

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00004 vom 15. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00004

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00004 du 15 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00004 del 15 dicembre 2017

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]). 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

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; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

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 (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 2014

E. 1.3

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. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls 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).

E. 1.5.1

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. 1.5.2

Die regionalen ärztlichen Dienste stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich ausüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externen medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen –

zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, die psychiatrische Untersuchung habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin mit ihren Ängsten gut umgehen könne. Sie besitze viele Leistungsressourcen, sodass sie in der Lage sei, die Anstrengungen und Verpflichtungen des beruflichen Alltags zu bewältigen. Es hätten sich während der Untersuchung beim RAD keine Symptome der von den Behandlern festgestellten Persönlichkeitsstörungen gezeigt. Dies widerspiegeln sich auch im Verlauf der Arbeitsversuche. Es lägen keine Einschränkungen vor, welche die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit behindern würden (Urk. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte in ihrer Beschwerde hingegen im Wesentlichen vor, es bestehe eine Minderintelligenz. Sodann bestünden seit jeher Konzentrationsstörungen. Allein gestützt darauf sei ihr schon eine Invalidenrente zuzusprechen. Vorliegend dürfe nicht auf den Untersuchungsbericht von RAD-Arzt

G. ___ abgestellt werden, da grosse Zweifel an dessen Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestünden. Im Rahmen verschiedener Arbeitstrainings habe sich gezeigt, dass bei der Beschwerdeführerin, trotz guter Motivation in Bezug auf eine Wiedereingliederung, zu keinem Zeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit in angestammter oder angepasster Tätigkeit stabil und längerfristig – auch nicht niederprozentig – bestanden habe. Laut den Ausführungen der behandelnden Ärzte des Z. ___ würde aufgrund des frühen Störungsbeginns und der heute chronifizierten und auch multimodalen Krankheitsausprägung auch auf längere Sicht keine solche bestehen. Empfohlen worden sei eine Tätigkeit im geschützten Rahmen mit einem Pensumseinstieg von 30%. Der RAD-Untersuchungsbericht stehe in krassem Gegensatz zu den in der Praxis gemachten Erfahrungen und den Aussagen der behandelnden Psychiaterin. Deshalb müsse entweder der Beschwerdeführerin eine Rente zugesprochen oder zumindest ein interdisziplinäres neuropsychologisch-psychiatrisches Gutachten eingeholt werden (Urk. 1) 3.

E. 3

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dem Bericht von Dr. med. C. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt am Z. ___, vom 19. Juni 2009 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/27) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin erstmals im März in fachärztliche Behandlung kam. Zum Zeitpunkt des Eintritts in den stationären Aufenthalt (25. März 2009) diagnostizierte Dr. C. ___ eine mittelgradige schwere depressive Episode, die im Austrittszeitpunkt (25. Mai 2009) remittiert war. Er diagnostizierte ausserdem – nebst der atypischen Anorexia, ohne Störung des Körperschemas (ICD-10: F50.1), und zuvor Verdacht auf Binge-Eating Disorder mit Adipositas 2. Grades (ICD-10: F50.8) – verdachtsweise eine Persönlichkeitsstörung mit emotionaler Instabilität auf Borderlineniveau (ICD-10: F60.31). Die Auswirkungen schilderte er als Einschränkung

kognitiver Fähigkeiten und Defizite in der Entwicklung der im Alltag notwendigen Kulturtechniken aufgrund defizitärer Entwicklungsbedingungen und daraus resultierende Entwicklungsrückstände im Vergleich zu Gleichaltrigen, die eine Integration in einer Schule oder an einem Arbeitsplatz erschweren könnten. Mit Besserung der depressiven Symptomatik hätten sich Defizite in der Selbstwahrnehmung (so wohl auf körperlicher wie auch psychischer Ebene), der Selbstregulation (Umgang mit inneren Spannungen und intensiven Emotionen) und der Beziehungsregulation gezeigt. Das Ausmass dieser Störung verweise auf die mögliche Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen Zügen. Die Beschwerdeführerin habe die Therapie (Fortsetzung in ambulantem Rahmen) vorzeitig abgebrochen. Die Prognose sei sicher in besonderer Weise von einer weiteren therapeutischen und sozial-psychiatrischen oder sozial-pädagogischen Begleitung abhängig. Ergänzend hierzu führte Dr. C.____ mit Eingabe vom 13. Juli 2009 aus, die Beschwerdeführerin habe eine geringe Frustrations-toleranz und meide Anstrengungen und Verpflichtungen. Sie zeige Verhaltensweisen, die einem deutlich jüngeren Entwicklungsstand entsprechen (Urk. 10/32/1).

