

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00202 vom 27. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00202

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00202 du 27 décembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00202 del 27 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1.1

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.

E. 1.2

Verneint die Verwaltung die Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung des Invaliditätsgrades, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dem entsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E.

2.2 mit Hinweisen). Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat (BGE 109 V 108 E. 2b).

E. 1.3

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind 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) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.3 mit Hinweisen auf 8C_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.2 und 9C_838/2011 vom 28. Februar 2012 E. 3.3.2). 2.

2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, mit dem neuen Gesuch sei nicht glaubhaft dargelegt worden, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten

Verfügung wesentlich verändert hätten. Deshalb könne auf das neue Gesuch nicht eingetreten werden (Urk. 2). Hieran hielt sie in der Beschwerdeantwort fest (Urk. 6). 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte in ihrer Beschwerde dagegen im Wesentlichen vor, den Berichten des Z. ___ vom 27. Februar 2015 resp. 17. November 2015 sei deutlich zu entnehmen, dass sich ihr Gesundheitszustand seit 2013 verschlechtert habe (Urk. 1). 3. 3.1 Vorliegend gilt es zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin glaubhaft gemacht hat, dass sich der Grad ihrer Invalidität seit dem Erlass der Verfügung vom 4. Oktober 2013 (Urk. 7/31) in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. E. 1.1). 3.2

Die Verfügung vom 4. Oktober 2013 (Urk. 7 / 31)

basierte in medizinischer Hinsicht auf zwei zu Händen des Krankentaggeldversicherers erstellten Gutachten (psychiatrisches Gutachten von Dr. med. A. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter Gutachter SIM, vom 29. März 2013 [Urk. 7/12/2-15] sowie rheumatologisches Gutachten von Dr. med. B. ___, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vom 8. Februar 2013 [Urk. 7/12/18-20]; vgl. Stellungnahme von med. pract. C. ___, Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom Regionalen Ärztlichen Dienst [RAD] vom 17. Juni 2013 im Feststellungsblatt für den Beschluss vom 18. Juni 2013 [Urk. 7/22]). 3.3 3.3.1

Dr. B. ___ hielt in seinem rheumatologischen Gutachten vom 8. Februar 2013 (Urk. 7/12/18-20) folgende Diagnosen fest (Urk. 7/12/19) :

- chronifizierte Schmerzkrankheit (seit mindestens Februar 2012) - chronische Pleuraverdeckung rechts (Erstdiagnose 2000) - Thorakotomie und Pleurabiopsie im Juni 2000 - Resektion des Nervus

toracicus

longus und Nervii

intercostales im November 2012 - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - mehrsegmentale Spondylarthrosen insbesondere L3-L5 - Adipositas - arterielle Hypertonie - Pneumologie rechter Unterlappen im März 2012 - Penicilin - Allergie

Der Experte hielt sodann fest, aufgrund des lang anhaltenden Schmerzsyndroms, der ausgeprägten Schmerzhaftigkeit (VAS 10/10; extreme Schmerzen), des

fehlenden Schmerz-Tagesganges, der fehlenden Beeinflussbarkeit sowie des White- spread - pain -Indexes liege eine chronifizierte Schmerzkrankheit vor. Die Schmerzverarbeitung sei ungenügend, ein aktives, zukunftsgerichtetes

Schmerzhalten liege nicht vor, es bestünden keine Coping -Mechanismen, die Beschwerdeführerin ziehe sich zurück und lasse die Haushaltsarbeiten durch den Ehemann durchführen. In der klinischen Untersuchung falle einzig eine strukturelle Störung im Bereich der mittleren BWS auf, möglicherweise auf Grund von Degenerationen, möglicherweise auf Grund einer Osteoporose (Urk. 7/12/20). Dr.

B. ___

fürte ferner aus, therapeutisch scheine ihm eine genauere Abklärung und allen falls stationäre Therapie an einem Schmerzzentrum, beispielsweise der rheumatologischen

Klinik des D.____ oder aber der rheumatologischen Klinik E.____ , sinnvoll. Für leichte bis mittelschwere Tätigkeit gehe er aus rheumatologischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus. Im Rahmen der Schmerzkrankheit und der psychischen Beschwerden dürfte diese jedoch reduziert sein (Maximum 50 % ; Urk. 7/12/20). 3.3.2

Dem genannten psychiatrischen Gutachten von Dr. A.____ vom 29. März 2013 (Urk. 7/12/2-15) kann folgende Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden:

somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er keine (Urk. 7/12/11) .

