

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01040 vom 8. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.01040

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01040 du 8 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01040 del 8 aprile 2020

Erwägungen

E. 1.1

Die rechtlichen Grundlagen wurden im Urteil vom 25. August 2017 im Prozess IV.2016.01331 in Erwägung 1 dargelegt (Urk. 7/109/3). Darauf kann - mit den nachfolgenden Ergänzungen - verwiesen werden.

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspre chung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Ände rung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kon text unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtli cher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E.

E. 1.3

G emäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickel ten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 142 V 342) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invali dität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Ein zelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte «Foerster-Kriterien», vgl. BGE 130

V 352, BGE 131 V 49 E. 1.2, je wiedergegeben BGE 139 V 547 E. 5 mit weiteren Hinweisen).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung auf gegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraaster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermaßen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.1 ; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2).

An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person - hat sich dadurch nichts geändert. Im Grunde konkretisieren die in BGE 141 V 281 E. 4 und E. 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. 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) über wie grosser 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 142 V 106 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2017 vom 28. Februar 2018 E. 6.3).

Gemäss BGE 143 V 418 (E. 7) sind neu sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 (E. 4.5.2) namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Gleiches gilt gemäss BGE 145 V 215 bezüglich fachärztlich einwandfrei diagnostizierter Abhängigkeitssyndrome beziehungsweise Substanzkonsumstörungen (E. 5.1 und E. 5.3.3).

E. 1.4

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieerfolgsmöglichkeit auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, 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). Die Therapieerfolgsmöglichkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des

Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

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).

E. 1.5

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. 2

).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 17. Januar 2019 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf eine eigentliche Stellungnahme verzichtete.

Mit Gerichtsverfügung vom 18.

März 2019 wurde der Beschwerdeführerin das rechtliche Gehör gewährt zu einer möglichen Schlechterstellung im Falle einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz (Urk.

8).

Die Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 17. April 2019 (Urk. 10) wurde der Beschwerdegegnerin am 23. April 2019 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die medizinischen Abklärungen, welche im Rahmen der Prüfung der im April 2017 geltend gemachten Verschlechterung erfolgt seien, hätten ergeben, dass die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht ausgewiesen seien. Vorausgesetzt werde

insbesondere ein vorliegendes Trauma. Ein solches lasse sich aus den Akten nicht erkennen (S. 1 unten). Zudem würden sich in den medizinischen Berichten Unstimmigkeiten zeigen. Die ausgewiesene Depression werde innert kürzester Zeit von schwer auf mittelgradig abgeändert. Auch die zuerst aufgeführte Alkoholabstinenz mit anschliessendem Klinikaufenthalt zum Entzug werfe Fragen auf. Da sich keine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation erkennen lasse, werde das Verschlechterungsgesuch abgewiesen (S. 2 oben). Eine Verlaufsbeurteilung sei nicht angezeigt, da von einem unveränderten Sachverhalt auszugehen sei. Daher erübrige sich auch die Frage nach dem Verschlechterungszeitpunkt (S. 2 Mitte).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), aufgrund des weiteren gesundheitlichen Verlaufs nach der Verfügung vom 28. Oktober 2016 könne nicht auf die Prognose im Gutachten von Prof. Dr. med.

Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, abgestellt werden (S. 7 lit. c). Es sei zu den bekannten Diagnosen zusätzlich eine schwere depressive Störung diagnostiziert worden. Trotz intensiver stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung sei es im Vergleich zum Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung vom Oktober 2016 zu einer Verschlechterung des psychiatrischen Beschwerdebildes und zu einer ab Januar 2017 anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit gekommen (lit. d).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht von einem unveränderten Gesundheitszustand ausgegangen ist.

E. 3

Im rechtskräftigen Urteil vom 25. August 2017 (Urk.

