

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01212 vom 5. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01212

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01212 du 5 avril 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01212 del 5 aprile 2013

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1969, ohne Berufsbildung, ging verschiedenen Erwerbstätigkeiten nach und bezog zeitweise Taggelder der Arbeitslosenversicherung (Urk. 8/2 Ziff. 6.2 und Ziff. 6.7.1, Urk. 8/7). Zuletzt arbeitete sie als Verkäuferin in einer Videothek, bis ihr von der A. (zuvor B.) wegen schlechten Geschäftsganges per Ende Dezember 2002 gekündigt wurde (Urk. 8/2 Ziff. 6.3.1). Für die Zeit vom 1. Januar 2003 bis zu ihrer Aussteuerung am 13. Juli 2004 bezog sie Taggelder der Arbeitslosenversicherung (Fragebogen vom 9. August 2006, Urk. 8/6/1-2 S. 1). Seitdem bezieht sie Leistungen der Sozialhilfe der Gemeinde Y. (vgl. Urk. 8/2 Ziff. 4.10).

Die Versicherte meldete sich am 7. Juli 2006 unter Hinweis auf psychische Probleme bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (Berufsberatung, Wiedereinschulung in die bisherige Tätigkeit, Arbeitsvermittlung und Rente) an (Urk. 8/2 Ziff. 7.8). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte verschiedene Arztberichte (Urk. 8/8, Urk. 8/10), einen Arbeitgeberbericht (Urk. 8/12) sowie einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 8/7) ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/14, Urk. 8/15) und Auferlegung einer Schadenminderungspflicht in Form einer Entzugstherapie (Urk. 8/16) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 11. Dezember 2006 (Urk. 8/21) den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente mit der Begründung, dass zurzeit kein IV-relevanter Gesundheitsschaden ersichtlich sei. Zudem verurteilte die überwiegende Suchtproblematik eine weitere Abklärung eines eventuell zusätzlichen Gesundheitsschadens.

1.2. Am 7. Oktober 2010 meldete sich die Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/25). Zur Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung der Verhältnisse seit der früheren Verneinung des Anspruches der Versicherten auf eine Invalidenrente verwies sie auf die Ausführungen von Dr. med. C., Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. November 2011 (Urk. 3/2). Sodann holte die IV-Stelle weitere Arztberichte (Urk. 8/33/6-10, Urk. 8/34, Urk. 8/36) ein und veranlasste ein Gutachten bei Dr. D., Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welches diese am 12. August 2011 erstattete (Urk. 8/40). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/44-48) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 13. Oktober 2011 (Urk. 2) einen Rentenanspruch der Versicherten.

2. Am 10. November 2011 erhob die Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. Oktober 2011 (Urk. 2) und beantragte, es sei ihr eine ganze

Invalidenrente zuzusprechen, mindestens aber sei eine berufliche Abklärung mit Belastungserprobung und/oder eine stationäre psychiatrische Abklärung, welche die unterschiedlichen Stimmungslagen aufnehme und den Langzeitverlauf adäquat wertschätzende, durchzuführen (Urk. 1 S. 2 unten).

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Januar 2012 (Urk. 7) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 16. Januar 2012 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

Auf die Ausführungen der Parteien wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.1.1

1.1.1 Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit oder der Hilfebedarf seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit oder einen anspruchsbegründenden Hilfebedarf zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität 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).

1.3 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

2.1 Mit Verfügung vom 11. Dezember 2006 (Urk. 8/21) verneinte die IV-Stelle den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente mit der Begründung, dass zurzeit kein IV-relevanter Gesundheitsschaden ersichtlich sei.

Auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 7. Oktober 2010 (Urk. 8/25) ist die Verwaltung eingetreten, womit sich die richterliche Beurteilung der Eintretensfrage erbringt (BGE 109 V 108 E. 2b).