Der Konsiliarius hielt sodann fest, eine Arbeitsunfähigkeit sei aus rein psychiatrischer Sicht nicht gerechtfertigt. Es bestehe keine psychiatrische Störung von Krankheitswert, insbesondere keine ausgeprägte Depression. Es liege eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung vor, in deren Rahmen die Stimmung der Beschwerdeführerin beeinträchtigt sei und sie sich mit einem absolut passiven Coping als arbeitsunfähig erachte; dies auch im Haushalt, der vollständig vom Ehemann übernommen worden sei . Aus rein psychiatrischer Sicht spreche nichts gegen eine volle Wiederaufnahme der Arbeit (Urk. 7/12/14). 3.4 3.4.1

Zur Begründung der mit der Neuanmeldung vom 24. April 2015 (Urk. 7/39) geltend gemachten Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes verwies die Beschwerdeführerin auf den Bericht zur interdisziplinären Schmerzbehandlung des Z.____ vom 27. Februar 2015 zu Händen von Rechtsanwältin Herenda sowie des Hausarztes der Beschwerdeführerin (Urk. 7/38 [= Urk. 3/1]).

Folgende Diagnosen sind dem besagten Bericht zu entnehmen: - rezidivierende depressive Stimmung , gegenwärtig mittelschwere depressive Episode (ICD- 10

F33.1) - cervikozephalales Syndrom mit/bei - C4/5 flachbogig e, mediolaterale , linksseitig betonte Hernierung mit Duralsack - Querschnitt einengung auf 9mm , C5/6 Osteochondrose ,

anteriore Spondylose und Modic II Veränderungen mit

mediolateral , rechtsseitig getönter Diskushernie und Duralsack-Querschnitt einengung auf 8mm , C6/7 mediolateral , rechtsseitig betonte Hernierung mit Duralsack -Querschnitt einengung auf 10 mm (25. Februar 2015 MRI

HWS) - chronisches

thorakospondylogenes Syndrom rechts mit/bei

- Thorakotomie rechts mit

Pleurabiopsie 2000 - Status nach Resektion des Nervus

thoracicus

longus und der Nervi intercostales am 1. November 2012 (F.____

5. November 2012) - Pleurascharte rechts,

laterobasal sowie disseminiert verteilte Mosaikperfusion (Differentialdiagnose: konstruktive Bronchiolitis) , Unverändert bis 7mm grosse Rundherde , Differentialdiagnose Granulome, kein sicherer Malignomverdacht (5. März 2013 , C T

Thorax, Spital

F.____

15. März 2013) - chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit/bei -
mehrsegmentale Spondylarthrosen (L3/4, L4/5) - Diskushernien L3-S1, L3/4 mit Nervenwurzelkontakt L3 links (Dr.

med. G.____, 28. Januar 2013) - Osteochondrose Th12/L1, leichte Spondylarthrosen L3/4, L4/5 (25. Februar 2015 MRI LWS) - fibromyalgieformes Schmerzsyndrom (ICD-10 M79.0; Dr. med. H.____

5. März 2013) - Diabetes mellitus Typ II (seit 2013)

Zu den Befunden aus anästhesiologischer Sicht wurde notiert, es liege eine
Druckdolenz

über den Facettengelenken beidseits, thorakal und lumbal vor. Die Flexion, Streckbewegung, Seitwärtsneigung und Torsionsbewegung in der Wirbelsäule seien schmerzhaft. Ferner wurde eine Sensibilität der rechten thorakolumbalen Flanke sowie

Abdomens mit verminderter Sensibilität sowie

eine

dort

vorhandene Allodynie festgestellt. Sodann lägen zwei reizlose aber druckempfindliche, rechtseitig gelegene Thorakotomie - Narben vor sowie ein

Hartspann der paravertebralen Rückenmuskulatur (Urk. 7/38/3).

Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht lägen folgende Befunde vor: Mit Blick auf die HWS betrage der KSA 15/10cm, die Rotation beidseits 70°, die Seitwärtsneigung beidseits 30° und alle HWS-Bewegungen seien endphasisch schmerzhaft. Es liege eine druckdolente und verhärtete Nacken- und Schultermuskulatur beidseits vor. Zum Neurostatus wurde ausgeführt, die Sensibilität, Motorik und Reflexe an den oberen Extremitäten seien symmetrisch intakt. Im Bereich der LWS sei der Finger-Boden-Abstand auf Kniehöhe. Bei der

Reklination, Rotation und Seitwärtsneigung bestünden Schmerzen paravertebral beidseits und medial auf Höhe des lumbosakralen Überganges mit Druckdolenz und Hartspann dazwischen, ferner bestünden Druckdolenz und Hartspann im Bereich der BWS beidseits. Die Sensibilität, Motorik und Reflexe an den unteren Extremitäten seien symmetrisch intakt (Urk. 7/38/3).