E. 3.2

Dem zu Händen der Beschwerdegegnerin ergangenen Bericht von Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin an der Z.____, vom 14. Januar 2014 (Urk. 10/76) sind folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 10/76/1): - Agoraphobie ohne Panikstörung (ICD-10 F40.0) - akzentuierte Persönlichkeit mit emotional instabilen Zügen (ICD-10 Z73.1) - Verdacht auf somatische autonome Funktionsstörung des oberen Verdauungssystems (ICD-10 F45.3)

Die Prognose in Bezug auf eine Lehre auf dem ersten Arbeitsmarkt werde als wenig realistisch angesehen, da eine konstante und verbindliche Leistungserbringung ohne störungsangepassten Rahmen und fachliche Unterstützung derzeit eine Überforderung für die Beschwerdeführerin darstellen würde. Bei vor gängiger Leistungsabklärung und Belastungsaufbau stehe Dr. D.____ einer mittel- bis längerfristigen Arbeitsintegration durchaus positiv gegenüber, was sich auch positiv auf die Dynamik des Störungsverlaufs auswirken könnte (Urk. 10/76/3). Dr. D.____ führte aus, die Einschränkungen der Beschwerdeführerin (mittelgradige Beeinträchtigung in den Bereichen Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit mit Ein- und Durchschlafstörungen, in familiären und intimen Beziehungen, in der Verkehrsfähigkeit [agoraphobische Ängste] und in der Gruppenfähigkeit) liessen sich durch Stabilisierung und Umgang mit Ängsten und Überforderungssituationen sowie Reflexion der sozialen Interaktion in der Psychotherapie ver mindern. Dadurch könnten die Belastbarkeit und das Durchhaltevermögen gesteigert und die Reizschwelle erhöht werden. Zurzeit sei keine Tätigkeit zumutbar, jedoch sei ein Belastungsaufbau im Rahmen von 2-4 Stunden täglich möglich (Urk. 10/76/4).

Bezugnehmend auf die Leistungsabklärung durch lic. phil. Y.____ kann dem Bericht entnommen werden, die Intelligenz der Beschwerdeführerin sei unterdurchschnittlich und liege im Wertebereich 77-87. Das vorliegende Leistungsprofil liege insgesamt im unterdurchschnittlichen Bereich, wobei im Sprachverständnis signifikant tiefere Leistungen erzielt würden als in den übrigen geprüften Funktionen, welche im mittleren bis unteren Normbereich lägen. Die Werte liessen auf eine Lernbehinderung im sprachlichen Bereich schliessen und seien vereinbar mit dem schulischen Bildungsgang (Urk. 10/76/5).

E. 3.3

Dem Bericht von Dr. med. univ. E.____, Oberarzt, und der Psychologin lic. phil. F.____, Therapeutin der Beschwerdeführerin an der Z.____, vom 20. April 2016 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/117) können folgende Diagnosen entnommen werden (Urk. 10/117/2): - ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ED: 06.2014, BSJ, Z.____; ICD-10 F60.6) - abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (ED: 06.2014, BSJ, Z.____; ICD-10 F60.7) - Agoraphobie ohne Panikstörung (ED: 01.2014, GEZW TK, Z.____; ICD-10 F40.00) - somatoforme autonome Funktionsstörung, oberes Verdauungssystem (10. 2013, BSJ, Z.____; ICD-10 F45.31) - Alkoholmissbrauch in der Familienanamnese (10.2013, BSJ Z.____; ICD-10 Z81.1) - unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ Wertebereich 77-87) mit einer Lernbehinderung im sprachlichen Bereich (testpsychologisch ermittelt am 12.10.2013, Z.____ Winterthur, lic. phil. N. Y.____) - anamnestisch Anorexia nervosa bekannt mit heute noch fluktuierender Dynamik bei jedoch normalem BMI (ED: 10.2013, BSJ, Z.____)

Die Berichterstattenden führten aus, das instabile Familiensystem, die mangelnden kognitiven Fähigkeiten und das Mobbing-Erleben während der gesamten Schulzeit hätten dazu geführt, dass die Beschwerdeführerin in die für eine Arbeitsfähigkeit notwendige, stabile Persönlichkeitsstruktur, mit Fähigkeiten im Regulieren von sozialen Kontakten (z.B. Abgrenzung, Umgang mit Konflikten), nie habe aufbauen können. Dies begründe die seit der Schulzeit bestehenden häufigen Absenzzeiten, Abbrüche, bis hin zu komplettem Rückzug über alle Eingliederungsversuche hinweg (Urk. 10/117/2). Eine Arbeitsfähigkeit sei zu keiner Zeit stabil und längerfristig, auch nicht niederprozentig gegeben gewesen und werde aufgrund des frühen Störungsbeginns und der heute chronifizierten und auch multimodalen Krankheitsausprägung aus ihrer Sicht auch auf längere Zeit nicht geben sein (Urk. 10/117/2). Die Beschwerdeführerin sei seit dem 25. März 2014 am Z.____ in ambulanter Behandlung, letztmals am 23. Februar 2016. Vorher habe keine konstante ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Vorbehandlung stattgefunden. In stationärer Behandlung sei die Beschwerdeführerin vom 24. Juli 2013 bis am 25. Oktober 2013 in der Tagesklinik des Gemeinde - psychiatrischen Zentrums Winterthur gewesen. Vom 25. März 2009 bis am 25. Mai 2009 sei sie in der Psychotherapiestation O.____ des Z.____ stationär behandelt worden (Urk. 10/117/3).

