

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01008 vom 28. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01008

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01008 du 28 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01008 del 28 gennaio 2019

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

Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch (wie auch Drogensucht) begründen nach ständiger Rechtsprechung keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, welchem Krankheitswert zukommt (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c; AHI 2002 S. 30, I 454/99 E. 2a). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt. Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt. Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_906/2013 vom 23. Mai 2014 E. 2.2 und 9C_701/2012 vom 10. April 2013 E. 2 mit Hinweisen sowie 9C_706/2012 vom 1. Juli 2013 E. 3.2 mit Hinweis auf I 169/06 vom 8. August 2006 E. 2.2).

E. 1.3

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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. 2

Die Versicherte erhob am 14. September 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 25. Juli 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen, namentlich eine Invalidenrente, zu gewähren (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1). Eventuell sei durch das Gericht ein unabhängiges medizinisches Gutachten zur Klärung des medizinischen Sachverhaltes in Auftrag zu geben oder die Sache sei an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit diese eine erneute verwaltungsexterne Begutachtung durchführe. Subeventuell sei die Angelegenheit zur Abklärung betreffend berufliche Massnahmen/ Eingliederungsmassnahmen und deren Durchführung an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2-3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. Oktober 2017 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 7. November 2017 wurde die Durchführung eines weiteren Schriftenwechsels abgelehnt (vgl. Urk. 1 S. 2 unten) und der Beschwerdeführerin eine Kopie der Beschwerdeantwort zuge stellt (Urk. 7 Dispositiv Ziff. 1-2).

Die Beschwerdeführerin reichte am 23. November 2017 eine Replik (Urk. 8) ein. Diese und ein zusätzlich eingereichtes Aktorum (Urk. 9) wurden der Beschwerde gegnerin am 4. Dezember 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10/1). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin vertrat den Standpunkt, gemäss dem neu eingeholten psychiatrischen Gutachten vom 10. September 2015 liege nach wie vor keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Soweit eine Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit einem Abhängigkeitssyndrom (Alkoholkonsum) und aufgrund psychosozialer Faktoren begründet worden sei, werde dadurch keine Invalidität im Sinne des Gesetzes begründet (Urk. 2 S. 2 oben).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte vor, gemäss den vorliegenden Akten sei ein IV-relevanter Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 19). Die Gutachterin med. pract. Z.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, habe sich nicht rechtsgenügend mit den früheren ärztlichen Einschätzungen

befasst, welche allesamt von einer Persönlichkeitsstörung beziehungsweise einer vorgängigen posttraumatischen Belastungsstörung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgegangen seien (Urk. 1 S. 11 Ziff. 24). Das Gutachten erfülle zudem auch die Anforderungen an eine leitliniengerechte Persönlichkeitsdiagnostik nicht (Urk. 1 S. 14 Ziff. 31).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob ein Rentenanspruch besteht.

Die Beschwerdeführerin beantragte zudem die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Abklärung eines Anspruches auf berufliche Massnahmen. Es ist daher ebenfalls zu prüfen, ob ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht.

E. 3.1

Lic. phil. A.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP und für Kinder- und Jugendpsychiatrie FSP, berichtete in einem am 24. Juni 2005 bei der Staatsanwaltschaft IV des Kantons Zürich eingegangenen Schreiben über eine psychologische Behandlung der Beschwerdeführerin bei ihr. Sie gab an, dass vom 20. April bis 15. Juni 2000 wegen einer ausgeprägten Adoleszenzkrise insgesamt sieben Gespräche stattgefunden hätten (Urk. 6/36/1).

E. 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 6. September 2005 (Urk. 6/37/24-27) als psychiatrische Diagnose eine posttraumatische Belastungsstörung, kombiniert mit einer ängstlichen und depressiven Grundstimmung. Als neurologische Diagnose nannte er einen Status nach einem Überdehnungstrauma der Halswirbelsäule (HWS), minimales Hirntrauma mit diskreten neuropsychologischen Defiziten, nach dem Unfall vom 2. (richtig: 1.) Februar 2004 (S. 1).

Dr. B.____ gab zur Anamnese an, die Adoptivmutter der Patientin habe sich lange Zeit im «Milieu» aufgehalten und habe so gut wie keine Beziehung mehr zur Patientin. Zum Ende der Primarschule und dem Beginn der Sekundarschule sei die Beschwerdeführerin während einer Phase von zirka fünf Jahren von einem Freund ihres Vaters sexuell missbraucht worden. Anschliessend habe die schulische Entwicklung extrem nachgelassen. Nach dem Schulabschluss sei ihr keine Weiterbildung gelungen. Verschiedene Anstellungen seien ihr nach kurzer Zeit wegen mangelnder Konzentration, Disziplin, Ausdauer und Ängsten vor Vorgesetzten und Mitarbeitern gekündigt worden. Die maximale Dauer einer Anstellung habe sieben Monate betragen (S. 2 oben). Gelegentlich habe die Beschwerdeführerin Haschisch, Kokain und Alkohol im Übermass konsumiert. Zu einer Abhängigkeit sei es nicht gekommen. Nach dem Schleudertraum vom 1. Februar 2004 habe sie sich entschieden, auf Drogen und Alkohol zu verzichten (S. 2 Mitte).

