

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00345 vom 3. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00345

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00345 du 3 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00345 del 3 settembre 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). 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 psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen 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 unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend 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

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 rentenbegründenden 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). 1.4

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.5

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. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

/1) und beantragte im Wesentlichen, diese sei aufzuheben und es sei ihr ab dem 2. Oktober 2014 eine ganze Rente zuzusprechen und der Antrag auf Hilflosenentschädigung sei rückwirkend per 1. Dezember 2014 zu bewilligen. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Versicherte um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1 Ziff. 1-3+7).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2018 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 25. Mai 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2 /1) davon aus, gemäss den medizinischen Akten könne der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin durch die mit Schreiben vom 20. September 2016 auferlegten Massnahmen wesentlich verbessert werden. Die therapeutischen Behandlungsressourcen habe die Beschwerdeführerin nicht konsequent ausgeschöpft und damit ihre Mitwirkungspflicht verletzt (S. 2 oben). Die aktuelle Dekompensation der Persönlichkeitsstörung sei durch psychosoziale Belastungsfaktoren ausgelöst worden und werde dadurch unterhalten. Aufgrund der fehlenden Inanspruchnahme der empfohlenen Intensivierung der psychiatrischen und psychopharmakologischen Behandlung lasse sich die Schwere des Krankheitsgeschehens aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese nicht plausibilisieren. Auch der Leidensdruck sei als fraglich zu bezeichnen. Ausserdem verfüge die Beschwerdeführerin über eine Reihe von positiven Ressourcen. Bei gesamthafter Betrachtung über alle massgeblichen Indikatoren hinweg sei jedenfalls eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer Invalidität führen könne, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Die Folgen der Beweislosigkeit habe die Beschwerdeführerin zu tragen (S. 2 unten).

E. 2.2

Demgegenüber stelle sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), sie schöpfe die ihr möglichen und zumutbaren Therapiemöglichkeiten aus, weshalb sie ihre Mitwirkungspflicht nicht verletzt habe (S. 6 ff.). Weiter seien ihre gesundheitlichen Beschwerden nicht psychosozial bedingt. Diese bestünden schon seit früher Kindheit (S. 8 unten). Sodann sei sie im theoretischen Gesundheitsfall als zu 100 % Erwerbstätige zu qualifizieren (S. 9).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch zu Recht verneint hat. 3. 3.1

Am 3. Februar 2015 erfolgte im Auftrag der Krankentaggeldversicherung eine Kurzbegutachtung bei Prof. Dr. med.

A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 7/52). Seit mehreren Jahren komme es zu wiederholten Auseinandersetzungen mit dem Vorgesetzten der Beschwerdeführerin, welcher diese im Hinblick auf ihre Arbeitsleistung kritisiere. Der Konflikt sei mit dem Beginn der Schwangerschaft im Herbst 2013 eskaliert. Nachdem ihr Sohn im April 2014 geboren wurde, habe sie die berufliche Tätigkeit als Kauffrau (Homeoffice) im September 2014 in einem Pensum von 60 % wiederaufgenommen. Es sei zu erneuten Auseinandersetzungen mit dem Vorgesetzten gekommen. Am 2. Oktober 2014 sei die Krankmeldung erfolgt. Seitens der Beschwerdeführerin sei das Arbeitsverhältnis im November 2014 auf Ende Januar 2015 gekündigt worden (S. 1 Ziff. 1). Während der Schwangerschaft und nach der Geburt des Sohnes seien die Konflikte mit dem Vorgesetzten in einen regelrechten Telefonterror ausgeartet, dem sich die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben nicht gewachsen gefühlt habe. Sie klage über Unruhezustände, wiederkehrende Ängste und Schlafstörungen (Ziff. 2).

Prof. A.____ führte aus, durch die anhaltenden Konflikte mit dem Vorgesetzten sei die Beschwerdeführerin einer krankheitswertigen psychosozialen Belastungssituation ausgesetzt worden, die vor dem Hintergrund einer bestehenden emotionalen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31) das aktuelle angstorientierte Beschwerdebild ausgelöst und verschärft habe (S. 2 Ziff. 7).

Aktuell bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 30 % eines Pensums von 100 % in angestammter Tätigkeit als Kauffrau. Ab April 2015 sei das Pensum auf 60 % (entsprechend dem zuletzt geleisteten Pensum) zu steigern (Ziff. 5). 3.2

Seit dem 24. Oktober 2014 befindet sich die Beschwerdeführerin bei Dr. med.

B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung (Bericht vom 27. Februar 2015, Urk. 7/19/2-10 S. 1 Ziff. 1.2). Die Beschwerdeführerin habe in den letzten Jahren zahlreiche Arbeitsstellen aufgrund von zwischenmenschlichen Konflikten, Spannungen, Depressionen und Ängsten verloren. Vor der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit sei sie fast Alleinernählerin der Familie (seit zwei Jahren mit dem aus Kenia stammenden Ehemann verheiratet) gewesen und habe seit 2011 via Homeoffice Vollzeit in der Verwaltung eines Online-Bildungsportals gearbeitet. Dank der Arbeit von zu Hause aus habe die Beschwerdeführerin zwischenmenschliche Probleme bis zu Beginn des berichteten (siehe S. 2 f.) Mobbing durch ihren Vorgesetzten weitestgehend vermeiden respektive zumindest verkraften können, was zuvor immer wieder zu Kündigungen geführt habe (S. 2 f. Ziff. 1.4).

Die krankheitsbedingte aktuelle finanzielle und soziale Situation belaste die Familie und insbesondere die Beschwerdeführerin in starker Art und Weise, so dass die vorhandenen Ängste unter anderem deswegen stetig zunehmen und so für einen unerträglichen täglichen inneren Druck sorgen würden. Auch die depressive Störung verstärke sich zunehmend. Es gebe Tage, da könne die Beschwerdeführerin nur unter grössten Schwierigkeiten ihr Bett verlassen. Innere Leere, grosse Ängste, Verzweiflung und völlige Antriebslosigkeit würden die Beschwerdeführerin schwer belasten (S. 3 Mitte).

