

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01349 vom 14. August 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01349

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01349 du 14 août 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01349 del 14 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 All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 kom menden ausge glichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Auf das neue Leistungsbegehren der Versicherten vom 25. Oktober 2011 trat die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, mit Verfügung vom 25. Mai 2012 nicht ein (Urk. 5/108). Die dagegen von der Versicherten am 27. Juni 2012 erhobene Beschwerde (Urk. 5/110/3-11) hiess das Sozialver siche rungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 12. Mai 2014 gut und wies die Sache an die IV-Stelle zurück, damit sie auf die Neuanmeldung der Versicherten vom 25. Okto ber 2011 eintrete und nach Vornahme der notwendigen Ab klä run gen über deren Leistungsanspruch verfüge (Urk. 5/139/14). Danach holte die IV-Stelle beim Psychiater der Versicherten, Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und

bei den weiteren behandelnden Ärzte n Berichte ein (Urk. 5/ 151- 152, Urk. 5/157). Alsdann teilte sie der Versicherten am 1. Dezember 2014 mit, dass eine polydisziplinäre Unter suchung (allgemeine-innere Medizin, Psychiatrie, Neurolo gie) notwendig sei (Urk. 5/159). Die Untersun gen fanden am 26. und 27. Januar 2015 in der Ab klärungsstelle C.____ statt (Urk. 5/165). Die C.____ erstattete ihr Gutachten am 30. April 2015 (Urk. 5/176). Mit Schreiben vom 14. Dezember 2015 auferlegte die IV-Stelle der Versicherten eine Mitwirkungspflicht. Sie wies sie darauf hin, dass der Anspruch auf eine Invalidenrente erst nach Absolvierung einer inten siven fachpsychiatrischen Therapie bei einem ihrer Sprache mächtigen Therapeu ten inklusive regelmässiger Medi kamentenspiegel-Überprüfung geprüft werde (Urk. 5 /182). Die Versicherte liess der IV-Stelle am 18. Januar 2016 mitteilen, dass sie die Therapie bei Dr. B.____ absolvieren werde (Urk. 5/186). In der Folge holte die IV-Stelle den Bericht von Dr. B.____ vom 9. Juli 2016 ein (Urk. 5/187).

Her nach kündigte sie der Versicherung mit Vorbescheid vom 2. Dezember 2016 die Abweisung ihres Leistungsbegehrens an (Urk. 5/198). Dagegen erhob die Versicherte am 20. Februar 2017 Einwand (Urk. 5/214). Nach Prüfung des Einwandes wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten mit Verfügung vom 7. November 2017 ab (Urk. 2).

E. 1.2.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

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

E. 1.2.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE

141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegünstigenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.2.3

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regel fall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3) - Komplex "Gesundheitsschädigung" (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex "Sozialer Kontext" (E. 4.3.3) - Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

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

E. 1.3

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 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades 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 der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad 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 zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerde fall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 8. Dezember 2017 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. Januar

2018 Abweisung der Beschwerde (Urk. 4, unter Beilage der IV-Akten [Urk. 5/1-237]).

Mit Replik vom 16. Mai 2018 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (Urk. 9). Die Beschwerdegegnerin erklärte mit Eingabe vom 31. Mai 2018, dass sie auf eine Duplik verzichte (Urk. 11). Dies wurde der Beschwerdeführerin am 1. Juni 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 12).

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2017 erwoh die Beschwerdegegnerin, die C.____-Gutachter hätten der Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Aus rechtlicher Sicht sei jedoch festzuhalten, dass kein schweres psychisches Leiden habe festgestellt werden können. Die psychosozialen Belastungsfaktoren stünden im Vordergrund und die Therapieoptionen seien nicht ausgeschöpft. Es liege keine Therapieindikation vor. Die auferlegte Schadenminderungspflicht sei nicht erfüllt worden. Aus rechtlicher Sicht bestehe daher kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2 S. 2).

