

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01264 vom 7. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01264

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01264 du 7 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01264 del 7 maggio 2018

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 Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 1.3

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und

in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven vierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2 BGE 143 V 409 E. 4.2.1).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen 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).

E. 1.5

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachleute ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne eine solche vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa). 2.

E. 2

. Juni 2017, Urk. 17).

Die Beschwerdeführerin nahm mit Schreiben vom 1. Februar 2018 Stellung (Urk. 27) und die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 9. April 2018 (Urk. 30). Diese wurden n jeweils der anderen Partei am 17. April 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 31). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin legte in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) dar, dass keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege, welche die Arbeitsfähigkeit längerfristig einschränke. Bei der Beschwerdeführerin seien mehrere Diagnosen festgestellt worden, allerdings sei sie trotz dieser Einschränkung jahrelang ununterbrochen arbeitstätig gewesen. Die ausgewiesenen Diagnosen würden keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen (S. 1).

Die im eingeholten psychiatrischen Gutachten vom 10. Januar 2018 (Urk. 23) gestellten Diagnosen seien ohne weitere Ausführungen nicht nachvollziehbar (Urk. 30). Diverse Befunde, welche die Gutachterin zur Diagnosestellung heran gezogen habe, hätten während der Untersuchung scheinbar nicht objektiviert werden können (S. 1 f.). Die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) vermöge zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu überzeugen (S. 2). Schliesslich vermöchten die Ausführungen der Gutachterin bezüglich psychosozialer Faktoren – aus näher dargelegten Gründen – nicht zu überzeugen (S. 3).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), sie sei seit April 2014 zu 100 % arbeitsunfähig, was durch die Berichte der behandelnden Psychiaterin und des Psychotherapeuten nachgewiesen sei (S. 1 ff.).

Aus dem eingeholten psychiatrischen Gutachten vom 10. Januar 2018 gehe klar hervor, dass sich das Störungsbild entgegen der Behauptung der Beschwerdegegnerin schwerwiegend und längerfristig sowohl im beruflichen als auch im privaten Alltag auswirke und mindestens seit April 2014 eine vollständige Erwerbsunfähigkeit bestehe (Urk. 27).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist die Arbeitsfähigkeit und damit der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

Dabei hat keine Prüfung im Rahmen einer Neuanschuldung zu erfolgen, zumal die anspruchsverneinende Verfügung vom 22. August 2013 (Urk. 10/14) mangels Erfüllens des Wartejahres und ohne Abklärung des medizinischen Sachverhalts erfolgte.

3. 3.1

Dr. med. B. ____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 30. Juni 2014 (Urk. 10/23/11-12) und nannte folgende Diagnosen: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) - komplexe PTBS - anamnestisch Bulimia nervosa ab 11. Lebensjahr (ICD-10 F50.2)

Sie führte aus, dass sich erste Beschwerden bereits in der Kindheit manifestiert hätten. Seit März 2014 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Angesichts der komplexen Problematik müsse mit einer längeren Behandlung gerechnet werden. Die Prognose sei offen. Es finde eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit anfangs zwei Wochenstunden, derzeit noch eine Wochenstunde sowie eine medikamentöse Behandlung statt (S. 1). Es sei zu einem stabilen Arbeitsbündnis gekommen, die Beschwerdeführerin erscheine regelmässig zu den Terminen. Es habe eine leichte Abnahme der Panikattacken erreicht werden können. Bei für die Beschwerdeführerin besonderen Belastungen bestünden allerdings Rückfälle (S. 2). 3.2