Dr. B.____ machte keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit.

E. 3.3

Die Beschwerdeführerin war bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft gegen die Folgen eines zweiten Unfalles vom 31. Mai 2006 versichert (Urk. 7/29 /2). Der Unfallversicherer holte beim C.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 13. Januar 2009 (Urk. 6/29/6-62) erstattet wurde.

Die Gutachter des C.____ stellten folgende Diagnosen (S. 44 f. Ziff. 4.1.7): - Status nach Frontalkollision vom 1. Februar 2004 - Status nach Lateralkollision vom 31. Mai 2006 mit - überwiegend wahrscheinlichen HWS-Distorsionen - ohne neurologische Ausfälle - ohne Schädel-Hirn-Trauma - ohne chronische muskuloskelettale Folgen - mit psychopathologischer Begleitsymptomatik - kombinierte Persönlichkeitsstörung (narzisstisch-histrionisch) - Differentialdiagnose: narzisstisch-histrionisch akzentuierte Persönlichkeitszüge - dissoziative Störungen, gemischt (Konversionsstörung) - Differentialdiagnose: Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen - Differentialdiagnose: artifizielle Störung - Differentialdiagnose: Neurasthenie - Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (Kokain, Ecstasy, Amphetamin), gegenwärtig abstinent - Störungen durch Cannabinoide, episodischer Substanzgebrauch - Störungen durch Tabak, ständiger Substanzgebrauch - Verdacht auf Störungen durch Sedativa und Antihypnotika - Untergewicht - anamnestisch Allergie vom Sofort-Typ auf verschiedene Nahrungsmittel - anamnestisch Status nach Borreliose radikulitis lumbal rechts und Facialisparese rechts 1996 - anamnestisch Status nach Unfallgeschehen mit tierischem Toxin im Meer - anamnestisch Status nach Tonsillektomie

Die Gutachter gaben auf die Frage des Unfallversicherers zur Arbeitsfähigkeit an, somatisch lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Auch aus psychiatrischer Sicht könne keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Es liege keine schwere psychiatrische Symptomatik vor, welche die Beschwerdeführende in der Ausübung einer Tätigkeit beeinträchtigen würde (S. 50 Ziff. 4.3.1.1).

E. 3.4.1

Die Beschwerdegegnerin holte bei Dr. med. D.____, Fachärztin für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten ein. Es datiert vom 31. August 2010 (Urk. 6/56) und beruht auf den Untersuchungen vom 2. September 2009 und vom 10. August 2010. Dr. D.____ erklärte die zeitliche Verzögerung nach der ersten Untersuchung mit einer eigenen Erkrankung (S. 1).

Die Gutachterin führte zur Anamnese und zur Biographie aus, die Beschwerdeführerin habe sich seit der sechsten Schulklasse selbständig in den Bereich der Informatik eingearbeitet. Kurse habe sie nicht besucht. Sie habe dann im Bereich Support gearbeitet (S. 26 unten). Die Beschwerdeführerin sei in Thailand geboren und von einem Schweizer und einer Thailänderin adoptiert worden. Im Alter von vier Jahren sei sie mit ihnen in die Schweiz gekommen (S. 27 oben). Ihre Adoptiveltern hätten sich scheiden lassen, als sie sechs Jahre alt gewesen sei (S. 27 Mitte). Die Explorandin habe sodann über zwei Autounfälle berichtet, die sie erlitten habe (S. 28 oben). Bei der zweiten Untersuchung habe sie angegeben, dass sie einmal pro Monat bei Dr. B.____ in psychiatrischer Behandlung sei. Weiter erfolge in unregelmässigen Abständen eine Hypnosebehandlung (S. 32 Mitte). Sie leide weiterhin an Rückenschmerzen, vor allem im Schulter-Nackengebiet, an Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeit. Zudem bestünden Schlafprobleme in Form von Ein- und Durchschlafstörungen (S. 32 unten).

Eine Störung der Aufmerksamkeit, des Konzentrationsvermögens, des Kurz- oder des Langzeitgedächtnisses im engeren Sinne hätten nicht vorgelegen (S. 33 unten). Die Stimmungslage sei ausgeglichen gewesen und es hätten keine Hinweise auf eine depressive oder dysphorische Stimmung bestanden. Ebenso hätten keine Ängstlichkeit, Gereiztheit

oder Unruhe bestanden. Der Antrieb sei unauffällig gewesen. In der Darstellung der beruflichen Vergangenheit sei allerdings eine gewisse Theatralik festzustellen gewesen (S. 34 oben). Im Rahmen der Begutachtung könne nicht nachvollzogen werden, welche Fähigkeiten sich die Explorandin tatsächlich ohne Ausbildung habe aneignen können (S. 34 Mitte).

E. 3.4.2

Bei der Explorandin liege keine psychische Erkrankung vor, die eine psychiatrische Diagnose nach ICD-10 sicher rechtfertige. Insbesondere lasse sich keine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostizieren. In den Akten fänden sich Hinweise auf eine leichte depressive Phase in der Jugend. Diese scheine allerdings den Ausprägungsgrad für die Diagnose einer depressiven Erkrankung nicht erfüllt zu haben. Hierfür spreche insbesondere das Schreiben von lic. phil. A. ___ (vgl. vorstehend E. 3.1). Weiter hätten sich keine Hinweise auf eine phobische oder eine Angststörung ergeben. Ebenso bestünden keine Hinweise auf eine Zwangsstörung (S. 35 oben).