Mit der Beschwerdeantwort

führte die Beschwerdegegnerin überdies aus, dass aus dem C.____-Gutachten zahlreiche psychosoziale Belastungsfaktoren hervorgehen würden, welche die Beschwerdeführerin stark belasten würden. Die bei der Begutachtung erhobenen objektiven Befunde seien absolut unauffällig gewesen, was im Widerspruch zu den geltend gemachten Einschränkungen stehen würde und gegen einen schweren psychischen Gesundheitsschaden spreche. Auch hätten bei der Begutachtung Hinweise auf eine Symptomverdeutlichung bestanden und ein Test zur Detektion von Aggravation/Simulation sei positiv ausgefallen. Sodann stehe auch das weiterhin hohe Aktivitätsniveau im privaten Bereich mit ständiger Erledigung des Haushalts, Einkaufen, genauem Verfolgen der Nachrichten, Kartenspielen sowie regelmässigen Reisen ins Ausland im Widerspruch zu den geltend gemachten Einschränkungen im erwerblichen Bereich. Schliesslich würde die Tatsache, dass in Bezug auf das psychische Leiden noch nie eine stationäre Behandlung stattgefunden habe, ebenfalls gegen einen schweren psychischen Gesundheitsschaden sprechen (Urk. 4).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin bringt demgegenüber im Wesentlichen vor, dass aufgrund der Gutachten der D.____ AG vom 30. Juni 2011 (Urk. 5/76) und der C.____ eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes erstell sei (Urk.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

und 3.2 sowie 130 V 352 E.

E. 3.2.1

Im Rahmen der Neuanmeldung der Beschwerdeführerin

vom 25. Oktober 2011 sind folgende medizinische Gutachten aktenkundig:

E. 3.2.2

Die D.____-Gutachter stellten in ihrem Gutachten vom 30. Juni 2011 (Urk. 5/76) die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 5/76/18-19, Urk. 5/76/31, Urk. 5/76/40-41): - rezidivierende depressive Störung, mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1 G) - Status nach Blow-in-Fraktur des rechten Mittelgesichts vom 14. März 2009 (Stückfraktur des rechten Os zygomaticum. Impressionsfraktur der Orbita unter Beteiligung der lateralen Orbitawand und des Orbitabodens, der Fissura infraorbitalis sowie der ventralen und lateralen Kieferhöhlenwand, multiple kleine Stückfragmente mit Aufspießung des Musculus rectus lateralis), keine intrakranielle oder cervikale Verletzung. Status nach Reposition und Osteosynthese des Jochbeins rechts, Orbitabodenrevision und -plastik vom 17. März 2009 - residuale, unfallkausale traumatische Schädigung des N. maxillaris rechts mit persistierender Allodynie und neuralgischem Schmerz - residueller, unfallkausaler, anhaltender Oberkieferschmerz im Sinne eines Nozizeptorenschmerzes, überwiegend wahrscheinlich myofascial mit myoarthropathischem Kieferschmerz rechts - inkompensierende Hyperphorie rechts (bis Hypertropie im Abblick) bei Rectus-inferiorparese rechts, Fusion im Gebrauchsblickfeld (zum Teil Diplopie im Abblick). Status nach Augenmuskeloperation 2011. Geringe Refraktionsanomalie (korrigiert).

