

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00222 vom 7. April 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-04-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00222](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00222)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00222 du 7 avril 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00222 del 7 aprile 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

### **E. 1.2**

Zur Frage des Bedeutungsgehalts des Art.

87 Abs.

2 und 3 IVV hat das Bun desge richt in BGE 130 V 64 E. 5.2.5 festgehalten, dass die versicherte Per son mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanmeldung die massgebliche Tatsa chen änderung glaubhaft machen muss, ihr mithin ausnahmsweise eine Be weis führungs last zukommt. Tritt die Verwaltung auf das erneute Leistungs be geh ren ein, hat sie demgegenüber gestützt auf den Untersu chungsprinzip von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklä rung des rechtserheb lichen Sach verhaltes zu sorgen (Art. 43 ATSG, Art. 57 des Bundesgesetzes über die Invali den versicherung ( IVG ) in Verbindung mit Art. 69 ff. IVV; SVR 2006 IV

Nr. 10 S. 39 E. 4.1 [I 457/04]; vgl. auch BGE 117 V 198 E. 3a). 2.

### **E. 1.3**

Mit Schreiben vom 9. November 2015 beantragte die Versicherte erneut die Zu sprache einer Invalidenrente (Urk. 11/136) und reichte aktuelle Arztbe richte ein (Urk. 11/135). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 11/138 , Urk. 11/140) trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. Januar 2016 auf die Neuanmeldung nicht ein (Urk. 11/148 = Urk. 2).

### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 11. Februar 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 12. Januar 2016 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei die IV-Stelle zu ver pflichten, auf das Gesuch einzutreten und über den Leistungsanspruch zu entscheiden (Urk.

1 S. 1 ).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 29. März 2016 (Urk. 10 ) die Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 11. April 2016 wurde dies der Beschwerdeführerin zur Kenntnis gebracht und ihr gleichzei tig an tragsgemäss die unentgeltliche Prozessführung bewilligt (Urk. 12 ). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete das Nichteintreten auf die Neuanneldung in der angefochtenen Verfügung damit, dass nicht glaubhaft dargelegt worden sei, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten. Es liege lediglich eine andere Beurteilung des selben Sachverhaltes vor. Es seien keine medizinischen Unterlagen eingereicht worden, welche die Aktenlage verändern würden. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht notwendig (Urk. 2 S. 2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend (Urk. 1), es sei zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Gemäss den Angaben der Ärzte des Y.\_\_\_\_ leide sie unter anderem an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittel gradige depressive Episode, einer Kompression der Nervenwurzel C6 links ausgeprägter als rechts sowie an Gliederschmerzen, Lust- und Interesselosigkeit, sozialem Rückzug, Antriebslosigkeit, Gedankenkreisen, Sinnlosigkeitsgedanken, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Schlafstörungen und Appetitverminderung. Der Wirbelsäulenorthopäde Dr. Z.\_\_\_\_ habe weiter festgestellt, dass sie aufgrund einer breitbasigen Diskushernie und Kompression der Nervenwurzel C6 links nicht in der Lage sei, auch körperlich leichte Tätigkeiten in einem Pensum von mehr als 50 % auszuüben (S. 3).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist allein die Frage, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanneldung zu Recht nicht eingetreten ist. Prozessthema ist, ob die Beschwerdeführerin im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV glaubhaft gemacht hat, dass sich ihr gesundheitlicher Zustand erheblich verschlechtert hat, dies verglichen mit dem Zeitpunkt, in welchem der Rentenanspruch letztmals materiell geprüft wurde (BGE 133 V 108), mithin September 2014.

### **E. 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 Neuanneldung 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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 Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E.

3a, 109 V 108 E.

2b).

### **E. 3.1**

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, nannte in ihrem Bericht vom 18. Dezember 2012 folgende Diagnosen (Urk. 11/100 Ziff. 1.1): - chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom S1 rechts bei Rezidivhernie L5/S1 nach Diskushernienoperation 2003 - subligamentäre mediane Diskushernie L4/5 - erosive Osteochondrose L5/S1 - chronisches Zervikovertebralsyndrom bei Osteochondrose C5/6 mit Neuroforamenstose C5/6 beidseits - Retropatellararthrose rechts, Chondromalazia patellae rechts - arterielle Hypertonie - Hypercholesterinämie - depressive Entwicklung

Gegenwärtig werde die Beschwerdeführerin medikamentös behandelt, inter mit tierend finde auch eine physikalische Therapie statt (Ziff. 1.5). Die Prognose sei ungünstig (Ziff. 1.4). Als Raumpflegerin könne die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeiten, sämtliche rückenbelastenden Tätigkeiten seien ihr nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7). Bis auf weiteres sei sie vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Es könne mit einer Wiederaufnahme einer behinderungsangepassten, wechselbelastenden Tätigkeit im Umfang von 30 % gerechnet werden, der Zeitpunkt sei allerdings noch offen (Ziff. 1.9).