E. 3.4.3

Zu diskutieren sei, ob eine posttraumatische Belastungsstörung respektive eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung vorliege. Dr. B. ___ selber sei sich bewusst gewesen, dass die engen Grenzen der Diagnosestellung nach ICD-10 im Falle der Explorandin überschritten seien. Er habe die Diagnose aber trotzdem für zutreffend gehalten. Eine posttraumatische Belastungsstörung entstehe per definitionem als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder von katastrophenartigem Ausmass (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (S. 35 Mitte). Typische Merkmale seien das wiederholte Erleben des Traumas in Nachhallerinnerungen oder Träumen, ein andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten etc. Die Störung solle nur diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten sei. Möglich sei auch, wenn dies später geschehe, die Symptome aber typisch seien (S. 35 unten). Auch die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung solle nur gestellt werden, wenn bei einer Person Hinweise auf eine eindeutige und andauernde Veränderung im Wahrnehmen, Denken und Verhalten bezüglich der Umwelt und der eigenen Person vorlägen. Als Merkmale würden unter anderem gefordert: Eine feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber, ein sozialer Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl von Nervosität etc. Diese Symptome seien vorliegend nicht gegeben. Es müsse daher auch keine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung diagnostiziert werden. Inwie weit die von der Explorandin gegenüber ihrem Psychiater geschilderten Nachhallerinnerungen sogenannten «Flash-backs» entsprochen hätten, lasse sich im Nachhinein schwer beurteilen, zumal die Explorandin auf die diesbezüglichen Symptome und Fragen im Rahmen der aktuellen Begutachtung nicht eingegangen sei (S. 35 f.). Allerdings sei davon auszugehen, dass sich in der frühen Jugend der Explorandin Persönlichkeitszüge manifestiert hätten, die an eine Persönlichkeitsstörung - am ehesten vom histrionischen Typus - heranreichten (S. 36 oben). Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne nicht mit Sicherheit gestellt werden, da nicht mindestens drei Diagnosekriterien mit Sicherheit erfüllt seien. Die Diagnose sei aber trotzdem möglich bis

recht wahrscheinlich (S. 36 Mitte). Gewisse Faktoren sprächen dafür, dass eine histrionische Persönlichkeitsstörung für möglich gehalten werden müsse (S. 36 unten).

E. 3.4.4

Bezüglich der neurologischen Diagnose eines Status nach wiederholtem Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule respektive einer Commotio cerebri lägen Unsicherheiten vor. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung hätten sich keine Anhaltspunkte für wesentliche Einschränkungen durch frühere statt gehabte Traumata objektivieren lassen. Die Explorandin bewege sich normal und weise keine Anzeichen von Schmerzen oder einer eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit auf (S. 37 Mitte). Die Gutachterin verneinte für das bisherige Arbeitsverhältnis eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 37 unten).

E. 3.4.5

Dr. D.____ gab sodann an, sie halte berufliche Massnahmen nicht für völlig abwegig oder aussichtslos. Zwar handle es sich nicht um eine invalidisierende Erkrankung. Dennoch sei es der Beschwerdeführerin wahrscheinlich aufgrund einer Persönlichkeitsstörung nicht gelungen, eine Berufsausbildung zu absolvieren. Es sei daher wünschenswert, wenn die Explorandin die Chance für eine berufliche Massnahme erhalten würde (S. 38 oben).

E. 3.5

Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Regionalärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, führte in einer Stellungnahme vom 27. September 2010 aus, gemäss dem Gutachten von Dr. D.____ liege kein psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Insbesondere seien die Kriterien für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung nicht erfüllt. Das Gutachten von Dr. D.____ beantworte die gestellten Frage. Es berücksichtige die angegebenen Beschwerden und sei in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den umfangreichen Vorakten erstellt worden. Die Feststellungen seien sodann nachvollziehbar. Gesamthaft könne sowohl anhand des psychiatrischen Teilgutachtens des C.____ vom 13. Januar 2009 als auch des psychiatrischen Gutachtens von Dr. D.____ ein psychischer Gesundheitsschaden ausgeschlossen werden (Urk. 6/61 S. 7 unten).

E. 3.6

Die Beschwerdeführerin ist seit dem 15. Mai 2013 bei Dr. med. F.____ (vormals G.____, vgl. Urk. 6/188 S. 20 Mitte), Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulanter Behandlung (Urk. 6/164 S. 1 Ziff. 1.2). Dr. F.____ nannte im Bericht vom 8. Mai 2014 (Urk. 6/164) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung, Probleme nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit und eine negativ veränderte Struktur der Familienbeziehungen in der Kindheit (S. 1 Ziff. 1.1).