Der Gesamtbeurteilung der D.____-Gutachter kann entnommen werden, dass aus neurologischer Sicht seit der operativen Versorgung der am 14. März 2009 erlittenen Blow-in-Fraktur des rechten Mittelgesichts unfallkausal eine residuale traumatische Schädigung des N. maxillaris rechts mit persistierender Allodynie und neuralgischem Schmerz sowie überwiegend wahrscheinlich unfallkausal ein anhaltender Oberkieferschmerz im Sinne eines Nozizeptorenschmerzes, überwiegend wahrscheinlich myofascial unfallkausal mit myoarthropathischem Kieferschmerz rechts, bestünden. Allenfalls teilweise unfallkausal sei hingegen ein leichter zervikozephaler, myofascial vermittelter Kopfschmerz zu beschreiben. Zusätzlich sei seitens der Augenklinik des G.____ eine inkompensierende Hyperphorie rechts (bis Hypertropie im Abblick) bei Rectus-inferiorparese rechts zu konstatieren. Bei Status nach Augenmuskeloperation anfangs 2011 sei mittlerweile die Fusion im Gebrauchsblickfeld wiedererlangt worden. Es bestehe jedoch noch Diplopie im Abblick insbesondere bei Blick nach unten rechts (Urk. 5/76/19).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin führten die D.____-Gutachter aus, aufgrund der gemischten leicht bis mittelgradigen Gesichtsschmerzsymptomatik sei eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 20 % begründbar. Nach mittlerweile zweijährigem Verlauf sei ein Endstadium erreicht (Urk. 5/76/20). Aus psychiatrischer Sicht führe die unfallunabhängige - rezidivierende depressive Störung der Beschwerdeführerin zu einer

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 5/76/33). Die Beschwerdeführerin sei wegen der mit dem psychischen Krankheitsbild einhergehenden Beeinträchtigung psychischer Grundfunktionen nur in der Lage, ihrem körperlichen Belastungsprofil und ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprechende Tätigkeiten sechs Stunden täglich zu verrichten. Eine darüber hinausgehende Minderung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht. Lediglich beim Auftreten von Panikattacken könne es kurzzeitig zu einer vorübergehenden weiteren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kommen (Urk. 5/76/34).

E. 3.2.3

vorstehend) ist ferner zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin gemeinsam mit ihrem Ehemann Schulden in der Höhe von Fr. 400'000.-- sowie Schulden in der Höhe von Fr. 50'000.-- auf ihren Namen hat. Dazu hielt die Beschwerdeführerin fest, dass zwar Betreibungen laufen würden, die aktuell jedoch gestoppt seien, da sie kein ausreichendes Einkommen habe und von der Sozialhilfe lebe (Urk. 5/176/52).

Bezüglich des beweisrechtlich entscheidenden Aspekts der verhaltensbezogenen "Konsistenz" kann angesichts des Tagesablaufs/Alltags der Beschwerdeführerin, wozu namentlich das Verfolgen der Nachrichten im Fernsehen am Morgen, die Erledigung von Haushaltsarbeiten wie Staubsaugen, Geschirrabspülen, Kochen des Abendessens für die Tochter, und - bis ca. Sommer 2014 - der regelmässige Besuch eines politischen Lokals der kurdisch-alevitischen Gemeinde gehörte (vgl. Urk. 5/176/52-53), nicht von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen gesprochen werden. Laut dem C.____-Gutachter bestanden zudem Hinweise auf eine Symptomverdeutlichung beziehungsweise Inkonsistenzen (Urk. 5/176/54). Die bereits angeprochenen bislang unter nommenen psychiatrischen Behandlungsbemühungen lassen überdies nicht auf einen erheblichen Leidensdruck im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung schliessen. 4. 3. 3

Unter Berücksichtigung der beachtlichen Standardindikatoren, insbesondere der Inkonsistenzen zwischen den angegebenen Einschränkungen und dem tatsächlichen Aktivitätsniveau, der ausbaufähigen Behandlungsbemühungen, der lediglich leichten Komorbiditäten und des Vorhandenseins eines Ressourcenpotentials, sind im Vergleich zu den Berichten vor der Verfügung der IV-Stelle A.____

vom 19. Februar 2010 (Urk. 5/72) keine erheblichen zusätzlichen funktionellen Auswirkungen der geklagten psychischen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Aus rechtlicher Sicht ist daher von der medizinischen Einschätzung der C.____-Gutachter zur Arbeitsfähigkeit abzuweichen (vgl. dazu

BGE 140 V 193 E.