In psychosomatischer Hinsicht wurde unter anderem ausgeführt, die Stimmung der Beschwerdeführerin sei depressiv-resigniert, affektiv unkontrolliert und affektlabil. Sie sei im Gesprächsverlauf verbal mitteilungsaktiv, schildere ihr Symptomerleben und -verhalten in Zusammenhang mit der OP und konsekutiv zunehmenden Schmerzen. Kognitiv sei sie in ihrer Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und im Gedächtnis verlangsamt bzw. deutlich eingeschränkt, es liege eine deutliche Vergesslichkeit vor, das Denken sei formal beweglich, zu nennen seien zudem Grübeln und Konzentrationsschwierigkeiten. Sie sei inhaltlich zudem problemzentriert. Es bestünden keine Anhaltspunkte für psychotische

Erlebnisweisen (Wahn, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen), anamnestisch gebe es Todeswünsche, welche seit der Kündigung im Juli 2014 verstärkt seien. Es hätten keine Suizidversuche stattgefunden und es gebe auch keine konkreten Ausführungspläne .

Aktuell liege

keine akute Suizidalität vor (Urk. 7/38/4).

Unter dem Titel „Verlauf und Prozedere“ wurde aus psychosomatischer und psychiatrischer Sicht bemerkt, die Einzeltherapie habe bisher einen ungenügenden Erfolg gebracht. Aus anästhesiologischer Sicht habe sich die Symptomatik seit drei Jahren verschlechtert. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht liege eine deutliche klinische Verschlechterung vor. Aus psychiatrischer Sicht hätten die Schmerzen (jetzt auch Hüfte rechts), die Nervosität und die Depression zugenommen (Urk. 7/38/5).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, leichte Einkäufe, ca. 30 Minuten Spaziergänge und wenig Kochen seien der Beschwerdeführerin möglich (positives Leistungsbild). Das negative Leistungsbild bestehe darin, dass keine längeren, einseitigen Tätigkeiten, kein Stress, keine schweren Arbeiten und kein Publikumsverkehr zumutbar seien. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der Diagnosen, der neuropsychologisch bestätigten Depression, des positiven und negativen Leistungsbildes sowie der Fremdanamnese zu 100 % arbeitsunfähig, auch für angepasste Tätigkeiten . Aus schmerztherapeutischer Sicht sei sie in der bisherigen Tätigkeit als Gärtnerei-Mitarbeiterin nicht arbeitsfähig. Zudem bestehe bei ihr eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht seien alle Tätigkeiten mit schwerem Heben von Lasten sowie wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten , in Zwangshaltung, langandauerndes reines Stehen, insbesondere in vornübergeneigter Körperhaltung, alle Tätigkeiten mit repetitiven Rumpf- oder HWS-rotierenden Stereotypen sowie Arbeiten überwiegend im Überkopfbereich für die Beschwerdeführerin aufgrund der medizinischen Diagnose nicht geeignet. Zumutbar erschienen körperlich leichte Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechsellagen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, insbesondere jedoch ohne Heben von schweren Lasten, nicht mehr als 5kg kurzfristig und 2kg längerfristig. In einer solchen, der Behinderung angepassten Tätigkeit wäre die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht 50 % arbeitsfähig . Wenn die Beschwerdeführerin bis Ende Juni 2014 in der Gärtnerei arbeiten könne, sei aus rein orthopädischer Sicht eine besser angepasste Arbeit, wo der rechte Arm nicht viel belastet werde, sicher noch zumutbar. Aus rheumatologischer Sicht sei sie zu 100 % arbeitsfähig. Die Beschwerdeführerin sei demnach aus somatischer Sicht zu 50 % und aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/38/5 f.). 3.4.2

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte die Beschwerdeführerin mit dem Einwand vom 23. November 2015 (Urk. 7/50) den Bericht des Z. ___ vom 17. November 2015 zu Händen von Rechtsanwältin

Herenda (Urk. 7/49 [= Urk. 3/2]) zu den Akten des Verwaltungsverfahrens , in welchem die bereits bekannten Diagnosen (E. 3.4.1) wiederholt wurden . Ferner

wurde festgehalten, dass sich der psychiatrische Gesundheitszustand seit 2013 verschlechtert habe. Die ICD-10 Kriterien für eine mittelgradige depressive Störung seien heute klar erfüllt. Seit der Kündigung per 31. Juli 2014 habe sich das Zustandsbild verschlechtert (Urk. 7/49/1). Die Beschwerdeführerin sei seit April 2014 in Behandlung

beim Z.____. Die gegenwärtige Leistungsfähigkeit entspreche den Anforderungen im Beruf wohl nicht (Urk. 7/ 4 9/2).