Die Psychiaterin führte zur Anamnese aus, im Hintergrund stehe eine posttraumatische Belastungsstörung bei einem Missbrauch in der Kindheit. Obschon die Adoptiveltern der Beschwerdeführerin geheiratet hätten, habe die Adoptivmutter weiterhin als Prostituierte gearbeitet. Die Beschwerdeführerin habe den Kontakt zu ihr schon in der Kindheit verloren (S. 2 Ziff. 1.4 oben). Dr. F.____ habe die Beschwerdeführerin von Mai bis Oktober 2013 zu

100 % krankgeschrieben. Die Krankschreibung sei aufgrund einer Erschöpfungsdepression mit schweren Konzentrationstörungen, Schlaflosigkeit, Angst, depressiver Verstimmung, sozialem Rückzug und Vernachlässigung der eigenen Person erfolgt. Als Befund bestünden eine starke Konzentrationsstörung bei der Arbeit und ein Blackout des Kurz- und des Langzeitgedächtnisses. Weiter bestünden Panikattacken mit Angst (Verlust- und Versagensangst) und Flashbacks. Die Beschwerdeführerin sei sodann deprimiert, ängstlich, gereizt und innerlich unruhig. Weiter lägen Ein- und Durchschlafstörungen mit Albträumen und ein sozialer Rückzug mit passiven Suizidgedanken vor (S. 2 Ziff. 1.4 unten).

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Sachbearbeiterin bestehe seit dem 15. Mai 2013 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 3 Ziff. 1.6). Als Einschränkungen für die Tätigkeit bestünden eine Erschöpfung, Konzentrationsstörungen, eine Aufmerksamkeitsstörung, eine depressive Verstimmung, ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus, Schlafstörungen und dissoziative Züge. Ab Sommer 2014 könne versucht werden, die Beschwerdeführerin wieder in eine Arbeitstätigkeit einzugliedern, anfänglich mit einem Pensum von 20 % in der bisherigen Tätigkeit (S. 3 Ziff. 1.7).

E. 3.7

Dr. F. ___ bestätigte im Bericht vom 20. August 2014 (Urk. 6/166) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Sie führte aus, die angegebenen Beschwerden beeinträchtigten die Patientin in ihrer Leistungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei im Moment mit den Erlebnissen in der Kindheit konfrontiert. Sie erhalte eine ambulante Therapie als Hilfe für die Persönlichkeitsstörung und die Bearbeitung der Traumata in der Kindheit. Durch die Depressivität und die emotionale Instabilität sei sie im Moment zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Mitte). Es handle sich um eine andauernde Problematik, die eine Folge des in der Kindheit erlebten Missbrauchs sei. Mit einer schnellen Verbesserung könne nicht gerechnet werden (S. 2 unten).

E. 3.8.1

Die Beschwerdegegnerin gab bei med. pract. Z. ___ ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag. Es datiert vom 10. September 2015 (Urk. 6/188) und beruht auf der Untersuchung vom 17. August 2015 und dem der Gutachterin zugestellten IV-Dossier (S. 1). Med. pract. Z. ___ führte aus, eine 9-jährige Partnerschaft sei im November 2014 durch den Partner der Beschwerdeführerin beendet worden (S. 15 Ziff. 3.3 unten). Sie habe angegeben, dass er «narzisstisch» gewesen sei. Er habe die Meinung anderer Menschen nicht akzeptiert und sich im Laufe der Jahre auch verändert (S. 16 oben).

Die Beschwerdeführerin sei seit 2012 bei der H. ___ im Bereich Administration und Logistik beschäftigt gewesen und habe ein Pensum von 80 % ausgeübt. Sie habe an vier Tagen pro Woche gearbeitet und an einem Tag eine Schule besucht. Innerhalb kurzer Zeit habe sie dort die Leitung der Logistik übernommen. Die Stelle sei ihr dann aber nach fünf Monaten gekündigt worden (S. 17 Mitte). Ab 2013 sei sie bei der I. ___ im Bereich Verkauf und Administration beschäftigt gewesen. Diese Stelle habe sie selbst gekündigt. Sie sei irgend wie «fertig gewesen» und habe Angst gehabt, arbeiten zu gehen (S. 17 unten).

Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass ihre Depressionen schlimmer geworden seien. Sie meine damit, dass sie an nichts Freude habe. Sie habe das Gefühl, das Leben nicht zu leben, sondern es durchhalten zu müssen. Sie könne auch nicht mehr unbeschwert lachen und sich nicht richtig auf etwas freuen (S. 18 Ziff. 3.6 oben). Ihre Ängste hätten sich durch

die eingenommenen Psycho pharmaka gebessert und sie habe keine Platzangst mehr. Sie habe aber zu gar nichts mehr Lust (S. 18 Ziff. 3.6 Mitte). Zirka seit zehn Jahren habe die Beschwerdeführerin Probleme mit dem Einschlafen, weshalb sie begonnen habe, Medikamente zum Schlafen einzunehmen (S. 19 oben). Sie habe eine Katze, die sie gleich nach dem Aufstehen versorge. Wenn sie nicht fernsehe, treffe sie sich mit Freunden. Ein Hobby, das sie seit der Kindheit habe, sei der Computer. Sie sei vor allem interessiert, Computer zu reparieren oder neue Programme auszutesten (S. 19 unten).

