig um ein „Henne-Ei-Problem“ handle. Seiner Einschätzung nach handle es sich bei der Beschwerdeführerin eher um ein primäres Suchtproblem, da der Drogenabusus der Depression deutlich vorangegangen sei. So habe sie bereits über einen intravenösen Heroinkonsum in den frühen 90er-Jahren vor ihrer Schwangerschaft berichtet, zu diesem Zeitpunkt seien noch keine psychiatrischen Behandlungen dokumentiert (S. 24 Ziff. 7).

4.11

Med. pract. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst der Beschwerdeführerin (RAD), führte am 21. November 2014 aus, das Gutachten von Dr. Y.____ sei umfassend, berücksichtige die gesamte Aktenlage sowie sämtliche Beschwerden und Symptome der Beschwerdeführerin und beruhe auf eigenen Untersuchungen. Das Gutachten sei insgesamt schlüssig und nachvollziehbar und in seinen diagnostischen Feststellungen plausibel. Insofern könne darauf abgestützt werden. Die Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit würden aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionswürdig erscheinen. Dr. Y.____ stelle ein primäres Suchtgeschehen fest sowie eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der letzten Revision. Die 50%ige Einschränkung führe er auch auf eine Antriebsminderung zurück, andererseits stelle er fest, Antrieb und Psychomotorik seien in der Untersuchung allenfalls sehr diskret vermindert gewesen. Somit finde sich objektiv so gut wie keine Antriebsminderung, auch wenn die Beschwerdeführerin subjektiv darüber klage. Daher könne die gutachterliche Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden. Der Gutachter sehe zudem eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die zu Grunde liegende Suchterkrankung, was aber versicherungspsychiatrisch nicht relevant sei. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht liege derzeit keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit vor (S. 7/131 S. 11).

4.12

In ihrer Stellungnahme vom 22. Mai 2015 (Urk. 7/138) hielten die Ärzte des B.____ zum Gutachten von Dr. Y.____ fest, in der Erhebung der Anamnese werde zwar der erste Selbstmordversuch mit zwanzig Jahren im Jahre 1983 erwähnt, jedoch in der Bewertung nicht weiter darauf eingegangen. Dabei sei dies als ein wichtiges Indiz für bereits früher vorliegende psychische Störungen anzusehen. Damit sei der Substanzkonsum wahrscheinlich sekundär, zum Teil eine Art dysfunktionale Selbstbehandlung und -medikation. Die Diagnose einer ADHS werde zwar nicht grundsätzlich abgelehnt, aber offenbar aufgrund unzureichender Informationen vom Gutachter nicht bestätigt. Die Ergebnisse verschiedener Einzeltests würden jedoch für eine ADHS sprechen. Auf die beschriebene gemischte Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend abhängigen, ängstlich-vermeidenden und emotional instabilen Anteilen werde gar nicht eingegangen (S. 1). Neben der rezidivierenden Depression seien die komorbiden, zusätzlichen Erkrankungen (Persönlichkeitsstörung, ADHS, Substanzabhängigkeit) im Hinblick auf die Morbidität insgesamt von entscheidender Bedeutung für Befinden, Arbeitsfähigkeit und die weitere Prognose. In der Bewertung der Arbeits- und Restleistungsfähigkeit liege zudem ein Widerspruch vor. Es werde zunächst bezüglich der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin bei Z.____ eine Restleistungsfähigkeit von vier Stunden pro Tag bescheinigt, was einer 50%igen Tätigkeit entspreche. Bei der aktuellen Tätigkeit als Gemeindebetreuerin werde jedoch eine Restleistungsfähigkeit von 30 Stunden pro Woche bescheinigt, was einer Arbeitsleistung von 75 % entsprechen würde. Die Beschwerdeführerin sei jedoch über die letzten Jahre nie mehr als 40 bis 50 % tätig gewesen. Eine kurzzeitige Erhöhung der Stundenzahl habe stets zu einer Dekompensation und verstärkten depressiven Symptomen geführt. Die Erhöhung der Arbeitsfähigkeit von 50 % auf 75 % erscheine daher willkürlich und die tatsächliche Leistungsfähigkeit nicht ausreichend belegt. Bei den Beschwerden der Beschwerdeführerin handle es sich um eine Reihe von komorbid bestehenden Störungen und der Substanzkonsum sei in ihrem Fall als sekundär einzustufen (S. 2). 5. 5.1

Gestützt auf die bei der erstmaligen Rentenprüfung vorliegenden Arztberichte ging die Beschwerdegegnerin im April 2009 von einer

rezidivierenden depressiven Störung, leicht- bis mittelgradige Episode, einem Verdacht auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung sowie einer Störung durch Alkohol, derzeit abstinent, aus (vgl. Urk. 7/24 S. 3).

