

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01096 vom 13. August 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-08-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.01096

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01096 du 13 août 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01096 del 13 agosto 2014

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Gemäss ständiger Rechtsprechung begründet eine Drogensucht für sich allein keine Invalidität, sondern nur in Verbindung mit einem die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden geistigen, körperlichen oder psychischen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, der zur Sucht geführt hat oder als deren Folge eingetreten ist (BGE 102 V 167, 99 V 28 E. 2; AHI 2002 S. 30 E. 2a, 2001 S. 228 f. E. 2b; SVR 2001 IV Nr. 3 S. 7 E. 2b; Urteil des Bundesgerichts I 940/05 vom 10. März 2006 E. 2.1 mit Hinweisen). Daraus folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbstständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] ; Urteil des Bundesgerichts 9C_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1 mit Hinweisen auf BGE 127 V 294 E. 5a und Urteil I 955/05 vom 6. November 2006 E. 3.3.2).

Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungs mindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermaßen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn die Drogensucht - einem Symptom gleich - Teil eines Gesundheitsschadens bildet; dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann

können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 9C_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.2 mit Hinweisen auf BGE 99 V 28 E. 3b, 120 V 95 E. 4c, SVR 2012 IV Nr. 32 S.

127, 9C_776/2010 vom 20. Dezember 2011 E. 2.3.3, ZAK 1992 S. 169).

Eine psychisch bedingte Invalidität im Sinne des Gesetzes liegt nur dann vor, wenn ein psychisches Leiden mit Krankheitswert fachärztlich ausgewiesen ist und es der betroffenen Person trotz Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, wegen ihrer Beschwerden nicht zuzumuten ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt wird (BGE 130 V 352 f. E. 2.2.1, 131 V 49).

E. 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.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.4

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. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und

die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 2. Dezember 2013 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlich geschuldeten Leistungen zu erbringen, insbesondere sei festzustellen, dass die Wartezeit per 1. März 2003 zu eröffnen sei. Eventualiter sei die Sache zwecks Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 22. Januar 2014 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Replik vom 22. Mai 2014 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Beschwerdeanträgen fest (Urk. 12). Mit Eingabe vom 10. Juni 2014 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf Erstattung einer Duplik (Urk. 15).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, gemäss dem Gutachten von Dr. Z.____ vom 14. März 2013 habe von 1996 bis ca. Ende 2010 ein Abhängigkeitssyndrom mit multiplen Substanzgebrauch bestanden. Dabei handle es sich um eine primäre Suchterkrankung, die keinen relevanten Gesundheitsschaden verursacht habe. Für die Zeit von November 2005 bis Sommer 2007 sei eine psychiatrisch bedingte Diagnose gestellt worden. Die Wartezeit sei somit per 1. November 2005 zu eröffnen. In dieser Zeit sei der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als kaufmännische Angestellte in einem Pensum von 80 % zumutbar gewesen. Da der Invaliditätsgrad 20 % betrage, bestehe kein Rentenanspruch (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte dagegen im Wesentlichen geltend, die Beschwerdegegnerin habe sich nicht mit den vorgebrachten Einwendungen auseinandergesetzt, weshalb eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör vorliege. Auf das Gutachten von Dr. Z.____ könne nicht abgestellt werden. Es erfülle die Anforderungen an den Beweiswert nicht. Es sei oberflächlich, formal und inhaltlich mangelhaft und setze sich nicht mit den Vorakten und den Angaben der Beschwerdeführerin auseinander, welche verkürzt und falsch dargestellt würden. Es enthalte auch keine Persönlichkeitsdiagnostik. Die Anamnese sei unprofessionell und unvollständig, so dass Dr. Z.____ daraus nicht die

richtigen diagnostischen Schlüsse ziehen können. Die Vorakten hätten an dere Sachverhalte enthalten. Gemäss Dr. Z.____ sei eine psychische Proble matik erstmals im A.____ am 5. April 2005 festgehalten wor den. Dies sei aktenwidrig . Gemäss Dr. Z.____ gebe es keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung. Typische Symptome habe er verneint und auf ICD-10 F60.8 verwiesen . Dafür seien jedoch nicht die Symptome vorausgesetzt, welche Dr. Z.____

aufgezählt habe . Dr. Z.____

habe die von Dr. B.____ diagnosti zierte emotional instabile Persönlichkeitsstörung verneint , ohne die Kriterien umfassend darzustellen . Die Beschwerdegegnerin habe während zweier Verfah ren daran festgehalten, die Wartezeit per März 2003 zu eröffnen. Nun wolle sie diese gestützt auf ein mangelhaftes Gutachten per 1. November 2005 eröffnen. Ein solches Vorgehen sei nicht zu schützen (Urk. 1).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzuge hen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Vorab ist zu prüfen, ob die Rüge der Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör durchdringt, da diesfalls die angefochtene Verfügung ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde aufzuhebe n wäre.