Zum Psychostatus hielt er

Dr. E.____ und F.____ folgendes fest: Die Beschwerdeführerin sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Das Sprachverständnis sei leicht eingeschränkt. Im formalen Denken sei sie leicht verlangsamt und grübelnd mit negativem Gedankenkreis. Sie habe vermehrt Ängste bezüglich ansteckender Krankheiten. Es liege ein sozialer Rückzug vor. Sie habe vermehrte körperliche Beschwerden in Form von Übelkeit und Kopfschmerzen. Sie zeige ein Vermeidungsverhalten sowie Angst vor Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel. Es lägen keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen vor. Vom Affekt her sei sie leicht deprimiert, gereizt und ängstlich. Sie habe Zukunftsängste sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Es bestehe kein Hinweis auf Selbstverletzungen sowie Selbst- oder Fremdgefährdung. Aufgrund der deutlichen Manifestation der Störung auf der Persönlichkeitsebene und der Multimodalität der Symptomatik sei die langfristige Prognose in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit als eher ungünstig zu erachten. Auch die Lernbehinderung im sprachlichen Bereich erschwere einen positiven Verlauf im Bereich

der Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/117/3). Seit Beginn der Therapie im März 2014 erfolge eine regelmässige und konstante psychiatrisch-psychotherapeutische Einzeltherapie im ein- bis vier wöchentlichen Rhythmus. Aktuell zeige die Beschwerdeführerin aufgrund der Zunahme der Symptomatik, vor allem im psychosomatischen und ängstlich-agoraphobischen Bereich seit Februar 2016, Schwierigkeiten beim Einhalten der Termine (Urk. 10/117/3). Es bestünden Beeinträchtigungen in fast allen wichtigen Bereichen wie der sozialen Kompetenz, im Sprachverständnis, im Einschätzen von sozialen Situationen, im Handlungsspielraum, im Benutzen der öffentlichen Verkehrsmittel, in der Einstell- und Umstellfähigkeit, in der Belastbarkeit sowie der Konstanz. Die Beschwerdeführerin versuche jeweils, sich in vorgegebene Strukturen zu integrieren, dabei zeige sie bis zu einem bestimmten Grad eine durchwegs akzeptable Leistung, überfordere sich damit jedoch, so dass es mittelfristig zu einem Abbruch der Strukturen komme. Die Schwierigkeit liege im sozialen Bereich, einerseits aufgrund der früh begonnenen sozialen Ängstlichkeit und der mangelnden Fähigkeit im Bereich der sozialen Kompetenzen. Andererseits komme hier erschwerend die Lernbehinderung im sprachlichen Bereich dazu, welche die sozialen Beeinträchtigungen und Unsicherheit noch erhöhe. Die Beschwerdeführerin zeige einerseits Schwierigkeiten, eigene Emotionen und Stimmungslagen überhaupt zu erkennen, andererseits traue sie sich kaum, Dinge anzusprechen, so dass es mittelfristig zu einer Überforderung und einer ängstlich-psychosomatischen Dekompensation mit Vermeidung und Rückzug komme. Auf dem primären Arbeitsmarkt bestehe keine Belastbarkeit. Im geschützten Arbeitsbereich werde eine maximale Einstiegsbelastung von 30 % empfohlen (Urk. 10/117/4).

E. 3.4

Am 5. Juli 2015 fand ein Untersuchung beim RAD statt. Med. pract. Horst G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Untersuchungsbericht vom 6. Juli 2016 (Urk. 10/121) folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 10/121/5): - Agoraphobie (ICD-10 F40.0) - akzentuierte Persönlichkeitszüge (vermeidend; ICD-10 Z73.0) - Zustand nach atypischer Anorexie ohne Körperschemastörung

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte RAD-Arzt G.____ keine (Urk. 10/121/5).

Sodann führte

RAD-Arzt G.____ in seiner versicherungspsychiatrischen Beurteilung aus, es zeige sich ein abhängiger und konfliktvermeidender Lebensstil. Bereits als 18-Jährige habe die Beschwerdeführerin gezeigt, dass sie Anstrengungen und Verpflichtungen gemieden habe. Derartige Faktoren seien IV-fremd. Die Agoraphobie könne Einschränkungen auf dem Arbeitsweg (Bus) ergeben, allerdings könne die Beschwerdeführerin in der 1. Klasse Zug fahren. Das positive Leistungsbild umfasse eine nun fünfjährige Partnerschaft, regelmässige Kontakte mit Kollegen und ihrem Göttibub, Schwimmbadbesuche und – geplant – Ferien in Italien. Hier zeige sie auch ein gutes Durchhaltevermögen. Beim negativen Leistungsbild sei besonderes auf den unterdurchschnittlichen IQ hin zuweisen. Die Abwägung des positiven und negativen Leistungsbildes ergebe, dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich in der Lage wäre, auch die Anstrengungen und Verpflichtungen des berufstätigen Erwachsenenlebens zu bewältigen. Prognostisch bleibe offen, ob sie gewillt sei, den dependenten Lebensstil im Elternhaus zu verlassen und sich den Beschwerden

und Konflikten des selbständigen Erwerbslebens zu stellen. Eine Berentung würde die Reifung der Persönlichkeit behindern (Urk. 10/121/7-8).