Dr. B. ____, berichtete am 8. Januar 2015 (Urk. 10/33), nannte die bekannten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 3.1) und führte aus, der Antrieb der Beschwerdeführerin sei leicht reduziert, es bestünden jedoch auch impulsive Verhaltensweisen. Es seien Konzentrationsstörungen, hingegen keine Gedächtnisstörungen vorhanden. Es bestünden Paramnesien in Form von Flashbacks frühkindlicher traumatisierender Erlebnisse, Albträume, formalgedankliches Gedankenkreisen, Ich-Störungen in Form von Depersonalisationserleben in sozialen Situationen und ein niedriges Selbstwertgefühl. Die Beschwerdeführerin sei inhaltlich eingengt auf die soziale Situation (S. 2 Ziff. 1.4). Es finde eine stützende Psychotherapie mit einer Wochenstunde, bei Bedarf mit zwei Wochenstunden sowie eine medikamentöse Behandlung statt (S. 2 Ziff. 1.5). In ihrer Tätigkeit als Call-Center-Mitarbeiterin sei die Beschwerdeführerin seit dem 4. April 2014 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6). Es bestünden Einschränkungen in der Konzentration sowie der Affekttoleranz (Weinkrämpfe), welche eine Erwerbstätigkeit unmöglich machten (S. 2 Ziff. 1.7). 3.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, berichtete am 5. Januar 2016 über die orthopädische Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 1. Dezember 2015 (Urk. 10/54) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 f. Ziff. 7): - chronische Schmerzen und schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule (HWS) sowie anamnestisch Parästhesien beider Arme im Versorgungsgebiet der C8-Wurzel bei radiologisch eher geringgradigen degenerativen Veränderungen (Nativ-Röntgenaufnahmen einschliesslich Funktionsaufnahmen und MRI der HWS vom 21. Mai 2015) - chronische Schmerzen der Brustwirbelsäule (BWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) bei radiologisch leichtgradigen degenerativen Veränderungen der LWS (MRI der LWS vom 12. August 2015) - aktiv provozierbare, dorsale Schulterluxation rechts bei habitueller multidirektionaler Instabilität der Schultergelenke beidseits - chronische, belastungsabhängige Knieschmerzen beidseits bei klinischem Verdacht auf retropatellare Chondromalazie mit leichter intraartikulärer Ergussbildung bei - Zustand nach operativ behandelte Patellaluxation rechts und multiplen, jeweils operativ behandelten Bandverletzungen beidseits im Jugendalter (im Rahmen des Handballsports) - bekannter kongenitaler Hypermobilität - chronische Instabilität beider oberen Sprunggelenke (OSG) bei Zustand nach multiplen OSG-Distorsionstraumen und bekannter kongenitaler Hypermobilität

Er führte aus, unter Berücksichtigung der aktuellen, erst am Untersuchungstag bekannt gewordenen, noch nicht abgeschlossenen medizinischen Abklärung des diffusen Schmerzsyndroms sei die seit April 2014 durchgehend bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit im Moment aus somatisch-orthopädischer Sicht vorerst noch nachvollziehbar, zumal auch eine psychische Komorbidität vorliege (S. 9 Ziff. 9).

Bei der erst 35-jährigen Beschwerdeführerin seien anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung und der körperlichen Untersuchung vom 1. Dezember 2015 die oben genannten, somatischen Gesundheitsschäden ausgewiesen, welche die Arbeitsfähigkeit allerdings nur auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt insoweit beeinträchtigen, als alle körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten dauerhaft nicht möglich seien. In ihrer bisherigen beziehungsweise zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiterin im Telefonmarketing bestehe hingegen medizintheoretisch eine

100%ige Arbeitsfähigkeit seit April 2014, da es sich bei dieser Tätigkeit um eine körperlich sehr leichte, höchstens minimal belastende Tätigkeit handle, welche sowohl überwiegend im Sitzen als auch in wechselbelastender, frei wählbarer Körperposition ausgeübt werden könne. Aus orthopädischer Sicht handle es sich bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit um eine in diesem speziellen Fall optimal angepasste Tätigkeit. Der

Gesundheitszustand habe sich seit April 2014 unter Berücksichtigung der vorliegenden Arztberichte nicht wesentlich geändert, allerdings sei die medizinische Abklärung im Moment noch nicht vollständig abgeschlossen.