Die Beschwerdeführerin sei bei Dr. F.____ in ambulanter Behandlung mit wöchentlichen Gesprächsterminen. Sie sei dort seit 2013 in Behandlung (S. 20 Mitte). Seit etwa drei Jahren trinke sie täglich Alkohol (S. 20 unten).

Aufgrund ihrer Depressionen habe sie Mühe bei der Arbeit. Auf Nachfrage habe die Beschwerdeführerin erklärt, dass sie sich nicht konzentrieren könne und viel weinen müsse (S. 21 Ziff. 3.7).

E. 3.8.2

Die Explorandin habe sich von Beginn der Untersuchung an freundlich gezeigt. Schwierigkeiten mit der Kontaktaufnahme hätten nicht bestanden. Sie habe entspannt und gut gelaunt gewirkt. Zeitweise sei sie etwas distanzgemindert erschienen (S. 22 Ziff. 4.1 oben). In Diskrepanz zu einem völlig unauffälligen Verhalten und einer ausgeglichenen und zeitweise gar fröhlichen Stimmungslage habe sich die Explorandin bei der Erhebung aktueller psychischer Beschwerden und im Rahmen der von ihr angegebenen Depression plötzlich scheinbar bedrückt gezeigt. Vor allem habe sie deutlich zurückhaltender und auch im Kontakt kontrollierend gewirkt (S. 22 Ziff. 4.1 Mitte).

Die geltend gemachten depressiven Beschwerden (Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, häufiges Weinen etc.) liessen sich nicht mit den Angaben der Beschwerdeführerin über ihre Interessen und Hobbys und auch nicht mit ihren Angaben über viele soziale Kontakte vereinbaren. Bei konkretem Nachfragen habe sie sich zudem in zahlreiche Inkonsistenzen und Widersprüche verwickelt. Weiter habe sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den angegebenen depressiven Beschwerden und dem aktuellen klinischen Eindruck ergeben. Trotz der angegebenen Lust- und Freudlosigkeit habe die Beschwerdeführerin während der gesamten vierstündigen Untersuchung nicht lustlos, sondern in ihrer Stimmung unauffällig und zeitweise recht fröhlich gewirkt. Hinsichtlich der angegebenen geistigen Erschöpfung habe sie zu keinem Zeitpunkt der mehrstündigen Untersuchung erschöpft gewirkt. Auch hätten keine Konzentrationsstörungen beobachtet werden können. Insgesamt sei über Verdeutlichungstendenzen der psychischen Beschwerden hinausgehend der Eindruck von Aggravationstendenzen entstanden (S. 22 Ziff. 4.1 unten).

Med. pract. Z.____ gab zu den Untersuchungsbefunden an, die Aufmerksamkeit und die Konzentration seien während der fast vierstündigen Untersuchung gleich bleibend gut gewesen. Die kognitiven Fähigkeiten hätten sich nach dem klinischen Eindruck im Normbereich befunden. Das formale und inhaltliche Denken sei insgesamt unauffällig gewesen. Der Antrieb und die Psychomotorik seien aktuell unauffällig gewesen. Die Beschwerdeführerin habe sich während der Untersuchung aktiv, lebendig, initiativ und spontan gezeigt (S. 23 oben). Unter Berücksichtigung der Aktenlage und der Angaben der Explorandin zu ihrer Lebensgeschichte sowie aufgrund der aktuell festgestellten interaktionalen Auffälligkeiten sei der Eindruck von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrischen Anteilen entstanden. In Bezug auf die angegebenen psychischen Be

schwer den sei ein Leidensdruck aktuell nicht beziehungsweise kaum spürbar gewesen. Eine Motivation zu einer adäquaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und insbesondere für eine Suchtbehandlung habe nicht festgestellt werden können (S. 23 unten).

Aus der Laboruntersuchung könne geschlossen werden, dass die Beschwerdeführerin die von ihr angegebenen Medikamente zumindest unregelmässig einnehme. Sie seien im Blut nachweisbar. Eine zuverlässige Einnahme der Medikamente könne anhand der Laboruntersuchung aber nicht bestätigt werden (S. 24 Ziff. 4.2 Mitte).

E. 3.8.3

Med. pract. Z. ___ stellte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen (infantilen) Anteilen. Als Differentialdiagnose nannte die Gutachterin eine histrionische Persönlichkeitsstörung. Weiter nannte sie als Diagnosen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig ständiger Substanzgebrauch sowie durch Cannabinoide, gegenwärtig abstinente, und durch Tabak, gegenwärtig ständiger Substanzgebrauch und anamnestisch psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (Kokain, LSD, Ecstasy), früher schädlicher Gebrauch, gegenwärtig abstinente (S. 32 Ziff. 6.1 und 6.2).

