

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01307 vom 23. August 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01307

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01307 du 23 août 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01307 del 23 agosto 2018

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2 , 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung 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 Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.2, nicht publiziert in: BGE 143 V 77, aber in SVR 2017 IV Nr. 51 S. 152). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 2

Die Versicherte erhob am 30. November 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. Oktober 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine Teilrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 1 Ziff. 1-2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 31. Januar 2018 (Urk. 11) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 23. Februar 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Nach der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 20. Dezember 2016 verneinte die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid gestützt auf die Einschätzung ihres Regional Ärztlichen Dienstes (RAD), dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit 2011 verschlechtert habe. Weiter stellte sie fest, dass die Arbeitsfähigkeit erhalten sei (Urk. 2 S. 1). Die Kriterien für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung seien nicht erfüllt (Urk. 2 S. 2 Mitte).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte vor, auch wenn im Rahmen der letztmaligen Prüfung eines Rentenanspruches eine posttraumatische Belastungsstörung für den RAD nicht zu erkennen gewesen sei, sei eine solche heute diagnostisch klar ausgewiesen. Die Aussage, dass die Diagnose nicht vorliege, sei aus der Luft gegriffen (Urk. 1 S. 3 unten). Sie leide seit Jahren an einer psychischen Erkrankung, welche trotz ihres enormen Arbeitswillens eine ausgewiesene Arbeitsfähigkeit von 50 % bewirke, mit der Tendenz zur Verschlechterung. Zusätzlich leide sie an körperlichen Einschränkungen (Urk. 1 S. 4).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verglichen mit dem Zeitpunkt der Verfügung vom 9. Juni 2011 verschlechtert hat und ob gegebenenfalls neu ein Rentenanspruch besteht.

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin verletzte sich bei einem Arbeitsunfall vom 14. Januar 2010 am linken Zeigefinger (Urk. 12/8 S. 1 Ziff. 3, Urk. 12/13/70 Ziff. 2, 4-6 und

9). Die Ärzte des Spitals T. ___ nannten im Kurzbericht vom 12. April 2010 als Diagnose ein Quetschtrauma Endglied Dig. II Hand links vom 14. Januar 2010 mit offener Fraktur des distalen Phalanxkranzes (Urk. 12/14/6).

E. 3.2

Dr. med. B. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt, D. ___, E. ___, führte im Bericht vom 29. Juni 2010 (Urk. 12/17/18-19) aus, die Patientin habe sich beim Arbeitsunfall insbesondere am Zeigefinger der linken Hand schwer verletzt. Seither leide sie unter chronischen Schmerzen, welche bei Belastung zunehmen und ausstrahlen würden, und unter einem Elektrisieren im Finger. Daneben leide sie unter Schlafstörungen, an Gedankenkreisen um den Unfall und an Erinnerungen im Sinne von Flash backs. Die Beschwerdeführerin sei sehr gekränkt, dass ihre Chefin nie nachgefragt oder sich gar entschuldigt habe. Sonst habe sie keine Probleme. Seit dem Unfall sei sie zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (S. 1 Ziff. 2).

Dr. B. ___ nannte als Diagnose eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21). Als Differentialdiagnose nannte er eine posttraumatische Belastungsstörung bei einem Arbeitsunfall mit Quetschtrauma Dig. II Hand links vom 14. Januar 2010 mit chronischen Schmerzen (S. 2 Ziff. 5).

E. 3.3

Dr. med. F. ___, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Suva-Kreisarzt, führte im Bericht vom 22. Juli 2010 (Urk. 12/17/14-17) aus, die Beschwerdeführerin habe bei der Untersuchung vom gleichen Tag den linken Arm so fixiert, dass eine Reflexprüfung auf der linken Seite praktisch nicht möglich gewesen sei. Psychisch habe sie depressiv

gewirkt (S. 3 oben).

Das Beschwerdesyndrom der linken oberen Extremität bei einem Status nach Quetschung Dig. II links sei mit den Unfallfolgen nicht vollumfänglich zu erklären. Es bestehe der Verdacht auf eine Depression und/oder die Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms. Die Beschwerdeführerin habe eine praktisch völlige Gebrauchsunfähigkeit der gesamten linken Hand angegeben, was mit den Unfallfolgen nicht erklärt werden könne. Es gebe auch Hinweise auf Inkonsistenzen. Bei der Prüfung des Faustschlusses habe sie bis auf eine Sperrdistanz von knapp zwei Zentimetern des Digitus II einen Faustschluss durchgeführt (S. 3 Ziff. 5 Mitte). Er, Dr. F.____, habe den Eindruck, dass sich eine ungünstige psychische Situation entwickle und die Beschwerdeführerin unbedingt eine psychische Betreuung benötige (S. 3 Ziff. 5 unten).