E. 3.2

Die Begründungspflicht als Ausfluss des Anspruchs auf rechtliches Gehör bedeu tet nicht, dass sich die Behörde mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzen und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegen muss. Es genügt, wenn die Begründung kurz die Überlegungen nennt, auf die sich der Entscheid stützt und dieser sachgerecht angefochten werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_511/2007 vom 22. November 2007 E. 4.2.2 mit wei teren Hinweisen). Im Übrigen kann

eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs nach der Rechtsprechung als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwer deinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 133 I 201 E.2.2; BGE 127 V 431 E. 3d/ aa) .

Da die Beschwerdeführerin die angefochtene Verfügung sachgerecht anfechten konnte, ist eine Verletzung der Begründungspflicht und damit des Anspruchs auf recht li ches Gehör zu verneinen .

E. 4.1

Das hiesige Gericht erwog im Urteil vom 24. November 2010, ob das Wartejahr von der Beschwerdegegnerin korrekt eröffnet worden sei oder nicht, habe sich aufgrund der Akten nicht abschliessend beurteilen lassen. Was die Suchtproblematik betreffe, habe die Aktenlage ebenfalls keine abschliessende Beurteilung zugelassen. Zwar habe Dr. B.____ dafür gehalten, für das immer wieder erneute Abrutschen in die Drogen sei die neurotische Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin verantwortlich gewesen. Auch die Ärzte der Klinik C.____ und der RAD hätten die Suchtproblematik als (wahrscheinlich) sekundärer Art erachtet. Dafür , dass die Beschwerdeführerin vo r ihrer letzten Anstellung (23. August

2000 bis 28. Februar 2003) an einer sozialversicherungsrechtlich relevanten psychischen Erkrankung, welche als Ursache einer Suchterkrankung in Frage kommen würde, gelitten hätte, hätten jedoch echtzeitliche Arztberichte gefehlt. Einzig Dr. D.____ habe im März 1999 bei gleichzeitigem Vorliegen einer Suchtproblematik eine Angst- und depressive Störung gemäss, beides seit dem Jahr 1991 bestehend, diagnostiziert und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zur Zeugnisausstellung am 10. März 1999 attestiert. Dass die Suchterkrankung in einer psychischen Störung im Sinne der Rechtsprechung begründet habe, lasse sich aber auch aus diesem Arztbericht nicht schliessen. Im Rahmen der Entzugsbehandlungen im E.____ in den Jahren 1998 und 1999 – mithin noch wenige Tage vor der Diagnosestellung durch Dr. D.____ – sei der Psychostatus der Beschwerdeführerin als unauffällig bezeichnet worden. Zudem sei die Beschwerdeführerin offenbar in der Lage gewesen, die Handelsmittelschule mit Diplom abzuschliessen. Im (rückwirkend angefertigten) Attest einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab 1. März 2003 von Dr. F.____ sei von Angstzuständen und einer depressiven Symptomatik im Zusammenhang mit Stress am Arbeitsplatz die Rede gewesen. Die Beschwerdeführerin habe selbst auf psychosoziale Faktoren (massive Überbelastung am Arbeitsplatz und Mobbing) hingewiesen. Vor diesem Hintergrund sei eine vorbestehende psychiatrische Erkrankung mit Krankheitswert und damit die Qualifikation der Suchterkrankung als sekundär fraglich. Vielmehr sei eher eine primäre denn eine sekundäre Suchterkrankung zu vermuten, womit die Eröffnung des Wartjahres im Februar 2003 mangels krankheitswertiger Beeinträchtigung im Sinne des Gesetzes zum Vornherein entfallen würde (Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 24. November 2010, E. 5.1, Urk. 7/102).