Insgesamt haben sich seither die Diagnosen nicht wesentlich verändert. Einzig der Schweregrad der depressiven Störung wurde im Juni 2011 durch die Ärzte des D.____ als schwer beurteilt, wobei sie festhielten, die Beschwerdeführerin sei Ende des Jahres 2010 in eine depressive Krise geraten, welche noch immer anhalte (E. 4.1). Dabei fällt jedoch auf, dass die Ärzte lediglich die Diagnose stellten, ohne diese jedoch durch Befunde, Symptome oder ähnliches zu belegen. Unklar bleibt auch, wie häufig die Beschwerdeführerin in dieser Zeit Therapiesitzungen in Anspruch nahm. Auffällig ist zudem, dass die Beschwerdeführerin trotz der Diagnose einer schweren depressiven Episode eine 50%ige Arbeitstätigkeit nachgehen konnte. Selbst die Ärzte der A.____ diagnostizierten nach einem stationären Aufenthalt im Dezember 2011 lediglich eine mittelgradige depressive Episode und begründeten dies ausführlich und nachvollziehbar (E. 4.2). Insgesamt vermag der Bericht der Ärzte des D.____ damit nicht zu überzeugen und es ist wie bereits im Jahre 2009 von einer depressiven Störung, schwankend zwischen leicht- und mittelgradigen Episoden, auszugehen.

Unverändert ist sodann die Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (vgl. E. 3.2-3, E. 4.1, E. 4.7). Nach wie vor besteht sodann ein schädlicher Substanzgebrauch, wobei dieser zunächst episodisch und mit wechselnden Suchtmitteln stattfand (E. 4.1-5), die Beschwerdeführerin nun jedoch seit dem Jahre 2013 abstinent ist (E. 4.6-12).

In Bezug auf die neu im Raum stehende Diagnose einer ADHS bei Erwachsenen ist festzuhalten, dass diese erstmals im Juni 2013 vom Hausarzt Dr. I. ___ gestellt wurde (vgl. E. 4.5). Dabei handelt es sich nicht um einen Facharzt für Psychiatrie, weshalb bereits aus diesem Grunde Zweifel an der Diagnose angebracht sind. Im Verlauf wiederholte Dr. I. ___ im Oktober 2013 die Diagnose einer ADHS (E. 4.6) gestützt auf den Bericht des quantitativen Spontan-EEG von Schoresch, L. ___, vom 1. Oktober 2013 (Urk.

7/92). Im Januar 2014 wurde die Diagnose von den Ärzten des B. ___ übernommen (vgl. E. 4.7: „anamnestisch ADHS“). Der Gutachter Dr. Y. ___ hielt die Diagnose einer ADHS für möglich, aber nicht mit Sicherheit belegt, da es eigenanamnestisch und anhand der Unterlagen keine klaren Hinweise auf das Vorliegen einer ADHS gegeben habe, auch wenn die Versicherte von der ADHS-Medikation profitiere (Urk. 7/16 S. 19 f.). Zwar kritisierten die Ärzte des B. ___ mit Stellungnahme vom 22. Mai 2015 (Urk.

7/138) die Einschätzung von Dr.

Y. ___ und hielten fest, dass Testergebnisse vorlägen, welche für eine ADHS sprächen. Sie legten jedoch nicht dar, welche konkreten diesbezüglichen Befunde vorliegen, wie diese die Beschwerdeführerin beeinträchtigen und sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Vielmehr wiesen sie insbesondere im Bericht vom 31. Januar 2014 trotz der damals bereits anamnestisch gestellten Diagnose darauf hin, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der Depressionen, der Persönlichkeitsstörung und der Folgen des langjährigen Substanzkonsums eingeschränkt sei (Urk. 7/105 S.

3). Zudem stellten die weiteren involvierten psychiatrischen Institutionen (vgl. E.

4.1, E. 4.2, E.

4.3. E.

4.4) wie auch das B. ___ im August 2008 trotz jeweils längerer Behandlung der Beschwerdeführerin keine ADHS fest, was, wenn überhaupt, nicht für eine starke Ausprägung einer ADHS im Erwachsenenalter spricht. Ausserdem hätte ein ADHS im Erwachsenenalter bereits im Jahr 2009 bestanden und allfällige Symptome wären dabei unter andere Diagnosen subsumiert worden. Damit lässt sich jedoch kein veränderter Gesundheitszustand begründen, vielmehr ist lediglich von einer neuen Bezeichnung des unveränderten Gesundheitsschadens auszugehen. Insgesamt ist somit letztlich nicht von einer wesentlichen Veränderung der gestellten Diagnosen auszugehen.

Auch wenn sich damit die Diagnosen seit der erstmaligen Rentenprüfung im April 2009 nicht wesentlich verändert haben, schliesst dies eine Rentenzusprache im aktuellen Zeitpunkt nicht grundsätzlich aus, soweit sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (vgl. E.