E. 3.4

Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie, Leitender Arzt, H.____, stellte im Bericht vom 15. Oktober 2010 (Urk. 12/13/11-12) folgende Diagnosen (S. 1 oben): - Status nach schwerem Quetschtrauma der Endphalanx des Dig. II links vom 14. Januar 2010 mit offener Fraktur des Processus unguicularis - im Verlauf posttraumatische Belastungsstörung und vorübergehende Entwicklung einer chronischen, generalisierten Schmerzsymptomatik

Dr. G.____ führte weiter aus, er bestätige eine seit dem 6. September 2010 geltende volle Arbeitsfähigkeit. Die Patientin dürfe jegliche handwerkliche Tätigkeit von leichtem und mittlerem Belastungsgrad annehmen. Aus psychologischen Gründen sei ein Einsatz an derselben Stanzmaschine, an welcher der Unfall passiert sei, eher ungünstig (S. 1 unten).

E. 3.5

Dr. med. I.____, Assistenzarzt, Augenklinik, J.____, nannte im Bericht vom 1. November 2010 (Urk. 12/15) als Diagnose eine Glaskörperblutung im rechten Auge, zu der es am 2. Oktober 2010 gekommen sei (Ziff. 1.1). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit attestierte er vom 2. bis 29. Oktober 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 1.6). Weiter gab er an, dass auf dem rechten Auge aktuell ein Visus von 50-60 % bestehe. Das Lesen kleiner Schriften sei daher schwierig. Bei eingeschränktem 3-D-Sehen sei das Bedienen von gefährlichen Maschinen zu vermeiden (Ziff. 1.7). Die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei ab Ende November 2010 mit einem Pensum von 80 % möglich (Ziff. 1.9).

E. 3.6

Dr. G.____ führte in einem weiteren Bericht vom 22. November 2010 (Urk. 12/17/7-1 1) zur Anamnese aus, die Patientin habe sich bei der Arbeit an einer Stanz-Maschine eine Quetschverletzung am linken Zeigefinger zugezogen. Nach der Wundversorgung sei es zu einem komplikationslosen Abheilen der Weichteile gekommen. Im Verlauf habe sich aber ein ausgeprägter Schmerzzustand entwickelt, welcher über den lokalen Befund hinausgegangen sei. Mittels einer Behandlung mit Ergotherapie sei schlussendlich ein gut funktionierendes Resultat erreicht worden (S. 1 Ziff. 1.4).

Vom 14. Januar bis 5. September 2010 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 2 Ziff. 1.6-1.7). Die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei seit dem 6. September 2010 zu 100 % möglich (S. 2 Ziff. 1.9).

E. 3.7

Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führten in der Stellungnahme vom 18. und 29. November 2010 (Urk. 12/21 S. 5 f.) aus, es bestehe ein Gesundheitsschaden in Form einer Glaskörperblutung des rechten Auges sowie einer Nagelwachstumstörung Dig. II der linken Hand mit leichter Verschmächigung der Weichteilstrukturen am Mittel- und Endphalanx bei einem Zustand nach Quetschverletzung Dig. II der linken Hand (nicht dominant) mit offener Fraktur der distalen Phalanx vom 14. Januar 2010. Bezüglich des rechten Auges bestünden Einschränkungen im dreidimensionalen Sehen. Nach den Berichten von Dr. G.____ und von Dr. F.____ habe vom 14. Januar bis 5. September 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorgelegen. Gemäss Dr. G.____ bestehe seit dem 6. September 2010 für Tätigkeiten mit leichtem bis mittlerem Belastungsgrad im Bereich der linken Hand wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 6 oben).

Aus ophthalmologischer Sicht bestehe für Tätigkeiten, die kein dreidimensionales Sehen erforderten, eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Vom 2. bis 29. Oktober 2010 habe für jedwede Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Aus psychiatrischer Sicht sei keine Arbeitsunfähigkeit begründet. Das Trauma einer Quetschverletzung des Fingers erfülle die Kriterien für die postulierte posttraumatische Belastungsstörung nicht (S. 6 Mitte).