7/109/1-16) wurde gestützt auf das Gutachten vom 30. Januar 2017 (Urk. 7/99) von Prof. Y.____ und med. pract. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eines Abhängigkeitssyndroms von Alkohol (gegenwärtiger Substanzgebrauch; ICD-10 F10.24) sowie von Opiaten (gegenwärtiger Substanzgebrauch; ICD-10 F11.22/F11.24) und einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp (ICD-10 F60.31) eine

60%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (jeweils bezogen auf ein 100% -Pensum) in angepasster Tätigkeit festgestellt (vgl. Erwägung 4 des besagten Urteils). In Erwägung 3 des Urteils vom 25. August 2017 wurde zum Gutachten Folgendes ausgeführt (vgl. Urk. 7/109/5-6): Es sei bereits in den Akten eine Persönlichkeitsstörung aufgeführt worden. Die Beschwerdeführerin habe über ein bereits seit der Kindheit/Adoleszenz verändertes Selbsterleben berichtet. Es seien diverse Hinweise für ein gestörtes Erleben ihrer Situation und eine gestörte Emotionsregulation auszumachen (anorexische Phase, starke Minderwertigkeitsgefühle, Alkoholkonsum um Anspannung zu reduzieren, Selbstverletzungen; S. 50 f.). In der psychologischen Zusatzuntersuchung vom 30. November 2016 hätten sich weitere Auffälligkeiten der Persönlichkeit gefunden. Es hätten sich unter anderem auch verschiedene Züge der Borderline-Persönlichkeitsstörung feststellen lassen. Im Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) habe die Beschwerdeführerin gar einen Wert erreicht, der für das Vorhandensein einer Borderline-Persönlichkeitsstörung spreche (S. 52 oben).

Dementsprechend sei aus gutachterlicher Sicht kongruent zu den Einschätzungen der Behandler davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin eine Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp bestehe, die zur Spannungsreduktion und Regulierung der Emotionen sekundär zu einer Abhängigkeitsstörung von Alkohol und Opiaten geführt habe, die wiederum die Folgen der Persönlichkeitsstörung zumindest teilweise kompensiert hätten (S. 52 unten). Zusammenfassend sei in der Gesamtschau davon auszugehen, dass sich bei der Beschwerdeführerin eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Typ Borderline, bereits in der Adoleszenz beziehungsweise im frühen Erwachsenenalter manifestiert habe. Die Essstörung, die rezidivierende depressiven Episoden und auch die Abhängigkeitserkrankungen hätten sich auf dem Boden dieser Vulnerabilität entwickelt (S. 53 Mitte). Aus fachpsychiatrischer Sicht erscheine die aktuelle Therapie angemessen. Allenfalls sei eine Intensivierung der antidepressiven Behandlung zu erwägen. Ansonsten liessen sich von gutachterlicher Seite keine klaren Empfehlungen abgeben, die mit genügend hoher Wahrscheinlichkeit zu einer erheblichen Verbesserung der Funktionsfähigkeit führen würden (S. 53 unten). Die Akten würden verdeutlichen, dass es sich hier um ein lang andauerndes Leiden handle, welches bereits verschiedene ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlungen zur Folge gehabt habe. Seit der ersten Behandlung (im weitesten Sinne) in der Adoleszenz aufgrund der anorektischen Phase sei die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben ständig in Behandlung gewesen mithin ein Hinweis auf das Ausmass der vorliegenden Gesundheitsschädigung (S. 54 unten). Betrachte man die Funktionsfähigkeit im Querschnitt zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin momentan in der Lage sei, pünktlich zur Untersuchung zu erscheinen und einigermaßen adäquat mit den Gutachtern zu interagieren. Gleichwohl sei auch zu bemerken, dass die Tatsache, dass sie alkoholisiert zur Untersuchung erschienen sei, dafür spreche, dass sie nur eingeschränkt in der Lage sei, ihren Konsum über den Tag hinweg zu kontrollieren. Im Weiteren sei sie in der Lage, sich um ihren Hund zu kümmern und den Haushalt mit dem Ex-Partner knapp zu bewältigen. Teilweise sei auch eine Unterstützung durch die Patentante notwendig. Ihren Hobbys beziehungsweise angenehmen Tätigkeiten könne sie nicht im erwünschten Ausmass nachgehen. Im Weiteren habe sie über Schwierigkeiten mit der Administration berichtet. Die Beschreibungen zum Tagesablauf würden darauf hinweisen, dass sie nur begrenzt in der Lage sei, ein geringes Aktivitätsniveau aufrechtzuerhalten. Auch hier werde ersichtlich, dass der Alkoholkonsum so unkontrolliert verlaufe, dass sie auch ihre Pläne nicht umsetzen könne (S. 54 f.). Bezogen auf die Items des MINI-ICF sei hier von deutlichen Defiziten in der Anpassungsfähigkeit, der Strukturierungsfähigkeit, der Flexibilität, der Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Entscheidungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit und der Interaktion sowie der Spontanaktivitäten auszugehen. In Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegefachfrau würden diese Einschränkungen zu mittelschweren bis schweren Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit führen (S. 55 Mitte).