Die Beschwerdeführerin sei wegen zunehmender Schmerzen, Depression und Nervosität zu 100 % arbeitsunfähig seit April 2014. Ein Rehabilitationspotential sei nicht ersichtlich (Urk. 7/49/3). 4.

E. 4

als Hilfskraft für die Gärtnerei Y.____ AG tätig (Urk. 7/7/5 , Urk. 7/10), meldete sich erstmals am 27. März 2013 (Eingangsdatum) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich , IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk.

E. 4.1.1

Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, enthalten die im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingereichten Berichte (vgl. E.

3. 4 .1 und E.

3. 4 .2) keine substantielle Anhaltspunkte für eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin .

E. 4.1.2

Vorab ist

festzuhalten, dass eine neu hinzugesetzte Diagnose nicht unbeschadet eine höhere Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Massgebend für den Grad der Arbeitsunfähigkeit ist nicht die Diagnose oder die Zahl der erhobenen Diagnosen, sondern die daraus resultierende Leistungseinschränkung, welche sich auch durch eine zusätzliche Beeinträchtigung nicht zwangsläufig erhöhen muss (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_804/2015 vom 21. Juni 2016 E.

3.2). Für eine Neuankündigung reicht es daher nicht aus, eine ausschliesslich gesundheitliche Verschlechterung geltend zu machen. Insbesondere genügt eine neu hinzugesetzte Diagnose per se nicht, um eine erhebliche Verschlechterung glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälern- den Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt wird (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 3.5).

E. 4.1.3

Wie eingangs dargelegt, obliegt es der versicherten Person, die relevante Sachverhaltsänderung glaubhaft zu machen; diesbezüglich spielt der Untersuchungsgrundsatz nicht. Deshalb hat das Gericht der beschwerdeweisen Überprüfung einer Nichteintretensverfügung den Sachverhalt zugrunde zu legen, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5); ärztliche Berichte, die der IV-Stelle bis zum Erlass der Nichteintretensverfügung vorlagen, sind zu berücksichtigen, während jene, die erst im Beschwerdeverfahren eingereicht wurden, unbeachtlich

bleiben (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_683 /2013 vom 2. April 2014 E. 3.3. 2).

E. 4.2.1

Betreffend die den Berichten des Z.____ (E. 3 .4.1, E.

3.4.2) zu entnehmende Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittels leichter bis mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F33.1), gilt es zu beachten, dass nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlichen Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

(ATSG) für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

E. 4.2.2

Gemäss Aktenlage unterzog sich die Beschwerdeführerin bis am 11. April 2014 einer ambulanten Behandlung bei Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Seither ist sie im Z.____

in „interdisziplinärer Schmerzbehandlung“. Ob im Z.____ seit April 2014 (auch) eine spezifische Depressionstherapie durchgeführt wurde resp. wird und gegebenenfalls in welchen zeitlichen Intervallen, ist nicht aktenkundig. Im Bericht des Z.____ vom 27. Februar 2015 wurde unter dem Titel „Verlauf und Prozedere“ lediglich festgehalten: „Psychosomatisch aus psychiatrischer Sicht (J.____): Einzeltherapie bisher mit ungenügendem Erfolg“ (Urk. 7/38/5). Im Weiteren ist diesem Bericht zu entnehmen, dass der Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben Atorvastatin

Actavis, Dafalgan, Aspirin Cardio, Metfin, Lisinopril, Pantoprazol

Actavis und Nisulid

verschrieben worden seien. Laut der Beschwerdeführerin seien sämtliche Schmerzmedikamente (Cymbalta, Dafalgan, Lyrica, Truxal) gestoppt worden (Urk. 7/38/3). Ein Medikament mit antidepressiver Wirkung wurde resp. wird somit offenbar nicht verabreicht, wohingegen die Beschwerdeführerin bei der erstmaligen Rentenprüfung noch Sertralin (50mg morgens) sowie Surmontil (25mg)

und Lyrica (25mg) einnahm. Der psychiatrische Konsiliararzt empfahl damals, zwecks antidepressiver Stimmungsaufhellung, die Sertralin-Dosis zu erhöhen (Urk. 7/

E. 4.2.3

Darüber hinaus gilt es anzumerken, dass den im Neuanmeldungsverfahren aufgelegten Berichten übereinstimmend zu entnehmen ist, dass die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands in psychiatrischer Hinsicht durch psychosoziale Faktoren ausgelöst wurde (Kündigung der Arbeitsstelle per Ende Juli 2014; E.