Zur Arbeitsfähigkeit führte RAD-Arzt G.____ aus, die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit ohne Berufsausbildung sowie auch in einer angepassten Tätigkeit

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. Novem ber 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend 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. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeits markt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 20 15 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

Eine durch geringe Intelligenz verursachte Erwerbsunfähigkeit gilt in der Regel nur dann als gesundheitlich verursacht, wenn die Intelligenz im medizinischen Sinne vermindert ist, mithin der Intelligenzquotient (IQ) weniger als 70 beträgt. Nicht als gesundheitliche Beeinträchtigung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG gilt demgegenüber in der Regel eine Intelligenz im unteren Normalbereich (IQ 70 bis 84 - vgl. Ur teil 8C_119/2008 vom 22. Septem ber 2008 E.

6.3.1 und Meyer/Reichmuth Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG , 3. Aufl. 2014 Rz 83 zu Art. 4 ; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_108/2014 vom 24. Septem ber 2014 E. 2.2).

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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Aus gang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuer legen.

E. 6.2

Mit ihrer Beschwerde vom 3. Januar 2017 ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1). Vorliegend sind die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt (vgl. Urk. 8/5-6), weshalb dem Gesuch der Beschwerdeführerin zu entsprechen ist. Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der ihr erlassenen Gerichtskosten verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 3. Januar 2017 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Departement Soziales der Stadt Winterthur - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

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 % arbeitsfähig. Einschränkungen bestünden dahingehend, dass keine Tätigkeiten mit hohen Intelligenzanforderungen, insbesondere im sprachlichen Bereich, zumutbar seien. Eine Nachreifung und Verselbständigung sei möglich (Urk. 10/121/8).

Zum Psychostatus führte med. pract. G. ___ aus, die Beschwerdeführerin habe einen flüssigen und zusammenhängenden Gedankengang, gebe prompte Antworten und mache viele eigeninitiierte Darstellungen, es bestehe kein Anhalt für Sinnestäuschungen und Ich-Störungen oder inhaltliche Denkstörungen. Sie sei affektiv schwingungsfähig, unauffällig in der Mimik und Gestik sowie im Antrieb, es bestehe kein Anhalt für Ängstlichkeit. Sie sei aufmerksam und über die gesamte einstündige Untersuchung konzentriert. Es bestehe kein Anhalt für eine Störung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses (Urk. 10/121/3).

Zu den gestellten Diagnosen ist dem Bericht zu entnehmen, bei der Untersuchung seien keine ICD-Symptome einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung zu beobachten gewesen. Es habe sich kein andauerndes Gefühl von Anspannung und Besorgtheit gefunden. Die Beschwerdeführerin habe keine Überzeugung geäußert, sozial unbeholfen und minderwertig zu sein. Sie habe keinerlei Sorgen gezeigt, kritisiert oder abgelehnt zu werden, und habe sich gut auf den Kontakt einlassen können. Sie habe ihren eingeschränkten Lebensstil mit finanzieller Enge begründet. Läge eine ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung vor, müssten sich gravierende ängstliche Symptome in vielerlei Situationen zeigen. Das positive Funktionsbild und der Befund bei der RAD-Untersuchung hätten aber jenseits des Busfahrens (Agoraphobie) kaum ängstliche Einschränkungen gezeigt. Auch wenn die Beschwerdeführerin es anfangs vermeiden wollen, alleine das Untersuchungsgespräch zu bewältigen, so habe sie dann doch zügig auf die Begleitung durch ihren Bruder verzichten können, ohne dass Angstsymptome erkennbar gewesen seien. Es hätten sich auch weder in der RAD-Untersuchung noch in der Biografie ausreichende Belege für eine abhängige Persönlichkeitsstörung gefunden. Weder überlasse sie ihre Entscheidungen anderen Personen, noch ordne sie ihre Bedürfnisse unter die Wünsche anderer unter. Gastrointestinale Symptome (z.B. der von ihr angegebene Brechreiz) würden zum Symptomenspektrum bei Angst gehören und sollten daher nicht separat als «somatoforme autonome Funktionsstörung» erfasst werden. Die ICD-Kriterien einer somatoformen Störung würden sowieso nicht erfüllt (Urk. 10/121/5).

RAD-Arzt G.____ führte ferner aus, im Überblick falle auf, dass jenseits der Agoraphobie (Busfahren) keine gravierenden Ängste am Arbeitsplatz dargestellt würden. Konflikte am Arbeitsplatz gehe die Beschwerdeführerin aus dem Weg, indem sie nicht mehr erscheine. Erst im Jahr 2016 erscheine in der Z.____ die Diagnose einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Diese Diagnose werde nicht näher begründet, insbesondere würden die ICD-Kriterien einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung nicht erörtert. Es werde eben falls nicht dargelegt, warum man von der akzentuierten Persönlichkeit (2014) auf eine Persönlichkeitsstörung wechsele. Eine solche müsste sich definitions gemäss in vielerlei Lebensbereichen zeigen. Es falle auf, dass sich zwar beim Busfahren eine Angst zeige, nicht jedoch im häuslichen, familiären und partnerschaftlichen Bereich. Auch betreffend die Arbeitsplätze werde nicht von Angstsymptomen berichtet, sondern nur von einem Vermeiden von Konflikten durch Abwesenheit. Diese Beobachtungen würden zur Anmerkung der Z.____ aus dem Jahr 2009 passen, wonach die Beschwerdeführerin Anstrengungen und Verpflichtungen vermeide und sie einem jüngeren Entwicklungsstand entspreche. Läge eine nennenswerte ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung vor, müssten auch ängstliche Symptome mit Blick auf den baldigen Italien-Urlaub zu sehen sein. Ebenso passe der Wechsel in ein Au-Pair-Jahr nicht zu einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Das Verharren in einem jüngeren Entwicklungsstand zeige sich auch darin, dass die Beschwerdeführerin als 25-Jährige weiterhin gratis im Elternhaus lebe und sich nicht bemühe, mit den geringen finanziellen Mitteln des Sozialamtes eine eigene kleine Wohnung zu finden. Hier zeige sich ein abhängiger Lebensstil, der die Anstrengungen und Konflikte eines selbständigen Lebens meide (Urk. 10/121/7). 3. 5