Die Beschwerdeführerin lebe nach ihren Angaben von der Sozialhilfe. Aufgrund ihrer Alkoholproblematik habe sie einige frühere Freunde verloren, sie habe aber dennoch einen Freundeskreis und zahlreiche Bekannte, mit denen sie ihre Freizeit verbringe. Zuletzt habe sie im Februar 2015 mit einem Bekannten eine Ferienreise unternommen, wobei sie insgesamt zwei Wochen in Thailand gewesen sei (S. 25 Ziff. 5 Mitte). Von September 2010 bis August 2011 sei sie über ein Einsatzprogramm des Sozialamtes mit einem Pensum von 30 % in der Administration eines Altersheimes beschäftigt gewesen (S. 25 Ziff. 5 unten). Die Angaben der Explorandin zur Suchtanamnese unterschieden sich in vielen Punkten zu früheren Angaben gegenüber anderen Ärzten und Gutachtern (S. 27 oben). Nach ihren Angaben sei es ihr gelungen, den Konsum von Kokain, LSD und Ecstasy während einer Rehabilitation nach dem ersten Autounfall im Jahr 2004 einzustellen. Bezüglich Alkohol und Haschisch habe sie den Konsum im Laufe der Zeit gesteigert. Die Angaben bezüglich des aktuellen Alkoholkonsums seien jedoch inkonsistent. Die Angaben zu einem aktuell geringen Alkoholkonsum liessen sich vor dem Hintergrund der aktuellen Laborwerte nicht nachvollziehen (S. 27 Mitte).

In einem Bericht der Psychologin J. ___ sei ein sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte beschrieben worden (S. 27 unten). Von April 2005 bis Mai 2007 habe sich die Beschwerdeführerin bei Dr. B. ___ in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befunden, der eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert habe. Der Psychiater habe wie andere Therapeuten eine schlechte Compliance der Patientin erwähnt. Aus gutachterlicher Sicht falle in der Rückschau auf, dass die mangelnde Motivation der Explorandin bezüglich einer Behandlung beziehungsweise die beobachteten Verhaltensauffälligkeiten wiederholt neben dem Konsum von verschiedenen psychotropen Substanzen erwähnt worden seien. Eine Schlussfolgerung in Bezug auf die notwendige Diagnostik einer Suchtproblematik sei aber nicht gezogen worden (S. 28 oben). Von Mai 2007 bis Mai 2013 habe keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung stattgefunden. Im Mai 2013 habe sich die Beschwerdeführerin bei Dr. F. ___ in Behandlung geben. Diese sei seit Beginn der Behandlung unverändert von einer schweren depressiven

Episode und einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ausgegangen (S. 28 Mitte).

Dr. med. K.____, C.____, sowie Dr. D.____ hätten bei der Explorandin weder eine posttraumatische Belastungsstörung noch eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung feststellen können. Dies sei aus gutachterlicher Sicht gut nachvollziehbar und könne anhand der eigenen Untersuchungsergebnisse bestätigt werden (S. 29 oben). Dagegen sei die Berücksichtigung der Kategorie «Z» des ICD-10 Diagnosemanuals durch Dr. F.____ nicht nachvollziehbar (S. 29 unten). Weiter sei nicht nachvollziehbar, dass die behandelnde Ärztin die massive Suchtproblematik der Explorandin bei einem angeblich täglichen Konsum von Schnaps und Cannabis nicht wahrgenommen und sie sich stattdessen lange zurückliegenden Ereignissen in der Vorgeschichte der Explorandin gewidmet habe (S. 30 oben). Es bestehe keine endgültige Klarheit darüber, ob bei der Explorandin akzentuierte Persönlichkeitszüge oder schon eine Persönlichkeitsstörung vorlägen. Dies, da die psychischen und Verhaltensstörungen durch die genannten Substanzen die persönlichen strukturellen Aspekte überlagerten (S. 30 Mitte).

E. 3.8.4

Es sei schwierig festzulegen, ob von einem primären oder sekundären Suchttypus gemäss IVG auszugehen sei. Am ehesten sei anzunehmen, dass sich die Suchtproblematik der Explorandin parallel zu ihren psychischen Beschwerden zunächst im Rahmen einer Adoleszenzkrise im Jahr 2000 und später im Rahmen von Persönlichkeitsstrukturierenden Besonderheiten entwickelt habe. Dabei sei festzuhalten, dass die Suchtproblematik der Explorandin nach den juristischen Kriterien keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe (S. 31 oben). Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass keine quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden. Allenfalls liessen sich leichte qualitative Einschränkungen mit leichten Einschränkungen der Stress- und der Frustrationstoleranz sowie der sozialen Kompetenzen feststellen (S. 31 unten). In der angestammten Tätigkeit als Büroangestellte bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 %. Im Längsschnittverlauf habe nie eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit vorgelegen (S. 32 Ziff. 7.1).

E. 3.9

Dr. F.____ nannte im Bericht vom 15. Mai 2017 (Urk. 6/219) als psychiatrische Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung. Als Z-Diagnosen nannte sie Probleme bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit und eine negativ veränderte Struktur der Familienbeziehung in der Kindheit.

Weiter wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin berichte weiterhin von einer Erschöpfung und Schlafstörungen mit Albträumen, Appetitverlust und einer Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung. Weiter bestünden eine depressive Verstimmung mit Suizidgedanken, Zukunftsängsten und Panikattacken, dissoziativen Zügen, ein mangelndes Selbstvertrauen, innere Unruhe, Reizbarkeit, Libidoverlust, Schuld- und Schamgefühle und ein sozialer Rückzug mit Verlust von sozialen Kontakten. Nach dem Tod des Grossvaters und der Grossmütter habe sich eine Verschlechterung des Zustandes gezeigt (S. 1 Ziff. 2).