2.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Entscheid vom 13. Oktober 2011 (Urk. 2) auf das Gutachten von Dr. D.____ und ging davon aus, dass zwar aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen, jedoch die gegenwärtig remittierten rezidivierenden depressiven Störungen infolge der gesundheitsrelevanten Einbrüche im Längsschnitt zu einer verminderten Belastbarkeit und damit zu einer Leistungseinschränkung der

Arbeitsfähigkeit von 20 % fährten (S. 1 unten und S. 2 Mitte). Gestützt darauf ermittelte sie im Sinne eines Prozentvergleichs einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 %. Ferner fährte sie aus, dass von einer Belastungserprobung abzusehen sei und die Beschwerdeführerin stattdessen eine Eingliederungsberatung in Anspruch nehmen könne (S. 2 Mitte).

2.3 Die Beschwerdeführerin stellte sich dagegen auf den Standpunkt, dass auf das Gutachten von Dr. D. (Urk. 8/40) nicht abgestellt werden könne und verwies auf die Ausführungen von Dr. C. vom 2. November 2011 (Urk. 1 S. 1 f., Urk. 3/2). Sie sei auch ohne irgendwelchen Suchtmittelkonsum psychisch zu instabil, um im ersten Arbeitsmarkt Fuss fassen zu können (S. 1 unten).

2.4 Strittig und zu präfen ist demnach, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der leistungsverweigernden Verfügung vom 11. Dezember 2006 (Urk. 8/21) verändert hat und ob sie nunmehr aufgrund einer psychischen Erkrankung Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

3. Dem Entscheid der Beschwerdegegnerin lagen folgende Berichte zu Grunde:

3.1 Am 1. Februar 2011 erstattete Dr. med. C., Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zu Händen der Beschwerdegegnerin einen Bericht über den Gesundheitszustand der seit 2005 (Urk. 8/10 S. 2 lit. D Ziff. 1) in ihrer Behandlung stehenden Beschwerdeführerin (Urk. 8/34) und attestierte ihr bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6) mit folgenden Diagnosen (Ziff. 1.1):

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.11)

- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (ICD-10 F60.31)

- Sekundärer Substanzmissbrauch

Dr. C. fährte aus, aus psychiatrischer Sicht hätten sich der Zustand und die gesamte psychosoziale Situation der Beschwerdeführerin seit 2006 zunehmend verschlechtert. Es sei immer wieder zu depressiven Krisen mit Suizidalität gekommen. Im Gegensatz zu 2006, als eine Wiedereingliederung in eine 50%ige Tätigkeit noch im Bereich des Vorstellbaren gelegen sei, sei die Beschwerdeführerin nun seit langem nicht einmal mehr in der Lage, regelmässig an einem Programm teilzunehmen oder Termine einzuhalten. Mehrere Versuche, eine teilstationäre Behandlung in der M.-Klinik des psychiatrischen Zentrums N. vorzunehmen, seien gescheitert, weil ihr Zustand zu instabil gewesen sei. Derzeit sei die Beschwerdeführerin sozial isoliert, ohne regelmässige Struktur, leide an Stimmungsschwankungen, Gedankenkreisen und Grübeln sowie Verminderung von Antrieb und Interessen. Sodann zeige sie immer wieder impulsives selbstschädigendes Verhalten. In Kombination mit dem sekundären Substanzmissbrauch sowie den unangünstigen, schädlichen Beziehungen, die sie immer wieder eingehe, seien dies eindeutige Hinweise auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Ziff. 1.4).

Seit dem letzten einmonatigen stationären Klinikaufenthalt im Sommer konsumiere die Beschwerdeführerin keine Drogen mehr (Ziff. 1.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine regelmässige Arbeitstätigkeit sei aktuell völlig unrealistisch (Ziff. 1.4). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden (Ziff. 1.9).