Dr. B.____ hielt fest, die Beschwerdeführerin könne für ihren Sohn zwar nachweislich innerhalb der Wohnung sorgen, brauche jedoch Unterstützung, um diese verlassen zu können. Früher sei ihr Ehemann eine grosse Stütze gewesen, er sei nun wegen seiner Vollzeitstelle nicht mehr so oft verfügbar. Daher arbeite die Beschwerdeführerin seit Dezember

mit der psychiatrischen Spitex, Frau C.____, zusammen, die sie zwei - bis drei mal wöchentlich besuche. Unter anderem würden Expositionstrainings durchgeführt und sie werde zudem im Haushalt unterstützt, da die Beschwerdeführerin an gewissen Tagen nicht in der Lage sei, die Haushaltsarbeiten zu erledigen (S. 3 unten).

Derzeit werde eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durchgeführt. Dr. B.____ sehe die Beschwerdeführerin 14-täglich. Gleichzeitig habe sie wöchentliche psychotherapeutische Gespräche bei Frau D.____, Psychologin im E.____. Daneben erhalte sie zwei- bis dreimal wöchentlich Besuch von der psychiatrischen Spitex. Hinsichtlich Pharmakotherapie sei die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer eigenen ungünstigen Erfahrungen mit Antidepressiva und Benzodiazepinen und solchen ihrer schwer kranken Eltern, mit wiederholten Tablettenintoxikationen, inzwischen sehr skeptisch. Im Verlauf sei eine Einstellung auf Deprivita im Dezember wegen Nebenwirkungen bei gleichzeitiger Einnahme einer Antikonzeption gescheitert. Ein erneuter pharmakotherapeutischer Versuch sei nach der Einführung einer verträglichen Antikonzeption geplant. Als Unruhereserve stehe der Beschwerdeführerin aktuell Temesta zur Verfügung, welche sie im äussersten Notfall bereit sei einzunehmen (S. 6 Ziff. 1.5).

Aktuell sei die Beschwerdeführerin weiterhin schwer depressiv und habe eine Angsterkrankung von invalidisierendem Ausmass. Sie sei nicht mehr belastbar, alles bringe sie aus der Bahn. Bei einem kürzlich alleine unternommenen Expositionstraining habe sie eine Panikattacke erlitten. Sie habe zwei Tage gebraucht, um sich zu erholen. Über das Internet habe sie selbst eine 20 %-Stelle als Texterin mit Homeoffice-Anstellung gefunden. Sie habe grösste Schwierigkeiten gehabt, zum Vorstellungsgespräch hinzugehen und dieses Gespräch durchzustehen. Weil sie dem Druck nicht mehr standgehalten habe, habe sie vorzeitig nach Hause gehen müssen. Die Stelle habe sie aber dennoch bekommen. Leider sei sie inzwischen wieder gekündigt worden, da sie als ungelernete Texterin ein umfassendes Coaching gebraucht hätte, für welches die Firma keine Zeit gehabt hätte (S. 6 f.).

Dr. B.____ äusserte die Vermutung, die verminderte Konzentrationsfähigkeit und die Depressivität der Beschwerdeführerin hätten verhindert, dass sie die Erwartungen des Arbeitgebers hätte erfüllen können (S. 9 Ziff. 1.9).

In der psychometrischen Untersuchung mit der Hospitality

Anxiety und Depressions- Scale (HADS), wo Werte über 10 Punkte als pathologisch gelten würden, habe die Beschwerdeführerin mit 16 Punkten im Angstscore und mit gar 18 Punkten im Depressionsscore hochpathologische Resultate gezeigt (S. 6 f.).

Dr. B.____ stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - mittelgradige bis schwere depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F 33.1, DD ICD-10 F32.1) sei Kindheit, akut seit Oktober 2014 - schwere Angsterkrankung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.0), sozialer Phobie (ICD-10 F40.1) mit Panikstörung (ICD-10 F41.0) und vermutlich auch generalisierter Angststörung (ICD-10 F41.1) seit Oktober 2014 - emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3) bei anamnestischer Multitraumatisierung, selbstverletzendem Verhalten, anamnestischer Essproblematik und Status nach mehreren Suizidversuchen ; Differential diagnose (DD): ängstlich-(vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) sei Kindheit Auf die Frage, welche körperlichen, geistigen und psychischen Einschränkungen bestehen würden, antwortete Dr. B.____ folgendermassen (S. 8 Ziff. 1.7): Die Beschwerdeführerin sei

depressiv, verletzlich, dünnhäutig, nicht belastbar, habe eine verminderte Konzentration, sei vergesslich, die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit sei dadurch deutlich herabgesetzt. Die vorhandenen Ängste hätten überhandgenommen. Die Beschwerdeführerin leide an plötzlich auftretenden Angst- und Panikanfällen unter starken Ängsten vor anderen Menschen. Sie könne ihre Wohnung alleine nicht verlassen, in Menschenmengen reagiere sie mit Agoraphobie, das heisse, es komme zu heftigen Angstanfällen, worauf sie den Ort fluchtartig verlassen müsse. Der einzige Ort, wo sie sich einigermaßen sicher fühle, sei in ihrer Wohnung. Der Aktionsradius sei als stark eingeschränkt. Im Weiteren habe die Beschwerdeführerin grosse Probleme im zwischenmenschlichen Bereich. Sie sei gegenüber anderen Menschen sehr empfindlich, verletzlich, fühle sich schnell angegriffen, reagiere mit starken Emotionen, kleine Vorfälle würden sie aus der Fassung bringen und könnten sie noch tagelang absorbieren, so dass sie nicht mehr schlafen und arbeiten könne. Die zwischenmenschlichen Beziehungen entwickeln sich schnell sehr konfliktuell. Anamnestisch habe dies immer wieder zu Konflikten mit Kündigung der Arbeitsstelle geführt. Eine Homeoffice-Tätigkeit könnte die Beschwerdeführerin aktuell vermutlich im Umfang von 20 % bewältigen. Eine stark verminderte Leistungsfähigkeit würde aktuell kein höheres Pensum ermöglichen. 3.3