Die andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung sei schwierig zu behandeln und benötige langfristige Therapien. Der Alltag sei für die Patientin im Moment schwer zu bewältigen (S. 1 Ziff. 2 unten).

Nach oft nur kleinen Anstrengungen trete eine deutliche Müdigkeit auf (S. 2 Ziff. 3 oben). Die Beschwerdeführerin habe eine feindliche und misstrauische Haltung gegenüber der Welt, einen sozialen Rückzug und Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit sowie ein chronisches Gefühl von Nervosität beschrieben (S. 2 Ziff. 3 Mitte). Weiter sei zu sagen, dass die Patientin die Medikamente einnehme und eine gute Compliance zeige (S. 3 Ziff. 3). Die Kriterien für ein Abhängigkeitsyndrom von Alkohol seien nicht erfüllt. Die Beschwerdeführerin sei schon seit Jahren abstinent (S. 3 Ziff. 4). In der angestammten und in einer optimal angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 3 Ziff. 5).

E. 3.10

Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, RAD, äusserte sich in einer Stellungnahme vom 24. Juli 2017 zum Bericht von Dr. F.____ vom 15. Mai 2015. Er führte aus, die Psychiaterin habe mit den Diagnosen keinen psychiatrischen Befund mitgeteilt. Die aktuelle psychosoziale Situation sei ebenfalls nicht beschrieben worden. Eine Kontrolle der im Gutachten von med. pract. Z.____ festgestellten erhöhten Leberwerte werde so dann nicht belegt. Weiter sei nicht ersichtlich, mit welcher Intensität und Zielsetzung die derzeitige Behandlung erfolge. Anhand der Angaben im Bericht von Dr. F.____ könne daher nicht beurteilt werden, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung objektiv geändert habe (Urk. 6/221 S. 3).

E. 4.1

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. 4.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE

141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegünstigten Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V

281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 4.3

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» - Komplex «Gesundheitsschädigung» - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex «Sozialer Kontext» - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshin der der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex «Gesundheitsschädigung») auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 5.1

Med. pract. Z. ___ nannte im Gutachten vom 10. September 2015 als Diagnose akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen (infantilen) Anteilen und als Differentialdiagnose eine histrionische Persönlichkeitsstörung. Weiter nannte sie als Diagnosen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Cannabinoide und Tabak, Abhängigkeitssyndrom, sowie durch multiplen Substanzgebrauch bei schädlichem Gebrauch in der Vergangenheit. Die Diagnosen wirken sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus (vorstehend E. 3.8.3). Die Gutachterin verneinte somit für die angestammte Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (E. 3.8.4). Ebenso verneinte Dr. D. ___ im Gutachten vom 31. August 2010 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.4.2).

Die behandelnde Psychiaterin nannte demgegenüber als Diagnosen eine rezidi vierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung. Zudem nannte sie Probleme bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit und eine negativ veränderte Struktur der Familienbeziehung in der Kindheit. Sie attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (E. 3.6, 3.7 und 3.9).

E. 5.2

Im Gutachten von med. pract. Z. ___ vom 10. September 2015 wurde umfassend auf die Krankengeschichte und die gesundheitlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin eingegangen. Es wurde sodann in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt. Die Beschwerdeführerin wandte ein, die Gutachterin habe sich nicht rechtsgenügend mit früheren ärztlichen Einschätzungen befasst (Urk. 1 S. 11 Ziff. 24). Dies trifft nicht zu (vgl. Urk. 6/188/28 ff.). Die Gutachterin begründete ihre Einschätzung unter anderem damit, dass anlässlich der Begutachtung keine depressive Symptomatik festgestellt werden können. Zeitweise habe gar eine recht fröhliche Stimmungslage bestanden. Einer depressiven Symptomatik stünden sodann die von der Beschwerdeführerin geschilderten Interessen und Hobbys und ihre vielen sozialen Kontakte entgegen (vorstehend E. 3.8.2). Damit verneinte die Gutachterin mit nachvollziehbarer Begründung eine depressive Störung.

Soweit sich die Beschwerdeführerin auf die Einschätzung durch Dr. B. ___ berief (Urk. 1 S. 11 Ziff. 24), ist zu berücksichtigen, dass dessen Berichte bereits längere Zeit zurückliegen. Gestützt darauf sind kaum Aussagen zum aktuellen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin möglich. Es schadet daher nicht, dass sich die Gutachterin nicht eingehend mit dessen Einschätzung auseinandergesetzt hat. Die von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung konnte bereits Dr. D. ___ mit ausführlicher Begründung nicht bestätigen (vgl. E. 3.4.2). Med. pract. Z. ___ schloss sich insofern der Beurteilung durch Dr. D. ___ an und führte die Beschwerden der Beschwerdeführerin sodann mit neuer Begründung auf ihren Alkoholkonsum und eine Alkoholabhängigkeit zurück (vorstehend E. 3.8.3). Die Gutachterin wies weiter darauf hin, dass die behandelnde Psychiaterin die von ihr attestierte Arbeitsunfähigkeit unter anderem anhand von «Z-Diagnosen» gemäss ICD-10 begründet habe (E. 3.8.2), und sie hat zu Recht festgehalten, dass dies nicht zu überzeugen vermag. Damit liegt eine ausführliche Begründung hinsichtlich der abweichenden Einschätzung der behandelnden Ärzte vor.