E. 3.2.4

In seinem Bericht vom 9. Juli 2016 führte Dr. B.____ als psychiatrische Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, schwankend zwischen mittelgradigen und schweren Episoden (ICD-10: F33.11, 33.2) an (Urk. 5/187/6). Der Krankheitsverlauf habe sich mittlerweile bereits chronifiziert. Die Prognose sei nicht gut. Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht weiterhin zu 80 % arbeitsunfähig. Die Beschwerdeführerin könne nur in geschütztem Rahmen ein paar Stunden beschäftigt

werden, um ihrem sozialen Rückzug entgegen zu wirken (Urk. 5/187/8). 4. 4.1

Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Erlass der leistungsverneinenden Verfügung der IV-Stelle A.____

vom 19. Februar 2010 (Urk. 5/72) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2017 (Urk. 2) erheblich verschlechtert hat. 4.2

Was den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht be trifft, so hielten die C.____ -Gutachter, deren Expertise auf den erforderlichen fach ärztlichen Untersuchungen (allgemeininternistisch, neurologisch und psychiatrisch) beruht, fest, dass bei der internmedizinischen Untersuchung lediglich ein verschärftes Atemgeräusch mit längerem Ausatmen - wie bei COPD nach jahre langem Nikotinabusus - aufgefallen sei. Sodann habe in der neurologischen Untersuchung bezüglich der am 14. März 2009 erlittenen Gesichtsschädelfraktur nur eine diskrete Hypästhesie und leichte Hyperpathie mit Allodynien periorbital festgestellt werden können, was ohne relevante medizinische Bedeutung bleibe. Somit könne davon ausgegangen werden, dass die Folgen dieser Unfalls weitgehend ausgeheilt seien (Urk. 5/176/37).

Diese Beurteilung der C.____ -Gutachter ist angesichts der genannten Befunde nach vollziehbar und unbestritten (vgl. Urk. 1, Urk. 9). Eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands aus somatischer Sicht ist daher zu verneinen. 4.3

4.3.1

Alsdann hielten die C.____ -Gutachter zwar fest, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychischer Sicht zu 40 % eingeschränkt sei (Urk. 5/176/38-39). Es ist aber im Folgenden zu prüfen, ob in Anwendung der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE

141 V 281 zu unterziehen sind (vgl. E. 1.2.2), auf eine invalidisierende Wirkung des psychischen Leidens der Beschwerdeführerin geschlossen werden kann. 4.3.2

Was den Komplex "Gesundheitsschädigung" anbelangt, so hielt der psychiatrische C.____ -Gutachter fest, dass unter Berücksichtigung des gesamten klinischen Eindrucks, des von der Beschwerdeführerin beschriebenen Tagesablaufs, dem beobachtbaren Verhalten und trotz Hinweisen auf eine verdeutlichende Symptomdarstellung eine klinisch relevante depressive Symptomatik bestehe. Diese sei nur mit einer gewissen diagnostischen Unschärfe als eine leicht bis mittelgradige depressive Episode darstellbar. Bezüglich der psychiatrischen Behandlung ist darauf hinzuweisen, dass sich die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben seit 2009 alle zwei Wochen zu Dr.

B.____ in die Gesprächstherapie begibt und von diesem Fluoxetin® verschrieben bekommt. Bis März 2014 war sie zudem einmalig für neun Wochen im Medizinischen Zentrum S.____ in tagesklinischer Behandlung (Urk. 5/176/51, Urk. 5/176/53). Der C.____ -Gutachter führte dazu aus, dass trotz der langjährigen depressiven Störung bisher neben der ambulanten Therapie und der einmaligen für neun Wochen durchgeführten tagesklinischen Behandlung keine stationären Aufenthalte stattgefunden hätten (Urk. 5/176/58-59). Gerade in Bezug auf den nur wenig strukturierten Tagesablauf der Beschwerdeführerin seien daher noch nicht alle Behandlungsoptionen einer leitlinien gerechten integrierten psychiatrischen Therapie ausgeschöpft (Urk. 5/176/59). Nach diesen Ausführungen vermag es somit nicht zu überzeugen, dass der Gutachter die Depressivität am Ende seiner Beurteilung als