3.2 Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin war mehrmals (30. April bis 30. Mai 2006, 20. Juni bis 4. Juli 2007, 31. Dezember 2008 bis 20. Januar 2009, 20. Mai bis 25. Juni 2009 sowie letztmals vom 17. Juni bis 21. Juli 2010 [vgl. Urk. 8/33/6-10 Ziff. 1.3]) in stationärer Behandlung in der M.___-Klinik . Dr. med. E.___, Oberärztin, sowie med. pract. F.___, Assistenzarzt, M.___-Klinik, Psychiatriezentrum N.___, erstattete am 21. Februar 2011 einen Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/36). Sie stellte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- Ä Ä Ä Ä Rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33)

- Ä Ä Ä Ä Polytoxikomanie (anamnestisch bekannter Substanzgebrauch von Heroin, Kokain, Cannabis, Alkohol) mit Phasen der Abstinenz seit der Adoleszenz (ICD-10 F19.2)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dres. E.___ und F.___ hielten fest, die langfristig bestehende Abhängigkeitserkrankung mit möglicherweise nachfolgenden kognitiven Einschränkungen in Verbindung mit der diagnostizierten affektiven Störung schränke die Aussicht auf eine Beschäftigung im freien Arbeitsmarkt deutlich ein. Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen seien nach Kenntnisstand vom Frühjahr 2010 durch die genannte Problematik begrenzt (S. 1 Mitte). Aufgrund häufiger Fehlzeiten sei der Versuch einer tagesklinischen Behandlung vorzeitig abgebrochen worden. Auf die Vorgespräche vom 23. April und 7. September 2010 zur Vorbereitung eines tagesklinischen Aufenthaltes sei kein Eintritt erfolgt (Ziff. 1.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit betrage vom 3. Februar bis 19. Februar 2010 100 % (Ziff. 1.6). Eine Prognose könne nicht gestellt werden, weil sich die Beschwerdeführerin nicht mehr in Behandlung befinde (Ziff. 1.4).

3.3 Ä Ä Ä Ä Am 21. Juli 2011 wurde die Beschwerdeführerin durch Dr. D.___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, begutachtet. In ihrem Gutachten vom 12. August 2011 nannte Dr. D.___ folgende Diagnosen (Urk. 8/40 S. 5 lit. E):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Ä Ä Ä Ä Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Ä Ä Ä Ä Störung durch multiplen Substanzgebrauch, gegenwärtig abstinent in Ä Ä Teilremission (ICD-10 F19.201)

- Ä Ä Ä Ä Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit v.a. abhängigen Merkmalen (ICD-10 Z73.1)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie führte aus, bei der Beschwerdeführerin beständen seit mindestens zehn Jahren rezidivierende depressive Episoden mit sekundärer Abhängigkeit von Substanzen (Opiate, Alkohol, Kokain, Cannabis). Zum Zeitpunkt der

Untersuchung sei sowohl die depressive Störung als auch die Störung durch den Substanzmissbrauch weitgehend remittiert gewesen. Seit Sommer 2010 sei die Beschwerdeführerin weitgehend suchtmittelabstinent. Seit jenem Zeitpunkt könne davon ausgegangen werden, dass das Suchtgeschehen keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beziehungsweise -unfähigkeit mehr habe. Die ambulante psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung sei jedoch zum Erhalt der Stabilität weiterhin notwendig (S. 5 lit. F oben).

Hinweise für eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus hätten weder anamnestisch noch anhand des strukturierten Persönlichkeitsinventars noch des Borderline-Persönlichkeitsinventars festgestellt werden können, obwohl es Anhaltspunkte für eine akzentuierte Persönlichkeit mit vor allem abhängigen Merkmalen gebe (S. 5 f. lit. F unten).

