

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00119 vom 10. April 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-04-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00119

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00119 du 10 avril 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00119 del 10 aprile 2019

Erwägungen

E. 1

Die 1988 geborene X.____ absolvierte zuletzt einen Lehrgang zur Fachfrau Betreuung, Fachrichtung Kinderbetreuung, welche n sie jedoch nicht abschloss . Am 26. Oktober 2015 (Eingangsdatum) meldete sie sich bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf psychische Beschwerden und ein Suchtleiden zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die IV-Stelle tätigte in der Folge medizinische Abklärungen (Urk. 7/7 , 7/14, 7/15, 7/20, 7/26) und liess die Versicherte medizinisch begutachten (Urk. 7/32). Mit Vorbescheid vom 12. Mai 2017 stellte sie der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/35). Mit Schreiben selben Datums teilte sie der Versicherten mit, dass durch eine Abstinenz vom Suchtmittelkonsum eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei, weshalb bei einer späteren (Neu-)Anmeldung der Nachweis einer 12-monatigen Abstinenz verlangt werde (Urk. 7/34). Nachdem die Versicherte hiergegen Einwand erhoben hatte (Urk. 7/42), verfügte die IV-Stelle im angekündigten Sinne und wies das Leistungs begehren am 29. Dezember 2017 ab (Urk.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) . Sie kann Folge von Geburtsge brechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es 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 Beein trächtigung 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 psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbsein kommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unab hängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weit gehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 1.3

Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetre ten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheits schadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditäts begründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a): Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1).

Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c; Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz 51 zu Art. 4 IVG) ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigen ständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Drogensucht – einem Symptom gleich – Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 28 E. 3b); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden

besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.2).

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechts anwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen liess die Versicherte am 30. Januar 2018 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, es seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1). In ihrer Beschwerdeantwort vom 8. März 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin am 12. März 2018 mitgeteilt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die Arbeitsunfähigkeit mehrheitlich auf das Abhängigkeitsverhalten und den Konsum unterschiedlicher Suchtmittel zurück zu führen sei. Bei der Persönlichkeitsstörung und der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) handle es sich lediglich um Verdachtsdiagnosen, weshalb sie nicht erheblich seien. Es bestünden ein Abhängigkeitssyndrom, eine affektive Störung, eine Verhaltensstörung und eine anhaltende kognitive Beeinträchtigung, welche allesamt auf die Abhängigkeit zurückzuführen seien. Die daraus resultierenden Einschränkungen seien daher invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant. Es bestehe kein Anspruch auf eine Rente. Der Anspruch auf berufliche Massnahmen könne beim Nachweis einer mindestens

sechsmoatigen Abstinenz bei entsprechende m Gesuch erneut geprüf t werden (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, die Beschwerdegegnerin habe für ihren Entscheid auf die Beurteilung des RAD-Arztes abgestellt, welcher sie nicht persönlich untersucht habe. Der RAD-Arzt gehe von einer primären Suchtproblematik aus, obschon im eingeholten psychiatrischen Gutachten auf die Alkoholeinnahme als Massnahme zur emotionellen Regulie rung hingewiesen werde und das Vorliegen eines psychischen Gesundheits scha dens bejaht werde. Sie habe bereits zweimal längere stationäre Alkoholentzugs therapien gemacht, wobei sich ihr gesundheitlicher Zustand in der Endphase des letzten Entzuges verschlechtert habe und sie aufgrund einer akuten Suizidalität mittels einer fürsorgerischen Unterbringung habe verlegt werden müssen. Die Sucht sei ein Mittel, ihre psychische Störung unter Kontrolle zu halten, weshalb es sich um ein sekundäres Suchtleiden handle. Die Einschätzung des RAD zur Arbeitsfähigkeit sei aus der Luft gegriffen und widerspreche der Einschätzung im Gutachten. Ohne eigene schlüssige Untersuchung könne nicht von der gutachter lichen Einschätzung abgewichen werden. Erachte die Beschwerdegegnerin das Gutachten als nicht beweiskräftig, so habe sie ein neues einzuholen. Mit Blick auf die Schadenminderungspflicht sei zu beachten, dass sie krankheitsbedingt eine schlechte Therapieadhärenz habe und die Sucht sekundär bedingt sei (Urk. 1). 3.