Im Bericht von Dr. E.____ und F.____ vom 31. Oktober 2016 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/131) werden dieselben Diagnosen wie bereits im Bericht vom 20. April 2016 genannt (Urk. 10/131/1). Sodann führte Dr. E.____ aus, die

Beschwerdegegnerin wirke im ersten Gespräch häufig sehr kompetent und man überschätze sie dadurch. Dass die Faktoren der spezifischen Persönlichkeitsstörung im Rahmen der einmaligen Untersuchung beim RAD nicht offenkundig gewesen seien, scheine in diesem Zusammenhang zu stehen (Urk. 10/131/1). Aus der Sicht des Z.____ bestehe eine schwere psychiatrische Erkrankung, die sich aufgrund ihrer Komplexität und multimodalen Ausprägung in mehreren Diagnosen ausdrücke und die, mittelfristig gesehen, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehe (Urk. 10/131/2). Wenn man den schulischen wie auch den beruflichen Werdegang bis heute betrachte, werde deutlich, dass die Ausbildungs- und auch Arbeitsfähigkeit selbst im geschützten Rahmen während der Integrationsmassnahme in der B.____ nie konstant und nie zu mehr als 50 % gegeben gewesen sei. Eine Erhöhung des Pensums habe während der gesamten Massnahme nie etabliert werden können. Schon bei 60 % sei es zu verstärktem Stresserleben und im Folgenden zu Absenzen gekommen. Eine allfällige Stabilität habe sie auch bei 50 % nur während drei Monaten in der Wäscherei H.____ zeigen können. Nach diesen drei Monaten habe die Beschwerdeführerin jedoch nach einem Konflikt am Arbeitsplatz eine eindrückliche psychische Dekompensation gezeigt und habe das Arbeitsverhältnis abgebrochen. Ihre dysfunktionalen Schemata, die den Persönlichkeitsstörungen zugrunde lägen, führten bei erhöhtem Stress und Misserfolgserlebnissen zu einer psychischen Dekompensation, in der sich dann auch die Symptome der anderen Diagnosen – der Agoraphobie, der somatoformen Schmerzstörung und der Essstörung – akzentuiert manifestierten. Vor allem bei zwischenmenschlichen Konflikten, die die Beschwerdeführerin bis heute kaum aushalten könne und zu deren Lösung ihr die erforderlichen Fertigkeiten fehlen würden, komme es jeweils zu starker innerer Anspannung, die die Beschwerdeführerin nicht regulieren könne und die zu einer Zunahme der psychosomatischen Beschwerden (Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Arztbesuche) und in der Folge zu Absenzen am Arbeitsplatz führen könne. Sodann komme es in solchen Situationen auch zu einer Gewichtsabnahme, zu sozialem Rückzug und zu einer allgemeinen Zunahme der Angstsymptomatik. Die Beschwerdeführerin komme mittlerweile seit dreieinhalb Jahren in die ambulante Psychotherapie der

Z.____. Bereits im Bericht von Dr. C.____ vom 19. Juni 2009 habe dieser den dringenden Verdacht auf die Entwicklung einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ geäussert.

Auslösend für diese

Beurteilungen seien, neben der Symptomatik und den Verhaltensweisen der Beschwerdeführerin und ihren Eltern, auch Schilderungen des familiären Umfeldes der Beschwerdeführerin gewesen, welche zu der Vermutung geführt hätten, dass sie unter invalidisierenden Entwicklungsbedingungen aufgewachsen sei. Bei beiden Eltern werde eine erhebliche psychische Störung vermutet. Verstärkt worden sei das invalidisierende familiäre Entwicklungsumfeld durch massive Mobbingereignisse in der Oberstufenschulzeit. Bis heute bestünden bei der Beschwerdeführerin

weiterhin impulsive und emotional instabile Verhaltensmuster, wenn auch nicht in einem, alle Kriterien für die Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung erfüllendem Masse (Urk. 10/131/2). Die frühen Bedingungen und Erfahrungen der Beschwerdeführerin hätten zu einem dependenten Persönlichkeitsstil geführt, der sich heute im Sinne der Persönlichkeitsstörung zeige. Er führe immer wieder zu einer deutlichen Überforderung und Stressbildung und verunmögliche, dass die Beschwerdeführerin weitere Entwicklungsschritte gehen könne, da sie gelernt habe, eigene Bedürfnisse hinten