Aktuell liege keine versicherungsmedizinisch relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Wegen der durchgehenden Suchterkrankung könne aber auch im Nachhinein keine längerfristige IV-relevante Einschränkung festgestellt werden. Da die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung jedoch gesichert sei, müsse auch in Zukunft immer wieder mit gesundheitlichen Einbrüchen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Im Längsschnitt sei mit einer verminderten Belastbarkeit von ca. 20 % zu rechnen (S. 6 lit. F). Psychosoziale Faktoren würden bei dieser Einschränkung keine weitere Rolle spielen (S. 6 lit. G Ziff. 2). Zur effektiven Beurteilung der Leistungsfähigkeit beziehungsweise zur beruflichen Wiedereingewöhnung und Steigerung der Leistungsfähigkeit sei eine berufliche Abklärung beziehungsweise Belastungserprobung nach jahrelanger Arbeitsunfähigkeit und -entwöhnung sinnvoll (S. 6 lit. F unten).

Sehr wahrscheinlich sei die Sucht Folge der rezidivierenden depressiven Episoden. Ohne längere Phase der Suchtmittelabstinenz könne jedoch nicht zwischen IV-relevanten und nicht IV-relevanten und die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Ursachen differenziert werden (S. 6 lit. G Ziff. 1). Eine IV-relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne somit nicht abschliessend bestätigt werden. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit betrage seit Sommer 2010 aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung ohne zusätzlichen Suchtmittelabusus im Längsschnitt 20 % bis maximal 30 %. Prognostisch sei davon auszugehen, dass jene Einschränkung auch weiterhin mittelfristig bestehen bleibe (S. 6 lit. G Ziff. 1 und Ziff. 2).

Zusammenfassend habe sich der Gesundheitszustand seit der Substanzabstinenz jedoch wesentlich verbessert (S. 6 lit. G Ziff. 5).

E. 4

4.1.1 Aus den vorliegenden medizinischen Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin seit Sommer 2010 weitgehend suchtmittelabstinent ist (Urk. 8/34 Ziff. 1.4, Urk. 8/40 S. 5 lit. F).

Vergleicht man die medizinischen Beurteilungen von Dr. C. ___ und der M. ___-Klinik mit derjenigen im Gutachten von Dr. D. ___, so fällt ins Auge, dass sämtliche Fachpersonen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33), diagnostizierten, weshalb diese Diagnose als gesichert gilt. Ferner nannten auch sämtliche Ärzte die Diagnose eines (sekundären) Substanzgebrauchs, in der letzten Beurteilung im Gutachten von Dr. D. ___ indessen mit

dem Zusatz „gegenwärtig abstinent in Teilremission“ (vgl. E. 3.1, E. 3.2 und E. 3.3).

Der einzige ins Gewicht fallende Unterschied in Bezug auf die gestellten Diagnosen von Dr. C. und derjenigen im Gutachten von Dr. D. betrifft die Beurteilung, ob ebenfalls eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus vorliegt, oder ob es sich dabei lediglich um akzentuierte Persönlichkeitszüge mit vor allem abhängigen Merkmalen - wie von Dr. D. postuliert - handelt. Die M.-Klinik hat diese Problematik in ihren Berichten nicht aufgegriffen.

In Bezug auf die Frage der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise deren Einschränkung durch die psychische Erkrankung divergieren die Beurteilungen der Fachpersonen ebenfalls.

Gemäss Dr. C. ist eine regelmässige Arbeitstätigkeit aktuell völlig unrealistisch. Die M.-Klinik attestierte der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 3. Februar bis 19. Februar 2010. Demgegenüber soll sie laut Dr. D. nunmehr 70 % bis maximal 80 % betragen.

Die Würdigung der aktenkundigen medizinischen Berichte ergibt, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. D. vom 12. August 2011 (vgl. vorstehend E. 3.3) für die Beantwortung der streitigen Belange umfassend ist und auf den erforderlichen Untersuchungen beruht. Sodann berücksichtigt es die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin (S. 3 lit. C) und setzt sich mit diesen sowie mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander (S. 5 f. lit. F). Auch wurde es in Kenntnis der Vorakten und in Auseinandersetzung mit denselben erstattet. Insbesondere setzte sich Dr. D. mit dem Bericht von Dr. C. auseinander und äusserte sich insbesondere in kritischer Weise zur gestellten Diagnose der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus ([ICD-10 F 60.31], Urk. 8/40 S. 5 lit. D oben).