psychiatrische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer bezeichnet hat (Urk. 5/176/59). Der Gutachter hielt weiter fest, dass anamnestisch eine post-traumatische Belastungsstörung nach Gefängnis aufenthalt mit stattgehabter Folterung und Erniedrigung bestehen würde. Die Beschwerden seien im Verlauf aber schrittweise in den Hintergrund getreten. Aktuell lasse sich zudem kein Vermeidungsverhalten der Beschwerdeführerin mehr eruieren (Urk.

5/176/56). Alsdann seien die Angstattacken zu erst nach dem Unfall mit Gesichtsfaktur im März 2009 im Zusammenhang mit der bis heute anhaltenden depressiven Symptomatik aufgetreten (Urk.

5/176/56). Insofern sei davon auszugehen, dass die diagnostizierte paroxysmale Panikstörung im Rahmen der affektiven Störung zu sehen sei (Urk. 5/176/56-57). Schliesslich hielt der C.____-Gutachter fest, dass bezüglich der chronifizierten Schmerzsymptomatik im Bereich des Nackens, der Schultern, der rechten Flanke mit Ausstrahlung ins rechte Bein sowie der chronifizierten Gesichtsschmerzen eine Diagnosestellung aus heutiger Sicht nicht mehr mit ausreichender Sicherheit möglich sei (Urk.

5/176/57). Allemal fehlt bei den Ausführungen des Gutachters zur Schmerzsymptomatik ein expliziter Bezug zum Schweregrad (vgl. BGE 142 V 106 E).

4.2). Eine ausgeprägte psychiatrische Komorbidität ist mit Blick auf die erwähnten Diagnosen daher nicht gegeben. Eine somatische Komorbidität liegt ebenfalls nicht vor, wobei insbesondere darauf hinzuweisen ist, dass laut den C.____-Gutachtern die Folgen des Unfalls vom 14. März 2009 weitgehend ausgeheilt sind (Urk. 5/176/37).

Was den Komplex "Persönlichkeit" betrifft, so ist zu bemerken, dass laut C.____-Gutachter bei der Beschwerdeführerin deutlich erkennbare Ressourcen vorhanden sind (Urk. 5/176/59). Die Beschwerdeführerin selbst führte aus, dass sie vor dem Unfall vom 14. März 2009 eine fleissige, intelligente, aktive und gesellige Person und sehr leistungsfähig gewesen sei (Urk. 5/176/50-51).

Im Zusammenhang mit dem Komplex "Sozialer Kontext" ist zu beachten, dass sich die Kontakte der Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben auf die Kernfamilie beschränken würden. Die Ausnahme sei ein telefonischer Kontakt mit einer alten Freundin alle paar Monate. Bis zum Sommer (2014) sei sie auch in ein politisches Lokal mit Mitgliedern der kurdisch-alevitischen Gemeinde gegangen. Wie den weiteren Ausführungen der Beschwerdeführerin zu entnehmen ist, erfolgte ihr Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben im Rahmen der kurdisch-alevitischen Gemeinde, weil ihr Ehemann eine Beziehung zu einer Frau aus diesem Lokal pflegte (Urk. 5/176/53). Nebst den von den C.____-Gutachtern erwähnten zahlreichen psychosozialen Aspekten (E.