Mit undatiertem Bericht (Urk. 7/24/1-6) - letzte Kontrolle vom 29. September 2015 (vgl. S. 2 Mitte und Ziff. 3.1) - beschrieb Dr. B. ___ ausführlich den erhobenen Befund vom 29. September 2015 (Ziff. 1.3) und berichtete über einen gesamthaft stationären Gesundheitszustand (Ziff. 1.1; vgl. auch die unveränderten Diagnosen, Ziff. 1.2).

Die Beschwerdeführerin benötige weiterhin einen deutlich im Pensum reduzierten Nischenarbeitsplatz mit Homeoffice-Setting, in welchem sie eigenverantwortlich, mit freier Zeiteinteilung ihrer Kräfte und ihrer Verfassung entsprechend arbeiten könne. Die zwischenmenschlichen Kontakte seien dabei auf ein Minimum zu beschränken. Die Aufmerksamkeitsspanne und die Konzentrationsfähigkeit sei dabei sehr beschränkt und sie müsse immer wieder Pausen machen können. Es sei unverändert ein Pensum von 20 % zumutbar in einer solchen Tätigkeit (Ziff. 2.1). 3.4

Im am 22. Oktober 2015 erstatteten Bericht (Urk. 7/26) führte C. ___, Psychiatrische Spitex, aus, sie unterstütze die Beschwerdeführerin seit mehr als einem Jahr jeweils zweimal wöchentlich für drei Stunden. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund ihrer starken Ängste vor Menschen auf Unterstützung und Begleitung bei sämtlichen Aktivitäten und Besorgungen ausserhalb ihrer Wohnung angewiesen. Alleine sei sie dazu nicht in der Lage. Die Beschwerdeführerin sei sehr bemüht um Fortschritte im begleiteten Expositionstraining. Dennoch seien sofort nach Verlassen der Wohnung eine grosse innere Unruhe, Unsicherheit und deutliche Stresssymptome bei der Beschwerdeführerin erkennbar. Schnell fühle sie sich von den Menschen bedrängt, belästigt, verletzt oder zusätzlich gestresst, woraus regelmässig Panikattacken resultieren würden. Diese seien jeweils nur mit psychologischer unmittelbarer Unterstützung abzufedern. Aus diesem Grund meide sie es weitestgehend, alleine die Wohnung zu verlassen. Nach einem schlechten Erlebnis habe die Beschwerdeführerin teilweise für einige Zeit sogar mit Begleitung zu viel Angst, sich vor die Türe zu wagen. Durch die frühe und über Jahre hinweg andauernde schädigende Prägung seien bei der Beschwerdeführerin schwere Traumatisierungen erkennbar, welche sich mit jedem Negativerlebnis verstärken und die vorhandenen Ängste, Depressionen sowie die soziale Phobie fördern würden (S. 1 oben).

Frau C.____ beschreibt den Eindruck, den die Beschwerdeführerin in ihr erwecke, wie folgt: Hochsensible, ängstliche, oftmals traurig und nachdenklich wirkende, sozial zurückgezogene, junge, intelligente Frau mit geringem Selbstwertgefühl, starkem Gerechtigkeitsinn und hohen Anforderungen an ihre Person. Zudem falle die emotionale Instabilität und Unruhe auf, welche sich auch immer wieder stark auf ihre Antriebs- und Konzentrationsfähigkeit auswirke. Die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin sei deutlich eingeschränkt. Dies zeige sich darin, dass auf kleine Fortschritte eine deutliche Verschlechterung der Symptomatik folge, sobald die Beschwerdeführerin mit einer belastenden/neuen Situation konfrontiert werde. Zeitweise sei sie auch innerhalb der Wohnung stark in ihren Möglichkeiten eingeschränkt, so dass sie beispielsweise Unterstützung im Haushalt entweder von ihrem Ehemann oder durch die Spitex benötige (S. 1 unten).

Wenn die Beschwerdeführerin Druck, Stress oder Ungerechtigkeiten empfinde, könne dies Panikattacken auslösen. All dies nehme sie sichtlich mit und sie benötige längere Zeit, um sich davon zu erholen. Solche Erlebnisse würden sie tagelang nicht mehr loslassen und sie ins Dauergrübeln verfallen lassen. Zeitweise sei sie vergesslich, habe Schlafprobleme und leide teilweise auch unter Kopf-, Brust- oder ungewöhnlichen Unterleibsschmerzen (S. 1 f.).