3.4.1, E.

3.4.2) , was der Annahme eines invalidisierende n

psychische n Gesundheitsschaden s

ebenfalls entgegensteht (BGE 127 V 294 E.

5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2) .

E. 4.2.4

Der – erst anlässlich des Beschwerdeverfahrens eingereichte und damit grund sätzlich ohnehin unbeachtliche (vgl. E.

4.1) – Bericht von Dr. J.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1 5. April 2016 an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (Urk. 10) vermag die von ihr geltend ge machte Verschlechterung ihres psychischen Gesundheitszustands ebenfalls nicht glaubhaft zu machen. Von einer Verschlechterung des psychischen Gesund heits zustandes ist gar nicht die Rede, auch zur Arbeitsfähigkeit machte Dr. J.____ keine Angaben. Vielmehr teilt e er

bloss die Resultate eines vorläufigen neuropsychologischen Screenings mit. 4. 3

4.3.1

Was die geltend gemachte Verschlechterung aus somatischer Sicht (vgl.

Urk. 7/38/5) anbelangt, so ergibt sich aus den neu aufgelegten Berichten ebenfalls keine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse. I m Be richt des Z.____ vom 2 7. Februar

2015 (Urk. 7/38) wurden diverse Beschwerden und Befunde aus anästhe siologischer , wirbelsäule n chirurgischer, orthopädisch-chirurgischer, rheumatologischer, neurologischer und

psychosomatischer Sicht erwähnt. Im Vordergrund stünden Rückenbeschwerden , insbesondere Schmerzen im Bereich der LSW/BWS. Als Diagnosen wurde diesbezüglich ein

cervikozepales , ein chronisches thorakospondylogenes , ein chronisches lumbospondylogenes und ein fibromyalgieformes Syndrom festgestellt (Urk. 7/3 8/2, Urk. 7/49/1) . Bei den Beschwerden wurde

– wenn überhaupt etwas zum zeitlichen Rahmen ausgeführt wurde – erklärt, sie träten seit dem Jahr 2000 auf und würden seit dem Jahr 2012 exazerbieren .

Wie m ed. pract . C.____ des R AD in ihrer Stellungnahme vom 8. Mai 2015 (Urk. 7/42/2) zu Recht bemerkte , werden im besagten Bericht weiterhin die schon seit 2012 bekannten Beschwer den beschrieben. Bereits i m rheumatologischen Gutachten vom 8. Februar 2013 berichtete

Dr. B.____ von einer seit 2000 bestehenden und seit 2012 exazerbieren den ,

chronifizierten Schmerzkrankheit , insbesondere Rückenschmerzen („Brennen ganzer Rücken“ ; Urk. 7/12/19) . Diese berücksichtigte er bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und bei der Festlegung des Belastungsprofils , indem er f ür leichte bis mittelschwere Tätigkei ten aus rheumatologischer Sicht von einer 100%igen

Arbeitsfähigkeit aus ging

(Urk. 7/12/20).

Dass die Ärzte des Z.____ neue Diagnosen (insbesondere fibromyalgieforme s

Schmerzsyndrom [ICD-10 D79.0] , cervikozepales Syndrom, chronisches thorakospondylogenes Syndrom) genannt haben, lässt daher nicht schon auf eine relevante Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes schliessen. Hinzu kommt, dass zur Beurteilung von wirbelsäulenbedingten Einschränkungen das klinische Bild im Vordergrund steht (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_153/2013 vom 10. Mai 2013 E. 3.2.1). Mithin kann die Beschwerdeführerin aus den neuen bildgebenden Befunden im MRI vom 25. Februar

2015 (Urk.

7/38/3), ohne dass neue klinische Befunde eine relevante Verschlechterung gegenüber der Situation im Jahr 2013 zeigen (im Bericht des Z.____ wurden Sensibilität, Motorik und Reflexe als intakt beschrieben [Urk. 7/38/4]) nichts zu ihren Gunsten ableiten. Mit den genannten Berichten des Z.____ werden deshalb keine neuen, weitergehenden Einschränkungen glaubhaft gemacht.