E. 3.3

). 4.4

Aus dem Bericht von Dr. B.____ vom 9. Juli 2016 (Urk. 5/187) können bezüglich der Standardindikatoren keine weiteren entscheidungsrelevanten Hinweise entnommen werden. Die Beschwerdeführerin gab bei Dr. B.____ an, dass sie wegen Müdigkeit und Schlaflosigkeit unfähig sei, eine Tagesstruktur einzuhalten (Urk. 5/187). Gegenüber dem C.____-Gutachter nannte sie jedoch eine Vielzahl von Aktivitäten (vgl. Urk. 5/176/52-53). Dr. B.____ wies zudem auf die Krankheit der Schwester der Beschwerdeführerin hin, welche die Beschwerdeführerin belastet. Hierbei handelt es sich um einen psychosozialen Faktor.

Dr. B.____ führte sodann aus, dass die Beschwerdeführerin nur in geschütztem Rahmen ein paar Stunden beschäftigt werden könne, um ihren sozialen Rückzug entgegen zuwirken (Urk. 5/187/8).

Dazu ist zu erwähnen, dass der soziale Rückzug der Beschwerdeführerin aus der kurdisch-alevitischen Gemeinde wegen ihrem Ehemann erfolgte (Urk. 5/176/53). Schliesslich ist hinsichtlich seiner Beurteilung auch auf die Erfahrungstatsache

hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte und medizinische Fachpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Verantwortung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen (vgl. BGE 125 V 35 1 E. 3b/cc). 4.5

Es ist somit festzuhalten, dass zwischen dem Erlass der anspruchsverneinenden Verfügung der IV-Stelle A.____

vom 19. Februar 2010 (Urk. 5/72) und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2017 (Urk. 2) keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Sodann liegen auch keine Anhaltspunkte dafür vor, dass eine erhebliche Veränderung der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands eingetreten sein könnte (vgl. E. 1.4). Ein Anspruch auf eine Rente ist daher nach wie vor zu verneinen (vgl. E. 1.3).

5 .

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 8 00.-- festzusetzen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christos Antoniadis - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstHübscher

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 9

S. 3). Alsdann habe sie die ihr von der Beschwerdegegnerin auftragene fachpsychiatrische Therapie durchgeführt. Als Therapie habe Dr. B.____ psychotherapeutische Gespräche und Psychophar maka angegeben (Urk. 1 S. 4). Dr. B.____ habe sodann ausgeführt, dass sie seit Jahren an Depressionen leide, welche sich nach einem einschneidenden Unfall und darauffolgenden Operationen langsam entwickelt hätten. Der Krankheitsverlauf habe sich mittlerweile chronifiziert und die Prognose sei nicht gut. Sie könne nur in geschütztem Rahmen ein paar Stunden beschäftigt werden, um dem sozialen Rückzug entgegenzuwirken (Urk. 1 S. 5). Trotz der von der Beschwerdegegnerin verlangten Therapie und einer Umstellung der Medikation habe sich ihr Gesundheitszustand seit der Begutachtung im C.____ vor rund zweieinhalb Jahren nicht verbessert (Urk. 1 S. 8).

3. 3. 1

3.1.1

Beim Erlass der Verfügung der IV-Stelle A.____ vom 19. Februar 2010 (Urk. 5/72) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt: 3. 1 .2

Im Arztbericht vom 29. September 2008 diagnostizierte Dr. med. T.____ , Facharzt für Urologie, einen Status nach Hepatitis B, Leber häman giome, eine unklare parenchymatiöse Neubildung in der Leber (beginnende Leber zirrrose), einen Status nach Nierenkoliken links Mai 2005 und Oktober 2005 und rechts anfangs 2008, einen Status nach Eisenmangelanämie, eine COPD, eine ASS-Allergie, eine Reizdarmsymptomatik sowie eine persistierende Mikro häma turie (Urk. 5/14). 3.1.3

Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, welcher die Be schwerdeführerin vom 11. Juni 2001 bis 6. Dezember 2005 und wieder ab 28. Januar 2008 behandelte, nannte im Arztbericht vom 26. März 2009 die Dia gnosen depressive Verstimmung mit Angst, mehrere Leberrundherde un klarer Genese, Differentialdiagnose (DD): Adenom, Malignom, chronische Hepatitis B und chronisches Lumbovertebralsyndrom (Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) sowie Status nach Nierenkolik links (Urk. 5/43/2). Seit mehre ren Monaten be stünden persistierende, an Grösse zunehmende Leberrundherde un klarer Genese. Die Beschwerdeführerin habe dadurch eine Depression mit Angst entwickelt, da mehrere Familienangehörige an einem Hepatom oder einer Leber

zirrhose verstorben seien. In ihrer bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin - im Restaurant Z.____ GmbH (vgl. Arbeitgeberfragebogen, Urk.

5/40/2) - sei die Beschwerdeführerin seit dem 30. September 2008 bis auf weiteres zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 5/43/3). In seinem Verlaufsbericht vom 26. November 2009 schrieb Dr. E.____, nach erfolgter Rehabilitation wegen Unfall sei die Beschwerdeführerin in einer leichten, wechselbelastenden, psychisch nicht allzu strengen Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 5/60/1-2). 3.1.4

Dem Bericht des F.____, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Departement für Innere Medizin, vom 25. Mai 2009 sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen (Urk. 5/49/1): - Status nach Hepatitis B - keine Hinweise für das Vorliegen einer Leberzirrhose - mehrere, bildgebend (CT, MRI) nicht-malignitätsverdächtige befunde konstante Leberläsionen - Hepatomegalie und Lebersteatose, DD: nicht-alkoholische Fettleber - Tumormarker (AFP, Ca 19-9 und CEA) normwertig - Laktoseintoleranz - Status nach Nierenkoliken links Mai 2005 und Oktober 2005 und rechts Anfangs 2008 - Status nach Eisenmangelanämie mit/bei - Hämatochezie bei Hämorrhoiden, Status nach Ligatur am 16. März 2004 - Status nach Analfissur bei 6 Uhr (April 2004) - axiale Hiatushernie (Juni 2003) - Uterus myomatosus - COPD bei persistierendem Nikotinabusus (kumulativ 30py) - ASS-/Reovist-Allergie 3.1.5

Die Ärzte des G.____ stellten im Bericht vom 4. Juni 2009 als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine dislozierte Jochbein- und Jochbogenfraktur rechts mit Orbitabodenbeteiligung (Urk. 5/50/2). Die Beschwerdeführerin sei vom 16. bis 21. März 2009 behandelt worden. Für den Zeitraum von 14. März bis 24. April 2009 attestierten sie ihr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 5/50/3). Am 27. Oktober 2009 berichteten sie über die weitere Behandlung der Beschwerdeführerin bis 13. Oktober 2009. Nach Austritt aus dem G.____ habe die Beschwerdeführerin über persistierende Schmerzen geklagt. Die Hyposensibilität im Versorgungsbereich des Nervus (N.) infraorbitalis rechts habe sie ebenfalls als sehr störend empfunden. Die klinische Untersuchung habe immer reizlose Wundverhältnisse, keine Anzeichen für Entzündung und lediglich eine leichte persistierende Schwellung der Wange rechts gezeigt (Urk. 5/59/1). Gemäss den Ärzten des G.____ waren die Befunde der postoperativen augenärztlichen und orthoptischen Untersuchung und der intraoperativen Inspektion bei der Osteosynthese materialentfernung wie auch diejenigen der bildgebenden Untersuchungen (konventionelle Röntgenbilder, Computertomogramm, Magnetresonanztomografie) unauffällig (Urk. 5/59/1 2). 3.1.6