Vor einer abschliessenden RAD-Stellungnahme sollten die aktuellen Arztberichte von Dr. D.____ (Schmerztherapeut) und Dr. E.____ (Hämatologe) eingeholt werden, damit sie mitberücksichtigt werden könnten (S. 9 Ziff. 10). 3.4

Med. pract. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD der Beschwerdeführerin, berichtete am 5. Januar 2016 über die Untersuchung der

Beschwerdeführerin vom 1. Dezember 2015 (Urk. 10/55 = Urk. 3/2) und nannte folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 9): -
Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31 ; gebessert)

Er führte aus, dass die Beschwerdeführerin nach telefonischer Entschuldigung mit halbstündiger Verspätung ein getroffen sei und angegeben habe, alleine mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zirka eine Stunde angereist zu sein. Es gebe kein Anhalt für Müdigkeit oder erhöhte Ermüdbarkeit, für Sinnestäuschungen, Ich Störungen und inhaltliche Denkstörungen. Affektiv sei sie schwingungsfähig sowie unauffällig in Mimik, Gestik und Antrieb. Die Beschwerdeführerin sei aufmerksam und konzentriert über die gesamte zweieinhalbstündige Untersuchungszeit. Es gebe keinen klinischen Anhalt für Gedächtnisstörungen, keine erkennbaren Ermüdungserscheinungen und keine „black-outs“ im Laufe der Untersuchung. Die Beschwerdeführerin neige zu einer Defizit-orientierten Darstellung, während ihre Ressourcen erst erfragt werden müssten (S. 4 Ziff. 8).

Die schlimmen biografischen Belastungen seien unübersehbar. Die Persönlichkeitsentwicklung sei geprägt von den schweren Traumatisierungen. Daher würden sich die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und eine Borderline-Persönlichkeitsstörung überschneiden. Erfreulicherweise habe die Beschwerdeführerin trotzdem die Schule und die Lehre regulär abschliessen und seit ihrem 18. Lebensjahr konstant in ihrer Partnerschaft leben können.

Der berufliche Lebenslauf zeige einen ungebrochenen Berufsweg von 1999 bis Anfang 2014. Die folgenden psychosozialen Belastungen durch die Erkrankungen des Ehemannes, die Alleinverantwortung des

Geldverdienens und die geschilberte übermässige Arbeitsübernahme (bis 14 oder 15 Stunden) hätten die Beschwerdeführerin Anfang 2014 dekompensieren und arbeitsunfähig werden lassen.

Auffallenderweise sei die Beschwerdeführerin nicht unter Borderline-typischen Symptomen wie Selbstverletzungen dekompenziert. Derartige Selbstverletzungen könne sie bereits seit 3 Jahren (mit Hilfe ihres Mannes) unterlassen. Möglicherweise habe bei der Beschwerdeführerin früher eine Borderline-Persönlichkeitsstörung bestanden. Sie scheine einige Borderline-Kriterien zu erfüllen, aber nicht das Kriterium von intensiven, aber unbeständigen Beziehungen. Es seien auch keine übertriebenen Bemühungen erkennbar, das Verlassenwerden zu vermeiden. Erfreulicherweise gebe es seit drei Jahren keine Selbstverletzungen mehr. Daher könne von einer erfreulichen Besserung der Borderline-Symptome ausgegangen werden (S. 5 Ziff. 9).

Die behandelnde Psychiaterin Dr. B. ___ diagnostiziere eine „komplexe posttraumatische Belastungsstörung“ und kodiere eine PTBS, obwohl eine „komplexe“ PTBS keine ICD-Diagnose darstelle. Jenseits dieser Klassifizierung fragen sei unübersehbar, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Persönlichkeitsentwicklung durch die biografischen Traumatisierungen beziehungsweise Belastungen geschädigt worden sei. Ob diese Belastungen/Traumatisierungen zum Vollbild einer PTBS geführt hätten, bleibe fraglich. Zu den einschlägigen ICD Kriterien gehörten unter anderem „aufdringliche Nachhallerinnerungen“. Es sei bei der Beschwerdeführerin jedoch schwer, „normale“ Erinnerungen von PTBS-typischen „aufdringlichen Nachhallerinnerungen“ zu

unterscheiden (Kriterium B). Fernerhin können sie sich an die Belastungen erinnern und zeigen keine anhaltenden Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung, weder in der RAD-Untersuchung, noch im Alltagsleben, wo sie seit einem Jahr regelmässig zum Angeln gehe (Kriterium D). Angesichts der unbestrittenen biografischen Belastungen erscheint es klassifikatorisch einfacher, diese traumatischen Symptome unter der Diagnose der Persönlichkeitsstörung zu subsumieren (S. 5 f. Ziff. 9).