E. 4.2

Im Urteil vom 30. April 2012 erwog das hiesige Gericht, dass nach wie vor ungeklärt sei, ob die seit 1998 diagnostizierte Suchterkrankung sekundärer Natur und damit im Rahmen der ab März 2003 attestierten Arbeitsunfähigkeit aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht zu berücksichtigen sei, oder ob die Suchterkrankung eindeutig im Vordergrund gestanden habe, damit als primär zu qualifizieren und ein Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes infolgedessen zu verneinen sei (Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 30. April 2012, Urk. 7/129).

E. 4.3

Am 26. Februar 2013 erstattete

Dr. med. Z.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein psychiatrisches Gutachten, welches sich auf die Akten, die Angaben der Beschwerdeführerin sowie die Untersuchung vom 15. Februar 2013 stützt (Urk. 7/147).

Dr. Z.____ stellte folgende Diagnosen: - Status nach Abhängigkeitssyndrom mit multiplem Substanzgebrauch von 1996 bis ca. Ende 2010. Seither grösstenteils abstinent (F19.20) - Depressive Episoden von November 2005 bis Sommer 2007 grösstenteils remittiert - Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen

Dr. Z.____ führte aus, der verstorbene Vater der Beschwerdeführerin sei Alkoholiker gewesen. Es könne davon ausgegangen werden, dass bei ihr eine Suchtveranlagung bestehe. Ihre Jugend sei nicht grob gestört verlaufen, allerdings habe es familiäre Probleme gegeben. Hinweise dafür, dass in der Jugend eine Persönlichkeitsstörung bestanden hätte, lägen nicht vor. Es sei darauf hinzuweisen, dass Persönlichkeitsstörungen gemäss ICD-10 in der Regel in der Jugend entstünden. Die Beschwerdeführerin habe nicht über damalige

Ängste und entsprechende Symptome berichtet und sie habe eine Ausbildung in der Handelsmittelschule abschliessen können. Die erste Berührung mit Drogen habe im Alter von 15 Jahren stattgefunden. Die frühe Aufnahme des Drogenkonsums sei durch einen Gruppendruck herbeigeführt worden und nicht durch eine psychische Störung. Seit Ende 2010 könne von einer grossteiligen Abstinenz ausgegangen werden. Irreversible Gesundheitsschäden seien nicht entstanden. Die Durchsicht der Akten beziehungsweise die Angaben der Beschwerdeführerin zeigen, dass vorerst längere Zeit keine psychischen Probleme durch die Therapeuten festgestellt worden seien. So sei darauf hinzuweisen, dass von Dr. D.____ anfangs 1999 ein Abhängigkeitssyndrom festgestellt worden sei. Ähnlich hätten die Diagnosen des E.____ der Jahre 1998 und 1999 gelautet. Eine psychiatrische Problematik sei erstmals im Arztbericht der A.____ vom 5. April 2005 festgehalten worden, wo die Beschwerdeführerin ab November 2003 in tagesklinischer Behandlung gewesen sei. Die Beschwerdeführerin sei vorgängig in einem stressigen Arbeitsverhältnis gewesen und habe sich einem Mobbing ausgesetzt gefühlt. Zu dieser Zeit sei sie in einem Methadonprogramm gewesen. Sie sei erschöpft und ausgelaugt gewesen und

habe die Arbeitstätigkeit aufgeben müssen. Parallel dazu sei es zu einer Verstärkung des Drogenkonsums gekommen. Vermutlich habe eine depressive Reaktion aufgrund der beruflichen Probleme von Anfang 2003 bis Anfang 2005 bestanden. Ab November 2005 sei von einer depressiven Episode auszugehen, wie dies in den Berichten der A.____ beschrieben worden sei. Parallel dazu habe immer noch die Polytoxikomanie bestanden. Die Beschwerdeführerin sei mehrere Male stationär behandelt worden, wobei die Suchtkrankheit im Vordergrund gestanden habe. Ab ca. Mitte 2007 habe sich eine Besserung eingestellt. Im Gutachten von Dr. B.____ vom 3. Mai 2007 sei unter anderem eine fast abgeklungene depressive Episode festgehalten worden. Ebenso sei in den Berichten der Stadt G.____, H.____, vom 27. April 2008 und 28. Dezember 2010 nur noch von einer depressiven Entwicklung respektive depressiven Verstimmung ausgegangen worden, was nicht mehr der Ausprägung einer depressiven Episode entsprechende. Den Drogenkonsum habe sie seit ca. Ende 2010 sistiert. Seit Herbst 2012 habe sich eine positive Entwicklung eingestellt. Der Befund vom 15. Februar 2013 weise auf eine grösstenteils ausgeglichene Stimmungslage hin, die Beschwerdeführerin sei eher etwas angetrieben, nicht aber in maniforem Ausmass. Zusammenfassend könne nur für die Periode von November 2005 bis Sommer 2007 von einem psychischen Gesundheitsschaden ausgegangen werden. Daraus lasse sich aber keine eindeutige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten. Die Drogensucht habe schon viele Jahre vor der Phase mit depressiven Episoden bestanden. Während dieser Phase habe die Beschwerdeführerin den Drogenkonsum teilweise weitergeführt. Nach dem Sommer 2007 sei die depressive Episode remittiert gewesen, der Drogenkonsum sei dadurch jedoch nicht beeinflusst worden, sondern habe in ähnlichem Ausmass weiterbestanden. Es sei somit von einem primären, weder bei der Entstehung noch bei der Persistenz durch eine psychische Störung beeinflussten Drogenkonsum auszugehen. Eine Persönlichkeitsstörung lasse sich bei der Beschwerdeführerin nicht nachweisen. Die A.____ habe eine narzisstische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. In den Berichten der A.____