Nachvollziehbar und einleuchtend ist sodann auch Dr. D.'s Einschätzung, nach welcher sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin durch die Suchtmittelabstinenz weitgehend verbessert haben soll (vgl. S. 6 lit. G Ziff. 5).

Das psychiatrische Gutachten von Dr. D. erfüllt somit die praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vorstehend E. 1.4), so dass für die Entscheidungsfindung und insbesondere auf die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit auf ihre Einschätzung abzustellen ist.

In Abweichung zu der von der Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 13. Oktober 2011 zugrunde gelegten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % und in Anwendung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist indessen nicht von einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, sondern von einer 25%igen (Mittelwert von 20 bis 30 %) Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit auszugehen (vgl. Urteil vom 19. August 2009, 9C_226/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen sowie Urk. 8/40 S. 6 lit. G Ziff. 4).

Die Berichte von Dr. C. und der M.-Klinik vermögen die Schlussfolgerungen des Gutachtens von Dr. C. nicht in Zweifel zu ziehen:

Dr. C. führte in ihren Berichten vom 2. November 2010 sowie vom 1. Februar 2011 aus (vgl. Urk. 8/30 und Urk. 8/34), dass sich die Situation der Beschwerdeführerin seit 2006 zusehends verschlechtert habe und hielt als objektive

Befunde (vgl. Urk. 8/34 Ziff. 1.4) Stimmungsschwankungen mit aktuell wieder verstärkt depressiven Symptomen, Gedankenkreisen und Grübeln, Verminderung von Antrieb und Interessen, sozialen Rückzug sowie Suchtmittelabstinenz seit mehreren Monaten fest. Sie attestierte der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit seit mindestens 2008 (Urk. 8/30 S. 2 unten, Urk. 8/34). Obwohl sie in ihrer Beurteilung erwähnte, dass Konzentrations- und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit eingeschränkt seien, ist es nicht einleuchtend, inwiefern die geschilderten Funktionsdefizite eine 100%ige Arbeitsfähigkeit begründen sollen. Konkrete Funktionsdefizite mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden nicht geschildert. Somit kann eine 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anhand der objektiven Befunde nicht nachvollzogen werden, wie RAD-Arzt Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2011 zu Recht festhielt (vgl. Urk. 8/42 S. 4 unten). Ebenfalls nicht schlüssig ist, weshalb sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin - trotz Suchtabstinenz seit Sommer 2010 - im Vergleich zu 2006 dermassen verschlechtert haben soll, so nunmehr eine 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die Berichte der M.____-Klinik bleibt zu erwähnen, dass sie der Beschwerdeführerin zwar eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vom 3. Februar bis 19. Februar 2010 attestierten, in ihrer Beurteilung indessen keinen aktuellen Befund erhoben hatten, weil sich die Beschwerdeführerin derzeit nicht in Behandlung befindet. Aus denselben Gründen stellten die Fachpersonen auch keine Prognose (Urk. 8/36 S. 2 Ziff. 1.4 und S. 3 Ziff. 1.6). Die Beurteilung der M.____-Klinik schliesst somit die von Dr. D.____ festgehaltene 75%ige Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nicht aus.