Auf der anderen Seite seien die Ressourcen und das positive Funktionsbild zu beachten. Trotz der Belastungen/Traumatisierungen/Persönlichkeitsstörung habe die Beschwerdeführerin ununterbrochen bis 2014 arbeitsfähig bleiben können. Diese Diagnosen hätten sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt. Die Beschwerdeführerin könne weiterhin ihren Hobbies nachgehen (Nail-Design, Fischen, Coiffeuse und Sorge für ihre sechs Haustiere). Sie habe sogar eine Umschulung zur Nail-Designerin beantragt, was auf eine gewisse Arbeitsfähigkeit schliessen lässt (S. 6 Ziff. 9).

Bei der Beschwerdeführerin seien mehrere Diagnosen festgestellt worden, allerdings sei sie trotz dieser Gesundheitsstörungen jahrelang ununterbrochen arbeitsfähig gewesen. Diese Diagnosen hätten keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründet. Sie sei unter heftigen psychosozialen Belastungen (Erkrankungen des Ehemannes, Geldknappheit, drohender Wohnungsverlust, Betreibungen) dekompenziert mit Schwindelsymptomen (nicht mit Borderline-typischen Selbstverletzungen). Infolge dieser Belastungssymptome habe sie ab April 2014 psychiatrische Unterstützung bei Dr. B.____ gesucht (S. 6 Ziff. 11).

Auch wenn es durchaus nachvollziehbar sei, unter derartigen Belastungen und einer reaktiven übermässigen Arbeitsübernahme (bis 15 Stunden pro Tag) zu dekompensieren, so würden derartige Faktoren jedoch IV-fremd bleiben. Inzwischen zeige die Beschwerdeführerin auch wieder ein erfreuliches positives Funktionsniveau (S. 7 Ziff. 11). In der bisherigen Tätigkeit als Call-Agentin sei die Beschwerdeführerin seit April 2014 aufgrund psychosozialer Belastungen zu 100% arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit ohne häufige Überstunden sei sie zu 100% arbeitsfähig (S. 7). 3.5

Med. pract. D.____, Facharzt für Anästhesiologie, berichtete am 15. Januar 2016 (Urk. 10/57) und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - Asthma bronchiale - chronisch rezidivierende Migräne - unklare neurologische Symptomatik mit transienten Lähmungen und Hypästhesien - degenerative HWS-Veränderungen mit Nervenwurzelreizungen C4 neuroforaminal, C5 rezessal, C6 neuroforaminal, C7 rezessal und neuroforaminal, C8 rezessal - Knie beidseits Arthrosen und Status nach multiplen Operationen mit Kreuzband- und Seitenbandplastik

Er führte aus, dass seit vier Jahren zunehmend Kribbelparästhesien und Schmerzen in den Armen und Händen rechtsbetont sowie chronische Schmerzen in bei den Knien bestünden (S. 1). Es bestehe mindestens eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als Telefonmarketing (S. 2).