Die Belastungen der Beschwerdeführerin seien riesig. Neben ihrer eigenen Erkrankung sei die finanzielle Situation seit ihrem krankheitsbedingten Jobverlust prekär, da das Einkommen des Ehemannes deutlich unter dem Existenzminimum liege. Zudem belaste die häufige arbeitsbedingte Abwesenheit des Ehemannes die Beschwerdeführerin zusätzlich, zumal er ihr zuvor eine wichtige Unterstützung in der Bewältigung des Alltages gewesen sei. Die Beschwerdeführerin sei sehr bemüht, aus ihrer Situation und ihrer schweren psychischen Krankheit täglich das Beste zu machen. Die Unfähigkeit zum Umsetzen von Vorhaben (beispielsweise alleine mit ihrem Sohn einen Spaziergang zu machen), würden immer wieder Schuldgefühle auslösen, welche die Beschwerdeführerin zusätzlich schwer belasten würden (S. 2). 3.5

Dr. B.____ berichtete am 18. April 2016 (Urk. 7/43), die Beschwerdeführerin habe sich ausserplanmässig bei ihm vorgestellt. Es sei im Zusammenhang mit der angekündigten Begutachtung bei Dr. Z.____ eine starke Zustandsverschlechterung festzustellen (S. 1). Der letzte Bericht vom Oktober 2015 (vgl. vorstehend E. 3.3) sei hinsichtlich den erhobenen Befunden, der Wiedergabe des Zustandsbildes und der abgeleiteten Diagnosen grundsätzlich nach wie vor gültig. Positiv sei zu vermerken, dass sich die Beschwerdeführerin erstmals in ihrer Geschichte bei Frau D.____ sehr intensiv auf einen psychotherapeutischen Prozess einlassen könne und begonnen habe, über die schambesetzten erlittenen Verletzungen und Ängste (jahrlanges Mobbing, Demütigungen, sexueller Missbrauch) zu sprechen und sich damit auseinanderzusetzen. Dies wirke sich positiv auf die nächsten Beziehungen zu ihrem Sohn und ihrem Ehemann aus. Hinsichtlich der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit hätten hingegen kaum Fortschritte erreicht werden können durch die Therapie. Sie seien aber aufgrund der Schwere und Art des Falles und der gegebenen existenzbedrohenden Umstände zum jetzigen Zeitpunkt auch nicht zu erwarten gewesen (S. 3 Mitte).

Weiter hielt Dr. B.____

bezüglich Psychopharmakotherapie

fest, er halte bei der vorliegenden Problematik und den schlechten Erfahrungen, die die Beschwerdeführerin gemacht habe, die Indikation für Psychopharmaka ganz grundsätzlich als nicht (mehr) oder kaum gegeben an (S. 3 oben).

In Übereinstimmung mit Frau D.____ halte er die anberaumte Begutachtung weder für notwendig noch für die Beschwerdeführerin zumutbar . Der Fall sei bereits sehr umfassend und genau dokumentiert und es gebe Meinungen von zwei eigentlich unabhängig voneinander agierenden Fachpersonen mit fundierten Kenntnissen, die die Schwere des Falles gleich einschätzen würden . Dr. B.____

machte geltend, aufgrund der traumatisch erlebten Begutachtung vom letzten Jahr und der aktuell bevorstehenden weiteren Begutachtung, welche die Beschwerdeführerin bereits im Vorfeld destabilisiert habe und die seit bald zwei Jahren bestehenden übermässigen Angst vor Menschen und Situationen ausserhalb der schützenden Wohnung

verstärke, sehe er eine weitere gutachterliche Untersuchung bei einer fremden Person als unzumutbar, unnötig und für den Therapieverlauf sogar schädlich an (S. 3 unten). 3.6

Am 30. Juni 2016 erstattete Dr. Z.____ ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/55/1-54). Die Beschwerdeführerin sei zusammen mit ihrer psychiatrischen Spitexbetreuerin angereist. Der Beschwerdeführerin sei im Vorfeld zugesichert worden, dass diese die erste Viertel- bis halbe Stunde dabei sein dürfe (S. 36 oben). An der Praxistüre weiche die Beschwerdeführerin kurz zurück und wirke leicht verängstigt, ermanne sich aber gleich und lasse sich nach einer ersten Toilettenpause adäquat auf das Gespräch ein. Dabei werde zu keinem Zeitpunkt Unsicherheit oder Zögern ersichtlich . Sie durchleuchte sehr genau und sehr gut selbststrukturiert und detailliert ihre Herkunftsgeschichte, schildere ihre aktuelle Situation und auch diverse Etappen ihrer Partnerschaften. Emotional wirke die Beschwerdeführerin auch beim Thematisieren schwieriger Inhalte gefasst, selten würden ihr die Tränen in den Augen stehen. Dies dann auch themenadäquat nachvollziehbar, wobei sie sich gleich wieder fasse. Sorgfältig begründe sie auch vielschichtige Komplikationen, und so lange sie hierbei nicht unterbrochen werden beziehungsweise ihr die Kontrolle über den Gesprächsverlauf gewährt werde und man empathisch in ihren - logorrhöischen und in hohem Tempo vermittelten - Gesprächsfluss mitgehe, sei der affektive Rapport auch angenehm und gut. Es sei aber durchaus auch unterschwellig stets eine wachsame Grundhaltung spürbar, die Beschwerdeführerin beobachte haarscharf die Auswirkung ihrer Worte , prüfe kritisch die Reaktionen der Gutachterin, reagiere auch mehrmals in spürbarer Art leicht gereizt und gekränkt oder subtil auch in der Interaktion die Gutachterin auf die Probe stellend und entwertend. Sie bleibe dabei aber doch absolut korrekt, höflich und situationsangepasst. Insgesamt dauere die Exploration unüblich lange drei Stunden (nur mit einer kurzen Toilettenpause), wobei auf die bemerkenswerte Konzentrationsleistung der Beschwerdeführerin hinzu weisen sei. Nach Dreiviertelstunden werde die Spitexbetreuerin gebeten, den Explorationsraum zu verlassen, Änderungen des Verhaltens der Beschwerdeführerin seien hernach nicht ersichtlich. Erst in der letzten Dreiviertelstunde, in welcher die Arbeitsanamnese und diesbezügliche Einschränkungen, schliesslich auch die Selbsteinschätzung und Eigenbegründung der Arbeitsunfähigkeit thematisiert würden, wechselt das zuvor angenehme Gesprächsklima. Die Beschwerdeführerin bekunde nun, nicht in der Lage zu sein, die Probleme an den verschiedenen Arbeitsstellen «zu analysieren» (S. 36). Regelrecht gereizt und nun vorwurfsvoll reagiere die Beschwerdeführerin auf die Frage, wie die IV ihr helfen könne, und in welchem Ausmass sie im Alltag und in der Arbeit eingeschränkt sei. Da, wo dem Vorgutachter vorgeworfen