E. 3.8

Dr. I.____ führte im Bericht vom 13. April 2011 (Urk. 12/19) zur Anamnese aus, am 2. Oktober 2010 sei es zu einem plötzlichen Visusverlust rechts und zu Kopfschmerzen gekommen (S. 1 Ziff. 1.4). Ohne Korrektur bestehe rechts ein Visus von 1.0. Im Vergleich zum Gegenauge bestehe noch vermehrt ein Mouches volantes. Beim Gegenauge bestehe ohne Korrektur ein Visus von 1.25. Bei der Arbeit sollte keine Einschränkung mehr bestehen. Allenfalls könne es zu einem leicht verminderten Stereosehen kommen (S. 2 Ziff. 1.7).

E. 3.9

Dr. K.____ führte in einer weiteren Stellungnahme vom 20. April 2011 (Urk. 12/21 S. 7) aus, in Anlehnung an die Stellungnahme vom 18./ 29. November 2010 habe in der bisherigen Tätigkeit vom 14. Januar bis 5. September und vom 2. bis 29. Oktober 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Seit dem 6. September 2010 bestehe gemäss Dr. G.____ für Tätigkeiten mit leichtem bis mittlerem Belastungsgrad im Bereich der linken Hand eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Aus ophthalmologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit vom 2. bis 29. Oktober 2010 insofern unterbrochen gewesen, als für diesen Zeitraum eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden habe. Ab dem 30. Oktober 2010 sei das Profil dahingehend zu ergänzen, dass die Beschwerdeführerin keine gefährlichen Maschinen bedienen solle.

E. 3.10

Mit Verfügung vom 9. Juni 2011 (Urk. 12/24 S. 2) verneinte die Beschwerdegegnerin bei einem Invaliditätsgrad von 6 % einen Rentenanspruch.

E. 4.1

Dr. med. M.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Oberarzt Orthopädie, N.____, nannte im Bericht vom 1. Dezember

2016 (Urk. 12/31/4-5) als Diagnosen eine Epicondy lopathia humeri radialis links und einen Verdacht auf ein subacromiales Impingement links (S. 1).

Dr. M.____ führte weiter aus, von Seiten der linken Schulter sei in der heutigen klinischen Untersuchung eine wesentliche Läsion der Rotatorenmanschette ausgeschlossen worden. Es bestehe der Verdacht auf ein leichtes subacromiales Impingement. Die Beschwerden hätten sich durch eine Physiotherapie bereits gebessert. Die Weiterführung der konservativen Therapie werde empfohlen (S. 2).

E. 4.2

Dr. med. O.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 25. Februar 2017 (Urk. 12/31/2-3) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A): - mittelgradige Depression - Fibromyalgiesyndrom - Degeneration der Wirbelsäule mit Bandscheibenprotrusion bei L4/5/S1

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Hyper tonie (lit. A). Dr. O.____ verwies für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit auf eine von psychiatrischer Seite attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % (lit. B).

E. 4.3

Die Beschwerdeführerin befindet sich seit Juni 2016 bei Dr. med. P.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und lic. phil. Q.____,

Psychotherapeutin FSP, in delegierter psychotherapeutischer Behandlung (Urk. 12/33/1 Ziff. 1.2). Dr. P.____ nannte im Bericht vom 6. März 2017 (Urk. 12/33/1-4) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine Depression (ICD-10 F32.1) und eine Fingerverletzung Dig. II links wegen Schlafmangels (S. 1 Ziff. 1.1).

Zur Anamnese wurde ausgeführt, 1999 sei es im Kosovo zu einem Kriegstrauma gekommen (S. 2 Ziff. 1.4). Es finde eine delegierte psychotherapeutische Behandlung statt (S. 2 Ziff. 1.5). Im Hinblick auf die bisherige Tätigkeit bestehe eine verminderte Konzentration, Schlafstörungen und eine verminderte Belastbarkeit, was zu einer erhöhten Unfallgefahr führe. In der bisherigen Tätigkeit bestehe wie bisher eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 2 f. Ziff. 1.7).

E. 4.4

In einem von Dr. P.____ und lic. phil. Q.____ unterzeichneten Bericht vom 4. April 2017 (Urk. 12/33/5-8) wurde ausgeführt, die Therapie sitzungen fänden mit einer Frequenz von 14 Tagen statt. Die Beschwerdeführerin nehme aktuell Antidepressiva (S. 1 unten).

