

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01138 vom 14. Juli 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.01138](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01138)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01138 du 14 juillet 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01138 del 14 luglio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn damit glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Die zeitliche Vergleichsbasis für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist, bildet der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung. Der Vergleichszeitraum erstreckt sich grundsätzlich bis zur Prüfung und Beurteilung des Gesuchs, d.h. bis zum Erlass der Verfügung betreffend die Neuanschuldung. Massgeblich für die beschwerdeweise Überprüfung einer Nichteintretensverfügung ist somit der Sachverhalt, wie er sich der Verwaltung bot, respektive die Aktenlage bei Erlass der Verfügung (BGE 130 V 64 E. 5.2.5; Urteil 9C\_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.3.1).

### **E. 1.2**

Zweck der Eintretensvoraussetzung ist es einzig zu verhindern, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 109 V 108 E. 2a). Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind daher herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durch aus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteile des Bundesgerichts I 724/99 vom 5. Oktober 2001 E. 1c/aa, nicht publiziert in BGE 127 V 294, aber in SVR 2002 IV Nr. 10; 8C\_266/2015 vom 29. Juni 2015 E. 2.2; vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C\_183/2016 vom 9. Mai 2016 E. 2.1-2). Entscheidend sein kann bei der Prüfung des Glaubhaftmachens der zeitliche Abstand zwischen Ablehnungsverfügung und Neuanschuldung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_436/2008 vom 29. April 2009 E. 4.2 mit Hinweisen), wobei nach der Bundesgerichtlichen Rechtsprechung bereits nach 15 Monaten keine allzu hohen Anforderungen an die Glaubhaftmachung mehr zu stellen sind (BGE 130 V 64 E. 6.2).

### **E. 1.3**

Verneint die Verwaltung die Glaubhaftmachung einer entsprechenden Tatsachenänderung, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten

(ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen). Wird gegen einen solchen Entscheid Beschwerde erhoben, hat das Gericht

nur zu prüfen und darüber zu entscheiden, ob die Verwaltung zu Recht nicht auf das Leistungsbegehren eingetreten ist. Der richterliche Sachentscheid hat folglich nur den formellen Gesichtspunkt des Nichteintretens durch die untere Instanz zum Gegenstand. Nicht zu befassen hat sich das Gericht hingegen mit allfälligen materiellen Anträgen (BGE 121 V 157 E. 2b, 116 V 265 E. 2a, SVR 1997, UV Nr. 66 S. 225 E. 1a). In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass praxismässig selbst dann ein erneut ablehnender Sachentscheid vorliegen kann, wenn die Verwaltung ein Gesuch formell durch Nichteintreten erledigt hat, weshalb jeweils vorab der rechtliche Gehalt der angefochtenen Verfügung und somit der Prozessgegenstand zu prüfen ist (vgl. dazu BGE 109 V 263 E. 2a, 117 V 8 E. 2b, 120 V 496 E. 1a).

## **E. 2**

Gegen den Nichteintretensentscheid erhob die Versicherte am 2. November 2015 Beschwerde mit dem Antrag, diesen aufzuheben und die Sache zur materiellen Prüfung des Rentenanspruchs ab 1. Dezember 2014 an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1; Beilage Urk. 3). Diese schloss in der Beschwerdeantwort vom 9. Dezember 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit der Replik vom 1. Februar 2016 (Urk. 10) reichte die Versicherte einen weiteren Arztbericht ein (Urk. 11). Die IV-Stelle verzichtete auf eine Duplik (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, mit dem neuen Gesuch sei nicht glaubhaft gemacht, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit Erlass der Verfügung vom 29. Februar 2012 wesentlich verändert hätten. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei bei adäquater leitliniengerechter fachpsychiatrischer Behandlung überwiegend wahrscheinlich, dass keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bzw. dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustands bestehe (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Dem hielt die Beschwerdeführerin in der Beschwerde entgegen, ihr Begehren sei letztmals mit Verfügung vom 13. Mai 2008 gestützt auf das Medas-Gutachten materiell geprüft worden, weshalb jene Verfügung die massgebliche Vergleichsbasis bilde. Inzwischen leide sie an einer chronifizierten mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) sowie an einem chronischen Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.1), d.h. es seien neu psychische Beschwerden mit Krankheitswert aufgetreten. Die behandelnde Psychiaterin habe dies bestätigt und gar eine stationäre Therapie als indiziert erachtet. Zuvor sei sie bereits von Dr. B.\_\_\_\_ psychopharmakologisch behandelt worden. Gemäss diesem habe sich zusätzlich ihre somatische Situation verschlechtert, könne sie doch fast nur noch den linken Arm einsetzen und leide aufgrund der massiven Schmerzen seit Jahren an Schlaflosigkeit. Die körperlichen Folgen seien eine rasche Erschöpfbarkeit und Konzentrationsstörungen. Die Beschwerdegegnerin habe zu hohe Anforderungen an die Glaubhaftmachung gestellt und eine materielle Beurteilung vorweggenommen, wobei zwischen den Referenzzeitpunkten mehr als sieben Jahre liegen würden (Urk. 1 S. 6-9).