### **E. 3.2**

In ihrem Bericht vom 21. Februar 2013 nannte die Hausärztin Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, folgende Diagnosen (Urk. 11/101 Ziff. 1.1): - chronisches Zervikovertebralsyndrom bei Osteochondrose C5/6 mit Antelisthesis C6 gegenüber C5 um 2mm, Unkovertebralarthrose und Neuroforamenstose C5/6 beidseits (Beginn April 2003) - chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom S1 rechts bei Rezidivhernie L5/S1 nach Diskushernienoperation 2003 - subligamentäre mediane Diskushernie L4/5 - erosive Osteochondrose L5/S1 - persistierende Beschwerden - Retropatellararthrose rechts - arterielle Hypertonie seit zirka 2007 - Hypercholesterinämie - Depression seit 2000 - Eisenmangelanämie

Seit Oktober 2010 habe sich der ärztliche Befund nicht geändert, die Patientin leide nach wie vor unter starken Rückenschmerzen und Polyarthralgien, vor allem in den grossen Gelenken. Ihre alltägliche Lebensqualität sei sehr eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin sei in ihrem Beruf als Reinigerin nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig. Für eine leichte angepasste Tätigkeit bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.4).

### **E. 3.3**

Am 8. Juli 2013 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, begutachtet. In ihrem Gutachten vom 29. Juli 2013 (Urk. 11/106), für welches sie sich auf die eigene internistisch-rheumatologische Untersuchung, die vorhandenen Akten sowie Laboruntersuchungen stützte (S. 2), nannte sie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 56 Ziff. 7.1): - zervikospodylogenes Syndrom rechts mehr als links bei leichten bis mässigen degenerativen Veränderungen - Diskushernie C5/C6 mit foraminalem

Hernierungen links mehr als rechts und Kompression der Nervenwurzeln C6 links mehr als rechts (MRI Juli /2013) - ohne vermehrte Aktivität in der Szintigraphie ( Juli /2013) - ohne radikuläre Zeichen - lumbospondylogenes Syndrom rechts bei - Status nach lumbaler Operation am 16. Mai 2003 mit Mikro diskektomie L5/S1 rechts wegen eines lumboradikulären Syndroms S1 rechts bei grosser luxierter Diskushernie mit Nervenwurzelkompression S1 rechts - jetzt leichte n degenerative n Veränderungen L3 bis S1 und kleine r Diskushernie L3/L4 mit leichtem Kontakt zur Nervenwurzel L4 rechts, mediolaterale r Diskushernie L4/L5 ohne Kompression und Status nach Teillaminektomie L5/S1 rechts mit mediolateraler Narbenbildung um die Nervenwurzel S1 rechts sowie kleine r

Diskushernie L5/S1 ohne Verlagerung der Nervenwurzel S1 rechts (MRI Juli /2013) - ohne vermehrte Aktivität in der Szintigraphie ( Juli /2013) mit nicht auslösbarem Achillessehnen-Reflex rechts jedoch keine weiteren radikulären Zeichen, insbesondere unauffälliger Lasègue beidseits

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. C.\_\_\_\_ sodann folgende (S. 56 Ziff. 7.2): - ausgedehnte chronische Schmerzen - Hypercholesterinämie - Anämie bei Eisenmangel - Vitamin D-Mangel - arterielle Hypertonie - Fingerpolyarthrosen