E. 3

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

E. 3.1

Dem Bericht von Dr. med. Y.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie an der psychiatrischen Klinik Z.____ vom 5. November 2015 (Urk. 7/20/6-10) kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin vom 1. September bis 1. Oktober 2015 in der Z.____ hospitalisiert war. Dr. Y.____ nannte als Diagnosen: - psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2) - emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline - Typ (ICD-10 F60.31) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - anamnestisch psychische und Verhaltensstörung durch Kokain, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F14.1)

Der Eintritt sei aufgrund einer fürsorgerischer Unterbringung bei Verdacht auf akute Suizidalität und Selbstgefährdung erfolgt, nachdem die Beschwerdeführerin 0.5 Liter Wodka und 1 bis 2 Bier konsumiert (1.59 Promille bei Eintritt) und danach Suizidgedanken geäussert habe. Die Beschwerdeführerin sei 2008 erstmals im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der Z.____ vorgestellt geworden und konsumiere seither mit Ausnahme einiger abstinenten Phasen durchgehend Alkohol. Es seien mehrere Aufenthalte in der Z.____ und der Klinik A.____ erfolgt. Der jetzige Alkoholentzug sei in der Rückschau blande verlaufen und die Beschwerdeführerin sei am 1. Oktober 2015 in die Klinik A.____ zur Behandlung übergetreten.

E. 3.2.1

Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellvertretende Chefärztin der Klinik A.____, nannte in ihrem Bericht vom 5. November 2015 (Urk. 7/7) folgende

Diagnosen: - psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F17.21) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - psychische und Verhaltensstörung durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Gebrauch (ICD-10 F17.25) - psychische und Verhaltensstörung durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F14.21) - psychische und Verhaltensstörung durch andere Stimulanzien, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F15.1)

Die Beschwerdeführerin sei am 1. Oktober 2015 in die Klinik A.____ eingetreten. Seit sie 13 Jahre alt sei, bestehe ein multipler Substanzkonsum von insbesondere Alkohol, Cannabis, Kokain und Ecstasy sowie Tabak. Bezüglich des Alkohols bestehe eine Abhängigkeitserkrankung. Aktuell zeige sich zudem die Symptomatik eines mittelgradigen depressiven Syndroms. Das Krankheitsbild sei komplex und es seien weitere diagnostische Abklärungen hinsichtlich struktureller Problematik und PTBS notwendig.

E. 3.2.2

In einem Bericht unbekanntes Datum (bei der Beschwerdegegnerin am 18. Mai 2016 eingegangen, Urk. 7/14) berichtete Dr. B.____, der Zustand der Beschwerdeführerin habe sich am Ende der stationären Behandlung (Anm.: am 26. November 2015) verschlechtert. Es sei eine akute Suizidalität aufgetreten, was zu einer Verlegung in die Z.____ mittels fürsorgerischer Unterbringung geführt habe. Zuvor habe sie sich unter der Abstinenz zunehmend eine Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gezeigt.

E. 3.2.3

Im Schlussbericht vom 3. Dezember 2015 (Urk. 7/20/14-17) führte Dr. B.____ die nachfolgenden Diagnosen auf: - Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.24) - Kokainabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F14.21) - schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1) - rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Die Beschwerdeführerin sei nach erfolgtem Alkoholentzug (am 1.

Oktober 2015) zur Entwöhnungsbehandlung in die Klinik A.____ eingetreten. In der Therapie sei neben der Alkoholabhängigkeit auch die dahinterstehende Problematik mit Gewalterfahrung und der schwierigen Herkunftsgeschichte bearbeitet worden. Mit zunehmender Distanz zum Alkohol hätten sich die traumaassoziierten Symptome verstärkt und es seien wiederholt suizidale Gedanken aufgetreten. Es habe sich gezeigt, dass zur Aufrechterhaltung der Abstinenz eine stationäre Traumabehandlung medizinisch indiziert sei. Die Beschwerdeführerin nutze den Alkohol, um ihren Symptomen einer PTBS zu begegnen sowie Konflikte und Emotionen zu regulieren. Im Zusammenhang mit einem Beziehungsstreit sei es kurz vor Austritt aus der Klinik zu einem erneuten Konsumereignis mit Selbstgefährdung gekommen, weshalb (erneut) eine fürsorgerische Unterbringung in der Z.____ erfolgt sei.