Die Gutachterin legte nachvollziehbar dar, dass die Beschwerdeführerin bezüglich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Das Gutachten

erweist sich somit auch in der Beurteilung der medizinischen Situation und in den Schlussfolgerungen als überzeugend. Es erfüllt daher die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens, weshalb ent gegen der Beschwerdeführerin darauf abgestellt werden kann.

E. 5.3

Dr. F.____ attestierte im Bericht vom 15. Mai 2017 unverändert eine Arbeits unfähigkeit von 100 % (vorstehend E. 3.9). Dies, obschon sie im Mai 2013 für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit noch eine Arbeitsfähigkeit von 20 % in Aussicht gestellt hatte (E. 3.6). Im Bericht vom 15. Mai 2017 äusserte sie sich nicht dazu, weshalb die genannte Arbeitsfähigkeit nicht umgesetzt werden konnte. Die von Dr. F.____ gestellten «Z-Diagnosen» fallen ohnehin nicht unter den Begriff eines rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteile des Bundesgerichts vom 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1, 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 und 8C_131/2016 vom 14. Juli 2016 E. 5.2). Schliesslich ist auf den Grundsatz hinzuweisen, wonach Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 253 E. 3b/cc). Dies gilt für einen allgemein praktizierenden Haus arzt wie auch für einen behandelnden Spezialarzt (Urteil des Bundesgerichts I 803/05 vom 6. April 2005 E. 5.5). Das Gutachten von med. pract. Z.____ ist daher gegenüber der Einschätzung durch Dr. F.____ vorzuziehen.

E. 5.4

Nachfolgend sind anhand des Gutachtens von med. pract. Z.____ die Standard indikatoren zu prüfen.

Die diagnoserelevanten Befunde sind vorliegend eher geringfügig ausgeprägt. Dies ergibt sich daraus, dass sich die von med. pract. Z.____ gestellten Diagnosen nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken (vorstehend E. 3.8.3). Da es sich bei der Alkoholabhängigkeit gemäss med. pract. Z.____ um ein primäres Suchtgeschehen handelt, begründet die Diagnose rechtspre chungsgemäss keinen IV-relevanten Gesundheitsschaden (vgl. E. 1.2).

Die Beschwerdeführerin ist seit Mai 2013 bei Dr. F.____ in psychiatrischer Behandlung. Trotz der schon länger dauernden Behandlung fehlt es an einem nennenswerten Behandlungserfolg, nachdem die behandelnde Psychiaterin unver än dert von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausging.

Bei der Beschwerdeführerin bestehen nebst akzentuierten Persönlichkeitszügen namentlich psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol. Dabei handelt es sich um eine zu beachtende Komorbidität. Bezüglich der Persönlichkeit der Be schwerdeführerin bestehen Besonderheiten in Form von akzentuierten Persön lich keitszügen, die gewisse Auffälligkeiten der Persönlichkeit erklären. Positiv ist zu vermerken, dass die Beschwerdeführerin über einen Freundeskreis und Be kannte verfügt, mit denen sie ihre Freizeit verbringt (E. 3.8.3). In diesem Sinne ist auch beim Komplex «sozialer Kontext» zu betonen, dass es nicht zu einem sozialen Rückzug der Beschwerdeführerin gekommen ist und sie auf einen unterstützenden Freundeskreis zurückgreifen kann.

Zur Kategorie «Konsistenz» ist zu erwähnen, dass die Gutachterin die von der Beschwerdeführerin beschriebene Zunahme einer Depression in keiner Weise bestätigen konnte. Die Gutachterin stellte in diesem Zusammenhang gar Aggra vationstendenzen der

Beschwerdeführerin fest (vorstehend E. 3.8.2). Die Gutachterin erwähnte weiter eine fehlende Motivation und eine schlechte Compliance betreffend die Behandlung ihrer Suchtproblematik.

Die Prüfung der Standardindikatoren ergibt damit, dass gestützt auf das Gutachten von med. pract. Z. ___ für die angestammte Tätigkeit im Büro beziehungsweise im IT-Support von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden kann. Der medizinische Sachverhalt ist somit als dahingehend erstellt zu erachten, dass in der angestammten Tätigkeit gestützt auf die psychiatrischen Gutachten von Dr. D. ___ und med. pract. Z. ___ eine volle Arbeitsfähigkeit besteht.

E. 5.5

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneint. Da es an einem IV-relevanten Gesundheitsschaden fehlt, besteht grundsätzlich auch kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Ein Grund für weitere Abklärungen besteht nicht. Die Beschwerdeführerin spezifizierte in der Beschwerde auch nicht, um welche Eingliederungsmassnahmen sie ersucht. Weitere Ausführungen zu den beantragten Eingliederungsmassnahmen erübrigen sich daher.

Der angefochtene Entscheid erweist sich demzufolge als rechtmässig. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

E. 6

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 900.-- festzulegen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Hablützel - 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber MosimannBrugger

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