In der klinischen Untersuchung sei kein wesentlicher Befund vorhanden. Im Gegensatz zu den beiden früheren gutachterlichen Untersuchungen seien jetzt alle Wirbelsäulen-Abschnitte normal beweglich. Weiterhin könne der Achillessehnen-Reflex nicht ausgelöst werden, weitere

radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Insbesondere sei der Lasègue beidseits locker bis zum Abschluss möglich. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich. Die Muskelmasse entspreche exakt dem Normwert, eine lang andauernde körperliche Schonung könne daraus nicht abgeleitet werden. Die vorhandenen Befunde würden das Ausmass der Beschwerden nicht erklären. Die bei der Untersuchung angegebenen Beschwerden seien im Wesentlichen unverändert gegenüber den Beschwerden, welche die Beschwerdeführerin bei den beiden früheren Begutachtungen im März 2005 und Dezember 2006 beklagt habe (S. 57 f. Ziff. 8). Die Beschwerdeführerin könne Lasten bis zu 10 kg heben oder tragen. Es sei denkbar, dass ein Teilbereich der angestammten Tätigkeit nicht angepasst sei, diesen könne sie seit 29. April 2003 nicht mehr ausüben (S. 59 Ziff. 9.1-2). In einer angepassten Tätigkeit sei sie nie langfristig eingeschränkt gewesen (S. 59 Ziff. 9.2). Die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten betrage 100 % (S. 59 Ziff. 9.3).

### **E. 3.4**

Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Gutachten vom 12. August 2013 (Urk. 11/109) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er hingegen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auf (S. 19 lit. E.1-2). Bei der Beschwerdeführerin würden somit keine psychiatrischen Erkrankungen vorliegen, die geeignet wären, das positive Leistungsbild der Versicherten im invalidenversicherungsrechtlich relevanten Sinne mittel- und langfristig unter Beachtung der bundesgerichtlichen Vorgaben zu mindern (S. 20 oben). Aus psychiatrischer Sicht sei eine berufliche Wiedereingliederung möglich, die bei langer Abwesenheit vom Arbeitsmarkt schrittweise erfolgen sollte (S. 20 lit. H). Insgesamt sei von einem syndromalen Leiden auszugehen, aktuell bestehe keine depressive Episode

mehr (S. 21 lit . b). Es sei davon auszugehen, dass das syndromale Krankheitsbild seit dem Jahre 2005 bestehe (S. 21 lit . b).

### **E. 3.5**

Am 13. Mai sowie 2. Juli 2014 war die Beschwerdeführerin zu Vorgesprächen im Y.\_\_\_\_. In ihrem Bericht vom 7. Juli 2014 nannten die Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 11/135/1-4 S. 1 f. ): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode - chronisches Zervikovertebralsyndrom mit/bei - Osteochondrose C5/6 mit Antelisthesis C6 gegenüber C5 um 2mm - Unkovertebralarthrose und Neuroforamenstose C5/6 beidseits (ED 2003) - breitbasige Diskushernie (Spinalkanalstenose 9mm) mit foramina len

Hernierungen beidseits, links deutlich ausgeprägter als rechts sowie Unkovertebralarthrose links, dadurch Kompression der Nervenwurzel C6 links ausgeprägter als rechts - C3/4 foraminaler

Anulusriss linke und leichte Unkovertebralarthrose links ohne sichere Kompression - mässige Spondylarthrose C2/3 links, leichte Spondylarthrosen C3/4 und C7/Th1 links und bilateral leichte Spondylarthrosen C6/7 - minimale Unkovertebralarthrose C6/7 beidseits ohne signifikante Kompression (MRI Juli 2013) - chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom S1 rechts - bei Rezidivhernie L5/S1 nach Teillaminektomie L5/S1 rechts 2003 und Narbenbildungen epidural um die Nervenwurzel S1 rechts so wie kleine Hernierung in diesem Bereiche, allerdings keine Verlagerung der Nervenwurzel S1 rechts - leichte Spondylarthrose L3/4, L4/5 und L5/S1 (MRI Juli 2013) - subligamentäre mediane Diskushernie L4/5 - erosive

Osteochondrose L5/S1 (Mai 2003) - kleine mediolateral rechts/ foraminal rechtsseitige Hernierung L3/4, leichtes Berühren der Nervenwurzel L4 rechts bei Abgang aus dem Duralsack ohne Verlagerung - flachbodige Diskushernie mit mediolateral rechts Komponente L4/5 ohne Kompression (MRI Juli 2013) - Schmerzen Hände beidseits mit/bei - leichtgradiger , nicht aktivierter Heberden -Arthrosen Dig . II-V beid seits - leichtgradiger , nicht aktivierter Arthrose des PIP-Gelenks Dig . V rechts - leichtgradige , nicht aktivierte Arthrosen der Daumengrundgelenke beidseits (Röntgen Juli 2013, MRI Juli 2013)

Die Beschwerdeführerin klagt, sie leide seit den Schmerzen der Lendenwirbelsäule im Jahre 1999 und der anschliessenden Operation im Mai 2002 unter persistierenden Schmerzen. Darüber hinaus bestünden Schmerzen der Halswirbelsäule, beginnend im Jahre 2003, sowie Depressionen seit dem Jahre 1999 im Rahmen der beginnenden Schmerzproblematik (S. 2). Die Störung habe Krankheitswert, als Ziel formuliere die Beschwerdeführerin die Reduktion der Depression und der Schmerzen (S. 3).