worden sei, sich nicht genügend lange und tiefgehend mit ihr befasst zu haben, komme nun der Vorwurf an die Gutachterin, sie habe die Beschwerdeführerin dazu gebracht, «das Intimste und meine ganze Lebensgeschichte» offenzulegen, «wo ich nicht mal weiss, wie es interpretiert wird». Die Intelligenz der Beschwerdeführerin bewege sich klinisch betrachtet im sicher gut durchschnittlichen Bereich. Sie sei sprachlich sehr wortgewandt. Bei nunmehr 1.5-jähriger Psychotherapieerfahrung sei ihr Diskurs auch mit psychotherapeutischem Jargon durchspickt. Hier befremde allerdings eine Gesprächssequenz, in welcher die Beschwerdeführerin bekunde, nicht zu wissen, woran sie leide, und dankbar zu sein, wenn die Gutachterin sie aufkläre. Es entstehe der Eindruck, dass die Beschwerdeführerin trotz Psychotherapie noch nicht viel Einsicht in ihre eigene Pathologie habe (S. 37 oben).

Unter dem Titel «Diagnose und Beurteilung» (vgl. Ziff. 4 S. 39 ff.) führte die Gutachterin unter anderem aus, dem geschilderten - im Einzelnen ausführlich dar gelegten - psychopathologischen syndromalen Erscheinungsbild liege eine zentralstehende Störung des Selbstbildes zugrunde mit Selbstablehnung, Selbsthass, Scham und Insuffizienzgefühlen. Das Gesamtbild der dokumentierten psychischen Fehlentwicklung und die gutachterlichen Beobachtungen (Psychostatus) lasse aktuell, wie schon von den behandelnden Fachpersonen aufgezeichnet - auf eine strukturelle Persönlichkeitsstörung auf Borderline Strukturniveau, insbesondere vom narzisstischen, ängstlich-vermeidenden sowie emotional instabilen Typus schliessen. Aus psychodynamischer Sicht beruhe diese Persönlichkeitsstörung auf einer basalen Grundstörung der frühen Individuationsentwicklung, und sei mit der Abwehr von Verlassenheitsängsten durch Spaltung und Projektion verbunden (S. 44 oben).

Die vollständige psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lautet gemäss Dr. Z. ___ folgendermassen (S. 46 Ziff. 5.1) : - dekompenzierte kombinierte Persönlichkeitsstörung, auf Borderline Strukturniveau, vom emotional instabilen, narzisstischen und ängstlich-vermeidenden Typus (ICD-10 F60.31; F60.8, F60.6) mit - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) - Soziophobie (ICD-10 F40.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/1) bei - Problemen mit Bezug auf Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) - Problemen mit Bezug auf die Wohnbedingungen und wirtschaftlichen Verhältnisse (ICD-10 Z59) - Arbeits- und versicherungsrechtlichen Problemen (ICD-10 Z65.3) Die Schwere der Psychopathologie sei aktuell mit einer nur niedrigprozentigen Tätigkeit in der freien Wirtschaft à 30 % und ausschliesslich in einer angepassten (KV-)Tätigkeit im Homeoffice zu vereinbaren (S. 45 Mitte). Rückwirkend sei vom 2. Oktober 2014 bis 31. Januar 2015 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und ab 1. Februar 2015 (Zeitpunkt Arbeitsversuch als Texterin; vgl. S. 42 unten) von einer noch 70%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Die letzte Tätigkeit im Homeoffice-Bereich sei als optimal der Behinderung angepasst zu bezeichnen, da die Beschwerdeführerin dort von den sozialen Interaktionen mit einem Team und von der Kontinuität der Selbstbehauptung beziehungsweise von Bereichen, in denen sie hochgradige Defizite aufweise, verschont werde. Die therapeutischen Bemühungen hätten bis anhin auf das Leiden und die Arbeitsfähigkeit keinen Einfluss nehmen können. Es sei aber auf keineswegs ausgeschöpfte therapeutische Optionen hinzuweisen (S. 47 Ziff. 6.1; vgl. auch zu den die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Funktionseinschränkungen Ziff. 6.2). Hinsichtlich therapeutische Massnahmen bemerkte die Gutachterin, es sei fraglich, ob die psychiatrische