Zur Anamnese wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei bei Ausbruch des Konfliktes im Kosovo im Heimatdorf ihres Mannes allein mit ihren drei Töchtern den Schrecken und Wirrnissen des Krieges ausgesetzt gewesen. Ihr Mann sei als Saisonarbeiter in der Schweiz gewesen und habe keine Möglichkeit gehabt, seine Familie nachkommen zu lassen. Es sei zu zahlreichen traumatischen Erlebnissen im Krieg gekommen und die Beschwerdeführerin sei selbst Opfer von Gewalt geworden, als Soldaten in ihr Haus eingebrochen seien und ihren Mann als vermeintlichen Deserteur gesucht hätten. Mit ihren Töchtern sei ihr dann die Flucht aus dem belagerten Kosovo gelungen. Aktuell arbeite sie zu 50 % in einer Bäckerei (S. 2 oben).

Die Beschwerdeführerin klagt über mangelnde Energie, Antriebslosigkeit, massive

Ein- und Durchschlafprobleme, starke Konzentrationsstörungen, Gedankenkreisen und Stimmungsschwankungen. Zudem habe sie starke Sorgen um die Zukunft. Weiter bestünden Wiedererlebnissymptome, Vermeidungsstrategien und Hyperarousals aufgrund der zahlreichen traumatischen Erlebnisse (S. 2 Mitte). Dr. P.____ und lic. phil. Q.____ bestätigten die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Ergänzend gaben sie dazu an, die Beschwerdeführerin sei ein Kriegsoffer. Es handle sich um den Traumatyp II, sequentielle Traumatisierung. Als weitere Diagnose nannten sie eine rezidivierende mittelgradige depressive Episode (S. 2 unten).

Die Auswertung des durchgeführten Tests habe ergeben, dass die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung vollumfänglich erfüllt seien. Das Hauptkriterium (traumatisches Ereignis) sowie die Zusatzkriterien Wiedererleben, Vermeidung und Hyperarousal seien mit einer sehr hohen Punktzahl erfüllt. Die allgemeine Punktezahl weise auf eine sehr schwere psychische Erkrankung hin. Die Beschwerdeführerin habe in ihrem Leben mehrere traumatische Erlebnisse erlitten. Es könne von einer Kumulierung der Traumata sowohl auf einer psychischen sowie auf einer hirnebene ausgegangen werden (sequentielle Traumatisierung, S. 3 Mitte). Die Beschwerdeführerin erlebe sodann in maximaler Häufigkeit Symptome von intrusivem Wiedererleben. Alpträume seien sehr häufig (täglich) vorhanden. Von Flashbacks werde sie in mittlerem Ausmass heimgesucht. Sodann zeige sie in allen Bereichen ausgeprägte Vermeidungssymptome. Die Vermeidung betreffe sowohl den Bereich der Gefühle sowie die Vermeidung von Orten des Geschehens und von Personen und Aktivitäten, die mit den traumatischen Ereignissen im Zusammenhang stünden (S. 3 unten). Das Privatleben sowie die Arbeit der Beschwerdeführerin seien von den Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung in hohem Ausmass betroffen. Zu Hause könne sie ihren Pflichten als Hausfrau nicht nachkommen. Bei der Arbeit sei es in den letzten Jahren aufgrund der Konzentrationsstörung und dem konstanten Schlafmangel zu zahlreichen Unfällen gekommen (S. 4 Mitte).

E. 4.5

Dr. med. R.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, nannte in einer Stellungnahme vom 28. Juni 2017 (Urk. 12/37 S. 3 f.) als Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Glaskörperblutung des rechten Auges und eine Nagelwachstumsstörung bei Dig. II der linken Hand mit leichter Verschwächung der Weichteilstrukturen an Mittel- und Endphalanx bei einem Status nach Quetschverletzung Dig. II der linken Hand vom 14. Januar 2010. Als Diagnosen ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Epicondylopathia humeri radialis links und ein subacromiales Impingement links (S. 3 unten).

Dr. R.____ führte weiter aus, im Vergleich zur Stellungnahme des RAD vom 20. April 2011 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht verändert. Dr. P.____ habe am 6. März 2017 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bescheinigt. Die Diagnosekriterien seien aber nicht erfüllt. Als Ursache für die Störung seien Kriegserlebnisse in den 90er-Jahren angegeben worden, also vor 20 Jahren. Eine posttraumatische Belastungsstörung sei zudem bereits im April 2011 verneint worden. Eine rezidivierende depressive Episode sei fachärztlich nicht bestätigt worden. Die Beschwerdeführerin befinde sich wohl nicht in einer psychiatrischen Behandlung. Dr. P.____ habe zudem bestätigt, dass die Arbeitsfähigkeit erhalten geblieben sei. Verglichen

mit 2011 sei es zu keiner Verschlechterung gekommen. Die im April 2011 festgelegte Arbeitsfähigkeit gelte unverändert (S. 4 oben).