E. 3.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt an der Z.____, nannte in seinem Bericht vom 9. Dezember 2015 (Urk. 7/15) folgende Diagnosen: -

mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) - emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline -Typ (ICD-10 F60.31) - psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] (ICD-10 F10.0) - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide : schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1) - psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F14.2)

Der Eintritt sei per fürsorglicher Unterbringung bei akuter Alkoholintoxikation vor dem Hintergrund einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline -Typ erfolgt. Die Hospitalisierung habe vom 26. bis 30. November 2015 gedauert.

Nachdem sich die Beschwerdeführerin bei Eintritt affektlabil und insofern gezeigt habe und sich von einer Selbstverletzung (Ritzen) nicht habe distanzieren können, habe sich die Situation auf der Station stabilisiert. Es seien Anschlusslösungen organisiert worden und bei geringem Suchtdruck nach Alkohol sei die Beschwerdeführerin in stabilem Zustand entlassen worden.

E. 3.4

Dr. med. univ. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 11. Oktober 2016 (Urk. 7/26) folgende Diagnosen: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung [ADHS] (ICD-10 F90.0) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - anamnestisch emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31) - psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2; Beginn der Suchtproblematik in der Pubertät, immer wieder längere Phasen der Abstinenz nach Klinikaufenthalten) - psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F12.2) - psychische und Verhaltensstörung durch Kokain, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F14.2)

Die Beschwerdeführerin habe sich nach ihrer letzten Entlassung aus der Z.____ im November 2015 bei ihr zur Behandlung befunden bis dann im Juni 2016 eine traumatherapeutische Therapie begonnen worden sei. Im ärztlichen Befund hielt Dr. D.____ im Wesentlichen eine beeinträchtigte Konzentration, Ängste und eine depressive Stimmungslage fest. Es bestehe eine ADHS-Problematik. Aufgrund der Symptomatik sei die Leistungsfähigkeit reduziert. Sofern es gelinge, eine regelmässige und langfristige Psychotherapie (Traumatherapie) zu installieren, sei von einer günstigen Prognose auszugehen. 3. 5

Am 4. April 2017 verfasste Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ein monodisziplinäres fachpsychiatrisches Gutachten (Urk. 7/32). Sie diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/32/ 33) : - Alkoholabhängigkeitssyndrom bei vorbekanntem multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (Cannabis, Kokain) (ICD-10 F10.2 und F19.1) - Rezidivierende affektive Störung (ICD-10 F19.72) bei psychischer und Verhaltensstörung durch multiple n Substanzmissbrauch – Depressivität (ICD-10 F10.72) - Anhaltenden kognitive Beeinträchtigungen bei multiple m Substanz missbrauch und

Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F19.74 und F10.74) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1); eher somatische Traumatisierung bei abhängigen Beziehungen

Differential diagnostisch: Nachhallzustand (Flashbacks) als Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung bei multiplem Substanzgebrauch und Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F19.70 und D10.2) - Verdacht auf kombiniertes strukturelles Defizit, abhängig, ängstlich, vermeidend, unsicher, emotional instabil (ICD-10 F61.0)

Dr. E. ___ führte aus, es sei sehr schwierig, grundpsychische Störungen zu erkennen, weshalb sie sich vorerst für ein strukturelles Defizit und eine Traumastörung als Ursache der schweren Suchterkrankung und damit verbundenen Depressivität entschieden habe (Urk. 7/32/33).