anzustellen. Immer wieder werde sie in Beziehungen ausgenutzt, da sie die eigenen Bedürfnisse nicht äussere oder keine angemessenen Ansprüche einbringe. Bezüglich der ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung weise die Beschwerdeführerin klar eine ausgeprägte Sorge auf, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden. Sie zeige einen eingeschränkten Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit, sie zeige eine Abneigung, sich auf persönliche Kontakte einzulassen, ausser sie sei sicher, gemocht zu werden, und vermeide soziale und berufliche Aktivitäten, die zwischenmenschliche Kontakte voraus setzen, aus Furcht vor Kritik und Missbilligung oder Ablehnung. Dies alles zeige sich in einem durchgehenden Schema, das bei genauer Kenntnis der Beschwerdeführerin und ihres Lebens in vielerlei Hinsicht deutlich werde. Dieses komplexe Störungsbild stelle eine derartige Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin dar, dass sie trotz ihren durchaus vorhandenen Ressourcen (positives Leistungsbild) aktuell und bis auf weiteres den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes nicht gewachsen sei. Eine Berentung sei die einzige Möglichkeit, ein Umfeld zu schaffen, in welchem sie die dringend notwendigen Entwicklungsschritte gehen könne (Urk. 10/131/3). 4. 4.1 4.1.1

Der – bei erstmaliger Rentenprüfung von der versicherten Person zu erbringende (BGE 139 V 547 E. 8.1) - Nachweis einer Invalidität setzt nach der Rechtsprechung eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte und objektivierbare Beeinträchtigung voraus. Dieser Massstab gilt für sämtliche Leiden gleichermassen (BGE 139 V 547 E. 9.4). 4.1.2

Auf eigenen Untersuchungen beruhende RAD-Berichte können nach Art. 49 Abs. 2 IVV beweiskräftig sein und es kann darauf abgestellt werden (BGE 135 V 254 E. 3.3.2). In solchen Fällen sind zwar an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E 5.2). Die Tatsache allein, dass eine abweichende (selbst fach-)ärztliche Meinung besteht, genügt jedoch nicht, um im dargelegten Sinne die Aussagekraft und damit den Beweiswert eines solchen medizinischen Berichts in Frage zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_415/2017 vom 21. September 2017 E. 3.2 mit Hinweisen). Dies gilt jedenfalls dann, wenn der RAD-Arzt sich mit der abweichenden Meinung auseinandersetzt, was hier in Bezug auf die Berichte des Z.____ (Berichte vom 20. April 2016 (E. 3.3), 14. Januar 2014 (E. 3.2) sowie 19. März 2013, 13. Juli 2009 und 19. Juni 2009 (E. 3.1) zutrifft (Urteil des Bundesgerichts 9C_566/2017 vom 20. November 2017 E. 2.2). 4.2

4.2.1

Die Einschätzung des RAD-Arztes G.____, welcher als Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie offensichtlich über die erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt, beruht auf einer persönlichen psychiatrischen Untersuchung vom 5. Juli 2016 und entspricht den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an ärztliche Berichte. 4.2.2

Hinsichtlich des Psychostatus stehen die Feststellungen von RAD-Arzt G.____ denjenigen der Therapeuten des Z.____, nicht entgegen. Während Dr. E.____ und

F.____ jedoch das Vorliegen zweier Persönlichkeitsstörungen postulieren, diagnostizierte RAD-Arzt G.____ lediglich akzentuierte Persönlichkeitszüge. Die Fachpersonen des Z.____ begründeten ihre Diagnostik damit, dass den Persönlichkeitsstörungen dysfunktionale

Schemata zugrunde liegen, welche in der Biografie der Beschwerdeführerin stets zu einem Scheitern geführt hätten (Urk. 10/131/3). Das instabile Familiensystem, die mangelnden kognitiven Fähigkeiten und das Mobbing erleben während der gesamten Schulzeit hätten dazu geführt, dass sie die für eine Arbeitsfähigkeit notwendige und stabile Persönlichkeitsstruktur, mit Fähigkeiten im Regulieren von sozialen Kontakten, nie habe aufbauen können (Urk. 10/117/2).

Vorliegend erscheinen die Diagnosen ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) und abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7) in Anbetracht der Diagnosekriterien, welche für die beiden Diagnosen vorliegen müssen, (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 282-283) auch mit Blick auf die Eingliederungsberichte nicht schlüssig begründet.

Für eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung ist gemäss den diagnostischen Leitlinien vorausgesetzt: ein andauerndes und umfassendes Gefühl von Anspannung und Besorgtheit, die Überzeugung, selbst sozial unbeholfen, unattraktiv und minderwertig im Vergleich zu anderen zu sein, eine ausgeprägte Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden, ein eingeschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit und eine Vermeidung sozialer und beruflicher Aktivitäten, die zwischenmenschliche Kontakte voraussetzen, aus Furcht vor Kritik, Missbilligung oder Ablehnung.

Für eine abhängige asthenische Persönlichkeitsstörung hingegen ist das Folgende erforderlich: die Appellation an die Hilfe anderer bei den meisten Lebensentscheidungen oder das Überlassen von Entscheidungen an andere, die Unterordnung eigener Bedürfnisse unter diejenigen anderer Personen, zu welchen eine Abhängigkeit besteht und eine unverhältnismässige Nachgiebigkeit gegenüber Wünschen anderer, eine mangelnde Bereitschaft zur Äusserung angemessener Ansprüche gegenüber Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht, ein unbehagliches Gefühl beim Alleinsein aus übertriebener Angst, nicht für sich allein sorgen zu können, die häufige Angst, von einer Person verlassen zu werden, zu der eine enge Beziehung besteht, die häufige Angst, auf sich selber angewiesen zu sein und eine eingeschränkte Fähigkeit, Alltagsentscheidungen zu treffen ohne ein hohes Mass an Ratschlägen und Bestätigung von anderen.