Pflegefachfrau der Spitex für die Expositionstrainings genügend ausgebildet sei. Psychopharmakologisch werde trotz erheblichen psychischen Leiden ungenügend behandelt. Die geltend gemachte Unwirksamkeit der Versuche mit Antidepressiva sei aufgrund der Aktenlage eindeutig zu re latieren. In Wirklichkeit sei offenbar nur 2003 genügend lang (drei Monate) mit einem «SSRI» (selektive Serotonin- Reuptake -Inhibitor) allerdings in fraglich genügender Dosierung behandelt worden. Dann sei das Medikament «wegen Unwirksamkeit» abgesetzt worden. Ansonsten liessen sich 2003 und 2010 nur Hinweise für die (kurze?) Verschreibung von Trizyklika finden, in jedem Fall auch in unzureichender Dosis. Sodann sei noch ein Johanniskrautpräparat - als ohne hin zu wenig potentes Medikament bei der geschilderten Schwere der Angst- und Depressionssymptomatik - im Jahr 2015 kurz eingesetzt und wegen unklarer Unverträglichkeit in Kombination mit einem Kontrazeptivum abgesetzt worden (S. 49 Ziff. 7). Psychopharmakologisch sei dabei eine sehr breite - im Einzelnen näher genannte - Reihe an therapeutischen Optionen offen unter anderem für die Behandlung der Angststörung, der emotionalen Labilität sowie der Depressionsproblematik. Zudem habe zu keinem Zeitpunkt eine persönlichkeitsstörungsfo kussierte Behandlung stattgefunden, und seien diesbezüglich weder die teilstationären und ambulanten Einzel- und Gruppenangebote, noch die teilstationären und stationären psychiatrischen Behandlungsmassnahmen ausgeschöpft worden. Zumindest der Besuch einiger Angebote einer spezialisierten Tagesklinik und/oder einer psychotherapeutischen Skillsgruppe würden angebracht erscheinen und seien indiziert, um der Beschwerdeführerin aus ihrer aktuellen Regression und Stagnation zu helfen (S. 50 oben). Es erscheine sinnvoll, zur Steigerung der Behandlungsmotivation intensivierete Behandlungsmassnahmen inklusive einer der Beschwerdeführerin absolut zumutbaren und vor allem hinsichtlich der arbeitsmedizinischen Prognose sinnvollen und aussichtsreichen psychopharmakologischen Behandlung als Schadenminderungspflicht aufzuerlegen (S. 50 Mitte). Im Rahmen der Konsistenzprüfung wies die Gutachterin darauf hin, es gebe keine Widersprüche zwischen Selbstschilderung und fremdanamnestischen Informationen (vorliegend Behandlungsberichte). Sodann wies die Beschwerdeführerin erhebliche Einschränkungen auf vielen zentralen Ebenen (Arbeit, soziale Beziehungen, Wohnen, Freizeitbedürfnisse, Ausbau von Interessen) auf. Das Ausmass der geschilderten Beschwerden würde nur teilweise mit der Intensität der bisher in Anspruch genommenen therapeutischen Hilfe übereinstimmen. Insbesondere die psychopharmakologischen Optionen würden von der Beschwerdeführerin bisher nicht benützt. Sie habe Angst vor Abhängigkeit/Sucht und dürfte diesbezüglich auch zu wenig über die Möglichkeiten der psychopharmakologischen Behandlung aufgeklärt sein. Die subjektive Beschwerdeschilderung decke sich in genügendem Mass mit dem objektiv aktuell erhobenen psychopathologischen Querschnittbefund, auch wenn die Beschwerdeführerin ihre Beschwerden zum Teil doch recht appellativ und akzentuiert vortrage. Zusammenfassend sei aus psychiatrischer Sicht aufgrund der Konsistenzprüfung von einem genügend objektivierbaren arbeitsmedizinisch relevanten Leiden auszugehen (S. 52 f. Ziff. 11). Es würden keine erheblichen diagnostischen oder arbeitsmedizinischen Diskrepanzen vorliegen: Auch aktuell sei die Einschätzung einer 30%igen Arbeitsfähigkeit von Prof. A. ___ gültig. Das Ausmass des Vermeidungsverhaltens und der Agora- und Soziophobiescheine aber unterschätzt worden zu sein, wodurch zusammen mit der Tatsache der psychiatrisch-psychopharmakologisch ungenügenden Behandlung sich seine Prognose (60 % arbeitsfähig zwei Monate nach Untersuchungsdatum) als zu optimistisch erwiesen habe. Der behandelnde Psychiater Dr.

B.____ stelle in seinem Arztberichten dieselben Diagnosen, erscheine mit seiner Annahme einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit aber allzu negativ und zu wenig auf die Ressourcen der Beschwerdeführerin Rücksicht nehmend (S. 53 Ziff. 12). 3.7

Mit Bericht vom 7. Juli 2016 (Urk. 7/64) berichtete Dr. B.____ zu Händen der Krankentaggeldversicherung über ein weitgehend unverändertes Zustandsbild der Beschwerdeführerin (S. 1 ff. Ziff. 1 ff.). Das Therapiesetting werde wie bisher weitergeführt (S. 3 Ziff. 5). 3.8

Am 18. Oktober 2016 (Urk. 7/78) erstattete D.____ , Psychotherapeutin ASP, einen von Dr. med. F.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, E.____ , mitunterzeichneten Bericht über den Therapieverlauf seit Oktober 2014 (vgl. S. 1 f). Der Fokus der psychotherapeutischen Arbeit beruhe hauptsächlich auf den aktuellen Herausforderungen im Alltag. Auf die Biografie arbeite man nur sehr begrenzt eingegangen werden. Es wäre sicherlich förderlich, diese vertiefter wahrzunehmen, doch sei dies in der fortwährend aufgewühlten und emotional instabilen Situation unverantwortlich. Die wiederholten Aufforderungen an die Beschwerdeführerin, ihre multiplen Einschränkungen nach aussen hin rechtfertigen zu müssen, würden bewirken, dass die schweren Ängste, inneren Anspannungen und pathologischen Verhaltensmuster im Vordergrund stehen würden und die Arbeit daran regelmässig einen Rückschritt erfahre. Dies schränke den psychotherapeutischen Prozess erheblich ein (S. 2 oben).

Frau D.____ führte aus, sie erlebe die Beschwerdeführerin als eine sehr intelligente, aktiv mitdenkende, kooperative Frau, was zu einer Fehleinschätzung ihres wahren inneren emotionalen Zustands und ihrer Fähigkeiten verleiten könne. Die Beschwerdeführerin habe sich von Anbeginn der Therapie ernsthaft dafür eingesetzt, sich den anstehenden Herausforderungen zu stellen und an sich selber und ihren zum Teil massiven Ängsten zu arbeiten. Sie habe keine einzige Therapie-sitzung versäumt, sei pünktlich, motiviert und aufrichtig. Die Beschwerdeführerin habe sich mit fortwährender Anstrengung ihren inneren Verhaltensmustern widersetzt und sich ein von Vertrauen geprägtes Hilfsnetzwerk aufgebaut. Hinsichtlich des schweren Krankheitsverlaufs und der Multitraumatisierung gelte es, diese Leistung zu würdigen (S. 3 «Beurteilung und Prognose»). Zum aktuellen Zeitpunkt fühle sich die Beschwerdeführerin von den äusseren Umständen und den Auflagen der Beschwerdegegnerin sehr stark in die Enge getrieben, unverständlich und nicht ernstgenommen, was die Suizidalität erhöhe (S. 3 Mitte).