E. 4

oben).

E. 4.1

Bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 29. Oktober 2018 gehen aus den Akten folgende Arztberichte hervor:

E. 4.2

Gemäss Kurzaustrittsbericht vom 9. Februar 2017 (Urk. 3/3 = 7/105/1-3) der A.____, B.____, war die Beschwerdeführerin vom 10. Januar 2017 bis 9. Februar 2017 dort hospitalisiert. Der Eintritt sei freiwillig erfolgt, wobei sie sich im Verlauf wiederholt ambivalent bezüglich der Weiterführung der Therapie geäussert habe. Während den Belastungsproben sei es zweimal zu einem Rückfall mit Alkohol- und/oder Heroinkonsum gekommen. Die Beschwerdeführerin habe sich zur Fortführung einer Therapie im teilstationären Setting entschieden. Sie sei in leicht gebessertem Zustand ausgetreten (S. 2 oben). Es wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - psychische und Verhaltensstörung durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F11.2); bis 16. Dezember 2016 Teilnahme an ärztlich überwachtem Substitutionsprogramm, seither viermal Heroinkonsum - psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2), gegenwärtig abstinenter nach ärztlich überwachtem Entzugsprogramm im Dezember 2016, seither zweimal Alkoholkonsum

E. 4.3

Mit undatiertem Bericht (Urk. 7/154/5-10; eingegangen am 23. Mai 2018) berichteten Ärzte und Fachpersonen der A.____, C.____, über die tagesklinische Behandlung, welche vom 7. März 2017 bis 15. Dezember 2017 stattgefunden habe, sowie die ambulante Behandlung (letzter Kontrolltermin am 5. April 2018; vgl. Ziff. 3.1).

Aufgrund der langjährigen Krankheitsgeschichte und der Komorbiditäten könne von einer dauerhaften gesundheitlichen Einschränkung ausgegangen werden. Trotz intensiver Behandlung bei hoher Motivation sei es in den vergangenen Monaten zu einer deutlichen Verschlechterung des Krankheitsbildes gekommen (Ziff. 3.3).

Eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt sei gegenwärtig nicht denkbar. Die Beschwerdeführerin befinde sich aktuell in einer schweren depressiven Episode, welche die Leistungsfähigkeit stark beeinträchtige. Einerseits sei der Antrieb gemindert und führe zu einer Blockade der Handlungsfähigkeit, was sich mehrmals wöchentlich darin zeige, dass es die Beschwerdeführerin gar nicht aus dem Haus schaffe. Andererseits sei die emotionale Instabilität ausgelöst durch die emotional instabile Persönlichkeitsstörung aufgrund des gemeinsamen Auftretens mit der Depression besonders ausgeprägt. Seit der letzten Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin sei zudem eine deutliche Zunahme der unspezifischen Ängste festgestellt worden, die dazu führen würden, dass die Beschwerdeführerin geplante Alltagshandlungen nicht ausführe und vermeide. Die Folgen der Traumafolgestörung würden des Weiteren zu Ängsten und Schlafstörungen führen, die die notwendige nächtliche Erholung aktuell verhindern würden. Dies führe wiederum zu einer ausgeprägten Affektlabilität tagsüber und somit zu einer Beeinträchtigung von Konzentration und Aufmerksamkeit wie auch einer reduzierten Stresstoleranz. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Arbeitskontext aktuell überall überfordert sei. Längerfristig sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 70 bis 80 % auszugehen (vgl. Ziff. 2.1).

Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Ziff. 1.2): - emotionale instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline Typ (ICD-10 F60.31) - posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) - psychische und Verhaltensstörung

durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.2)

Da sich das Zustandsbild deutlich verschlechtert habe, erfolge nun eine stationäre Behandlung (Ziff. 3.1, vgl. dazu nachfolgend E. 4.4)

E. 4.4

Vom 23. April 2018 bis 11. Mai 2018 war die Beschwerdeführerin in der D.____ hospitalisiert (Austrittsbericht vom 30. Mai 2018, Urk. 3/4; vgl. auch Urk. 7/160). Bei der psychischen Befunderhebung (nach AMDP) bei Eintritt wurde insbesondere eine Ich-Störung in Form von Depersonalisation, eine depressive und bedrückte Grundstimmung bei erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit sowie eine starke Antriebsarmut festgehalten (S. 3 unten). Am rechten Unterarm habe die Beschwerdeführerin eine Wunde gehabt, welche durch eine Verbrennung mit einer Zigarette gemacht worden sei. Sie habe multiple verheilte Schnitt- und Verbrennungsnarben an Unterarmen und Unterschenkel beidseits (S. 3 «somatischer Befund»).