### **E. 2.3**

In der Beschwerdeantwort räumte die Beschwerdegegnerin ein, dass im A.\_\_\_\_-Gutachten keine depressive Symptomatik diagnostiziert worden sei, wogegen die von der behandelnden Psychiaterin erhobenen Befunde zum heutigen Zeit auf das Vorliegen einer solchen hindeuten würden. Es handle sich daher nicht lediglich um die Beurteilung desselben Gesundheitszustandes wie er der Verfügung im Jahr 2008 zugrunde gelegen habe. Damit sei zwar eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht, diese sei jedoch nicht erheblich. Das Bundesgericht habe nämlich wiederholt erkannt, dass leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich therapierbar seien und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen würden. Die Annahme einer invalidisierenden Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung bedinge gemäss Rechtsprechung insbesondere, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt werde, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweise. Dafür gebe es vorliegend keine Anhaltspunkte (Urk. 6 S. 2).

#### **E. 2.4**

In der Replik machte die Beschwerdeführerin geltend, bei der Begründung der Beschwerdegegnerin handle es sich bereits um eine materielle Anspruchsprüfung. Indes wäre hierfür zunächst der medizinische Sachverhalt umfassend abzuklären und ein entsprechender Vorbescheid zu erlassen gewesen. Die genannten Bundesgerichtsurteile würden allesamt nach erwerblich-medizinischen Abklärungen einen Leistungsanspruch verneinen. Zu berücksichtigen seien zudem das Schmerzsyndrom sowie das Scheitern der stationären Behandlung. So gehe auch aus dem Bericht der C.\_\_\_\_ hervor, dass es sich um ein anhaltendes, chronifiziertes Krankheitsgeschehen handle. Sie habe somit seit Dezember 2015, spätestens aber seit Juni 2015 Anspruch auf eine unbefristete ganze Rente (Urk. 10 S. 2).

#### **E. 3**

##### **3.3.1**

Soweit es ferner den strittigen rechtlichen Gehalt des angefochtenen Nicht-eintretensentscheids vom 29. September 2015 betrifft, ist ebenfalls festzustellen, dass sich die Beschwerdegegnerin vor dessen Erlass darauf beschränkte, sich mit Bezug auf das Glaubhaftmachen der Leistungsvoraussetzungen vom RAD beraten zu lassen und diesem den neuen psychiatrischen Bericht vorzulegen (vgl. Sachverhalt E. 1). Der RAD stellte dabei im Wesentlichen fest, dass selbst dann kein Rentenanspruch bestehen würde, wenn neu tatsächlich eine mittelgradige depressive Episode bestünde, da zufolge Therapierbarkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen wäre (Urk. 7/87/3). Zum selben Schluss kam in der Beschwerdeantwort der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin, der explizit unter Hinweis auf die bundesgerichtliche Praxis festhielt, eine mittelgradige depressive Episode führe invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, es sei denn, das Leiden erweise sich nach gescheiterter Therapie als resistent, wofür keine Anhaltspunkte bestünden (vgl. E. 2.1). Die Beschwerdeführerin vertritt diesbezüglich die Auffassung, die Beschwerdegegnerin stelle zu hohe Anforderungen an das Glaubhaftmachen und habe, die Untersuchungsmaxime verletzend, bereits einen Sachentscheid getroffen (vgl. E. 2.2 und E.2.4) 3.3.2

Mit der Beschwerdegegnerin ist hervorzuheben, dass eine Sachverhaltsänderung im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV nur erheblich ist, wenn angenommen werden kann, ein

Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände tatsächlich als gegeben erweisen sollten. So kam das Bundesgericht in seinem Urteil 8C\_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 3 zusammengefasst zum Schluss, der behandelnde Psychiater habe zwar neue Diagnosen gestellt und neue Befunde erhoben, die allenfalls Anlass zu weiteren Abklärungen geben könnten. Damit sei jedoch noch nichts über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälern den Veränderung des Gesundheitszustandes ausgesagt. Der Psychiater habe nicht substantiiert dargelegt, inwiefern die von ihm geschilderte psychische Problematik die Arbeitsfähigkeit in einer leistungsgerechten Tätigkeit beeinflussen würde. Er habe aber gewichtige familiäre und soziale Belastungsfaktoren erwähnt. Die Verschlechterung aus invaliditätsfremden Gründen sei indes – unter Hinweis auf BGE 141 281 E. 4.3.3.3 und 127 V E. 5a – zu Recht ausser Acht gelassen worden. In seinem Urteil 9C\_841/2016 vom 8. Februar 2017 E. 3.1 führte das Bundesgericht sogar aus, es könne auf die vorinstanzlichen Erwägungen verwiesen werden, wonach leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur praxisgemäss einzig dann als invalidisierende Krankheit in Betracht fallen würden, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien (zum Ganzen: Urteil 9C\_434/2016 vom 14. Oktober 2016 E. 6.3 mit Hinweisen). Die versicherte Person wende ein, es sei Sache des Mediziners und nicht des Gerichts, sich zu allen fälligen Erfolgchancen einer Therapie oder zu einer Therapieresistenz zu äussern. Der Einwand sei indes unbehelflich, weil es gemäss den verbindlichen vorinstanzlichen Feststellungen überhaupt an einer konsequenten Depressions therapie fehle. Gemäss den Akten hätten lediglich zwei Vorgespräche stattgefunden. In Anbetracht dessen habe das kantonale Gericht ohne Weiterungen vom Fehlen einer invalidisierenden Wirkung der behaupteten mittelgradigen depressiven Störung ausgehen dürfen. Aufgrund dieser rechtlichen Erwägungen stützte das Bundesgericht letztlich in beiden Fällen den Nichteintretensentscheid der IV-Stelle. 3.3.3

Daraus ist zu schliessen, dass es durchaus zulässig und zur Vermeidung letztlich unnützer Abklärungen sinnvoll ist, bereits im Rahmen der Eintretensvoraussetzung nach Art. 87 IVV die behauptete Tatsachenänderung mit Blick auf die Leistungsvoraussetzungen einschliesslich gefestigter Rechtspraxis zu prüfen. Vermag also eine glaubhaft gemachte mittelgradige depressive Episode gemäss Rechtsprechung grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu begründen und finden sich keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass im konkreten Fall eine Ausnahme im Sinne einer Therapieresistenz vorliegen könnte, so ist diesbezüglich von weiteren Abklärungen im Rahmen einer materiellen Anspruchsprüfung abzusehen und ein Nichteintretensentscheid zu fällen (vgl. zur aktuellen Rechtsprechung z.B. BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweisen, Urteile des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C\_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1). Gleiches gilt für eine mittelgradige depressive Episode, welche bei der Prüfung der Standardindikatoren nach der geänderten Schmerzrechtsprechung als psychische Komorbidität berücksichtigt werden soll (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2). All dies muss umso mehr gelten, wenn neu einzig Berichte behandelnder Arztpersonen eingereicht werden, deren Einschätzung mit Blick auf die beweisrechtlich bedeutsame Verschiedenheit von Behandlung-/Therapieauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits besonders sorgfältig zu würdigen sind, da sie erfahrungsgemäss eher zu Gunsten der Patienten lauten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die Argumentation der Beschwerdeführerin betreffend das Beweismass und den rechtlichen Gehalt der Verfügung greift somit nicht.