Am 18. März 2016 (Urk. 10/63) führte Dr. D.____ aus, der Gesundheitszustand sei verschlechtert. Es bestehe eine Zunahme der Kribbelparästhesien im rechten Arm, neuerdings auch links. Neu würden der Beschwerdeführerin die Beine im Sitzen einschlafen (S. 1). Es müsse von einem Dauerzustand ausgegangen werden (S. 2). 3.6

Die RAD-Ärzte Dr. C.____ und med. pract. F.____ nahmen am 6. und 8. April 2016 Stellung (Urk. 10/64 S. 8 f.) und führten aus, dass sich die von Dr. D.____ angegebene vollständige

Arbeitsunfähigkeit offenkundig ausschliesslich auf die Angaben der Beschwerdeführerin selbst stütze ohne Begründung durch objektive, somatisch-funktionelle Einschränkungen. Somit bleibe es aus interdisziplinärer Sicht bei der versicherungsmedizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, wie sie bereits am 2. Dezember 2015 formuliert worden sei. 3.7

Dr. B.____ berichtete am 15. Mai 2016 (Urk. 10/72/2-3) und führte aus, dass sie zwar der Schwierigkeit der Diagnose einer PTBS zustimme, aber trotzdem eine komplexe PTBS diagnostiziere. Als komplexe PTBS werde ein psychisches Krankheitsbild bezeichnet, das sich infolge schwerer, oft anhaltender Traumatisierung in der Kindheit (hier sexueller Missbrauch) entwickeln könne. Es könne sich in zeitlicher Verzögerung nach Monaten und auch Jahrzehnten entwickeln. Im Unterschied zur PTBS sei es durch ein breites Spektrum kognitiver, affektiver und psychosozialer Symptombildungen gekennzeichnet und werde benutzt um trauma-assoziierte Borderline-Störungen zu beschreiben (im DSM-V schon vorhanden, im ICD-11 in Vorbereitung). Zu erwähnen sei diesbezüglich, dass die Symptome der komplexen PTBS vielfältige Überschneidungen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigten, was bei der Beschwerdeführerin zutreffe.

Es habe eine Besserung der Borderline-typischen Dekompensations-Symptome beobachtet werden können, dies seit dem Beginn der therapeutischen Behandlung. Die Gefühle von Sicherheit, Geborgenheit und Vertrauen in Beziehungen hätten verbessert werden können (Beziehung zu Partner, Therapeutische Beziehung), was zu einer affektiven Stabilisierung, Verbesserung der Selbstzuwendung und Selbstwertes beigetragen habe (S. 1).

Zusätzlich bestünden weiter, und eher zunehmend, neben den schwerwiegenden psychosozialen Problemen der komplexen PTBS, ein negatives Selbstkonzept sowie ein gestörtes Körperbild. Chronische Traumatisierungen, wie bei der Beschwerdeführerin sexueller Missbrauch in der Kindheit über Jahre, würden in Phasen fallen, in denen wichtige Schemata über Selbst, Körper und Welt gebildet würden. Dazu sei auch zu signalisieren, dass bei der Beschwerdeführerin eine Doppeldiagnose im Sinne einer somatisch-psychischen Störung diagnostiziert worden sei, was die Diagnose der komplexen PTBS in diesem Sinne bestätige. Durch Erfahrung der Traumaforschung wisse man heute, dass Patienten lange im Alltag „funktionieren“ könnten und kaum Erinnerungen hätten, um dann durch eine neue biographische Erfahrung destabilisiert zu werden. Im Falle der Beschwerdeführerin seien psychosoziale Auslöser beobachtet worden. Es könne dann häufig auch zu Fehldiagnosen von neurotischen Störungen, Anpassungsstörungen und pathologischer Trauerreaktion kommen, da man von einer reiferen Ich-Struktur ohne „Frühstörungsanteil“ ausgehe und fälschlicherweise von der Alltagskompetenz der Patienten überzeugt sei (S. 2) . 3.8

G.____, Psychotherapeut ASP, berichtete am 15. Mai 2016 (Urk. 10/72/49) und führte aus, dass die Argumentationsweise des RAD im Prinzip nachvollziehbar und bei neurotisch strukturierten Patienten auch sinnvoll sei. Sie negiere aber die Tatsache, dass psychische Krankheiten im Formenkreis der PTBS und der Borderline-Störung aus Gründen, welche in der Persönlichkeits-Struktur dieser Patienten lägen, die Unterscheidung zwischen inneren und äusseren Leiden ausserst schwierig beziehungsweise unmöglich machen würden. Gemeinsam sei den aufgeführten psychischen Krankheiten (PTBS und Borderline-Störung sowie verwandten Störungen) die ungenügende Fähigkeit der Patienten zur inneren Konfliktverarbeitung (S. 1) .