1.4). Ausschlaggebend ist einzig, ob und in welchem Mass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit - und zwar unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie -

ausgewiesen ist (Urteil des Bundesgericht I 817/05 vom 5. Februar 2007 E. 7.2.2 mit weiteren Hinweisen). 5.2

Bezüglich des Substanzmittelmissbrauchs ist aufgrund der Akten ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin im 16. Lebensjahr mit dem Konsum von Cannabis begonnen hat (vgl. Urk. 7/63/2) und im Verlauf weitere Drogen wie Heroin, Kokain, MDMA, Ecstasy und Speed konsumiert hat (E. 4.4 und E. 4.7). Hinzu kommt eine langjährige Alkoholproblematik. Seit dem Jahre 2013 ist die Beschwerdeführerin abstinent, was durch regelmässige ärztliche Kontrollen belegt ist (E. 4.6).

Ob eine primäres oder sekundäres Suchtgeschehen vorliegt, kann angesichts der dokumentierten schwierigen und belastenden Kindheit und Jugend mit Selbstverletzungen bereits als Kind und in der Oberstufe (Urk. 7/105 Ziff. 1.4, Urk.

7/126/8-9) und der diesbezüglich nicht ergiebigen Ausführungen des Gutachters Dr. Y.____ nicht abschliessend beurteilt werden. So bezeichnete Dr.

Y.____ die Einordnung der Suchtproblematik generell als schwierig und als „Henne-Ei-Problem“ und kam dann aufgrund des Heroinkonsums in den frühen 90er Jahren zum Schluss, es liege eher ein primäres Suchtgeschehen vor, da der Drogenabusus der Depression deutlich vorausgegangen sei. Dr. Y.____s Ausführungen weichen jedoch ohne Begründung von den ansonsten übereinstimmenden Schilderungen in den medizinischen Akten ab, wonach eine depressive Erkrankung seit zirka 1980 bestanden habe, ein erster Suizidversuch 1983 (mit rund 20 Jahren) erfolgte und selbstverletzendes Verhalten bereits als Kind und in der Oberstufe vorkamen. Auch wenn somit Hinweise darauf bestehen, dass kein primäres Suchtgeschehen vorliegt, kann diese Frage vorliegend jedoch offen bleiben, da die die Sucht betreffenden Diagnosen dank der durchgehaltenen Abstinenz die Arbeitsfähigkeit zur Zeit nicht wesentlich beeinträchtigen (vgl. Urk. 7/126 S.

20). Vielmehr ist es unter anderem auch aufgrund der Sucht mittelabstinenz zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen (vgl. Urk. 7/126 S. 21). Schliesslich ist auch auf die neuere bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen (vgl. E.

1.3), welche nicht bloss zwischen primärem und sekundärem Suchtgeschehen unterscheidet, sondern eine konkrete Auseinandersetzung mit allen Umständen des Einzelfalls und der Ausgestaltung der meist komplexen medizinischen sowie psychosozialen Umstände fordert. 5. 3

Was sodann die depressive Störung betrifft, so werden nach der Rechtsprechung leicht- bis mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig nicht als eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens betrachtet, die es der betroffenen Person verunmöglicht, die Folgen einer bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden. Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_104/2014 vom 26. Juni 2014, E. 3.3.4 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil 9C_856/2013 vom 8. Oktober 2014, E. 5.1.2). Zudem gelten leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als therapeutisch angebar (Urteil des Bundesgerichts 8C_759/2013 vom 4. März 2014, E. 3.6.1 mit Hinweisen). An diesen Grundsätzen ändert auch das Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni

2015 nichts (9C_492/2014, publiziert in BGE 141 V 281).

Hinzu kommt, dass es der Beschwerdeführerin trotz der bestehenden psychischen Beeinträchtigung und der belastenden

Kindheit offenbar möglich war, eine Berufsausbildung als Coiffeuse zu absolvieren und über Jahre einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (vgl. Urk. 7/105 Ziff. 1.4). Nachdem es der Beschwerdeführerin zudem gelungen ist, eine Arbeitsstelle zu finden und nun bereits seit Mitte des Jahres 2014 ohne Absenzen, ohne grössere gesundheitliche Schwankungen und ohne Suchtmittelmissbrauch ein Pensum von 48 % zu absolvieren und sie sich zudem gemäss ihren eigenen Angaben an Arbeitstagen besser fühlt (vgl. E. 4.9), vermag es nicht zu überzeugen, dass die bestehenden psychischen Störungen in der zu beurteilenden Ausprägung zu einer andauernden Arbeitsunfähigkeit selbst in dem von Dr. Y.____ attestierten Umfang führen sollen.