### **E. 3.1**

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist aufgrund der analogen Anwendbarkeit der in BGE 109 V 262 E. 4a dargelegten Rechtsprechung auch im Neuanmeldungsverfahren von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

### **E. 3.2**

Es ist demnach nicht zu beanstanden, dass im Gerichtsverfahren beide Parteien den 13. Mai 2008 bzw. den Sachverhalt gemäss A.\_\_\_\_-Gutachten als Ausgangspunkt für die Prüfung einer wesentlichen Tatsachenänderung erachteten. Vor Erlass des Nichteintretensentscheids vom 29. Februar 2012 tätigte die IV-Stelle nämlich keine eigenen medizinischen Abklärungen, sondern holte einzig eine Stellungnahmen des RAD zu den eingereichten Arztberichten ein (vgl. Sachverhalt E. 1). Sie liess sich also lediglich im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV von den Sachverständigen beraten. Damit prüfte sie das Leistungsbegehren nur summarisch und beschränkte sich auf das für die Beurteilung der Eintretensvoraussetzung nach Art. 87 IVV Notwendige. Nichts anderes ergibt sich aus den Erwägungen jenes Entscheides. Es handelt sich dabei also nicht um einen versteckten Sachentscheid (vgl. Urk. 7/67).

### **E. 4.1**

Die Beschwerdeführerin machte primär eine Zunahme der psychischen, aber auch der somatischen Beschwerden geltend. Für die glaubhaft zu machende Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen ist dabei einerseits auf den Sachverhalt gemäss A.\_\_\_\_-Gutachten und andererseits auf den Sachverhalt, wie er sich aus den im Verwaltungsverfahren bis zum Erlass der angefochtenen Verfügungen beigebrachten Unterlagen ergibt, abzustellen (vgl. E. 1.1 und 3.2).

#### **E. 4.2.1**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt dazumal im psychiatrischen Teilgutachten fest, das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Die Beschwerdeführerin habe nicht unter lang anhaltenden psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren gelitten, so dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne. Es handle sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung. Möglicher Hintergrund derselben sei die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin erst im Alter von 31 Jahren erstmals einer beruflichen Tätigkeit in

der Schweiz nachgegangen sei und die Arbeit als schwer erlebt habe. Sie könne sich nicht vorstellen, trotz allfälliger Restbeschwerden erneut einer solchen nachzugehen. Es könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Die Beziehung zum Ehemann, den Kindern und der Familie sei nach wie vor gut. Die Beschwerdeführerin lese täglich Zeitungen, Zeitschriften sowie Bücher und unternehme Spaziergänge. Im sexuellen Bereich bestünden keine Schwierigkeiten und die schwangere Beschwerdeführerin freue sich auf ihr Kind. An den Wochenenden pflege sie ausgedehnte soziale Kontakte zu den zahlreichen Verwandten. Bei der psychiatrischen Untersuchung hätten keine psychopathologischen Symptome festgestellt werden können. Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung sowie eines erheblichen sekundären Krankheitsgewinnes sei die Prognose ungünstig.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe somit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit – insbesondere nicht durch die Schmerzverarbeitungsstörung, die keinen Krankheitswert habe. Es bestünden keine Co-Morbidität oder Hinweise auf unbewusste Konflikte, ebenso wenig sei ein primärer Krankheitsgewinn vorhanden. Im Alltag sei die Beschwerdeführerin nicht durch psychopathologische Symptome eingeschränkt (Urk. 7/27/9 f.).

#### **E. 4.2.2**

Gestützt auf das Teilgutachten des Facharztes für Rheumatologie, Dr. med. E.\_\_\_\_, wurde in der Gesamtbeurteilung festgehalten, der Beschwerdeklage entsprechend im Vordergrund stehe die Evaluation aus Sicht des Bewegungsapparates. Bei der Beschwerdeführerin könne ein Funktions- und Belastungsdefizit des rechten Handgelenkes nach dem Unfall vom 27. Juni 2005 festgestellt werden mit damals diagnostischer partieller Ruptur im dorsalen Anteil des TFCC sowie des Ligamentum collaterale carpi ulnae bei spät durchgeführter diagnostischer Handgelenks-Arthroskopie und Kenacort-Instillation im November 2005. Zudem bestehe bei Dysbalance in der Schultergürtelmuskulatur ein chronisches, rechtsbetontes Zervikalsyndrom mit Zervikozephalgien und rechtsseitigen Zervikobrachialgien. Die Beschwerdeführerin gebe dadurch eine subjektiv hohe Einschränkung an und verhalte sich in der Untersuchung auch dement sprechend. Gleichzeitig könnten bei ihr erhebliche Inkonsistenzen festgestellt werden. Sie zeige positiv geprüfte Waddell-Zeichen, keine relevante Muskelatrophie und unbeobachtet eine deutlich höhere Beweglichkeit als während der durchgeführten Bewegungsprüfung.

Körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten mit ungeeigneten Tätigkeitsanteilen seien ihr sicher nicht mehr zumutbar. Darunter falle gestützt auf das Profil gemäss Arbeitgeberbericht mitunter die angestammte Tätigkeit. Aufgrund der vorliegenden, objektiv wenig eindrücklichen Befunde sei ihr jedoch aus Sicht des Bewegungsapparates eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit, ohne häufige Überkopfarbeiten, ohne die Notwendigkeit des kraftvollen Zugreifens der rechten Hand, ohne Tätigkeiten mit diadochokinetischen Bewegungsmustern und ohne monotone Fein- und Sortierarbeiten vollschichtig zumutbar (Urk. 7/27/16 f.).

#### **E. 4.2.3**

Gemäss Konsilium resultierte aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bzw. allgemein für körperlich schwer belastende und mittelschwere Tätigkeiten mit einem relevanten Anteil an unzumutbaren Arbeiten. Körperlich leichte bis mittelschwere, gemäss vorstehendem Zumutbarkeitsprofil adaptierte Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin indes mit einer 100%igen Arbeits- und

Leistungsfähigkeit zumutbar (Urk. 7/27/17). Die Beschwerdeführerin selbst gebe an, vielleicht nach einer erfolgreichen Operation (Ulnaverkürzungs-Osteotomie, vgl. Urk. 7/27/14) wieder arbeiten zu können. Gleichzeitig lasse sich anamnestisch aber eruieren, dass nach der letzten Operation die bestehenden Beschwerden geblieben seien, zusätzlich jedoch noch Schulter-/Arm- und Kopfschmerzen aufgetreten seien. Der Verlauf zeige, dass bei der Beschwerdeführerin nach ihrem kurzen Erwerbsleben rasch eine erhebliche Schmerzverarbeitungsstörung aufgetreten sei, die mit einer ausgeprägten Selbstlimitierung einhergehe und wohl kaum angebar sei. Explizit aus psychiatrischer Sicht sei ihr aber die Willensanstrengung zumutbar, einer somatisch adaptierten Tätigkeit im erwähnten Ausmass nachzugehen. Problematisch sei der hohe sekundäre Krankheitsgewinn, der zur Symptomerhaltung beitrage. So werde die Beschwerdeführerin durch die Schwiegermutter in häuslichen Tätigkeiten entlastet und müsse nicht mehr eine beschwerliche Erwerbstätigkeit aufnehmen (Urk. 7/27/18).

#### **E. 4.3.1**

Zur Glaubhaftmachung einer Tatsachenänderung reichte die Beschwerdeführerin im Verwaltungsverfahren zunächst den Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin und Hausarzt der Beschwerdeführerin, vom 30. Januar 2015 ein. Dieser hielt fest, die Beschwerdeführerin habe immer noch massive Schulter-, Arm- und Handschmerzen rechts. Sie trage permanent eine Schiene und sei beinahe zu 100 % auf den linken Arm angewiesen. Die chronischen Schmerzen und die körperlichen Einschränkungen hätten eine reaktive Depression mit all ihren Symptomen wie Schlaflosigkeit, Antriebslosigkeit sowie Existenzängsten zur Folge. Zudem bestünden eine Schmerzverarbeitungsstörung sowie eine massive posttraumatische Anpassungsstörung. Auf Grund der physischen und psychischen Störung sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig und werde nie eine Stelle finden. Der psychische Zustand habe sich wesentlich verschlechtert, weshalb die Invalidenversicherung den Anspruch auf Invalidenrente neu beurteilen solle (Urk. 7/73).

#### **E. 4.3.2**

Mit Schreiben vom 5. Juni 2015 brachte die Beschwerdeführerin vor, seit mehreren Jahren auch wegen psychischer Beschwerden bei Dr. B.\_\_\_\_ in Behandlung zu stehen. Sie nehme regelmässig Schlaf- und Beruhigungsmittel ein. Nach längerer intensiver Suche infolge Pensionierung ihres ehemaligen Psychiaters und nach gescheiterten Versuchen (Abbruch der Behandlung nach dem ersten Gespräch wegen Sprachschwierigkeiten) sei sie endlich fündig geworden. Die notwendige fachärztliche psychotherapeutische Behandlung mit gezielter Depressions- und Traumatherapie könne am 18. Juni 2015 bei Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, begonnen werden. Sie leide neu an einer lang andauernden reaktiven Depression sowie massiven posttraumatischen Anpassungsstörung und somit psychischen Beschwerden mit Krankheitswert. Zudem könne sie gemäss Dr. B.\_\_\_\_ fast nur noch den linken Arm einsetzen und leide wegen der Schmerzen an Schlaflosigkeit, so dass sich auch die somatische Situation verschlechtert habe (Urk. 7/81).