Diesbezüglich hat med. pract. G. ___ schlüssig dargelegt, dass die erforderlichen Symptome für eine Persönlichkeitsstörung – wie sie die behandelnde Psychologin bzw. Dr. E. ___ diagnostiziert hat – nicht vorhanden sind und dass, im Falle des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung, sich diese in vielerlei Situationen manifestieren müsste und nicht nur hinsichtlich des Busfahrens. Es zeigt sich gemäss den Feststellungen von med. pract. G. ___ keine Angst im häuslichen, familiären und partnerschaftlichen Bereich und auch nicht am Arbeitsplatz. Dies widerspiegelt sich auch in den verschiedenen Berichten über das Aufbautraining (28. Juli 2014 bis 27. Januar 2015, Urk. 10/89) das Arbeitstraining (29. Januar bis 30. April 2015, Urk. 10/100) sowie an ihrer Arbeitsstelle als Au-pair (März 2010 bis April 2011; vgl. Arbeitgeberbericht vom 20. März 2012, Urk. 10/52), wo Ängstlichkeit kein Thema war. Zur Diagnose Agoraphobie führte med. pract. G. ___ denn auch überzeugend aus, dass die Beschwerdeführerin jenseits des Busfahrens keine gravierenden Ängste am Arbeitsplatz dargestellt hat und sie diesen vielmehr durch Nichterscheinen am Arbeitsplatz aus dem Weg geht (vgl. auch Urk. 10/109/2). Von einem solchen Vermeidungsverhalten berichtete im Übrigen auch Dr. C. ___ im Bericht vom 13. Juli 2009

zu Händen der Beschwerdegegnerin (E. 3.1). Weder gab die Beschwerdeführerin an, ein andauerndes Gefühl von Anspannung und Besorgtheit zu empfinden, sie äusserte keine Überzeugung sozial unbeholfen und minderwertig zu sein, noch war sie besorgt, kritisiert oder abgelehnt zu werden, und konnte sich gut auf den Kontakt einlassen. Im Rahmen des Aufbautrainings (28. Juli 2014 bis 27. Januar 2015, Urk. 10/86) fiel sie durchwegs durch bemerkenswertes Pflichtbewusstsein und hohe Zuverlässigkeit auf, welche konstant blieben, (vgl. Urk. 10/1/4) und es liessen sich die anfangs sehr tiefe Frustrationstoleranz bei der Bearbeitung einer Aufgabe und das damit in Zusammenhang stehende geringe Durchhaltevermögen merkbar steigern. Wohl berichteten die Eingliederungsfachpersonen über eine anfänglich schwierige Integration in die Arbeitsgruppe (Urk. 10/86/4, Urk. 10/89/2), in den anschliessenden Schnupperwochen wurde die Beschwerdeführerin indes als teamfähig und kontaktfreudig wahrgenommen. An den Trainingsarbeitsplätzen berichteten die Fachmitarbeiter davon, dass die Beschwerdeführerin sich gut auf andere Mitarbeiter einlassen könne, jedoch mit ihrer direkten Art teilweise auf Unverständnis anderer stosse. Erst bei der Arbeit im Pflegezentrum traten Konflikte auf, worauf die Beschwerdeführerin vorerst krankgeschrieben wurde und anschliessend das Praktikum abbrach (Urk. 10/109).

Bezugnehmend auf die abhängig-asthenische Persönlichkeitsstörung hielt med. pract. G. ___ fest, dass die Beschwerdeführerin ihre Entscheidungen nicht anderen Personen überlässt und auch ihre Bedürfnisse nicht unter die Wünsche anderer unterordnet (Urk. 10/121/5).

Auch diesbezüglich ist auf die verschiedenen Eingliederungsberichte zu verweisen, worin die Beschwerdeführerin selbständig ihre Berufswünsche und ihr Gefallen bzw. Missfallen zu einzelnen Tätigkeiten bzw. Arbeitsstellen oder Arbeitszeiten begründet äusserte und sich aktiv und initiativ verhielt (vgl. Urk. 10/37/3, Urk.

10/55/2, Urk.

10/66/3, Urk.

10/86/4, Urk.

10/89/3, Urk.

10/100/3

f., Urk.

10/109/2).