4.1.5 Ä Ä Die von der Beschwerdeführerin vorgetragene Einwände vermögen das Gutachten von Dr. D.____ ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Soweit die Beschwerdeführerin ausführte, dass sie unter Stimmungsschwankungen leide und differentialdiagnostisch eine bipolare Störung oder eine Persönlichkeitsstörung diskutiert worden sei, ist festzuhalten, dass einzig Dr. C.____ in ihrem Bericht vom 1. Februar 2011 eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (ICD-10 F60.31) diagnostizierte (Urk. 8/34 Ziff. 1.1 und Ziff. 1.4 unten). Selbst die Fachpersonen der M.____-Klinik, welche die Beschwerdeführerin während mehreren stationären Aufenthalten vom 30. April bis 30. Mai 2006, vom 20. Juni bis 4. Juli 2007, vom 31. Dezember 2008 bis 20. Januar 2009, vom 20. Mai bis 25. Juni 2009 und letztmals vom 17. Juni bis 21. Juli 2010 und damit über mehrere Monate in einer Zeitspanne von über vier Jahren behandelten, untermauerten die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (ICD-10 F60.31) nicht. Schliesslich setzte sich auch Dr. D.____ mit dieser Problematik auseinander und konnte die von Dr. C.____ gestellte Diagnose nach testpsychologischen Untersuchungen nicht bestätigen, weil sich bei der Beschwerdeführerin auf keiner der Skalen Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus ergeben hätten. Sie nannte indes in ihrer Diagnose akzentuierte Persönlichkeitszüge mit vor allem abhängigen Merkmalen (ICD-10 Z73.1), jedoch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/40 S. 5 lit. D und E). Weiter bleibt anzufügen, dass es sich bei diesen Z-Kodierungen zwar um Faktoren handelt, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, jedoch nicht als solche unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fallen (vgl. Urteil 8C_663/2010 vom 15. November

2010 E. 5.2.4 mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin gibt weiter an, dass sie in der Stunde der Begutachtung sehr positiv gestimmt gewesen sei und als Folge - krankheitsbedingt - ihre Situation nicht der Realität entsprechend habe darstellen können und moniert, dass ihre Angaben nicht hinterfragt, sondern unkritisch übernommen worden seien. Eine Differenzierung ihrer Stimmungslage sei nicht erfolgt. In Bezug auf diese von der Beschwerdeführerin geäußerte Kritik sowie auf den Kritikpunkt, dass keine Fremdanamnese vorgenommen worden sei, ist festzuhalten, dass diese Vorbringen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern vermögen, da Dr. D. ___ ihre Beurteilung in Kenntnis der Vorakten und in Auseinandersetzung derselben vorgenommen hat. Zudem liegt das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte im Ermessen des Gutachters (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_270/2012 vom 23. Mai 2012 E. 4.2 mit Hinweisen).

Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, dass Persönlichkeitsstörungen nur unter Berücksichtigung des Langzeitverlaufs und bei sorgfältiger Bewertung der einzelnen Symptome im Verlauf seriös beurteilt werden könnten und eine Momentaufnahme dafür nicht genüge, ist insofern unbehelflich, als selbst die Fachärzte der M. ___ -Klinik, welchen der Langzeitverlauf des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin bestens bekannt war, keine Persönlichkeitsstörung diagnostizierten. Ausserdem kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens in erster Linie darauf an, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies - wie hier - zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend und damit auch nicht zu beanstanden. Zudem liegt es in der Natur der Sache, dass sich eine psychiatrische Begutachtung nicht auf einen gleich langen Beobachtungszeitraum stützen kann wie die Berichte behandelnder Fachleute. Zudem hat Dr. D. ___ das Gutachten in Kenntnis der Vorakten und in Auseinandersetzung mit denselben erstattet, aus welchen auch der Langzeitverlauf des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ersichtlich war.

Die Kritik der Beschwerdeführerin, das Gutachten sei bezüglich der Arbeitsunfähigkeit widersprüchlich, weil die Arbeitsunfähigkeit zur Zeit der depressiven Phasen und Klinikaufenthalte nicht gewertet werde und nur auf den Einfluss der Sucht auf die Arbeitsfähigkeit eingegangen werde, obwohl sie nicht wegen der Sucht depressiv gewesen sei, sondern die depressive Stimmung und die emotionale Instabilität zur sekundären Suchterkrankung geführt hätten, ist ebenfalls unbegründet. Dr. D. ___ führte die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nämlich einzig auf die genannte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung zurück (vgl. Urk. 8/40 S. 6 lit F oben) und teilte namentlich die Auffassung der Beschwerdeführerin, indem sie in ihrem Gutachten festhielt, dass die Sucht wahrscheinlich Folge der rezidivierenden depressiven Episoden sei (vgl. Urk. 8/40 S. 6 lit. G Ziff. 1).