hätten sich aber keine typischen Symptome dieser Störung (ICD-10 F60.8) finden lassen. Auch die von Dr. B.____ vermuteten Anteile einer emotional instabilen Persönlichkeit seien nicht feststellbar. Dies gelte für heute aber auch für die Zeit, als die Beschwerdeführerin von Dr. B.____ untersucht worden sei. Die Symptome, welche die ICD-10 bei dieser Störung

voraussetze, seien von Dr. B.____ nicht angeführt worden. Von November 2005 bis Sommer 2007 hätten psychische Beschwerden bestanden, welche jedoch nur teilweise eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit dargestellt hätten. Die Beschwerdeführerin habe phasenweise Mühe gehabt, ihrer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Es habe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von vermutlich nicht über 20 % bestanden (Urk. 7/147 S. 11 ff.).

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin macht geltend, auf das Gutachten von Dr. Z.____ könne nicht abgestellt werden. Es erfülle die Anforderungen an den Beweiswert nicht. Es sei oberflächlich, formal und inhaltlich mangelhaft und setze sich in keiner Art und Weise mit den Vorakten und den Angaben der Beschwerdeführerin auseinander, welche verkürzt und falsch dargestellt würden.

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin hat Dr. Z.____ das Gutachten in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk. 7/147 S. 1 ff. und S. 12 ff.) und unter Berücksichtigung der Angaben der Beschwerdeführerin (Urk. 7/147 S. 8 ff. und S. 11 ff.) erstellt. Es genügt, wenn der Gutachter die wesentlichen Vorakten

würdigt, er braucht sich nicht mit jedem einzelnen in den Vorakten befindlichen Bericht explizit auseinanderzusetzen. Dr. Z.____

hat vorliegend insbesondere

die Berichte der A.____

(Urk. 7/18 und Urk. 7/27)

sowie das Gutachten von Dr. B.____ vom 3. Mai 2007 (Urk. 7/49) berücksichtigt (Urk. 7/147 S. 12 ff.). Diesbezüglich hielt er zutreffend fest, die A.____ habe eine narzisstische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, in ihren Berichten hätten sich aber keine typischen Symptome dieser Störung (ICD-10 F60.8) finden lassen (Urk. 7/147 S. 14). Im Bericht der A.____ vom 8. November 2005 wurden die erhobenen Befunde zwar erwähnt, jedoch kein einziges der gemäss ICD-10 vorausgesetzten Merkmale genannt (Urk. 7/18 S. 18).

Dr. Z.____ führte weiter aus, die von Dr. B.____ vermuteten Anteile einer emotional instabilen Persönlichkeit seien nicht feststellbar. Die Symptome, welche die ICD-10 bei dieser Störung voraussetze, seien von Dr. B.____ nicht aufgeführt worden (Urk. 7/147 S. 14). Dr. B.____ hielt in seinem Gutachten vom 3. Mai 2007

lediglich fest, es bestehe nach wie vor eine emotionale Instabilität, welche sozusagen ein Bestandteil der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin sei. Sie wirke angespannt, ängstlich, nervös, nicht mehr so angespannt wie es offenbar früher der Fall gewesen sei, aber unsicher, skeptisch und ohne kämpferische Bereitschaft (Urk. 7/49 S. 5).