Der Auflage intensivierten Expositionstrainings könne unter Umständen in der G.____ Folge geleistet werden. Zu einer Reise auf weitere Distanzen sehe sie die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, so die Psychologin. Betreffend die Einnahme von Medikamenten habe die Beschwerdeführerin schwierige Erfahrungen hinter sich. Es sei auf die Berichte von Dr. B.____ zu verweisen (S. 3 f.).

Bei der Beschwerdeführerin könne nicht von einer Heilung ausgegangen werden. Vielmehr bedürfe es einer kontinuierlichen psychotherapeutischen Begleitung zur Prävention, Unterstützung und Stabilisierung. Entsprechend seien die Auflagen zum jetzigen Zeitpunkt kontraproduktiv und zu sistieren (S. 4). Im momentanen Zustand sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 unten). 3.9

Dr. B.____ nahm mit Bericht vom 20. Oktober 2016 erneut ausführlich Stellung zur Situation der Beschwerdeführerin und insbesondere der auferlegten Mitwirkungspflicht

(Urk. 7/79/1-7). Er habe als behandelnder Arzt grösste Bedenken, ob die vorgesehenen Massnahmen bei diesem komplexen Fall sinnvoll seien und aufgrund des Zustandes im vorgesehenen Ausmass überhaupt durchgeführt werden könnten. Bereits in den vergangenen zwei bis drei Wochen habe sich der Zustand der Beschwerdeführerin erheblich verschlechtert. Sie wisse nicht mehr ein und aus, sei verstärkt depressiv, es komme zu Selbstverletzungsimpulsen und sie beschäftige sich mit Suizidgedanken, sodass ein eigentliches Krisen- und Notfallinterventionsprogramm unter Einbezug der H. ___ habe eingerichtet werden müssen (S. 1). Sie sei noch längst nicht stabil (S. 6 Mitte).

Das Mittel der Wahl sei bei einer Persönlichkeitsstörung eigentlich die Psychotherapie. Diese sei laufend und auf die Bedürfnisse der Beschwerdeführerin angepasst. Hierbei sei die Störungsspezifität gar nicht der Schwerpunkt. Die Stärkung der Beschwerdeführerin und die Mutter-Kind-Beziehung hätten Vorrang. Ein Expositionstraining könne sehr wohl durch eine sehr erfahrene, spezialisierte Psychiatriepflegefachperson wie Frau C. ___ durchgeführt werden, wenn diese von einem Facharzt und einer ausgebildeten Psychotherapeutin supervidiert sei wie im vorliegenden Fall. Dazu komme, dass auf dem Land die spezialisierten Therapeutinnen und Therapeuten ganz einfach fehlen würden (S. 2 unten).

Aufgrund der Reise- und Gruppenunfähigkeit sei die Beschwerdeführerin gar nicht in der Lage, ohne Begleitung an weiter entfernte Orte wie die eventuell in Frage kommenden Tageskliniken in I. ___ oder Zürich zu fahren und dort alleine in Gruppen mit fremden Menschen teilzunehmen. Unter dem Druck der angekündigten Auflage habe sich die Beschwerdeführerin bereits aus Eigeninitiative in der lokalen Tagesklinik in der H. ___ vorgestellt. Ob dadurch für die Beschwerdeführerin ein zusätzlicher, nicht bewältigbarer Stress entstehe, sei offen. Ihrer Schadenminderungspflicht komme die Beschwerdeführerin übrigens auch nach, wenn sie jeweils ihren Ehemann zu einem Deutschkurs bringe und in der Wartezeit dort ganz bewusst versuche, ihre Ängste unter fremden Menschen auszuhalten (S. 4 oben).

Die Psychopharmakotherapie sei bei dieser Beschwerdeführerin eine besonders heikle Sache, da schon sehr viel erfolglos probiert worden sei und sie auf Medikamentenstarke Unverträglichkeitserscheinungen gehabt habe mit Notfallkonsultationen und sogar Spitalaufenthalten (S. 4 Mitte). Dr. B. ___ führte bisherige pharmakologische Versuche sowie bekannte Medikamentenunverträglichkeiten sowie eigene Therapieversuche mit gezieltem Einsatz von milden Psychopharmaka, um die Compliance zu erhalten, auf (S. 5 f.).

Mit dem gegenwärtigen Setting mit Psychotherapie, Spitex und psychiatrischen Konsultationen sei die Beschwerdeführerin bereits an die Grenze ihrer Belastbarkeit angelangt (S. 6 unten). 3.10

Am 9. November 2016 nahm Dr. Z. ___ zu den schriftlichen Reaktionen von Frau D. ___ und Dr. B. ___ im Zusammenhang mit der erlassenen Aufforderung zur Behandlungsoptimierung Stellung (Urk. 7/84). Dr. Z. ___ führte aus, aufgrund des Berichts von Frau D. ___ habe sich bestätigt, dass letztere eine stützende Gesprächstherapie hauptsächlich mit Fokus auf die aktuellen Herausforderungen im Alltag durchführe. Die im Gutachten genannte störungsorientierten und manual-unterstützten, nachweislich bei der genannten Persönlichkeitsstörung sehr wirksamen Behandlungsmethoden seien bisher nicht angewandt worden. Sowohl Frau D. ___ wie auch Dr. B. ___ hätten wenig Bereitschaft

und Verständnis für eine Behandlungsoptimierung gezeigt (S. 2 oben). Die ängstlich-unsichere Beschwerdeführerin werde sich kaum auf eine psychopharmakologische Behandlung einlassen, wenn sie vom verschreibenden Arzt in ihrer Angst bestätigt werde, dass die Therapie - so Dr. B.____ - eine «Gefährdung für Leib und Leben» darstellen würde. Auch erscheine es seitens des Psychiaters wenig konstruktiv, die Beschwerdeführerin in ihrem Empfinden zu bestätigen, dass es ihr nicht zugemutet werden könne, sich für den Besuch einer Skillsgruppe oder Tagesklinik mit störungsfokussiertem Therapieprogramm nach Zürich oder I.____ zu begeben (S. 2 f.).