#### **E. 4.3.3**

Dr. F.\_\_\_\_ teilte der Beschwerdegegnerin am 17. September 2015, mithin also drei Monate nach Behandlungsbeginn mit, die Beschwerdeführerin erst dreimal gesehen zu haben, weshalb eine objektive Beurteilung schwierig sei (Urk. 7/84). In ihrem kurzen Bericht vom 9. September 2015 zuhanden der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin diagnostizierte

sie eine chronifizierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) sowie ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) mit/bei Schulter-, Arm- und Handschmerzen rechts bei einem Status nach Quetschtrauma im Bereich des rechten Vorderarms/Handgelenks. Dazu erhob sie insbesondere folgende „objektiven“ Befunde: leichte Konzentrationsstörungen, im Kontakt unsicher ängstlich und misstrauisch ambivalent, im Denken formal verlangsamt und inhaltlich auf die aktuelle Problematik eingeengt, grübelnd, Zukunftsängste, innerlich leicht gespannt, affektiv mittelgradig deprimiert wirkend, zum Teil ratlos, hilfesuchend und leidend wirkend, Störung der Vitalgefühle und sozialer Rückzug, verminderter Appetit und Schlafstörungen. Daraus schlussfolgerte Dr. F.\_\_\_\_, aufgrund der Chronifizierung, Symptomausweitung und geringen Ressourcen sei das Wiedererreichen der Arbeitsfähigkeit nicht absehbar. Bei Verschlechterung des Zustandes mit Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen, insbesondere durch die depressive Symptomatik und Schmerzen sei eine stationäre Therapie indiziert. Eine schriftliche Anmeldung hierzu sei am 10. September 2015 erfolgt (Urk. 7/86).

#### **E. 4.3.4**

Erst nach Erlass des Nichteintretensentscheids und damit ausserhalb des Vergleichszeitraums unterzog sich die Beschwerdeführerin vom 5. Oktober bis 14. November 2015 einer stationären Behandlung in der C.\_\_\_\_. Nur der Vollständigkeit halber sei daher erwähnt, dass im Austrittsbericht vom 19. November 2015 (Urk. 11) die Diagnosen von Dr. F.\_\_\_\_ übernommen wurden.

Dazu wurde erläutert, in der Bewegungstherapie habe man praktisch nicht mit dem Arm arbeiten können, weil die Beschwerdeführerin bei jeder Berührung und Bewegung mit Angst und vegetativen Symptomen reagiert habe. Man habe jedoch mit Lockerung und Übung die Fehlhaltung des Rückens und der Schulter soweit korrigieren können, dass die Schmerzen in diesem Bereich nachgelassen hätten. Der Schlaf und die nächtlichen Schmerzen hätten mit der Gabe von Surmontil und Lyrica abends sowie abendlicher Einnahme eines Schmerzmittels leicht gebessert. Die Cymbalta-Dosis habe man bei einem Spiegel unterhalb des therapeutischen Bereiches auf 90 mg pro Tag erhöht. In der Ergotherapie habe man eine Spiegeltherapie begonnen, deren Fortsetzung sinnvoll wäre, um die Angst und das Vermeidungsverhalten in Bezug auf den Arm langsam zu vermindern. Auch kognitive verhaltenstherapeutische Ansätze zur Modifikation der Gedanken und Emotionen wären hilfreich.

In der Psychotherapie habe man die Beschwerdeführerin zu Beginn als affektarm, hoffnungslos und niedergestimmt erlebt. Sie habe sich sodann skeptisch gegenüber einem psychosomatischen Krankheitskonzept gezeigt und sich nur teilweise auf die psychoedukativ vermittelten Inhalte über Schmerzentstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung eingelassen. Schwer getan habe sie sich auch mit dem Aufbau von Ressourcen im Sinne der Selbstfürsorge. Sie sei immer wieder zu ihrem somatischen Krankheitskonzept zurückgekehrt. Dabei seien Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Enttäuschung und auch Wut spürbar gewesen. Eine vertiefte Bearbeitung der Gefühle oder die Herstellung eines biographischen Bezugs sei nicht möglich gewesen, da die Selbst- bzw. Emotionswahrnehmung kaum vorhanden gewesen sei.