Die allgemein anerkannten Feststellungen würden auch und gerade im Fall der Beschwerdeführerin, wo sowohl eine komplexe PTBS als auch eine Borderline-Störung fest gestellt worden sei, die der Ablehnung zugrunde liegende Trennung von primär psychischem und primär psychosozialen Leiden unmöglich machen und es sei, auf der Grundlage dieser Unterscheidung von „Innen und Aussen“, welche die nicht ausreichend ausgebildeten Ichgrenzen der Beschwerdeführerin nicht berücksichtigen, unmöglich, dem Leiden der Beschwerdeführerin angemessen gerecht zu werden (S. 2).

Die Durchdringung von psychischen und sozialen Konflikten sei deshalb Teil der psychischen Krankheit der Beschwerdeführerin und es sei genau deshalb nicht angebracht, die im RAD-Bericht so stark betonten Unterscheidungen zu treffen. Denn für die Beschwerdeführerin (und ähnlich strukturierte Patienten) gelte, dass sie in vielen Bereichen ihres Lebens darauf angewiesen sei, die Zustände ihrer inneren Welt im Körper und in der Alltagswirklichkeit abzuhandeln, was die Unterscheidung von somatischem Geschehen, sozialem und psychischem Konflikt nicht sinnvoll und unmöglich mache (S. 2).

3.9
RAD-Arzt med. pract. F.____ nahm am 4. Juli 2016 Stellung (Urk. 10/80 S. 4 f.) und führte aus, im versicherungspsychiatrischen Überblick trage der Psychotherapeut keine neuen medizinischen Fakten vor. Er betonte defizitorientiert die Belastungen in der Jugend und schildere kaum die von der Psychiaterin angegebenen Verbesserungen. Ihr positives Funktionsbild werde kaum erwähnt. Sein Bemühen, eine Borderline-Störung von einer PTBS zu differenzieren, sei akademisch interessant, angesichts der hier vielfältigen Überschneidungen aber praktisch wenig relevant. 3.10

Dr. B.____ und der Psychotherapeut Herr G.____ berichteten am 3. November 2016 (Urk. 3/5) und führten aus, die Beschwerdeführerin sei aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. Es liege eine komplexe psychopathologische Symptomatologie aus verschiedenen psychiatrischen Störungen vor (komplexe PTBS, emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ, Angststörung, Essstörung). Die Diagnosen stünden in enger Wechselwirkung und seien Ursache der massiv eingeschränkten Funktionsfähigkeit im Alltag. In der bisherigen Behandlung dieser Störungen sei es gelungen, eine Stabilisierung der Beschwerdeführerin auf tiefem Niveau zu erreichen und darüber hinaus eine Krankheitseinsicht zu erreichen, was zur Folge habe, dass die Beschwerdeführerin eine trauma-spezifische Behandlung durch die H.____ suche. Die entsprechenden Vorgespräche hätten stattgefunden, die Beschwerdeführerin warte nun auf einen freien Platz für eine ambulante Intensiv-Behandlung. 4. 4.1

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 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).

An der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit insbesondere des psychiatrischen RAD Untersuchungsberichts mit den darin enthaltenen Schlussfolgerungen bestanden zumindest

geringe Zweifel. So sprach die vom RAD erwähnte Erwerbsbiographie nicht ohne Weiteres für eine tadellose Eingliederung im Erwerbsleben, sondern konnte durchaus auch ein Hinweis auf eine relevante psychiatrische Störung sein, zumal der RAD nicht zu den häufigen Stellenwechseln der Beschwerdeführerin Stellung nahm. Auch erschien es nicht ohne Weiteres als überzeugend, dass keine (komplexe) PTBS vorliege, zumal die Traumatisierungen in der Kindheit unbestritten sind und die Begründung des RAD, es lägen keine Nachhall Erinnerungen vor, angesichts der Ausführungen des Psychotherapeuten nicht nachvollziehbar ist. Ob eine depressive Erkrankung vorliegt, konnte durch die vorhandenen medizinischen Akten ebenfalls nicht beurteilt werden. Nach dem Gesagten vermochten die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an eine medizinische Expertise (vgl. vorstehend E. 1.6) nicht zu genügen.