4.3.2

Ferner ist hinsichtlich der Beurteilung der Ärzte des Z.____ in den genannten Berichten darauf hinzuweisen, dass sie sich hauptsächlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abstützten und dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Da den Akten zu entnehmen ist, dass die Beschwerdeführerin im Februar 2015 sämtliche Schmerzmedikation abgesetzt hat (Cymbalta , Dafalgan , Lyrica , Truxal ; Urk. 7/38/ 3) , dem Bericht des Z.____ vom 17. November 2015 (Urk. 7/49) keine konkreten Angaben zu allfälligen Therapien oder zur Medikation zu entnehmen sind

und nicht ersichtlich ist, ob eine solche gegenwärtig stattfindet , erscheinen die Behandlungsmöglichkeiten nach dem Gesagten auch hinsichtlich der Schmerzproblematik nicht ausgeschöpft .

Gemäss den Feststellungen des rheumatologischen Gutachters zum Vergleichszeitpunkt im Jahr 2013 hätten damals keine Schmerz coping-Mechanismen bestanden , die Beschwerdeführerin habe sich zurück gezogen und auch die Haushaltarbeiten habe sie durch ihren Ehemann verrichten lassen (Urk. 7/12/20). Gemäss den neuen Berichten aus dem Jahr 2015 umfasst das positive Leistungsbild nunmehr die Vornahme leichter Einkäufe, 30 Minuten Spazieren und wenig Kochen, ausgeschlossen wurden längere, einseitige Tätigkeiten, Stress und schwere Arbeiten (Urk. 7/49/3). Entgegen der Vorbringen Beschwerdeführerin wäre somit statt einer Verschlechterung der Schmerzproblematik eher von einer Verbesserung der Schmerz coping - Mechanismen auszugehen. 4. 3.3

Bei der weiteren den Berichten des Z.____ zu entnehmenden und vom Gutachter Dr. B.____ noch nicht gestellten Diagnose Diabetes mellitus Typ II handelt es sich um eine behandelbare Krankheit, welche nicht per se auf eine relevante Verschlechterung des

funktionellen Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin schliessen lässt.

E. 4.4

Die Beschwerdeführerin machte somit nicht glaubhaft, dass es nach der Verfügung vom 4. Oktober 2013 (Urk. 7/31) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. Januar 2016 (Urk. 2) zu einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands gekommen ist.

E. 4.5

Der Vollständigkeit halber ist zu bemerken, dass die neue Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen bzw. äquivalenten Beschwerdebildern nach

BGE 141 V 281 – entgegen der von der Beschwerdeführerin offenbar vertretenen Auffassung (Urk. 1 S. 3) – für sich allein keinen Neuanmeldungs- bzw. Revisionsgrund darstellt. Grund für eine Neuanmeldung – bei der die Revisionsregeln analog anwendbar sind – ist allemal eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse (BGE 141 V 585 E.

5.3), die hier aber gerade nicht glaubhaft gemacht wurde.

E. 4.6

Die Beschwerdegegnerin ist demnach zu Recht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführer in 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - 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

E. 7

). Diese zog in der Folge die Unterlagen des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/12) bei , holte Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 7/14-15), einen Arbeitgeberbericht (Urk. 7/11) und einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 7/10) ein und prüfte im Rahmen eines persönlichen Gesprächs die Notwendigkeit von Eingliederungsmassnahmen

(Urk. 7/25) . Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 1

E. 8

). Mit Eingabe vom 22. April 2016 (Urk. 9) legte die Beschwerdeführerin einen Bericht des Z.____ auf (Urk. 10), welcher der Beschwerdegegnerin am 29. April 2016 zugestellt wurde (Urk. 11). 3.

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

E. 12

/

E. 13

). Ausserdem regte er eine stationäre Therapie in einem Schmerzzentrum an (Urk. 7/12/14; vgl. Urk. 7/12/20). Eine solche fand gemäss den Angaben im Bericht des Z.____ vom 27. Februar 2015 bislang aber nicht statt (Urk. 7/38/3).

Aufgrund dieser Angaben besteht kein Grund zur Annahme, dass die medizinischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung der depressiven Symptomatik bislang ausgeschöpft worden sein könnten , was der Annahme einer Therapieresistenz und damit einer invalidisierenden Wirkung der depressiven Symptomatik klar entgegen steht .