Kurz vor Austritt habe die Beschwerdeführerin berichtet, die Schmerzen hätten minimal gebessert und die Therapien seien gut gewesen. Eine Tagesklinik oder ein Tageszentrum als

Übergangslösung habe sie aber abgelehnt und geäußert, sie bräuchte nun Ruhe und wolle abgesehen von Arzt- und Physiotherminen keine festen Verpflichtungen mehr haben. Gleichzeitig erklärte sie, die Spiegeltherapie fortführen und regelmässig zu ihrer Psychiaterin gehen zu wollen. Im Übrigen wurde ihre von den Klinikärzten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % explizit für die Dauer der Hospitalisation attestiert.

#### **E. 4.4.1**

Aus somatischer Sicht wurden in den vorstehend zusammengefassten Berichten also weder neue Diagnosen noch neue Befunde genannt. Ebenso wenig ergeben sich daraus Hinweise auf die Durchführung einer Ulnaverkürzungs-Osteotomie nach der Geburt des dritten Kindes, wie sie im Zeitpunkt der letzten Begutachtung noch thematisiert wurde. Folgerichtig wies Dr. B.\_\_\_\_ explizit nur auf eine Verschlechterung im Zusammenhang mit dem psychischen Zustand hin, während er bezüglich der massiven Schulter-, Arm- und Handschmerzen rechts geltend machte, die Beschwerdeführerin habe diese "immer noch".

#### **E. 4.4.2**

Es bleibt mit Blick auf die Argumentation der Beschwerdeführerin zu ergänzen, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung regelmässig nicht von einer versicherten Gesundheitsschädigung auszugehen ist, soweit die Leistungsein schränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 2.2.1).

Sowohl im fundierten A.\_\_\_\_-Gutachten (Urk. 7/27/15) als auch im älteren Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ nach stationärem Aufenthalt (Urk. 7/9/5 f.) und im jüngeren Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ (Urk. 7/86/2) wurde substantiiert auf entsprechende Aggravationstendenzen der Beschwerdeführerin hingewiesen. Diese sind auch bei der Glaubhaftmachung neuer Tatsachen zu berücksichtigen, soweit nicht konkrete Anhaltspunkte für eine mittlerweile bestehende ernsthafte Leistungsbereitschaft und Kooperation vorliegen. Der Austrittsbericht der C.\_\_\_\_ lässt vorderhand nicht auf eine motivierte Teilnahme an den Therapien und deren Fortführung schliessen, weshalb die subjektive Beschwerdeklage der Beschwerdeführerin sowie das von ihr gezeigte Schmerzverhalten nach wie vor nicht als aussagekräftig eingestuft werden können.

#### **E. 4.4.3**

Demnach ist keine Tatsache glaubhaft gemacht, die gegebenenfalls eine Neubeurteilung der im A.\_\_\_\_-Gutachten aus somatischer Sicht rein medizinisch-theoretisch festgelegten Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepassten Tätigkeiten erfordern würde. Dasselbe gilt für das im Gutachten skizzierte Belastungsprofil für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten.

#### **E. 4.5.1**

Aus psychiatrischer Sicht finden sich in den aktuellen Unterlagen im Vergleich zum Gutachten, in dem neben einer Schmerzverarbeitungsstörung keine weitere

psychopathologische Symptomatik festgestellt wurde, infolge neuer Befunde auch drei neue Diagnosen: mittelgradige depressive Episode, posttraumatische Anpassungsstörung und Schmerzsyndrom.

#### **E. 4.5.2**

Zum diagnostizierten Schmerzsyndrom, das sich nicht hinreichend von den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen nach ICD-10: F45.40 abgrenzen lässt und letztlich ebenfalls unter die mit BGE 141 V 281 geänderte Schmerz rechtsprechung fällt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_168/2015 vom 13. April 2016), wurden in den neuen Unterlagen keine nicht bereits im Gutachten genannten Aspekte aufgezeigt. Es ist diesbezüglich auf die wiederholt festgestellte Aggravationstendenzen der Beschwerdeführerin hinzuweisen, weshalb davon ausgegangen werden muss, dass die von ihr gegenüber den Ärzten gemachten Angaben und das gezeigte Verhalten nicht als zuverlässig einzustufen sind. In den neuen Unterlagen finden sich zudem keine Anhaltspunkte für (neue) emotionale Konflikte oder psychosoziale Probleme als Ursache des Schmerzerlebens, dafür deutete vieles auf einen fortbestehenden massgeblichen sekundären Krankheitsgewinn hin. Einerseits lebt die Beschwerdeführerin weiterhin mit der Schwiegermutter zusammen, die den Haushalt erledigt. Andererseits dürfte ihr jüngstes Kind seit Kurzem die Schule besuchen, so dass die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch die Beschwerdeführerin wohl vermehrt zur Diskussion steht (Urk. 11 S. 1).