In ihrem Bericht vom 21. September 2009 diagnostizierten die Dres. med. H.____, Chefarzt, I.____, Oberarzt, und J.____, Assistenzarzt, von der Psychiatrie A.____, Kantonsspital A.____, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1, bestehend seit Frühjahr 2009), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4, bestehend seit „2007?“) sowie Panikattacken (ICD-10: F41.0, bestehend seit März 2009; Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, Urk. 5/56/2). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bezeichneten sie eine Gastritis und rezidivierende Harnwegsinfekte, welche seit einigen Jahren bestehen würden (Urk. 5/56/2). Bei der Beschwerdeführerin bestünden eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit - die Beschwerdeführerin sei gedanklich abwesend - sowie Niedergeschlagenheit, ein vermindertes Energieniveau und eine verminderte Motivation. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Serviceangestellte sei die Beschwerdeführerin seit Mai 2009 bis auf weiteres zu 75 % arbeitsunfähig (Urk. 5/56/3). 3.1.7

Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) gelangte am 21. Dezember 2009 zum Schluss, dass ein bleibender Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht ausgewiesen sei (Urk. 5/61/3). RAD-Arzt Dr. L.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 10. Februar 2010 sodann fest, die mittelgradige depressive Symptomatik der Beschwerdeführerin stehe in einem engen zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall vom 14. März 2009 und seinen Folgen (Gesichtsverletzung, mehrfache Operation) und könne nicht als eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild angesehen werden, zumal eine frühere entsprechende psychiatrische Anamnese fehle. Erfahrungsgemäss seien derartige im Zusammenhang mit Unfällen auftretende psychische Reaktionen als Anpassungsstörung (in diesem Fall als längere depressive Reaktion gemäss ICD-10 F43.21) einzustufen, gut behandelbar und die Prognose sei gut, falls nicht soziale Faktoren die Therapie erschweren würden oder sich ein wesentlicher Krankheitsgewinn entwickle. Anpassungsstörungen würden keinen dauerhaften psychischen Gesundheitsschaden darstellen. Die an deren genannten Diagnosen (somatoforme Schmerzstörung und Panikattacken) würden nicht mit entsprechenden Symptomen und Befunden beschrieben und seien damit nicht ausgewiesen (Urk. 5/71/1).

E. 14

in Syrien ums Leben gekommen. Ein Onkel sei an den Folgen einer Lebererkrankung gestorben. Der Bruder habe sich wegen Echinokokken einer Operation an der Leber unterziehen müssen. Schliesslich sei der Bruder der Mutter an Leberzirrhose gestorben. Die Beschwerdeführerin selbst habe abdominale Beschwerden entwickelt. In diesem Rahmen seien Adenome festgestellt worden, was die Beschwerdeführerin als Vorstufe zum Krebs interpretiert habe. Sie habe insgesamt drei Suizidversuche hinter sich. Die festgestellte mittelgradige depressive Episode sowie das chronische Schmerzerleben würden die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit deutlich einschränken. Andererseits sei bisher keine konsequente stationäre Behandlung erfolgt, weswegen hier noch eine gesundheitliche Besserung zu erwarten sei (Urk. 5/176/38).

Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin führten die C.____-Gutachter sodann aus, dass die Beschwerdeführerin

für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Verkauf und im Service aktuell zu 60 % arbeitsfähig sei. Es sollte berücksichtigt werden, dass die externen Stressoren, wie Zeit- und Termindruck sowie insbesondere häufiger und anspruchsvoller Kundenkontakt und unübersichtliche/schwierige Team situationen, Nacharbeit etc. zu vermeiden seien, da die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie die Durchhaltefähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der reduzierten Stresstoleranz dann zusätzlich eingeschränkt würden (Urk. 5/176/38).

In einer Verweisungstätigkeit sei die Beschwerdeführerin aktuell ebenfalls zu 60 % arbeitsfähig. Es sei davon auszugehen, dass unter einer leitliniengerechten Therapie im stationären Rahmen aufgrund der sonst guten Ressourcen der Beschwerdeführerin noch eine gesundheitliche Verbesserung zu erzielen sei und da mit einhergehend eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich sei (Urk. 5/176/39).