Die Kriterien, die gemäss ICD-10 F60.3 vorausgesetzt sind, werden jedoch

nicht erwähnt. Wie Dr. Z.____

ausserdem festhält (Urk.

7/147 S. 12), beginnen Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit oder Adoleszenz (vgl. Dilling / Monbour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage 2014, S. 274). Aus den Akten ist nicht ersichtlich, dass bei der Beschwerdeführerin in der Jugend eine

Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden wäre. Im Rahmen der Begutachtung berichtete die Beschwerdeführerin auch nicht über entsprechende Symptome (Urk. 7/147 S. 12) und sie konnte die Handelsmittelschule offenbar abschliessen, was ebenfalls darauf hindeutet, dass keine relevante Persönlichkeitsstörung vorlag. In dem von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Bericht von med. pract. I.____, Allgemeine Medizin, vom 18. Februar 2012 ist lediglich von einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur die Rede und es wird keine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt (Urk. 7/126 S. 20). Bei Dr. I.____

handelt es sich im Übrigen ohnehin nicht um einen psychiatrischen Facharzt.

Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, die Anamnese sei unprofessionell und unvollständig. Die Vorakten enthielten ganz andere Sachverhalte (Urk. 1 S. 7). Auch diese Einwendungen sind nicht stichhaltig. Die vom Gutachter erhobene Anamnese stimmt im Wesentlichen mit den Vorakten überein. So geht auch aus dem Austrittsbericht des E.____ vom 11. August 1998 eine unauffällige Entwicklung der Beschwerdeführerin als Kind hervor. Sie habe ihre familiären Verhältnisse als geordnet beschrieben und berichtet, dass sie eine normale Erziehung genossen habe (Urk. 7/16 S. 5). Dass der Vater der Beschwerdeführerin Alkoholiker gewesen ist, wird in den Vorakten wie auch im Gutachten erwähnt, deutet jedoch nicht per se darauf hin, dass ihre Jugend – wie sie selbst geltend macht (Urk. 1 S. 7) – grob gestört gewesen wäre. Dasselbe gilt für das angeblich schwierige und konfliktreiche Verhältnis der Beschwerdeführerin zu ihren Eltern, das sie gegenüber dem Gutachter indessen als gut beschrieb. Sie gab an, dass sie ihre Jugend als zufriedenstellend in Erinnerung habe, allerdings sei ihre Schwester bevorzugt worden und sie erwähnte auch Probleme mit den Eltern (Urk. 7/147 S. 8). Dr. Z.____ führte denn auch aus, dass es familiäre Probleme gegeben habe, die Jugend der Beschwerdeführerin aber nicht grob gestört verlaufen sei (Urk. 7/147 S. 11), was mit der Aktenlage übereinstimmt. Auch aus dem von der Beschwerdeführerin zitierten Bericht der A.____ vom 8. November 2005 (Urk. 7/18) geht nichts anderes hervor.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, Dr. Z.____ hätte eine Persönlichkeitsdiagnostik durchführen (Urk. 1 S. 5) und fremd-anamnestische Angaben einholen müssen (Urk. 1 S. 9), ist festzuhalten, dass es im Ermessen des fachkundigen Gutachters liegt, welche Abklärungen er als notwendig erachtet.

E. 5.2

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Einwände der Beschwerdeführerin das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen vermögen, weshalb darauf abgestellt werden kann. Wie bereits im Urteil des hiesigen Gerichts vom 24. November 2010 ausgeführt wurde, lässt sich aus den Vorakten nicht schliessen, dass die Suchterkrankung in einer psychischen Störung im Sinne der Rechtsprechung begründet hat. Aus dem Gutachten vom 26. Februar 2013 geht klar hervor, dass von einem primären, weder bei der Entstehung noch bei der Persistenz durch eine psychische Störung beeinflussten Drogenkonsum auszugehen ist. Somit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Suchterkrankung als primär zu qualifizieren ist. Gestützt auf das Gutachten ist von November 2005 bis Sommer 2007 eine krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 20 % ausgewiesen. Somit ist für diesen Zeitraum im Sinne eines Prozentvergleichs von einem Invaliditätsgrad von 20 % auszugehen, womit ein Rentenanspruch entfällt.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis

IVG). 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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
Hurst
Leicht

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