E. 4.6

Dr. R.____ und Dr. med. S.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führten in einer weiteren Stellungnahme vom 17. Oktober 2017 (Urk. 12/43 S. 2 f.) aus, bei lic. phil. Q.____ handle es sich um eine Psychologin und nicht um eine Fachärztin. Dr. P.____ sei ebenfalls kein Psychiater. Der Bericht von lic. phil. Q.____ enthalte sodann nur anamnestische Angaben wie eine mangelnde Energie und Antriebslosigkeit sowie starke Konzentrationsstörungen. Ein psychiatrischer Befund finde sich darin nicht.

Eine posttraumatische Belastungsstörung sei als Folge von Kriegserlebnissen diagnostiziert worden. In der Anamnese seien ebenfalls Kriegserlebnisse beschrieben worden. Weiter werde eine antidepressive Therapie erwähnt ohne Angabe des Medikamentes und der Dosierung. Ebenso lasse sich der durchgeführte Test nicht nachvollziehen (S. 2 f.). Gemäss dem Bericht von Dr. B.____ aus dem Jahr 2010 habe die Beschwerdeführerin damals nicht von belastenden Kriegserlebnissen berichtet.

Die Schulter- und Ellenbogenbeschwerden seien im Bericht vom 1. Dezember 2016 als deutlich gebessert beschrieben worden. Diese begründeten daher keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit. Gemäss dem Bericht von Dr. O.____ vom 25. Februar 2017 bestehe auf orthopädischem Gebiet keine Arbeitsunfähigkeit. Eine weitere Abklärung halte er für nicht erforderlich. Er habe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % aus dem Bericht der Psychologin übernommen und als psychiatrisch bedingt interpretiert. (S. 3 oben). An der Stellungnahme vom 28. Juni 2017 sei festzuhalten (S. 3 Mitte).

E. 4.7

Lic. phil. Q.____ und Dr. P.____ nahmen am 28. November 2017 zu Fragen der Beschwerdeführerin Stellung (Urk. 3/1). Sie führten zum Bericht von Dr. B.____ vom 29. Juni 2010 aus, Hinweise für die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung hätten schon zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. B.____ vorgelegen (Flashbacks, Hyperarousals sowie Schlaf- und Konzentrationsstörungen). Diese seien als solche jedoch nicht erkannt und in einen Zusammenhang mit der Vorgeschichte der Patientin gebracht worden (Kriegserlebnisse, S. 1 Ziff. 1). Damals sei keine Anamnese durchgeführt worden. Einzig die soziale Situation sei im Bericht von Dr. B.____ erwähnt worden. Für die Patientin habe somit kein Anlass bestanden, die Kriegserlebnisse zu erwähnen. Die Traumata der Beschwerdeführerin seien sehr schambehaftet.

E. 5.1

Zum Zeitpunkt der letztmaligen Prüfung eines Rentenanspruches war die Beschwerdeführerin nach einer Quetschung des linken Zeigefingers mit offener Fraktur des distalen Phalanxkranzes und aufgrund einer Glaskörperblutung des rechten Auges vorübergehend in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Ab dem 6. September 2010 und erneut ab Ende November 2010 bestand für Tätigkeiten, die kein dreidimensionales Sehen erfordern, wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (E. 3.4-3.6 hiervor). Die Kriterien für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung waren nicht erfüllt, nachdem zu diesem Zeitpunkt lediglich der Arbeitsunfall vom 14. Januar 2010 als mögliche Ursache der Störung bekannt war (vgl. E. 5.2 nachfolgend).

Nach der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin diagnostizierte Dr. M.____ von somatischer Seite eine Epicondylopathia humeri radialis links und einen Verdacht auf ein subacromiales Impingement links (E. 4.1 hiervor). Von psychiatrischer Seite stellten Dr. P.____ und lic. phil. Q.____ erneut die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Weiter diagnostizierten sie eine rezi dividierende mittelgradige depressive Episode (E. 4.3 und 4.4 hiervor).

Die Beschwerdeführerin ist neu seit dem 1. Februar 2015 mit einem Teilzeit-pensum von 50 % als Mitarbeiterin Produktion bei der A.____ angestellt (Urk. 12/32/1-2 Ziff. 2.1-2.3).