### **E. 3.6**

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, übernahm in seinem Bericht vom 17. Dezember 2014 (Urk. 11/135/5-7) die vom Y.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen (S. 1 f.) und führte aus, die Patientin leide seit Jahren an einem chronisch rezidivierenden zervikal und lumbal betonten Panvertebralsyndrom. Die Beschwerden seien trotz konservativer Behandlung persistierend und progredient. Der Leidensdruck sei sehr hoch, seit Oktober 2003 sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig. Mehrere Arbeitsversuche seien gescheitert (S. 2 oben). Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans. Für alle Tätigkeiten mit schwerem Heben oder Tragen von Lasten sowie in wirbelsäulenbelastenden

Tätigkeiten und in Zwangshaltung, für länger dauerndes reines Stehen insbesondere in vornübergeneigter Körperhaltung, für alle Tätigkeiten mit repetitiven Rumpf- oder HWS-rotieren den Stereotypen sowie Arbeiten überwiegend im Überkopfbereich sei die Beschwerdeführerin aufgrund der medizinischen Diagnose nicht geeignet (S. 2 unten). Zumutbar seien körperlich leichte Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, insbesondere ohne Heben von schweren Lasten, nicht mehr als 5 kg kurzfristig und 2 kg längerfristig. In einer solchen der Behinderung angepassten Tätigkeit wäre die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig (S. 3).

### **E. 3.7**

In seinem Bericht vom 21. Dezember 2015 (Urk. 11/145) hielt Dr. Z.\_\_\_\_ bei unveränderten Diagnosen (Ziff. 1) erneut fest, die Beschwerdeführerin leide seit Jahren an einem chronisch rezidivierenden zervikal und lumbal betonten Panvertebralsyndrom. Die Beschwerden seien trotz konservativer Behandlung persistierend und progredient. Seit Oktober 2003 sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Seit dem Jahre 2013 bestehe eine progrediente klinische Verschlechterung mit insbesondere Zunahme des zervikozephalen Schmerzsyndroms mit insbesondere progredienten Kopfschmerzen und Rückenschmerzen. Die Patientin sei in ihrer alltäglichen Tätigkeit stark eingeschränkt, sie könne weder lange stehen noch länger sitzen, ferner bestünden auch deutliche neuropsychologische Defizite mit erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen sowie verminderter Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Die Arbeitsfähigkeit beurteilte Dr. Z.\_\_\_\_ unverändert wie in seinem Bericht vom 17. Dezember 2014, erachtete jedoch eine angepasste Tätigkeit für höchstens noch im Umfang von 30 % zumutbar (S. 2).

### **E. 3.8**

Am 1. Februar 2016 führten die Ärzte des Y.\_\_\_\_ aus, in den Gutachten von Prof. Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ sei keine Depression diagnostiziert worden. Inzwischen ergebe sich eine deutliche klinisch relevante Depression mit folgenden Symptomen: Die Beschwerdeführerin klage über Schmerzen der LWS seit dem Jahre 1999 und persistierenden Schmerzen seit der Operation im Mai 2002. Darüber hinaus bestünden HWS-Schmerzen seit dem Jahre 2003 sowie Depressionen seit dem Jahre 1999 im Rahmen der beginnenden Schmerzproblematik, Lust- und Interesselosigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Gedankenkreisen, Sinnlosigkeitsgedanken, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Schlafstörungen und Appetitverminderung. Seit dem Jahre 2003 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 3/2 S. 1 Ziff. 3). Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, den Alltag zu bewältigen, sie könne nur ganz leichte Arbeiten bewältigen. Auch für angepasste Tätigkeiten sei sie 100 % arbeitsunfähig (S. 2).