Bezüglich der vom Z. ___ gestellten Diagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des oberen Verdauungssystems (ICD-10 F45.31) führte med. pract. G. ___ aus, dass gastrointestinale Symptome zum Symptomenspektrum bei Angst gehörten und deshalb in casu keine separate Diagnose erfasst wurde. Die ICD-Kriterien für eine somatoforme Störung waren laut RAD-Arzt G. ___ ohnehin nicht gegeben und wurden auch von Dr. E. ___ und F. ___ nicht im Detail erörtert (Urk. 10/121/5). Die vom Z. ___ gestellten Diagnosen zweier Persönlichkeitsstörungen sind nur schon deswegen nicht nachvollziehbar, als – wie RAD-Arzt G. ___ zutreffend anmerkt – nicht begründet wurde, weshalb von den noch im Jahr 2014 festgestellten akzentuierten Persönlichkeitszügen abgewichen wird und neu Persönlichkeitsstörungen zu diagnostizieren sind. Daran ändert auch der aktuellste Bericht vom 31. Oktober 2017 nichts. Dazu gaben Dr. E. ___ und F. ___ an,

dass zwar impulsive und emotional instabile Verhaltensmuster vorhanden sind, wenn auch nicht in einem, alle Kriterien für die Diagnose dieser spezifischen Persönlichkeitsstörung erfüllenden Masse (Urk. 10/131/2). Damit setzen sie sich lediglich mit der ursprünglich von Dr. C. ___ geäußerten Verdachtsdiagnose einer Borderlinestörung auseinander (vgl. E. 3.1), vermögen aber das Vorliegen einer wesentlichen Persönlichkeitsstörung per se nicht im Einklang mit der übrigen Aktenlage schlüssig darzu legen. Die Beurteilung von med. pract. G. ___ ist demgegenüber als schlüssig zu bewerten und somit ist weder vom Vorliegen einer ängstlich-vermeidenden noch einer abhängig-asthenischen Persönlichkeitsstörung auszugehen. Es wurde ebenfalls nachvollziehbar begründet, dass die Agoraphobie nicht als invalidisierend zu erachten ist, worauf abgestellt wird. 4.2.3

Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass selbst eine fachärztlich schlüssig fest gestellte psychische Krankheit nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität ist. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbezogen auf die Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Auch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung weist, wie die meisten Diagnosen, keine direkte Korrelation zu einer Arbeitsunfähigkeit auf (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1). Diesbezüglich gilt, dass ein psychischer Gesundheitsschaden nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit führt (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar. Dabei kommt der Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Inwiefern sich die von den Behandlern diagnostizierte Persönlichkeitsstörung auf die Arbeitsfähigkeit auswirken soll, wurde auch angesichts der effektiv gezeigten Leistungen während des Arbeitstrainings (Urk. 10/100) nicht plausibel dargelegt. Vorliegend ist unter Berücksichtigung dessen, dass die Beschwerdeführerin laut den Feststellungen in den medizinischen Akten eine fünfjährige Partnerschaft führt, regelmässige Kontakte zu ihrer Familie, zu

Freunden und ihrem Gottlieb hat, das Schwimmbad besucht, Ausflüge in die Berge unternimmt und zum Zeitpunkt der Abklärungen durch die Beschwerdegegnerin Ferien in Italien geplant hatte,

jedenfalls keine relevante Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (vgl. Urk. 10/121/1).

4.2.4

Auch die Ausgestaltung der derzeitigen Therapie der Beschwerdeführerin – seit 25. März 2014 psychotherapeutische Einzeltherapie bei S. F. ___ im ein- bis vierwöchigen Rhythmus, bei aktuellen Schwierigkeiten der Beschwerdeführerin im Einhalten der Termine zufolge Zunahme der Symptome (Urk. 10/117/2-3) – deutet darauf hin, dass die Therapiemöglichkeiten nicht ausgeschöpft sind und bei der Beschwerdeführerin kein ausgeprägter Leidensdruck vorliegt. Dr. D. ___ wies auf die gute Behandelbarkeit der Angstsymptomatik hin. Die Dres. D. ___ und E. ___ empfahlen denn auch die Weiterführung der begonnenen Therapie (E. 3.2, E. 3.5). Auch RAD-Arzt G. ___ ging von einer Nachreifungs- und Verselbständigungsmöglichkeit der Beschwerdeführerin aus (E. 3.4). Nach dem Gesagten erweist sich jedenfalls die Angstsymptomatik der Beschwerdeführerin weder als ausgeprägt noch als austherapiert. 4. 2.5

Der Vollständigkeit halber ist anzuführen, dass der in den Berichten der Z.____ angeführte Intelligenzmangel - für sich betrachtet - nach der eingangs aufgeführten Rechtsprechung des Bundesgerichtes angesichts des vom Z.____ ermittelten Intelligenzquotienten (IQ) von 77-87 (vgl. E. 3.2) grundsätzlich nicht als gesundheitliche Beeinträchtigung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG aufzufassen ist (vgl. E. 1.2). 4.2.6

Im Hinblick auf die ärztlichen Beurteilungen des psychischen Gesundheitszustandes gilt es im Übrigen zu berücksichtigen, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E.

4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1).

4.3

Zusammenfassend fehlt es aus rechtlicher Sicht an dem erforderlichen Nachweis eines invalidisierenden Gesundheitsschadens. Die von RAD-Arzt G.____ diagnostizierte Agoraphobie bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (vermeidend) vermag keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Selbst bei Vorliegen der vom

Z.____ aufgeführten Persönlichkeitsstörungen, deren kriteriengerechte Diagnosestellung sehr fraglich erscheint, wäre nicht von einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Es ist demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin vom Fehlen eines invalidisierenden Leidens ausgegangen ist. 5.

Der angefochtene Entscheid erweist sich als rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

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