In der durchgeführten Untersuchung und anhand eigener Beobachtungen habe ich gezeigt, dass die Beschwerdeführerin in der Organisation ihrer Termine (Umbuchung des Begutachtungstermins aufgrund ferienbedingter Abwesenheit) kompetent sei. Sie habe ihren auf einem USB-Stick mitgebrachten Lebenslauf kompetent auf dem Computer aufrufen können. Sie sei in der Lage, ihre Lebenslage realistisch zu sehen und einzustufen. In der Tätigkeit in der Kinderkrippe habe es nur eine Teamkollegin gegeben, zu welcher Spannungen bestanden hätten, weshalb der Eindruck entstanden sei, die Beschwerdeführerin sei nicht teamfähig. Die Vergesslichkeit und die konzentrativen Defizite seien suchtbedingt (Urk. 7/32/22). In Mimik und Körperhaltung sei die Beschwerdeführerin unsicher und labil. Bewusstsein und Orientierung seien intakt, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen seien nicht erkennbar. Das formale Denken sei eingengt, die Beschwerdeführerin affektarm und antriebsgehemmt mit Ich-strukturellem Defizit (Urk. 7/32/23). Die Testdiagnostik spreche für eine ausgeprägte Depressivität (Urk. 7/32/25).

Weiter führte Dr. E. ___ aus, die Diagnose eines ADHS könne nicht bestätigt werden, die kognitiven Defizite seien im Rahmen des Multisubstanzkonsums zu betrachten. Als Basis des psychischen Gesundheitsschadens bestehe ein strukturelles Ich-personelles Defizit, für das die Beschwerdeführerin zur Selbstregulation nur den Suchtmittelkonsum kenne. Die Suchtmittelproblematik sei auf die Pubertät zurückzuführen. Darauf seien Depressivität und Gewalterfahrung gefolgt. Die mittelgradige depressive Episode sei auf dem Boden des strukturellen Defizits bei Suchtmittelabhängigkeit zu diagnostizieren. Als Hauptdiagnose bestehe ein Trauma, ein strukturelles Defizit und dadurch eine Sucht. Die Traumatisierung sei bis zum 4. Lebensjahr erfolgt. Die Depressivität sei im Rahmen der PTBS zu sehen (Urk. 7/32/29-33). Auf die Frage nach einer dem Suchtleiden vorangehenden Gesundheitsschädigung mit Krankheitswert führte Dr. E. ___ aus, es sei sehr schwierig, grundpsychische Störungen zu erkennen, weshalb sie sich vorerst entschieden habe, die aufgeführten Diagnosen zu stellen (Urk. 7/32/40).

Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe aufgrund der suchtmittelbedingten Vergesslichkeit (Urk. 7/32/34). Durch die mangelnde störungsspezifische Behandlung der gestellten Diagnosen sei die Arbeitsfähigkeit natürlich eingeschränkt. Bei adäquater Behandlung könne die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden. Es sei mit einer 70-80%igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (Urk. 7/32/43-44). 4.

Zu prüfen ist, ob bei der Beschwerdeführerin angesichts der aufliegenden Akten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine invalide ver sicherungsrechtlich relevante Gesundheitsschädigung ausgewiesen ist. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob eine allfällige Leistungseinschränkung lediglich auf die Suchtproblematik zurückzuführen ist, oder ob daneben eine relevante psychische Gesundheitsschädigung besteht. 4.2

Dr. E.____

erstattete ihr Gutachten in Kenntnis der Vorakten (vgl. Urk. 7/32/5 ff.) und sie untersuchte die Beschwerdeführerin persönlich (vgl. Urk. 7/32/22 ff.), wobei diese ihre Beschwerden eingehend schildern konnte (vgl. Urk. 7/32/16 ff.). Ebenso erfolgte eine Auseinandersetzung mit den vorangehenden ärztlichen Beurteilungen (vgl. Urk. 7/32/26 ff.). Das Gutachten vom 4. April 2017 erfüllt daher die formellen Anforderungen an eine beweiswertige ärztliche Expertise (vgl. E. 1.4), weshalb darauf abzustellen ist.