E. 5.2

Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 setzt voraus, dass sie mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentartigem Ausmass auftritt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren können die Schwelle zur Entwicklung dieses Syndroms zwar senken und den Verlauf erschweren, sind aber weder notwendig noch ausreichend, um dessen Auftreten erklären zu können.

Eine weniger einschränkende Formulierung des Belastungskriteriums und damit die Berücksichtigung von Ereignissen, die weder eine aussergewöhnliche Bedrohung noch eine Katastrophe darstellen, dennoch aber im Erleben einer versicherten Person eine Traumatisierung auslösen können, mag therapeutisch Sinn machen. Dasselbe gilt für eine weniger einschränkende Formulierung der zeitlichen Latenz mit Berücksichtigung von einem erst lange nach den traumatischen Ereignissen beginnendem Krankheitsverlauf. Hingegen verlangt die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung zwangsläufig eine gewisse Objektivierung, weshalb solche Konstellationen ausser Betracht bleiben müssen (Urteile des Bundesgerichts 9C_228/2013 vom 26. Juni 2013 E. 4.1.2 und 4.1.3 und 9C_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.3; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 9C_682/2013 vom 25. Februar 2014 E. 3.4.2).

E. 5.3

Hinsichtlich der Beschwerden an der linken Schulter und am Ellenbogen ist darauf hinzuweisen, dass sich diese, wie von Dr. M.____ erwähnt, infolge Physiotherapie bereits gebessert haben (E. 4.1 hiervor). Es ist daher von einer weiteren Besserung auszugehen und es kann mit dem RAD darauf abgestellt werden, dass die Beschwerdeführerin dadurch nicht längerfristig in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein wird. Bezüglich dieser Beschwerden fehlt es daher an einem IV-relevanten Gesundheitsschaden.

Lic. phil. Q.____ und Dr. P.____ bestätigten die von Dr. O.____ gestellte Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms nicht (E. 4.3 und 4.4 hiervor). Nachdem sich der Hausarzt im Bericht vom 25. Februar 2017 nicht weiter zu dieser Diagnose äusserte und er ohnehin auf die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verwies (E. 4.2), lässt sich nicht erkennen, dass die Beschwerdeführerin an einem Fibromyalgiesyndrom leiden könnte.

Lic. phil. Q.____ und Dr. P.____ begründeten die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung neu mit Kriegserlebnissen der Beschwerdeführerin während des Krieges im Kosovo in den 90er-Jahren. Da die Ereignisse aktuell beinahe 20 Jahre zurückliegen, fehlt es jedoch an der von der Rechtsprechung vorausgesetzten zeitlichen Latenz von einigen Wochen oder Monaten zwischen dem Ereignis und der Erkrankung. Weiter ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin auch anlässlich der Untersuchung durch Dr. B.____

im Jahr 2010 nicht über solche Erlebnisse berichtet hatte. Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin erfüllt die von Dr. P.____ und lic. phil. Q.____ gestellte Diagnose die Diagnosekriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung nicht.

Dr. P.____ und lic. phil. Q.____ diagnostizierten sodann eine rezidivierende mittelgradige depressive Episode. Bei ihren Berichten fällt jedoch auf, dass sie die von ihnen attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % einzig im Hinblick auf die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung begründet haben. Die Beschwerdeführerin wäre daher auch nach Einschätzung von Dr. P.____ und lic. phil. Q.____ aufgrund einer allfälligen Depression nicht zusätzlich in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. In den Berichten fehlen Angaben zur Diagnose einer Depression. Ebenso fehlt in den Berichten vom 6. März und vom 4. April 2017 ein ärztlicher Befund (E. 4.3 und 4.4 hiervor). Die Diagnose einer Depression lässt sich damit in keiner Weise nachvollziehen. Anzuführen ist, dass es sich bei Dr. P.____ nicht um einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie handelt. Eine Veranlassung für weitere medizinische Abklärungen besteht nicht.

Die Berichte von Dr. P.____ und lic. phil. Q.____ lassen demnach nicht auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin schliessen, zumal die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bereits zum Zeitpunkt der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom Juni 2011 ausgeschlossen worden war.

E. 5.4

Zusammenfassend kann mit den medizinischen Akten nach der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin aus somatischer oder psychiatrischer Sicht nicht auf eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes geschlossen werden. Namentlich ist die Beschwerdeführerin nicht aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt.

Mangels einer gesundheitlichen Verschlechterung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 30. Oktober 2017 zu Recht verneint. Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtmässig. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

E. 6

Da es 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). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 700.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des

Bundes-gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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, zuzu-stellen.

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

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