### **E. 4.1**

Die Beschwerdeführerin reichte die erneute Anmeldung rund vierzehn Monate nach der letzten rentenverneinenden Verfügung vom 1. September 2014 ein und begründete diese gestützt auf Berichte des Y.\_\_\_\_ sowie von Dr. Z.\_\_\_\_

insbesondere mit einer Verschlechterung der psychischen Beschwerden sowie einer Kompression der Nervenwurzel C6 links (vgl. E. 2.2).

#### **E. 4.2**

Betreffend die psychischen Beschwerden führten die Ärzte des Y.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 1. Februar 2016 aus, in den Gutachten von Prof. Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ sei keine Depression diagnostiziert worden, aktuell bestehe im Jahre 2016 jedoch eine deutliche klinisch relevante Depression. Dabei hielten die Ärzte des Y.\_\_\_\_ jedoch auch fest, die Depressionen beständen im Rahmen der Schmerzproblematik seit dem Jahre 1999. Ebenso erachteten die Ärzte die Arbeitsfähigkeit seit dem Jahre 2003 als unverändert vollständig eingeschränkt (vgl. E. 3.8).

Damit übereinstimmend ergibt sich bereits aus dem Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2012 eine depressive Entwicklung mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit (E. 3.1) und auch die Hausärztin Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte am 21. Februar 2013 eine Depression seit dem Jahre 2000 (E. 3.2).

Insgesamt liegen damit weder neue psychiatrische Diagnosen noch eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen vor. Eine wesentliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes ist damit nicht ersichtlich oder glaubhaft gemacht.

#### **E. 4.3**

In Bezug auf die somatischen Beschwerden liegt sodann ebenfalls ein im wesentlichen unveränderter Zustand vor. Die von der Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die Berichte von Dr. Z.\_\_\_\_ genannten Diagnosen einer breit basigen Diskushernie und Kompression der Nervenwurzel C6 links (vgl. E. 2.2) ergeben sich bereits aus dem Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ (E. 3.3). Auch im Übrigen nannte Dr. Z.\_\_\_\_ keine neuen Diagnosen, diese sind seit der Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_ unverändert (vgl. E. 3.3 und E. 3.5). Dies überrascht im Übrigen nicht weiter, nachdem sich Dr. Z.\_\_\_\_ auf die bildgebenden Untersuchungen aus dem Jahre 2013 stützte und selber keine neuen Untersuchungen anordnete (vgl. E. 3.3, E. 3.6-7). Dr. Z.\_\_\_\_ legte auch nicht begründet dar, inwiefern es seit September 2014 zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen sei. Vielmehr ging er von einem seit Jahren bestehenden chronisch rezidivierenden zervikal und lumbal betonten Panvertebralsyndrom sowie einer vollständigen Arbeitsfähigkeit von 100

% seit dem Jahre 2003 aus. Zwar attestierte er im Dezember 2014 eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 50 %, wohingegen er diese im Dezember 2015 nur noch auf 30 % einstuft. Dabei beschrieb er je doch das Leistungsprofil unverändert mit körperlich leichten Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, insbesondere ohne Heben von schweren Lasten, nicht mehr als 5 kg kurzfristig und 2 kg längerfristig. Aus welchen Gründen dabei die Arbeitsfähigkeit weiter reduziert ist, legte er hin gegen nicht dar (E. 3.6-7).

Zusammenfassend klagte die Beschwerdeführerin bereits im Rahmen der Begutachtung bei Dr. C.\_\_\_\_ im Jahre 2013 über Rückenschmerzen sowohl im unteren wie auch im oberen Bereich. Weitere somatische Beschwerden, welche damals nicht genannt wurden, sind seither nicht aufgetreten. Insgesamt ist damit eine erhebliche Verschlechterung der somatischen Beschwerden nicht ersichtlich oder glaubhaft gemacht.

#### **E. 4.4**

Nachdem sich gestützt auf die eingereichten Unterlagen weder aus somatischen Gründen noch aus psychiatrischer Sicht glaubhaft eine anspruchswesentliche Veränderung ergibt

und selbst sowohl die Ärzte des Y.\_\_\_\_ als auch Dr. Z.\_\_\_\_ selber von seit Jahren bestehenden Beschwerden ausgehen, sind die Voraussetzungen von Art. 87 Abs. 2 IVV nicht erfüllt und die Beschwerdeführerin ist zu Recht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

#### **E. 5**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

#### **E. 6**

00.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zu Folge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 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 diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Kübler-Zillig

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