Das Gericht erachtete daher den medizinischen Sachverhalt als ungenügend abgeklärt, weshalb es ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. A.____ einholte (vgl. Beschluss vom 2. Juni 2017, Urk. 17). 4.2

Dr. A.____ erstattete ihr psychiatrisches Gutachten am 10. Januar 2018 gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen der Beschwerdeführerin vom 28. November und 12. Dezember 2017 (Urk. 23). Sie nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22 Ziff. 5.1): - emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31 - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte depressive Episode (ICD

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkungen vorzunehmen.

E. 6.2

Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG unter anderem erst bei einer während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % (vgl. vorstehend E. 1.2). Da die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit in einem Callcenter seit mindestens April 2014 zu

E. 6.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihrer zumutbaren Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des

Ein Kommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 6.4

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundesgerichts 8C_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen).

E. 6.5

Die Beschwerdeführer in arbeitete von 2000 bis 2013 insgesamt an 18 Stellen, wobei die Dauer der Anstellung im Durchschnitt ungefähr sechs Monate betrug (vgl. Urk. 10/9-10, Urk. 10/15, Urk. 10/17, Urk. 10/28-32, Urk. 10/36, Urk. 10/39, vgl. auch Urk. 23 S. 13). Es kann vorliegend offen bleiben, in welchem Pensum die Beschwerdeführer in vor Eintritt des Gesundheitsschadens erwerbstätig und wie hoch ihr erzieltes Einkommen war. Ein stabiles Arbeitsverhältnis, sofern es dies überhaupt gegeben hat, liegt bereits mehrere Jahre zurück, weshalb es sich unter diesen Umständen rechtfertigt, sowohl für die Bemessung des Validen- als auch des Invalideneinkommens auf die statistischen Werte der LSE abzustellen, wobei beide Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu ermitteln sind.

Somit kann hier von der ärztlich geschätzten Arbeitsunfähigkeit ohne Weiteres auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen und damit ein Prozentvergleich vorgenommen werden (BGE 134 V 322 E. 4.1; Urteile des Bundesgerichts 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 und 8C_450/2014 vom 24. Juli 2014 E. 7.3).

Der Invaliditätsgrad beträgt demnach 100 %, womit der Beschwerdeführerin ab dem 1. April 2015 eine ganze Invalidenrente zusteht (vgl. vorstehend E. 1.2).

Mit dieser Feststellung und in Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung aufzuheben. 7. 7.1

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. 1'000.-- anzusetzen

und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend ist die Prozessentschädigung beim massgeblichen Stundenansatz von Fr. 145.-- auf Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen. 7.3

Die Kosten der Begutachtung durch Dr. A.____ in der Höhe von insgesamt Fr. 7'578.50 (Fr. 6'750.-- + Fr. 828.50; Urk. 26/1-2, Urk. 21-22) sind von der Beschwerdegegnerin zu tragen und somit dem Gericht zurückzuerstatten, war doch der Sachverhalt im Zeitpunkt des Verfügungserlasses ungenügend erstellt (vgl. vorstehend E. 4.1). Das Gericht erkennt:

- 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 13. Oktober 2016 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführer in ab dem 1. April 2015 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten für das Gerichtsgutachten im Betrag von Fr. 7'578.50 zu erstatten. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Pro Infirmis Zürich - 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 Beweis mittel 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 Schüpbach

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

0 % arbeitsunfähig ist (vgl. vorstehend E. 5.5), begann die einjährige Wartefrist per dann zu laufen. Mithin ist der frühestmögliche Rentenbeginn im April 2015 (vgl. auch Art. 29 IVG beziehungsweise die Anmeldung vom 5. August 2014, Urk. 10/18).

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