Die Ärzte stellten folgende Diagnosen (S. 1): - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2) - psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F11.2) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: ohne Angabe einer hypertensiven Krise

E. 4.5

Vom 4. bis 7. Juli 2018 erfolgte eine weitere freiwillige stationäre Behandlung in der D.____ (Austrittsbericht vom 30. Juli 2018; Urk. 3/5). Neben den bisher (vgl. vorstehend E. 4.4) gestellten Diagnosen wurde nun eine PTBS, eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ und eine Opiatsubstitution (ICD-10 Z51.83) festgehalten (S. 1). Ursache für den freiwilligen Eintritt sei ein Rückfall mit Alkohol gewesen (0.68 Promille bei Eintritt; S. 2 «aktuelle Anamnese»). Während ihrem fünftägigen Aufenthalt zum Alkoholentzug sei es zu keinen Komplikationen gekommen. Sie habe ein angepasstes, kooperatives und adäquates Verhalten gezeigt und sei bei fehlender Selbst- und Fremdgefährdung sowie fehlender Entzugssymptomatik auf eigenen Wunsch entlassen worden (S. 1).

E. 4.5.2

auch leichte bis mittelschwere Depressionen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Gleiches gilt gemäss BGE 145 V 215 bezüglich fachärztlich einwandfrei diagnostizierter Abhängigkeitssyndrome beziehungsweise Substanzkonsumstörungen (E. 5.1 und E. 5.3.3).

Sodann ist die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 auch auf eine PTBS anwendbar (BGE 142 V 342 E. 5.2).

Die vorhandenen medizinischen Berichte enthalten keine Arbeitsunfähigkeitschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen), was rechtsprechungsgemäss zwingend erforderlich ist (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3).

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte gestützt auf die neuen medizinischen Berichte (vgl. vorstehend E. 4.2 ff.) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin. Entgegen ihren Ausführungen kann vorliegend jedoch nicht von

einem genügend abgeklärten medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden.

Zwar ist es zutreffend, dass die Diagnose einer PTBS aufgrund einer erforderlichen Latenz von wenigen Wochen bis höchstens sechs Monaten nach einem Ereignis von aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmass (vgl. dazu

Dilling / Mombour / Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10., überarbeitete Auflage, Bern 2015, S. 208)

vorliegend fraglich ist, da der diagnostizierten PTBS ein - nicht näher benanntes - traumatisches Ereignis in der Kindheit (und somit Jahrzehnte zurück) zugrunde gelegt wurde und keine Auseinandersetzung mit den entsprechenden Diagnosekriterien erfolgte (Urk. 3/5 S. 2, Urk. 7/154/5-10). Demgegenüber hatten

Prof. Y. ___ und med. pract. Z. ___ im für die Rentzusprache massgebenden psychiatrischen Gutachten vom 30. Januar 2017 (Urk. 7/99 S. 52 f.) festgestellt, eine kriteriengemäss ausgeprägte Traumafolgestörung erscheine nicht unplausibel beziehungsweise könne zwar nicht gänzlich ausgeschlossen, aber auch nicht bestätigt werden. Zur Begründung hatten die Sachverständigen ausgeführt, problematisch für die aktuelle Beurteilung sei, dass die Beschwerdeführerin nur die traumatisierenden Erlebnisse durch den Cousin klar habe beschreiben können und angegeben habe, sie habe nach diesen Ereignissen keine Symptome verzeichnet und sich durch diese Ereignisse auch nicht übermässig geprägt gefühlt. Flashbacks seien verneint worden und auch die Alpträume hätten keine konkreten Erlebnisse beinhaltet. Erst bei einer früheren, intensiveren Exploration habe sie begonnen, über die Ereignisse mit dem Vater nachzudenken. Ebenso wenig sei ein pathologisches Vermeidungsverhalten aufgeführt worden (vgl. dazu auch Gutachten S. 16, 21 und 43). Ob in dieser Hinsicht eine revisionsrechtlich relevante Veränderung eingetreten ist (oder ob es sich um eine unterschiedliche Einschätzung eines seit der Begutachtung im Wesentlichen