Dr. E.____ diagnostizierte einzig ein Abhängigkeitssyndrom und äusserte ansonsten lediglich einen Verdacht auf eine PTBS und ein strukturelles Defizit. Eigenständige psychische Erkrankungen schloss sie nachvollziehbar aus, indem sie darlegte, dass die dafür erforderlichen Voraussetzungen nicht vorliegen würden. Soweit sie überhaupt psychische Befunde wie etwa ein depressives Zustandsbild erheben konnte, führte sie diese auf die Suchtmittelabhängigkeit zurück. Die Arbeitsfähigkeit erachtete sie ausschliesslich

als durch eine suchtmittelbedingte Vergesslichkeit beeinträchtigt. Nebst der erwähnten Depressivität und Vergesslichkeit konnte Dr. E.____ keine pathologischen Befunde erheben (vgl. E. 3.5). Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass bei der Beschwerdeführerin einzig eine – im Kontext der Invalidenversicherung nicht relevante – Suchtproblematik vorliegt. Der von Dr. E.____ zwar geäusserte, aber nicht durch entsprechende Befunde belegte Verdacht auf eine PTBS und ein strukturelles Defizit vermag eine relevante psychische Erkrankung nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad zu belegen. 4.3

Kein anderer Schluss kann sodann mit Blick auf die weiteren medizinischen Unterlagen (vgl. E. 3.1-3.4)

gezogen werden. Dr. Y.____ stellte im November 2015 fest, dass die Beschwerdeführerin aufgrund eines akuten Alkoholmissbrauchs in die Z.____ habe eingeliefert werden müssen und dass seit einer ersten Abklärung im Jahr 2008 ein durchgehender Alkoholkonsum bestanden habe (E.

3.1). Auch Dr. B.____

stellte im November/Dezember 2015 vornehmlich fest, dass eine Suchtmittelabhängigkeit bestehe und in der Klinik A.____ eine Entwöhnungsbehandlung erfolge. Für relevante psychische Erkrankungen erhob sie keine namhaften Befunde und äusserte lediglich Verdachtsdiagnosen (vgl. E.

3.2). Die erneute Einlieferung in die Z.____ Ende November 2015 erfolgte wiederum aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation und

Dr. C.____ machte einzig Angaben im Zusammenhang mit dem Suchtmittelmissbrauch (vgl. E. 3.4). Die Suchtmittelproblematik ist auch dem Bericht von Dr. D.____ (E. 3.4) zu entnehmen. Die von ihr festgestellte ADHS-Problematik konnte von Dr. E.____ in der nachfolgenden gutachterlichen Untersuchung nicht mehr festgestellt werden (vgl. E. 3.5).

Zusammengefasst vermögen die weiteren ärztlichen Berichte eine relevante psychische Erkrankung daher ebenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu belegen. Vielmehr stützen sie die aus dem Gutachten von Dr. E. ___ gezogene Schlussfolgerung, dass eine vordergründige und ausschliessliche Suchtproblematik vorliegt. 4.4

Nach dem Gesagten ist festzustellen, dass bei der Beschwerdeführerin mit Ausnahme der Suchtproblematik keine selbständige psychische Erkrankung ausgemacht ist. Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 1.3) führen Suchtmittelabhängigkeiten nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Allfällige dadurch bedingte Leistungseinschränkungen sind im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext unbeachtlich und ziehen keinen Leistungsanspruch nach sich. Da die von der Beschwerdeführerin geklagten Einschränkungen einzig im Suchtmittelkonsum ihre Begründung finden, sind sie unbeachtlich. Eine invalidisierende Gesundheitsschädigung ist nicht ausgewiesen und es besteht kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. 5.

Vor diesem Hintergrund erweist sich die Verfügung vom 29. Dezember 2017 (Urk. 2) als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 6.

6.1

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos und die Partei bedürftig ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt (Urk. 3). Antragsgemäss (Urk. 1) ist der Beschwerdeführerin deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. 6.2

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 6.3

Die Beschwerdeführerin

ist zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 30. Januar 2018 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- 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: - Stadt Zürich Soziale Dienste -
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 Bundes
gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

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

E. 7

Abs. 2 ATSG).

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