#### **E. 4.5.3**

Zur depressiven Erkrankung ist aufgrund der rechtlichen Überlegungen in E. 3.3 hervorzuheben, dass sich aus den Akten keine genügenden Anhaltspunkte für eine konsequente Depressionstherapie vor Erlass der angefochtenen Verfügung ergeben. Erwähnt werden die Pensionierung eines Psychiaters, wobei Dauer, Frequenz und Inhalt der bei ihm in Anspruch genommenen Therapie in keiner Art und Weise substantiiert oder belegt sind, sowie weitere abgebrochene Erstgespräche und drei Sitzungen in drei Monaten bei Dr. F.\_\_\_\_. Die von der Beschwerdeführerin behauptete psychiatrische Behandlung beim Hausarzt, der über keine entsprechende fachliche Qualifikation verfügt, würde gegebenenfalls den Anforderungen der Rechtsprechung selbstredend nicht genügen. Im Übrigen gibt es in den Akten keine Hinweise auf eine hausärztliche psychopharmakologische Behandlung im Wirkungsbereich (gemäss Einwand nur Beruhigungs- und Schlafmittel; gemäss Klinikbericht Cymbalta-Spiegel zu tief). Der letztlich erst nach Erlass der Verfügung durchgeführte und damit von vornherein unbeeachtliche stationäre Klinikaufenthalt wurde von der Beschwerdeführerin wohl gezielt im Hinblick auf das hängige invalidenversicherungsrechtliche Verfahren in Kauf genommen. Sie nahm mit wenig Motivation daran teil und lehnte auch eine Übergangslösung im Sinne einer Tagesklinik ab, weil sie keine entsprechenden Verpflichtungen mehr wollte. Nur noch am Rande sei deshalb erwähnt, dass im Klinikbericht einzig eine Arbeitsunfähigkeit für die Dauer des Aufenthalts attestiert wurde.

#### **E. 4.5.4**

Eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten, ICD-10: F43.25 wurde schliesslich bereits im Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ vom 24. März 2006 diagnostiziert. Dennoch wurde in jenem Bericht ausdrücklich festgehalten, dass keine psychiatrische Störung mit Krankheitswert vorliege, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen würde. Die Diagnose stammte aus dem psychosomatischen

Konsilium, das Hinweise auf eine depressive Anpassungsstörung, eine ängstliche scheue Grundstruktur und wenig Ressourcen ergeben hatte. Dazu wurde erläutert, die beschriebenen Zusammenhänge würden auf ein deutliches Symptom ausweitungsverhalten hinweisen (Urk. 7/9/5 f.). Der A. \_\_\_-Gutachter Dr. D. \_\_\_ führte im Kontext mit jenem Bericht aus, die Beschwerdeführerin habe sich noch nie in psychiatrischer respektive psychopharmakologischer Behandlung befunden und sei im Alltag durch psychopathologische Symptome nicht eingeschränkt (Urk. 7/27/10). Es ist aus den aktuellen Unterlagen nicht ersichtlich, inwiefern sich daran konkret etwas geändert haben soll. Die vom Hausarzt der Beschwerdeführerin gestellte Diagnose wurde in den fachärztlichen Berichten denn auch nicht übernommen, was sich bereits aufgrund der Umstände, dass der Unfall mehrere Jahre zurück liegt, nicht schwer war und zu keinen nennenswerten Verletzungen führte, als zutreffend erweist (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 9. Aufl. 2014, S. 209 ff.).

#### **E. 5**

Zusammenfassend reichen die neuen medizinischen Berichte nicht aus, um eine Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse glaubhaft zu machen, die gegebenenfalls zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad führen könnte. Die Nichteintretensverfügung der Beschwerdegegnerin ist daher zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen.

#### **E. 6**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind vorliegend auf Fr. 600.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

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

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigBonetti

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