unverändert gebliebenen Sachverhalts handelt), lässt sich anhand der diesbezüglich wenig aufschlussreichen Berichte der A. ___, C. ___, respektive der D. ___ vom 23. Mai (Eingangsdatum IV-Stelle, Urk. 7/154/5-10) und 30. Juli 2018 (Urk. 3/5) nicht beurteilen. Hingegen gehen aus den Akten diverse Anhaltspunkte hervor, die anderweitig auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hinweisen. Trotz mehreren Entzügen gelang der Beschwerdeführerin bisher keine längerfristige Alkoholabstinenz. Auch konsumierte sie weiterhin wöchentlich Heroin trotz Substitution seit dem Jahr 2016 (vgl. Urk. 3/5 S. 2 «Substanzanamnese»). Ihre depressive Problematik hat sich trotz psychiatrischer Behandlung spätestens im April 2018 verschlechtert, als eine schwere depressive Episode eine stationäre Behandlung erforderlich machte (vgl. vorstehend E. 4.3 f.).

Allerdings wurde in den Austrittsberichten der D. ___ vom Mai 2018 (vorstehend E. 4.4) und Juni 2018 (vorstehend E.

4.5) wiederum eine mittelgradige Episode diagnostiziert. Aus einer Email vom 8.

November 2018 des E. ___, in welchem die Beschwerdeführerin vom 31. August 2018 bis 15. Oktober 2018 für zwei bis drei wöchentliche Einsätze eingeplant gewesen wäre, geht hervor, dass die Beschwerdeführerin viele Ausfallzeiten gehabt habe und oft nicht pünktlich habe starten können, weil es ihr nicht gut gegangen sei (Urk. 3/6). Bereits im Rahmen der tagesklinischen und ambulanten Behandlung zwischen März 2017 und April 2018 war

festgehalten worden, dass es der Beschwerdeführerin regelmässig nicht gelungen sei, die vereinbarten Termine wahrzunehmen (Urk. 7/154/8 Ziff. 3.1). Aufgrund der gestellten Diagnosen sowie der erhobenen Befunde ist naheliegend, dass dies gesundheitliche Gründe hatte. Weitere Ausführungen dazu

und insbesondere eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht fehlen aber in den Akten.

Der Verlauf der Auswirkung des psychischen Gesundheitszustandes lässt sich aufgrund der vorhandenen medizinischen Berichte nicht hinreichend erstellen.

E. 5.2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2).

Seit dem die Parteien betreffenden Urteil vom 25. August 2017 des hiesigen Gerichts wurde die Anwendung der Standardindikatoren auf sämtliche psychischen Leiden ausgedehnt (vgl. BGE 143 V 418 E. 7) – namentlich sind nach BGE 143 V 409 E.

E. 5.3

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

Vorliegend wurde der medizinische Sachverhalt ungenügend erstellt. Die Sache ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die Beschwerdeführerin im Rahmen einer psychiatrischen Verlaufsbeurteilung unter Berücksichtigung der normativen Vorgaben abklärt. Da in erster Linie die Beschwerdegegnerin für die richtige und vollständige Sachverhaltsabklärung zu sorgen hat, besteht vorliegend weder Raum noch Anlass, ein Gerichtsgutachten einzuholen (vgl. Urk. 1 S. 8 f. Ziff. 2a ff. sowie Urk.

E. 10

). Entgegen der Darlegung der Beschwerdeführerin erfolgte mit Urteil vom 25. August 2017 des hiesigen Gerichts keine Rückweisung zu weiteren medizinischen Abklärungen, sondern es wurde die damalige Beschwerde gutgeheissen und eine Viertelsrente zugesprochen. In Erwägung 4.5 des besagten Urteils folgte einzig ein Hinweis, dass ein allenfalls verschlechterter Gesundheitszustand Gegenstand eines neuen Verwaltungsverfahren

bilden würde (Urk. 7/109/1-16). Somit treffen die Ausführungen der Beschwerdeführerin hinsichtlich der Einholung eines Gerichtsgutachtens ins Leere.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 29. Oktober 2018 (Urk. 2) aufzuheben. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren 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) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2).

In Anwendung obiger Kriterien ist die Parteientschädigung vorliegend auf Fr. 2'600.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen und ausgangs gemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 29. Oktober 2018 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

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