Dr. Z.____ gab an, sie halte es nach wie vor für sinnvoll und zumutbar, an den empfohlenen intensivierten Behandlungsmassnahmen festzuhalten (S. 3). 3.11

Vom 13. Oktober bis 30. November 2016 (letzte Kontrolle 7. November 2016) fand die ambulante Behandlung im E.____ statt (undatiertes Bericht von J.____ und Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Urk. 7/93), welche die Beschwerdeführerin aufgrund der ihr auferlegten Behandlungsmassnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes (vgl.

Urk. 7/68) in Angriff nahm. Sie habe an drei Therapiesitzungen und einem Standortgespräch teilgenommen, die Therapiegruppen hätten sich als nicht geeignet oder als zu grosse Belastung für die Beschwerdeführerin dargestellt. Es scheine nicht angezeigt, ein gruppentherapeutisches Programm mit der Beschwerdeführerin durchzuführen (Ziff. 1.4). Es hätten grosse Ängste, ein vermindertes Selbstwertgefühl und Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Handlungsvorgaben bestanden (Ziff. 1.7). Die Behandlung sei per 30. November 2016 beendet worden und es sei die Fortführung der einzeltherapeutischen Behandlung zu empfehlen (Ziff. 1.5). Für die Behandlungsdauer wurde der Beschwerdeführerin von den Fachpersonen des E.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Ziff. 1.6). Die Frage, ob sich die Einschränkungen durch medizinische Massnahmen vermindern liessen, wurde verneint (Ziff. 1.8). 3.12

Mit Schreiben vom 24. August 2017 (Urk. 7/99/2-4) respektiven 25. August 2017 (Urk. 7/99/5-7) nahmen Frau D.____ respektive Dr. B.____ im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nochmals Stellung zur auferlegten Therapieintensivierung sowie zum ablehnenden Vorbescheid der Beschwerdegegnerin. 4. 4.1

Aufgrund der aufliegenden medizinischen Akten ist

bei der Beschwerdeführerin eine fachärztlich festgestellte psychiatrische Krankheit ausgewiesen. Die beauftragte Gutachterin diagnostizierte

eine dekompenzierte kombinierte Persönlichkeitsstörung auf Borderline Strukturniveau, vom emotional instabilen, narzisstischen und ängstlich-vermeidenden Typus mit Sozio- und Agoraphobie mit Panikattacken sowie einer rezidivierenden depressiven Störung. Die Diagnosen des behandelnden Psychiaters (vorstehend E. 3.2-3, 3.5) und der behandelnden Psychologin (vorstehend E. 3.8) stimmen damit weitgehend überein und auch die diagnostische Einschätzung im Rahmen der Kurzbeurteilung durch Prof. A.____ steht jener der Gutachterin nicht entgegen (vgl. vorstehend E. 3.1). 4.2

Die Beschwerdegegnerin stellte das Vorliegen eines psychischen Gesundheitsschadens zwar nicht in Abrede. Sie stellte sich jedoch auf den Standpunkt, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin könne durch die mit Schreiben vom 20. September 2016 auferlegten Massnahmen wesentlich verbessert werden. Sie habe ihre therapeutischen

Behandlungsressourcen nicht konsequent ausgeschöpft und habe damit ihre Mitwirkungspflicht verletzt. Sie leide an keiner schweren psychischen Störung, die nicht mehr behandelbar wäre. Ausserdem stünden psychosoziale Belastungsfaktoren im Vordergrund (Urk. 2/1 S. 2 oben). Die aktuelle Dekompensation der Persönlichkeitsstörung sei durch psychosoziale Belastungsfaktoren ausgelöst worden und werde dadurch unterhalten. Aufgrund der fehlenden Inanspruchnahme der empfohlenen Intensivierung der psychiatrischen und psychopharmakologischen Behandlung lasse sich die Schwere des Krankheitsgeschehens aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese nicht plausibilisieren. Auch der Leidensdruck sei als fraglich zu bezeichnen. Ausserdem verfüge die Beschwerdeführerin über eine Reihe von positiven Ressourcen. Bei gesamthafter Betrachtung aller massgeblichen Indikatoren sei eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer Invalidität führen könne, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (S. 2 unten). 4.3

Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzu kehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen). Dieses Gebot der Selbsteingliederung ist Ausdruck des in der ganzen Sozialversicherung geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht (vgl. BGE 120 V 368 E. 6b, 117 V 275 E. 2b), wobei jedoch von der versicherten Person nur Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzel falles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c). Als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht die Pflicht, die notwendigen Schritte zur Selbsteingliederung zu unternehmen, nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (Urteil des Bundesgerichts 9C_356/2014 vom 14. November 2014 E. 3.1 mit Hinweisen auf Urteile I 116/03 vom 10. November 2003 E. 3.1 und I 145/01 vom 12. September 2001 E. 2b).

Für die Beantwortung der Frage nach der Zumutbarkeit der Behandlung oder Eingliederungsmassnahme im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG kann auf die zu Art. 31 Abs. 1 IVG in der bis 3

E. 7

Abs. 2 ATSG).

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