Soweit die Beschwerdeführerin die Unabhängigkeit der Gutachterin bezweifelt, ist schliesslich festzuhalten, dass keine Anhaltspunkte für eine mögliche Befangenheit der Gutachterin ersichtlich sind, zumal der Umstand, dass Dr. D. ___ das Gutachten zu Händen der Invalidenversicherung erstellt, für sich alleine nicht Grund ist, an ihrer Unabhängigkeit zu zweifeln.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich vermag auch der Einwand, dass das Gutachten zwar die Möglichkeit einer beruflichen Abklärung und Belastungserprobung erwähne, jedoch ohne Nennung der Gründe keine diesbezügliche Empfehlung abgebe, obwohl ihr im Langzeitverlauf seit Jahren trotz verschiedenster Versuche (Tagesklinik, Programmeinsätze, Zuhilfenahme von Bezugspersonen zur Termineinhaltung etc.) nicht mehr gelungen sei, irgendetwas über längere Zeit durchzuhalten, den Beweiswert des Gutachten von Dr. D. ___ nicht zu schmälern. Die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit ist plausibel dargetan.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend vermögen die Einwände das Gutachten von Dr. D. ___ insgesamt nicht zu entkräften.

4.2 Ä Ä Ä Ä Damit ist gestützt auf das Gutachten von Dr. D. ___ vom 12. August 2011 (Urk. 8/40) von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33), mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, auszugehen, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % (Mittelwert von 20 % bis maximal 30 %) begründet.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weitere medizinische Abklärungen, wie sie von der Beschwerdeführerin eventualiter beantragt wurden, sind nicht angezeigt.

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Sodann ist die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkung aufgrund eines Einkommensvergleiches vorzunehmen.

5.2 Ä Ä Ä Ä Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

5.3 Ä Ä Ä Ä Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V

321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

5.4 Nachdem die Beschwerdeführerin seit Ende 2002 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen ist und auch keine regelmäßige Erwerbsbiographie ausweist, sind für die Ermittlung des Valideneinkommens Tabellenlöhne beizuziehen und vom mittleren Lohn für Frauen, die Hilfsarbeiten ausüben (Zentralwert), auszugehen.

Da auch das Invalideneinkommen in angepasster Tätigkeit anhand der Tabellenlöhne nach LSE - und wiederum unter Einstufung der Beschwerdeführerin als Hilfsarbeiterin - zu ermitteln ist, kann rechnerisch ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Eine möglichst genaue Bezifferung und Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Erwerbseinkommen, um aus der Einkommensdifferenz den Invaliditätsgrad bestimmen zu können, ergibt sich somit. Der Invaliditätsgrad entspricht - ohne Berücksichtigung eines allfälligen leidensbedingten Abzugs - mithin der im Gutachten von Dr. D. ___ attestierten Arbeitsunfähigkeit von 25 %.

5.5 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte Rest-arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Die Beschwerdegegnerin gewährte der Beschwerdeführerin vorliegend keinen leidensbedingten Abzug vom anhand der LSE ermittelten Invalideneinkommen. Dass ein solch leidensbedingten Abzuges nicht gewährt wurde, ist nicht zu beanstanden, da im konkreten Fall keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Beschwerdeführerin ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten konnte. Dass ein solcher Leidensabzug hätte gewährt werden müssen, wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend gemacht.

5.6 Zusammenfassend resultiert somit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 25 %. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 13. Oktober 2011 als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

6. Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Gemeinde Y.____

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

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

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

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