Dabei ist zu beachten, dass die stationären Aufenthalte im Jahr 2012 mit entsprechender Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen jeweils Entwöhnungstherapien und damit reinen Suchtfolgen (vgl. E. 4.2-4.4), nicht hingegen der Behandlung von davon zu unterscheidenden beziehungsweise damit zusammenhängenden psychiatrischen Erkrankungen dienten.

Insgesamt ist demnach davon auszugehen, dass die psychischen Beeinträchtigungen - wie bereits im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenprüfung - invaliden versicherungsrechtlich nicht relevant sind. 5. 4

Weiter ist gestützt auf die vorliegenden Arztberichte festzuhalten, dass sowohl die festgestellte depressive Symptomatik als auch der Substanzmissbrauch vor dem Hintergrund sozialer Belastungssituationen bestehen. Dabei sind neben der belastenden Kindheit und Jugend insbesondere fehlende finanzielle Mittel, Verpflichtungen gegenüber der Tochter sowie ein aus der Sicht der Beschwerdeführerin zu kleiner Freundeskreis zu nennen (vgl. Urk. 7/100 S. 4 f., Urk. 7/105 Ziff. 1.4, Urk. 7/109 S. 2, Urk. 7/126 S. 11 f.). Bereits die Ärzte des B.____ führten im August 2008 aus, die Gesundheit der Beschwerdeführerin sei in einem gewissen Grad auch vom Verhältnis zu ihrer Tochter und der Bewältigung der Erziehung der Tochter abhängig (E. 3.3). Ebenso wiesen die Ärzte des G.____ darauf hin, der prognostische Verlauf werde durch psychosoziale Belastungsfaktoren deutlich mit beeinflusst (E. 4.4).

Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich das depressive Zustandsbild bei einer positiven Veränderung der psychosozialen Problematik wesentlich verbessern und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern würde. So hat sich die Situation der Beschwerdeführerin mit Aufnahme der Arbeitstätigkeit denn auch laufend stabilisiert (vgl. E. 4.9). 5. 5

Es damit weder zu einer wesentlichen Veränderung der Diagnosen noch einer wesentlichen Veränderung der Auswirkungen der gleich gebliebenen Diagnosen gekommen.

Vielmehr ist insgesamt im zu beurteilenden Zeitpunkt weder aufgrund der bestehenden psychischen Beeinträchtigungen noch des Substanzmittelmissbrauchs von einer Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG auszugehen, und ein Rentenanspruch ist mangels invaliden versicherungsrechtlicher Relevanz des Gesundheitsschadens zu verneinen. Weitere Abklärungen erübrigen sich damit und die Beschwerde ist abzuweisen.

Nachdem demnach kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliegt, kann offenbleiben, ob die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit durch den Gutachter Dr. Y._____

in allen Teilen nachvollziehbar und überzeugend ist. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

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. 9 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Ab. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen.

E. 6.2

Mit Verfügung vom 18. Januar 2016 wurde das Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung gutgeheissen (Urk. 8). Mit Honorarnote vom 3. November 2016 machte Advokatin Karin Wüthrich

einen Aufwand von insgesamt 9.75 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 583.10 , zu züglich Mehrwertsteuer, geltend (Urk.

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 10

der Verordnung über die sozialversicherungsgerichtlichen Gebühren, Kosten und Entschädigungen in Verbindung mit §

8 Abs.

1 der Verordnung ist ein unnötiger Aufwand eines unentgeltlichen Rechtsvertreters nicht zu ersetzen.

In Anwendung dieser Bestimmung kann nicht der gesamte von der Rechtsvertreterin geltend gemachte Aufwand als entschädigungsberechtigt anerkannt werden.

Zwar erscheint der Zeitaufwand von insgesamt 9.75 Stunden nicht unverhältnismässig , die geltend gemachten Auslagen für 564 Kopien in der Höhe von Fr. 564.-- sind jedoch zu hoch. Die Akten der Beschwerdegegnerin umfassen insgesamt rund 460 Seiten, wobei aber nicht jede Seite entscheidung relevant ist. Überdies sind sie nicht zurückzugeben, können also beliebig bearbeitet werden. Es ist damit - auch ökologisch - nicht nachvollziehbar, aus

welchem Grund die Rechtsvertreterin eine derart hohe Zahl Kopien angefertigt hat und es ist ihr eine - im Quervergleich immer noch hohe - Entschädigung für Barauslagen in der Höhe von Fr. 150.-- zuzusprechen.

Somit sind insgesamt 9.75 Stunden nebst Barauslagen von Fr. 150.-- zu entschädigen, womit beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 185.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) eine Entschädigung von Fr. 2'110.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu bezahlen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- 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, Advokatin Karin Wüthrich, Procap Schweiz, Olten, wird mit Fr. 2'110.-- (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: - Procap Schweiz, Advokatin Karin Wüthrich - 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Kübler-Zillig

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